

Des actions de terrain aux politiques de santé **Vers de nouvelles pratiques**

Réorganiser le système de santé n'est pas chose facile. Ceci suppose notamment, après avoir suscité l'intérêt des acteurs de terrain, de leur permettre de débattre au sein d'espaces de confrontations de négociations (véritables espaces de créativité institutionnelle) tout en bénéficiant du soutien d'une véritable dynamique des pouvoirs publics.

Constater aujourd'hui que rien ne peut se faire sans adhésion et dynamique des acteurs de terrain dans le domaine de la réorganisation du système de santé fait partie de ces lieux communs qui circulent de façon orbitale autour des réflexions sur la conduite du changement.

Ce lieu commun est une des manières de désigner le hiatus de plus en plus important qui se creuse aujourd'hui entre les promoteurs institutionnels du changement (même s'ils ne sont pas tous vécus ou perçus comme des réformateurs technocratiques, des idéologues syndicaux coupés des réalités de terrain ou des experts autorisés à circuler uniquement dans les couloirs ministériels...) et les acteurs dits « de terrain » par essence perçus comme résistant à toute forme d'évolution (même s'ils ne sont pas tous vécus comme des acteurs sans visions sans perspective stratégique sans désir de mise en scène).

Dire que la solution à ce problème repose en grande partie sur la mise en forme d'une « pédagogie du changement » qui permettrait aux acteurs de terrain et aux

promoteurs institutionnels des réformes de se rencontrer pour travailler ensemble sur le sens des transformations à conduire dans la perspective d'une reconfiguration des rôles des pouvoirs et des identités de chacun d'entre eux, est souvent présenté par ceux qui ont lu la littérature classique sur le changement comme l'une des hypothèses de travail les plus prometteuses.

Des espaces de créativité et de médiation

À l'exception de quelques anciens érudits qui ont toujours foi dans la méthode forte (celle qui consiste à créer une cour pour les grands et une pour les petits) beaucoup de monde s'accorde pour que soient créés des espaces de créativité et de médiation dans lesquels ces acteurs pourraient se rencontrer pour s'affronter négocier et tester la validité des perspectives de transformation du système de santé.

Reste à savoir comment cela serait

possible dans un pays où dire le vrai, le bien et le juste lorsqu'il s'agit de penser la réorganisation des formes d'action collective est encore regardé comme le dernier attribut symbolique de compensation par ceux qui ont fait le choix de faire carrière dans le cadre des instances publiques ou parapubliques ?

Reste à savoir comment cela serait possible dans un pays où l'art de l'esquive individuelle et clandestine face aux systèmes de régulation collective est nettement plus prisé que celui de l'investissement partagé et transparent dans la construction de ces mêmes systèmes ?

Penser ces espaces de créativité et de médiation c'est poser clairement la question du renouvellement des formes de valorisation qu'elles soient symboliques, monétaires ou autres, de ceux qui prennent des risques pour transformer le système de santé. C'est travailler la question de la « performance » et de la « richesse » produites par ces initiatives, c'est anticiper et gérer les tensions et les conflits que les reconfigurations de rôles d'identités et de pouvoirs font inéluctablement naître, c'est poser aussi en contrepoint de ces rapports de force la question de l'émergence d'une certaine « éthique » de la communication où chaque partenaire du système pourrait se voir reconnaître *a priori* comme un « *alter ego* ».

La dernière en date des réformes proposées, le plan Juppé, a tenté de formaliser cette vision du changement en favorisant la naissance d'espaces où peuvent se rencontrer les différents acteurs du système de santé. À titre d'exemple, les conférences de santé, les programmes stratégiques d'actions de santé et les expérimentations réseaux constituent de véritables leviers pour tester la robustesse de cette hypothèse sur la conduite du changement.

Même si ces ouvertures réglementaires semblent aller dans le bon sens, elles ne constituent toutefois que des ébauches de ce qui semble souhaitable dans la perspective d'une conduite négociée et validée des transformations qu'appelle notre système de santé. Elles ne permettent notamment pas de lever les hypothèques idéologiques autour desquelles se sont cristallisés depuis quelques années les rapports de force entre, par exemple, syndicats et assurance maladie, médecine libérale et pratique hospitalière publique, hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux, assureurs privés et gestionnaires mutualistes du risque complémentaire, experts autorisés et professionnels de base. Que l'on songe, par exemple, aux positions syndicales ou à celles des hospitaliers publics sur la façon de poser la question de la coordination et de la coopération entre professionnels de santé et l'on tombe inévitablement sur des positions dogmatiques fortes qui trouvent pleinement leur justification, si l'on considère les rapports de force institutionnels existants, mais qui constituent des obstacles majeurs lorsqu'il s'agit de travailler expérimentalement à l'émergence de nouveaux modèles de fonctionnement collectif.

Imaginons pour souligner d'un premier exemple notre propos qu'à la suite d'une conférence régionale de santé des équipes de « bénévoles », réunissant des acteurs de terrain engagés sur le même sujet, aient été formées pour mettre en œuvre un programme stratégique d'action de santé. Imaginons que les incitatifs symboliques initiaux (le fait d'avoir été reconnu comme digne de figurer dans ces équipes) aient été suffisamment forts

pour faciliter le démarrage de la réflexion et du travail. Imaginons que malgré l'absence de valorisation, autre que celle de participer à une grande œuvre, les équipes aient proposé à l'issue d'un travail soutenu dans le cadre d'un espace naturellement à l'abri des rapports de force classiques (par exemple producteur d'alcool, administration de la santé, expert en promotion de la santé) des actions de changement remettant en question (par exemple) les modalités de financement de certaines activités, les dispositifs d'évaluation existants, certains aspects réglementaires, certaines positions scientifiques autorisées etc. Quelle serait dès lors la légitimité de ce groupe à porter sur les fonts baptismaux du changement ce « bébé » ? Quel serait l'espace dans lequel pourrait se déployer le nécessaire débat public autour du changement proposé pour en assurer une validation négociée, quels seraient les incitatifs et les modes de valorisation possibles de l'investissement de cette équipe ? Quelle pourrait être enfin sa capacité à faire naître un nouvel ordre social autour de ce projet ? À toutes ces questions qui constituent l'essence même d'un processus de changement et dans le cadre précis de la conférence régionale de santé qui symbolise la revalorisation du rôle du débat démocratique sur les orientations du système de santé (ce qui constitue un enjeu affiché d'une transformation culturelle forte) aucune réponse n'a été apportée par les défenseurs de cette réforme autre que celle qui consiste à dire « allez-y les petits gars ! ». Comme si le bricolage communautaire institutionnellement autorisé pouvait à lui seul réussir à donner du sens et de la cohérence là où les textes et les dynamiques sociales à l'œuvre jusqu'alors n'ont fait naître que de la complexité désordonnée (ou en tout cas jugée comme telle par ceux qui pensent le changement) ! Et, quand on connaît la fraîcheur institutionnelle d'une agence régionale de l'hospitalisation, on imagine mal les équipes des PSAS au nom d'objectifs de santé publique, allant revendiquer de gérer des programmes transversaux remettant en question cette légitimité naissante !

Imaginons comme autre exemple que dans un contexte local des médecins libéraux décident de s'entendre avec leurs collègues hospitaliers pour repenser ensemble les dispositifs de prise en charge et de gestion des risques afférents au suivