

La recomposition en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions

Maryse GADREAU

Didier JAFFRE

Damien LANCIAU

Université de Bourgogne

Correspondance :

Groupe de Recherche en Economie de la Santé (GRES)

LATEC – CNRS – Université de Bourgogne

Pôle d'Économie et de Gestion

2 Boulevard Gabriel 21000 Dijon

Tél. 03 80 39 54 37 – Fax 03 80 39 55 69

Résumé : La notion de réseau occupe une place de premier plan dans la réforme du système de soins hospitaliers français. Nous spécifions la conception institutionnelle du réseau à l'œuvre dans l'architecture de la « nouvelle politique hospitalière ». Puis nous dégagons les conditions d'une recomposition cohérente de l'offre hospitalière qui mobilise simultanément trois modes de coordination : la contrainte, le contrat et la convention. Nous illustrons enfin cette problématique par l'exemple de quelques réseaux initiés en Bourgogne à partir d'hôpitaux locaux pour la prise en charge des personnes âgées.

Mots clés : réseau – coordination – hospitalisation.

Abstract : The concept of network is central to the reform of the French hospital care system. In this paper, we specify the institutional set-up of networks in the construction of the « New Hospital Policy ». We then establish the conditions of a coherent restructuring of the supply of hospital care relying simultaneously on three modes of co-ordination : coercion, contract and convention. Finally, we illustrate this approach by presenting a few networks introduced in Burgundy among local hospitals for elderly people.

Key words : network – coordination – hospital.

Parmi les transformations qui sont à l'œuvre dans le système hospitalier, la notion de « réseau » semble devoir occuper une place de premier plan. L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière cible entre autres le thème des réseaux. Elle encourage fortement les établissements de santé à coopérer et les incite, par ailleurs, à développer des relations avec les praticiens libéraux, en vue de constituer des réseaux de soins autour d'activités ou de pathologies spécifiques (les urgences, la natalité, les personnes âgées...). En toile de fond des évolutions escomptées apparaît la nécessité d'introduire davantage de coordination entre les acteurs. La nouvelle dynamique de collaboration, insufflée par la réforme, va dans ce sens. Elle traduit l'ambition de faire du réseau, envisagé comme une pratique coopérative et de coordination, un nouveau mode d'organisation du système de soins.

L'analyse porte dans un premier temps, sur la conception institutionnelle du réseau à l'œuvre dans l'architecture de la « nouvelle politique hospitalière ». Nous nous interrogeons notamment sur la nature des liens que le réseau entretient avec les autres « innovations organisationnelles » promues par l'ordonnance, à savoir la régionalisation de la politique hospitalière et de son financement, la contractualisation des objectifs et des moyens, l'évaluation de la qualité des soins et l'accréditation des établissements.

La réflexion menée sur les articulations existant entre les principaux axes de la réforme conduit à dégager, dans un deuxième temps, les conditions d'une recomposition cohérente de l'offre hospitalière. Ces conditions mobilisent trois modes de coordination des acteurs du système de santé : *la contrainte* qui fixe les règles du jeu et permet d'arbitrer (elle se manifeste par l'autorité de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, l'opposabilité de la carte sanitaire et du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire), *le contrat* qui sert de base à la négociation (c'est le cas du Contrat d'Objectifs et de Moyens et de la procédure d'allocation budgétaire), *la convention* qui rend possible la délibération et l'adhésion des acteurs (elle apparaît dans la procédure d'accréditation). Il convient alors de préciser sous quelles hypothèses une organisation réticulaire constitue une imbrication de ces trois modes

de coordination et de montrer dans quelle mesure le réseau est susceptible d'assurer une recombinaison cohérente du système de santé en s'alimentant à ces trois sources.

Cette problématique est illustrée – mise à l'épreuve –, dans un troisième temps, par le cas de l'hôpital local. En raison de son mode de fonctionnement qui autorise les médecins généralistes à exercer en son sein, ce type d'établissement tisse des liens étroits avec la médecine de ville. Il a, en outre, l'habitude de travailler avec d'autres professionnels de santé libéraux (infirmières, kinésithérapeutes...), avec les établissements de santé publics et privés et avec les associations. Aussi les hôpitaux locaux participent-ils souvent à des réseaux interhospitaliers ou ville-hôpital, en particulier dans leur domaine principal d'activité, celui de la prise en charge des personnes âgées. Les résultats d'une étude menée en collaboration avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne sur les hôpitaux locaux de la région contribuent à évaluer, au regard des conditions de cohérence précédemment soulignées, la politique de recombinaison en réseaux qui se met en place dans la région Bourgogne.

1. De la conception institutionnelle du réseau dans l'architecture de la « nouvelle politique hospitalière » ...

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée pose les principes d'une meilleure organisation du dispositif de prise en charge hospitalière. Elle accorde une place privilégiée à la notion de réseau, qui est alors envisagée comme une nouvelle modalité d'organisation des soins hospitaliers. Le réseau « vise à replacer le patient au centre du système de soins » [V. Delahaye-Guillocheau, M. Mettendorff 1997]. Dans l'objectif poursuivi d'une meilleure réponse à la satisfaction des besoins de la population, l'ordonnance donne la possibilité aux établissements de santé de

« constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, ou à certaines pathologies »¹.

Ce nouveau mode d'organisation des soins hospitaliers s'inscrit dans une perspective plus large d'ouverture de l'hôpital sur son environnement, environnement sanitaire mais aussi social, médico-social et économique. À ce titre, la priorité est donnée à la recherche de complémentarités entre les différents partenaires de santé. La complexité d'une prise en charge globale des besoins de santé nécessite d'une part, la coopération entre les établissements de santé (publics et privés), d'autre part, la création de réseaux de soins entre l'hôpital, la médecine de ville et le social. L'ordonnance distingue ainsi la coopération, qui s'instaure uniquement entre des établissements de santé, du réseau qui lui englobe l'ensemble des acteurs de santé. Le réseau de soins favorise et/ou contient la coopération, dans le sens où il peut regrouper plusieurs établissements de santé qui coopèrent déjà entre eux pour une activité particulière ou une pathologie spécifique. Toutefois, coopération et réseau de soins relèvent de la même logique de partenariat et de coordination des agents économiques et concourent à la poursuite du même objectif : la recherche d'une meilleure satisfaction des besoins. Aussi, au-delà de la distinction entre coopération et réseau qui apparaît dans l'ordonnance, peut-on utiliser la même expression de réseau, qualifié soit d'interhospitalier lorsqu'il se réfère aux communautés d'établissements de santé, soit d'extrahospitalier lorsqu'il se réfère aux réseaux de soins englobant un ensemble plus large d'acteurs de santé.

« Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité »². Le réseau ainsi défini entretient des liens étroits avec les grands principes fondateurs de la réforme : régionalisation, contractualisation, accréditation, et bien évidemment coopération [B. Maquart 1996].

¹ Article L.712-3-2.

² Chapitre relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires.

- *Avec la régionalisation*

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé, et de déterminer leurs ressources. Elles allouent aux établissements de santé l'enveloppe financière hospitalière régionale votée par le Parlement, dans un souci de qualité des soins et de répartition géographique équitable des moyens. Ces agences sont constituées sous la forme de groupements d'intérêt public entre l'État et l'Assurance maladie. Leurs personnels, qui ont des logiques et des outils de régulation différents mais complémentaires, sont incités à fonctionner en réseau. Les agences sont ainsi appelées à devenir «les têtes du réseau de régulation régionale de l'offre de soins hospitaliers» [B. Maquart 1996].

- *Avec la contractualisation*

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation disposent de deux mécanismes d'incitation : le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (où les notions de coopération et de réseau sont au cœur de la problématique) et le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM). Par le biais de cette « contractualisation planifiée », l'attribution autoritaire des ressources cède la place à la négociation des budgets. Le COM, conclu pour une période de 3 à 5 ans entre l'Agence et l'établissement de santé, fixe les orientations stratégiques de celui-ci (sous contrainte du respect des orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) et définit les conditions de leur mise en œuvre, dans le cadre du projet d'établissement approuvé par le directeur de l'Agence. Par là même, le Contrat constitue l'interface entre le Schéma et le projet d'établissement. L'établissement s'engage à opérer différentes transformations, notamment dans ses modes de coopération, afin de poursuivre les objectifs préétablis. «Le contrat pourra faire état, sans que cela préjuge formellement des agréments futurs, des projets de réseaux de soins et de communautés d'établissements de santé dans lesquels l'établissement souhaite s'engager» [circulaire DH/EO/97 n° 22 du 13 janvier 1997]. En contrepartie, l'Agence Régionale de

l'Hospitalisation s'engage à soutenir financièrement l'établissement dans ses orientations négociées et, plus particulièrement, les projets de réseau. Le Contrat d'Objectifs et de Moyens encourage et favorise donc la coopération et la constitution des réseaux de soins, dans la mesure où ils représentent un argument central de la négociation bilatérale avec l'Agence. Toute latitude étant laissée aux Agences pour dégager des moyens financiers de soutien à la mise en place des réseaux, ceux-ci sont la condition indispensable à la signature du contrat. « En liant contrat d'objectifs et de moyens et coopération les agences régionales de l'hospitalisation tiennent la clé de restructuration du tissu hospitalier » [G. Calmes et *al.* 1998].

- *Avec l'accréditation*

Encouragés par la contractualisation, les réseaux de soins participent également à la recherche d'une amélioration de la qualité des soins, puisqu'ils ont précisément pour objet de l'améliorer. Les réseaux participent alors à double titre au processus d'accréditation. Créée en 1996, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé a pour mission de favoriser l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé et de les inciter à s'engager dans une procédure d'accréditation. Bien que l'initiative en revienne à l'établissement, celui-ci doit s'être engagé obligatoirement dans un délai de cinq ans. L'accréditation vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou d'un service. Sa mise en œuvre passe par trois étapes : l'élaboration de référentiels de qualité par l'Agence Nationale, l'auto-évaluation des établissements et la validation par des experts, l'appréciation de la qualité par l'écart constaté entre l'évaluation et les référentiels préétablis. Comme les établissements, les réseaux de soins sont soumis à cette procédure d'accréditation. La mise en réseau des établissements de santé doit permettre d'atteindre la fameuse masse critique, garante d'un certain niveau de sécurité des soins. Au travers d'« une nécessaire graduation et continuité des soins » les réseaux prodiguent des soins de qualité et de proximité, en assurant « une meilleure assise aux établissements de santé dits de proximité qui, ainsi articulés avec d'autres services ou activités plus spécialisés, pourront

mieux cibler leur propre niveau de prestation tout en assurant aux patients traités une continuité des soins qui leurs sont dispensés » [circulaire n° 97/277 du 9 avril 1997]. Les réseaux, éléments majeurs du Contrat d'Objectifs et de Moyens, participent donc (puisqu'ils en sont l'instrument essentiel) à l'amélioration de la qualité des soins, elle-même clause du Contrat d'Objectifs et de Moyens.

• *Avec la coopération*

Enfin, le réseau est évidemment le support conceptuel des nouvelles formes institutionnelles de coopération (réseau de soins, communauté d'établissements de santé, groupement de coopération sanitaire) créées par l'Ordonnance de 1996. Facultatif sous sa forme extrahospitalière, bien que soutenu financièrement par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation au sein des Contrats d'Objectifs et de Moyens, le réseau est obligatoire sous sa forme interhospitalière : chaque établissement public de santé doit s'être engagé dans une communauté d'établissements dans un délai de trois ans.

Au terme de cette mise en évidence du réseau dans l'architecture des réformes initiées par l'ordonnance de 1996, nous formulerons deux observations. D'une part, il est indiscutable que les réseaux bénéficient d'un encouragement affiché des pouvoirs publics qui, par le biais de l'ordonnance de 1996, fournissent un cadre institutionnel pour leur mise en place. D'autre part, il faut bien reconnaître que l'émergence de ces réseaux ne va pas de soi. Elle relève pour le moins de logiques différentes sur lesquelles il convient de s'interroger. Ainsi, par exemple, il semble que la participation aux communautés d'établissements, imposée aux établissements de soins, relève de la contrainte, alors que les réseaux de soins qui bénéficient d'une forte incitation par les pouvoirs publics par le biais des Contrats d'Objectifs et de Moyens, relèvent du contrat, et que certaines expériences laissées à l'entière initiative des acteurs de santé, relèvent de la convention³.

³ Pour reprendre la distinction établie par O. Favereau entre les trois modes de coordination d'un système économique : la contrainte, le contrat, la convention.

2. ... aux différentes modalités de coordination sur lesquelles s'appuie la constitution des réseaux

En examinant les articulations existant entre les principaux axes de la réforme, le lecteur de l'Ordonnance d'avril 1996 voit poindre, dans l'idée de réseau, une voie inédite pour recomposer l'offre hospitalière. L'organisation en réseaux, à laquelle invite la nouvelle politique hospitalière, apparaît comme inspirée du souci d'introduire davantage de coordination entre les intervenants du domaine sanitaire.

Dans un premier temps, les trois dispositifs de coordination cités précédemment (la contrainte, le contrat et la convention) seront successivement abordés. Il s'agira, dans le second temps de cette analyse, de rechercher les conditions techniques d'une recomposition cohérente « en réseau » de l'offre hospitalière, à travers ces trois types de dispositifs de coordination, que l'on peut déceler dans la réforme hospitalière de 1996.

2.1. La contrainte, le contrat et la convention comme dispositifs de coordination

Les développements théoriques empruntés aux paradigmes standard élargi et non standard⁴ permettent de distinguer trois dispositifs à l'origine de la coordination [C. Ramaux 1996] : la contrainte, qui exclut tout accord de volonté, le contrat, vu comme le produit d'un tel accord, et la convention, envisagée comme un objet sur lequel il est possible de s'accorder.

⁴ Le paradigme standard regroupe les théories économiques qui supposent une rationalité substantielle fondée sur le calcul individuel et une coordination des décisions individuelles par le marché. Le paradigme standard élargi conserve l'hypothèse de rationalité substantielle pour aborder la coordination interne à l'organisation (elle se réalise grâce à des règles-contrats et à des règles-contraintes), en plus de la coordination marchande. Le paradigme non standard postule une rationalité de type procédural qui suppose un processus d'apprentissage dans la prise de décision et s'intéresse à la coordination non marchande des décisions, dans laquelle des règles-conventions assurent la coopération entre les individus.

La contrainte ou règle hétéronome dicte aux agents leur conduite, indépendamment de leur volonté. Elle leur dénie, pour une action considérée, la faculté de se déterminer à agir d'une façon ou d'une autre ; elle exclut tout acte de volonté [S. Béjean, C. Peyron 1997], elle ne résulte pas d'un accord entre acteurs. Elle est, au contraire, édictée unilatéralement, imposée de l'extérieur et caractérisée par l'exogénéité des obligations qu'elle crée. Les acteurs ne décident pas du contenu de la règle contraignante et doivent impérativement s'y conformer. L'intentionnalité des agents est nulle tant dans la création que dans le respect de la règle.

Le contrat constitue un arrangement interindividuel organisant des interactions entre deux agents. Ces interactions font l'objet d'une libre négociation entre les parties et se réalisent sur la base d'un accord adopté par consentement partagé [É. Brousseau 1995]. Le contrat se définit donc comme le fruit d'un accord de volontés. En outre, les relations prévues par le dispositif contractuel supposent l'existence d'engagements réciproques : les agents s'engagent les uns envers les autres à céder ou à s'approprier, à faire ou à ne pas faire quelque chose [B. Salanié 1995]. À l'instar de la contrainte, le contrat est source d'obligations. Or, celles-ci présentent un caractère endogène. Elles sont ce que les agents choisissent de s'imposer par entente mutuelle. En conséquence, les clauses du contrat ne s'appliquent qu'à ceux qui les ont intentionnellement élaborées. Les acteurs déterminent de leur propre chef le contenu de la règle contractuelle et s'engagent librement à la respecter. Leur intentionnalité est infinie pour la création, comme pour le respect de la règle.

La convention a en commun avec la contrainte d'être extérieure aux acteurs, mais elle ne se réduit pas à un dispositif contraignant. Elle est librement acceptée par les agents et se rapproche alors d'un dispositif contractuel. La convention n'est pourtant pas assimilable à un contrat pour deux raisons : tout d'abord, la convention ne suppose pas d'intention subjective et ne découle d'aucune négociation ; elle n'est pas le produit direct d'un accord de volontés mais un objet, construit socialement, sur lequel il est possible de s'accorder. D'autre part, la convention présente une régularité

reconnue à un niveau collectif. Elle donne la solution d'un problème répétitif et ne constitue pas, à l'image du contrat, une solution correspondant à une situation particulière [P.Y. Gomez 1994]. Le dispositif conventionnel, à la différence des précédents, ne contient pas d'obligation. Chacun est libre d'adhérer ou non à la convention et peut, à tout moment, décider de ne plus s'y conformer. Le contenu de la règle conventionnelle échappe à la volonté des acteurs qui ont la possibilité de l'adopter ou non. Le degré d'intentionnalité est intermédiaire entre les degrés d'intentionnalité nul de la contrainte et infini du contrat.

2.2. *Les dispositifs de coordination dans la réforme hospitalière*

Une lecture des principes de régionalisation, de contractualisation et d'accréditation, à partir des dispositifs de coordination succinctement présentés ci-dessus, permet de mettre en évidence les champs d'intervention respectifs des règles contraignante, contractuelle ou conventionnelle dans l'architecture de la politique hospitalière élaborée par l'ordonnance de 1996.

• *La carte sanitaire et le SROS, entre contrainte et contrat ?*

La régionalisation s'organise autour de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Le directeur de l'ARH, après avis de la commission exécutive, arrête la carte sanitaire et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). La carte sanitaire encadre quantitativement l'offre de soins, alors que le SROS constitue l'élément qualitatif de la planification en localisant sur la carte sanitaire les moyens hospitaliers en fonction des besoins exprimés [B. Bonnici 1992]. Ces deux instruments de planification, dont la teneur est opposable aux établissements, présentent indéniablement un caractère contraignant. Ils ne résultent pas d'un accord de volontés entre l'Agence et les hôpitaux. Ces derniers ne sont pas à l'origine de leur création et ne décident pas de leur contenu. Ils doivent néanmoins s'assurer de la compatibilité de leurs projets avec les dispositions de la carte sanitaire et avec les objectifs du SROS.

La procédure de révision du SROS tend cependant à atténuer la dimension « contrainte ». Le nouveau Schéma régional est préparé dans le cadre d'une large concertation, qui doit permettre à l'ensemble des acteurs du système de santé (élus, médecins, directeurs, syndicats et usagers) de se prononcer sur les orientations à moyen terme du secteur hospitalier. Une telle démarche participative donne la possibilité aux différents protagonistes d'exprimer leurs souhaits et l'occasion à la tutelle de sensibiliser les esprits aux choix nécessaires. Cette consultation préalable instille ainsi, dans la construction des outils de planification, une dose de négociation, qui n'est pas sans évoquer les dispositifs contractuels de coordination.

• *Le Contrat d'Objectifs et de Moyens, un contrat bâtard ?*

La contractualisation s'établit entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et chaque établissement de santé, par l'intermédiaire d'un Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM). Le COM est le produit d'un accord explicite entre le producteur de soins et la tutelle. Il résulte, en première analyse, d'une négociation portant sur les orientations stratégiques que l'établissement s'engage à suivre et sur la nature des contributions apportées en contrepartie par l'ARH. Ces engagements réciproques renvoient à l'idée de contrat au sens de la théorie économique.

Le statut théorique du Contrat d'Objectifs et de Moyens mérite, toutefois, d'être discuté. L'Ordonnance d'avril 1996 décrit avec précision le contenu du COM (L. 710-16-1). Elle limite, de ce fait, les espaces de liberté et réduit d'autant les possibilités de négociation entre les parties. Dans ces conditions, le Contrat d'Objectifs et de Moyens apparaît plus comme un cahier des charges défini unilatéralement, que comme le résultat d'une véritable négociation [A. Dussol 1996]. Par ailleurs, la contractualisation est une démarche obligatoire. Aussi l'idée d'intentionnalité infinie qui caractérise le comportement des agents dans la genèse d'une règle-contrat, ne peut être retenue dans le cas du COM. Ce dernier s'éloigne dès lors du concept de contrat défini par la théorie économique.

• *L'accréditation, une convention dénaturée ?*

L'accréditation prévoit l'élaboration de normes de qualité. Celles-ci résultent d'une délibération au sein du conseil scientifique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Définies comme « des règles, des lignes directrices, des caractéristiques pour des activités ou leurs résultats, fournies pour des usages répétés » [B. Barbin et al. 1997, p. 29], les normes de qualité ainsi créées ne se ramènent ni à des contraintes ni à des contrats. Elles présentent, par contre, à l'image des conventions, un caractère non obligatoire – ce ne sont pas des réglementations – et constituent une régularité qui sert de base d'action pour la solution de problèmes répétitifs [C. Mathy, E.A. Sauleau 1997]. Les référentiels de qualité mis au point par l'ANAES forment des objets collectifs sur lesquels les agents s'accordent pour objectiver la qualité. En outre, la procédure d'accréditation ne répond pas à une logique binaire du type oui-non [D. Cayzac 1997]. Le collège de l'accréditation formule des recommandations. Son but est d'encourager la mise en place d'une organisation permettant une amélioration constante de la qualité. L'accréditation favorise, en cela, l'émergence d'un processus d'apprentissage de la qualité, susceptible de faire progresser les prestataires de soins quel que soit leur niveau de départ. Le dispositif cognitif, au cœur de la démarche d'accréditation, met en évidence une similitude supplémentaire entre accréditation et règle-convention. Le système d'accréditation procure un repère général et communément admis permettant d'apprécier objectivement la qualité. Ce repère, extérieur à la relation contractuelle entre un établissement et la tutelle, forme une « estampille de qualité ». Il s'apparente à une convention de qualité de type industriel, qui médiatise la dimension technique de la qualité⁵ [S. Béjean 1994].

Mais l'accréditation, telle qu'elle apparaît dans l'Ordonnance, est paradoxalement une procédure obligatoire ! Certes, l'initiative est laissée aux établissements, qui disposent de cinq ans pour se soumettre

⁵ Nous verrons qu'il existe par ailleurs des « conventions de qualité de nature domestique » qui concernent la dimension subjective de la qualité.

volontairement à la visite des experts. Toutefois, si un hôpital ne s'est pas engagé dans cette procédure, l'ARH se substitue à lui pour demander sa mise en œuvre. Il s'agit donc d'une obligation qui s'impose progressivement, dans laquelle les établissements ont surtout le droit de choisir la période à laquelle ils souhaitent commencer la procédure d'accréditation. Une telle disposition vient nuancer l'aspect « convention » en privant l'accréditation de sa dimension spontanée. De surcroît, ce caractère obligatoire risque de freiner la motivation des acteurs. Il mettrait alors en péril le processus d'apprentissage de la qualité, dont l'existence autorise (motive) l'interprétation de l'accréditation en termes conventionnalistes.

2.3. *Le réseau : une imbrication de contraintes, de contrats et de conventions*

Nous avançons ici que le réseau peut être conçu comme un mode de coordination complexe susceptible de mobiliser, de façon cohérente, les trois modes de coordination élémentaires qui coexistent, plus ou moins opportunément, dans l'ordonnance de 1996 relative à la réforme hospitalière. On peut envisager deux conceptions du réseau : le réseau allocation de ressources et le réseau création de ressources [S. Béjean, M. Gadreau 1997].

• *Le réseau, allocation de ressources : un compromis entre marché et hiérarchie, entre contrat et contrainte*

Dans une économie d'allocation de ressources, la coordination est envisagée comme un problème d'organisation de l'échange. Pour autant, l'économie ne se résume pas à un lieu d'échange ; le système productif est présent dans le modèle, mais les décisions de production sont mises au même rang que celles d'échange, et sont ainsi assimilables à des décisions d'allocation de ressources [É. Brousseau 1993b]. La production consiste simplement à combiner des ressources existantes afin d'en obtenir de nouvelles, sans tenir compte de l'importance de facteurs immatériels, liés à l'émergence et à la transmission du savoir.

Le réseau allocation de ressources occupe une position intermédiaire entre le marché et la hiérarchie ; c'est une forme hybride de coordination au sens de O. Williamson [1994]. Sur le marché, la coordination est assurée par le système de prix ; la coordination marchande se caractérise par sa flexibilité : les relations entre agents sont ponctuelles, chacun retrouvant son autonomie après l'échange. La hiérarchie coordonne les décisions par le biais de l'autorité, qui engage les agents les uns envers les autres pour une certaine durée. Ainsi, la caractéristique principale de la hiérarchie réside dans sa stabilité [P. Huard, J.P. Moatti 1995]. Le réseau emprunte à la fois à la hiérarchie et au marché et de ce fait les relations entre agents sont stables sans être rigides. La coordination repose sur des arrangements formels qui constituent des contrats, et des clauses incitatives assurent la coopération en évitant l'opportunisme des acteurs. Voilà pour la dimension « marché » du réseau. Mais, par ailleurs, certains dispositifs contraignants sont présents, même si l'autorité propre à la hiérarchie disparaît ; ils tiennent à l'ensemble des obligations exogènes qui s'imposent aux participants lors de la création et dans le fonctionnement d'un réseau.

Cette première conception du réseau paraît réductrice, dans la mesure où la coordination ne sert qu'à allouer des ressources préexistantes. Une approche de la coordination créatrice de ressources permet de donner tout son sens à une organisation réticulaire.

- *Le réseau, création de ressources*

Au sein d'une économie de création de ressources, la coordination est envisagée comme un problème d'organisation de la production. Cette fois, l'explication de l'activité productive est endogénéisée. Les agents économiques sont supposés détenir des facteurs de production, dont la réunion n'est pas une condition suffisante pour obtenir un *output* [É. Brousseau 1993a]. La production de certains biens et services requiert la création d'*inputs* particuliers, tels que des connaissances, du savoir-faire ou des qualifications spécifiques. L'accent est mis sur l'importance du savoir pour organiser la production. La notion

d'apprentissage est alors au cœur de la problématique de l'organisation productive.

Dans ce cadre d'analyse, le réseau n'est plus un compromis entre marché et hiérarchie, il forme un mode de coordination alternatif. L'approche socio-économique fournie par M. Granovetter [1985] souligne le rôle des relations personnelles de confiance au sein du réseau. La confiance intervient comme modalité de coordination entre les membres du réseau, au-delà de la coordination marchande et de la coordination hiérarchique. Les agents se font confiance parce qu'ils ont appris à se connaître à travers leur formation, leur proximité géographique et grâce à des expériences communes. Le statut théorique de la confiance doit être précisé. Ce n'est pas une contrainte puisque les agents adoptent ce comportement de plein gré. Ce n'est pas un contrat, puisqu'elle ne découle pas d'un accord de volontés entre les parties prenantes [A. Orléan 1994]. La confiance apparaît comme un objet collectif que les agents n'ont pas à définir et auquel ils n'ont pas le sentiment de se référer : c'est une convention. Elle peut, plus précisément, être interprétée comme une convention de qualité de nature domestique⁶ qui détermine la qualité particulière de chaque professionnel et qui, par un processus d'apprentissage informel, renseigne sur la dimension subjective, relationnelle, de la qualité. Les liens de confiance entre les membres du réseau permettent la coopération en procurant une résolution stable et régulière de l'incertitude sur les compétences et les intentions de chacun. La coopération s'appuie sur la confiance qui, par un processus cumulatif, se renforce par l'expérience de comportements coopératifs. La confiance, en tant que dimension conventionnelle, favorise la motivation des acteurs et conditionne leur adhésion au réseau.

Au-delà de la dichotomie qui vient d'être présentée entre réseau allocation de ressources, et réseau création de ressources, nous

⁶ Nous insistons ici sur la confiance, « convention de qualité de nature domestique », caractéristique d'un réseau création de ressources. Il existe aussi des « conventions de qualité de nature industrielle » tels que des référentiels ou normes techniques de qualité, qui favorisent aussi la coordination au sens

avançons qu'un réseau cohérent doit mobiliser simultanément les trois types de coordination présents dans ces deux types de réseau. Il serait en particulier extrêmement dommageable, pour l'avenir de la réforme hospitalière, de s'en tenir à une vision « allocation de ressources » du réseau, et de négliger l'importance des phénomènes d'apprentissage, ancrés dans le tissu social, et qui favorisent l'émergence de conventions de qualité.

Nous illustrerons notre position, dans le troisième et dernier temps de cette présentation, par l'exemple de la mise en réseau de l'hôpital local en Bourgogne.

3. Une illustration. La mise en réseau de l'hôpital local en Bourgogne : entre contrainte, contrat et convention

La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 distingue deux catégories d'établissements publics de santé : les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. Bien que la France compte 377 hôpitaux locaux, ceux-ci sont encore méconnus. L'hôpital local constitue pourtant le premier maillon du dispositif de soins hospitaliers. À ce titre, il dispense des soins de courte durée (uniquement en médecine), des soins de suite et des soins de longue durée. Établissement de proximité par excellence, situé le plus généralement dans des zones rurales, il accueille principalement des personnes âgées. Une étude menée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne sur les dix-huit hôpitaux locaux de la région permet de mieux situer l'hôpital local dans le dispositif de soins et d'appréhender l'ensemble des opérations de réseau développées à partir de l'hôpital local.

L'hôpital local, par son statut, son mode de fonctionnement, mais aussi par la catégorie de clientèle qu'il prend en charge (les personnes âgées principalement), s'intègre parfaitement dans la problématique du réseau qui mobilise simultanément contrat, contrainte et convention.

« non standard » [F. Eymard-Duvernay 1994], et qui sont présentes, dans la politique d'accréditation hospitalière.

3.1. *Hôpital local et réseau : un fonctionnement entre contrainte et contrat*

L'hôpital local se situe à l'articulation de la médecine hospitalière et de la médecine de ville. Il est intégré de fait dans des réseaux interhospitaliers (avec les autres établissements de santé, centres hospitaliers ou hôpitaux locaux) et extrahospitaliers (réseaux médecine de ville-hôpital local). Il entretient des relations plutôt contraignantes avec le centre hospitalier référent et des relations à caractère contractuel avec la médecine de ville, dont on montrera qu'elles ne fonctionnent que dans la mesure où préexiste une certaine confiance étrangère à la fois à la contrainte et au contrat.

• *L'hôpital local et le centre hospitalier : des relations plutôt contraignantes*

Obligation est faite à l'hôpital local, qui souhaite conserver des lits de médecine, de signer une convention⁷ avec un ou plusieurs centres hospitaliers ou établissements de santé privés, dont l'un au moins dispense des soins en médecine et en chirurgie et dispose d'un service ou d'une unité, soit de réanimation, soit de soins intensifs [décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical de l'hôpital local]. Il s'agit de la première structure de santé à laquelle la coopération a été imposée, disposition essentielle de la loi du 31 juillet 1991 [G. Calmes et *al.* 1998]. Cette mise en réseau de l'hôpital apparaît simultanément comme une obligation fondée à la fois par les textes et par l'impératif de sécurité, et comme une condition de l'adéquation de l'offre à une demande de soins de qualité [M.O. Saillard 1995].

La convention (juridique) prévoit les conditions dans lesquelles les praticiens du centre hospitalier prodiguent des soins aux malades de l'hôpital local, les conditions d'accès de ces derniers au plateau

⁷ Il s'agit ici de la convention au sens juridique, qui en termes économiques s'apparente à un contrat et non à une convention. Afin de distinguer la convention juridique de la convention économique, nous emploierons le terme « convention juridique » pour désigner la première et le terme Convention pour désigner la seconde.

technique du centre hospitalier, l'harmonisation et la gestion des dossiers des malades, le soutien à l'analyse de l'activité. Pour l'hôpital local, cette convention s'interprète comme une contrainte, une règle hétéronome au sens de C. Ramaux [1996]. L'hôpital local est contraint institutionnellement de signer avec le centre hospitalier une convention (juridique) qui s'impose contre sa volonté. Toutefois cet aspect contraignant peut être nuancé dans la mesure où cette convention assure la garantie d'une meilleure qualité des soins. Elle est bénéfique à l'hôpital local et ne s'impose donc pas complètement contre sa volonté. Par contre la convention (juridique) ne s'impose pas au centre hospitalier qui a le droit de refuser de signer. Les intérêts à signer sont asymétriques : si l'hôpital local a besoin du centre hospitalier, ce dernier manifeste en revanche peu d'intérêt à collaborer avec l'hôpital local, ses moyens étant déjà comptés. En cas d'accord du centre hospitalier, il s'agit alors d'un véritable contrat dans la mesure où il y a accord de volontés et réciprocité des deux parties. Le travail en réseau n'est possible que si l'échange est réciproque [M.O. Saillard 1995]. Cette absence d'intérêt du centre hospitalier ne peut être palliée que par la préexistence de relations de confiance réciproque entre les deux établissements. Ils doivent avoir appris à travailler ensemble, à se reconnaître mutuellement. La Convention, au sens de la théorie économique, prend alors le relais et permet de donner un contenu au contrat. *Le réseau interhospitalier entre l'hôpital local et le centre hospitalier, imposé par le sommet comme une contrainte mais s'apparentant institutionnellement à un contrat entre les deux protagonistes, a besoin de la Convention pour fonctionner.*

• *L'hôpital local et la médecine de ville : des relations à caractère contractuel*

L'hôpital local se positionne également au cœur d'un réseau ville-hôpital dans la mesure où les praticiens qui interviennent à l'hôpital local sont des médecins généralistes. En effet, les médecins généralistes peuvent être autorisés à exercer à l'hôpital local, d'où le surnom d'« hôpital du généraliste » donné parfois à l'hôpital local. Le médecin généraliste signe un contrat (explicite ou implicite) avec l'établissement,

véritable contrat au sens de la théorie économique dans la mesure où il existe une réciprocité (le généraliste s'engage à prodiguer des soins à l'hôpital local en contrepartie d'une rémunération) et une volonté partagée (l'hôpital local a besoin des généralistes pour faire fonctionner son établissement et le généraliste a besoin de l'hôpital local pour continuer à suivre ses patients et valoriser son travail). Toutefois les termes du contrat s'inscrivent dans un cadre institutionnel contraignant dans la mesure où les conditions de rémunération sont réglementées et ne peuvent pas être négociées. Ce manque de flexibilité est à l'origine du problème de la participation des généralistes à la vie de l'établissement (présence aux commissions médicales d'établissement, élaboration du projet médical et du projet d'établissement, actions de formation...) qui n'est pas rémunérée. Actuellement, la participation relève de la seule volonté du médecin qui, par déontologie, s'investit d'une mission, c'est-à-dire par Convention en termes économiques. *Une fois de plus, il apparaît que la Convention est nécessaire au bon fonctionnement du réseau en complément du contrat.*

3.2. *Hôpital local et réseau gérontologique : du contrat à la convention*

Le statut et le fonctionnement médical de l'hôpital local facilitent son intégration à des réseaux de soins centrés autour de la personne âgée : les réseaux gérontologiques. Principale activité de l'hôpital local, la prise en charge des personnes âgées relève d'une problématique transversale [IMAGE 1996], où la décision nécessite l'intervention coordonnée d'une multitude de professionnels des domaines sanitaire et social. Le réseau représente alors une possibilité de mise en œuvre de cette coordination d'acteurs. Premiers réseaux encouragés par les pouvoirs publics [circulaire de la caisse d'assurance vieillesse n° 36/93 du 6 avril 1993 relative aux réseaux gérontologiques] la mise en place de réseaux gérontologiques a pour origine la recherche de complémentarités entre les professionnels et la personne âgée. Le traitement des personnes âgées, qui relève de plusieurs domaines (sanitaire, social et médico-social), nécessite le recours à des compétences très variées : la

médecine libérale et hospitalière (dans le cadre de l'hôpital local), le personnel soignant hospitalier et libéral (dans le cadre des services de soins à domicile), le secteur social (dans le cadre des associations d'aide à domicile aux personnes âgées), la famille... Une prise en charge globale des patients nécessite une coopération constructive des intervenants. D'autant plus que la mise en réseaux des compétences permet de lever une partie de l'incertitude radicale, caractéristique au champ de la santé et qui porte aussi bien sur l'occurrence de la maladie que sur l'évolution du savoir médical et du traitement de la maladie. La confrontation des points de vue et des expériences est alors favorable à l'établissement de routines, de normes de comportements, qui réduisent le contexte incertain de la prise de décision. Cette confrontation s'appuie également sur les relations informelles de confiance préétablies entre les futurs membres. *Si aujourd'hui tous les acteurs de santé ont pris conscience de la nécessité d'une prise en charge des personnes âgées en réseau, cette prise en charge ne se met pas automatiquement en place. Les conditions de coordination entre acteurs jouent alors un rôle important dans l'émergence des réseaux. Elles conditionnent sa naissance, sa vie et sa mort, comme en témoignent les deux exemples de réseaux gérontologiques rencontrés en Bourgogne.*

• *Un premier exemple : le projet de la Mutualité Sociale Agricole*

Le projet développé par la Mutualité Sociale Agricole (susceptible d'être expérimenté sur le site de Tournus – Saône et Loire – commune d'implantation d'un hôpital local) a pour objet de susciter, au plan local, l'émergence d'un réseau gérontologique coordonné par un médecin généraliste, afin de maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile dans des conditions satisfaisantes. Le réseau potentiel regroupe les professionnels libéraux médicaux et paramédicaux, les établissements de santé (hôpital local ou centre hospitalier), les associations d'aide aux personnes âgées, les institutions d'hébergement, ainsi que les caisses d'assurance maladie qui financent le projet d'expérimentation.

Un document de cadrage prévoit l'ensemble des aspects organisationnels, juridiques, financiers, ainsi que le système d'information et l'évaluation. Le réseau est « matérialisé » par une association loi 1901 constituée entre tous les acteurs cités précédemment, laquelle dispose d'un secrétariat chargé de la coordination, de l'administration et de la logistique. L'association signe une convention (juridique) type avec les caisses d'assurance maladie qui assurent son financement (frais de fonctionnement du secrétariat). Cette convention fixe les droits et les obligations de chaque membre. En particulier, le médecin généraliste, en tant que coordonnateur du réseau, s'engage à effectuer un bilan initial de la personne âgée et à établir un plan d'intervention des différents partenaires qui doivent le respecter. La personne âgée reste libre d'accepter ou non l'intervention. Le médecin coordonnateur perçoit en contrepartie une rémunération forfaitaire. La durée de la phase expérimentale est de trois ans.

Par ce projet, la Mutualité Sociale Agricole entend améliorer la prise en charge des personnes âgées en incitant les acteurs locaux à adopter une nouvelle organisation de travail : le réseau. La convention (juridique), qui est ici un contrat au sens économique, fixe le cadre institutionnel du réseau auquel les partenaires locaux sont libres ou non d'adhérer. *Mais l'adhésion est la condition sine qua non de la mise en place effective du réseau et la garantie d'un fonctionnement efficace. Malgré les incitations financières accordées, le contrat n'est pas suffisant pour insuffler une dynamique de réseau.* Cette dynamique nécessite un certain apprentissage, l'établissement de relations de confiance entre les membres, notamment la reconnaissance réciproque des compétences et des connaissances de chacun. Cet apprentissage demande du temps et de l'énergie aux individus. Deux réponses possibles au projet de la Mutualité Sociale Agricole sont alors envisageables :

– soit le contrat proposé entérine et officialise une situation de réseau déjà en place, facilitée par l'existence d'un hôpital local (comme c'est le cas à Tournus où les médecins sont déjà habitués à travailler en réseau), mais informelle : *dans ce cas le contrat vient renforcer et*

appuyer la Convention en apportant une reconnaissance matérielle et financière au réseau ;

– soit aucun partenariat local n'a encore été entrepris : *le contrat risque alors d'être conçu comme une contrainte institutionnelle de plus dont les acteurs locaux se méfieront ou qu'ils refuseront.* Car le réseau ne prend un sens véritable que si, au-delà des textes, il existe une volonté partagée de lui donner un contenu. Un contrat, aussi complet et incitatif soit-il, ne peut être le seul facteur d'impulsion d'une mise en réseau. L'adhésion nécessite une préparation de la part des futurs membres ; ils doivent avoir déjà assimilé le concept et la méthode de travail en réseau, par le biais de l'apprentissage et sur un mode conventionnel comme le montre l'exemple suivant.

• *Un deuxième exemple : l'émergence spontanée du réseau gérontologique de Villeneuve-sur-Yonne*

Avant d'être officialisé en 1994, le réseau gérontologique développé à partir de l'hôpital local de Villeneuve-sur-Yonne est né spontanément au début des années 80, à l'initiative de l'hôpital local et de sa directrice. Face au constat de la non-satisfaction des besoins des personnes âgées, notamment en matière d'aide au maintien à domicile, l'hôpital local a cherché à améliorer la réponse à ces besoins en faisant appel à la collaboration de l'ensemble des partenaires. Il a pris contact avec les médecins généralistes, les infirmières libérales, le monde associatif et est devenu le lieu de rencontres, de communication et de diffusion de l'information. Au fil des années les médecins généralistes, les infirmières libérales, le personnel associatif, la commune, les commerçants et artisans ont « appris » à travailler ensemble pour satisfaire un même objectif : répondre à l'ensemble des besoins d'une personne âgée à domicile. Cet apprentissage du travail en coopération a demandé du temps mais a aussi permis à certaines professions de ne plus être seules face à la complexité des décisions, de mieux repérer les besoins et d'améliorer la prise en charge. Suite à la circulaire de 1993 relative aux réseaux gérontologiques, le réseau a obtenu un financement, ce qui lui a permis de conforter ses moyens, par le biais du recrutement d'une infirmière coordinatrice et d'une secrétaire.

Aujourd'hui, dans le libre respect du choix de la personne âgée, le réseau peut répondre à une palette de besoins, qui va du soin au repas à domicile, en passant par l'aide au règlement de problèmes administratifs et aux travaux d'entretien. Chaque intervenant n'est plus seul face à un problème : il peut faire appel au réseau qui va déclencher toutes les aides nécessaires, en collaboration avec les professionnels concernés.

Le réseau gérontologique de Villeneuve-sur-Yonne est donc né d'une initiative spontanée de l'hôpital local, « sans structuration par le sommet » [IMAGE 1996], à l'inverse de la démarche présentée par la Mutualité Sociale Agricole. L'énergie déployée par l'hôpital a permis de fédérer les acteurs locaux autour d'un problème majeur : la prise en charge des personnes âgées. Leur mode de collaboration en réseau s'est mis en place par apprentissage, sur la base de relations de confiance et de partenariat. *Le réseau de Villeneuve-sur-Yonne s'apparente à un réseau relationnel qui a pour origine la réunion spontanée d'un groupe en vue de poursuivre un objectif commun. Il faut insister sur l'absence de lien juridique et contractuel entre les membres du réseau : ils travaillent ensemble selon un mode conventionnel au sens de l'économie des conventions.* Toutefois ce mode conventionnel qui se traduit par une inexistence de structures constitue également la principale source de faiblesse d'un tel réseau [F. Grémy 1997]. D'une part, le réseau ne repose que sur la volonté des hommes qui peut s'estomper au fil des années ; autrement dit, la Convention peut perdre de son impact à long terme. D'autre part, aucune pratique d'évaluation du réseau n'a été envisagée, ce qui ne permet pas de juger de l'opportunité du réseau ; le défaut d'évaluation de la qualité des soins peut être préjudiciable à la reconnaissance par la tutelle de l'utilité d'un tel réseau.

Conclusion

Les exemples étudiés permettent de cibler les atouts et les faiblesses de deux modes différents d'émergence d'un réseau.

Le projet de la Mutualité Sociale Agricole s'apparente à un réseau institutionnel où les éléments organisationnels de la collaboration

occupent une place prépondérante. Si la démarche incitative proposée par le sommet a le mérite de donner un contenu juridique et matériel au réseau, indispensable à son fonctionnement, elle peut par contre se heurter au refus de coopération de la part des acteurs locaux. *On peut dire que le réseau « allocation de ressources » risque fort d'achopper si le contrat ne rencontre pas l'adhésion (conventionnelle) des acteurs.*

À l'opposé, le réseau de Villeneuve-sur-Yonne s'identifie à un modèle de réseau relationnel fondé uniquement sur l'initiative des acteurs de terrain. S'il présente l'avantage d'asseoir une véritable confiance entre les membres du réseau, il n'en demeure pas moins soumis à la précarité de l'évolution des relations humaines. *On peut dire que ce réseau « création de ressources » achoppera si l'adhésion spontanée de ses membres n'est pas confortée par un contrat qui lui confère une assise juridique et matérielle.*

Ces exemples montrent qu'un réseau « idéal » repose sur un principe de combinaison des trois modes de coordination que sont la contrainte, le contrat et la Convention. La difficulté réside dans le fait qu'il est vraisemblablement impossible de déterminer *a priori* et de façon normative une et une seule combinaison que l'on qualifierait alors de meilleure. En ce sens, chaque situation nécessitera une étude particulière.

Bibliographie

Barbin B. et al. [1997], *Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité*, Lamarre.

Béjean S. [1994], *Économie du système de santé : du marché à l'organisation*, Économica.

Béjean S., Gadreau M. [1997], « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'Économie Industrielle*, n° 81, p. 77-97.

Béjean S., Peyron C. [1997], « Contrats et conventions : quels apports pour l'économie de la santé ? », in *Actes des XVII^e Journées de*

l'Association d'Économie Sociale, « Les avancées théoriques en économie sociale et leurs applications », Dijon, p. 769-792.

Bonnici B. [1992], *L'hôpital. Enjeux politiques et réalités économiques*, La Documentation Française.

Brousseau É. [1993a], *Économie des contrats, technologie de l'information et coordination interentreprise*, PUF.

Brousseau É. [1993b], « La théorie des contrats. Une revue », *Revue d'Économie Politique*, vol. 103, n° 1, janvier-février, p. 1-82.

Brousseau É. [1995], « De la science du marché à l'analyse économique des formes de coordination. De nouvelles perspectives », *Cahiers Français : Les nouvelles théories économiques*, n° 272, juillet-septembre, p. 54-63.

Calmes G. et al. [1998], *Coopération hospitalière. L'épreuve de vérité*, Masson.

Cayzac D. [1997], « L'accréditation dans la réforme hospitalière. Un enjeu professionnel », *Gestions Hospitalières*, n° 363, février, p. 99-101.

Chabrun-Robert C. [1997], « Réseaux et qualité des soins », *Le Concours Médical*, n° 119, p. 3088-3090.

Circulaire 36/93 du 6 avril 1993 relative aux réseaux gérontologiques, Caisse d'assurance vieillesse.

Circulaire 97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.

Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical de l'hôpital local.

Delahaye-Guillocheau V., Mettendorff M. [1997], « La régulation de l'hospitalisation publique et privée : vers un système centré sur la réponse aux besoins de la population », *Droit Social*, n° 9/10, septembre-octobre, p. 859-864.

Dussol A. [1996], « Réforme hospitalière : la fin d'une époque ? », *Gestions Hospitalières*, n° 361, décembre, p. 735-745.

Gomez P.Y. [1994], *Qualité et théorie des conventions*, Économica.

Granovetter M. [1985], « Economic Action and Social Structure : The Problem of Embeddedness », *American Journal of Sociology*, vol. 91, n° 3, p. 81-510.

Grémy F. [1997], « Filières et réseaux », *Gestions Hospitalières*, n° 367, juin-juillet, p. 433-438.

Huard P., Moatti J.P. [1995], « Introduction à la notion de réseau », *Gestions Hospitalières*, décembre, p. 735-738.

IMAGE. [1997], *Les réseaux en question*, Rennes, ENSP.

Maquart B. [1996], « La réforme de l'hospitalisation publique et privée », *Droit Social*, n° 9/10, septembre-octobre, p. 868-877.

Mathy C., Sauleau E.A. [1997], « *Les fondements économiques de la normalisation des démarches qualité à l'hôpital* », Communication au colloque GS santé : *De l'évaluation à l'accréditation*, Lyon, mars.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Orléan A. [1994], « Sur le rôle respectif de la confiance et de l'intérêt dans la constitution de l'ordre marchand », *La revue du MAUSS* semestrielle, n° 4, 2^e trimestre, repris dans *Problèmes économiques*, 3 mai 1995, n° 2422, p. 7-14.

Ramaux C. [1996], « De l'économie des conventions à l'économie de la règle, de l'échange et de la production », *Économies et Sociétés*, n° 19, novembre-décembre, p. 121-150.

Saillard M.O. [1995], « Hôpital local et réseau de soins », *Gestions Hospitalières*, décembre, p. 771-772.

Salanié B. [1995], « Incitations et théorie des contrats », *Cahiers Français : Les nouvelles théories économiques*, n° 272, juillet-septembre, p. 3-11.

Williamson O.E. [1994], *Les institutions de l'économie*, InterÉditions.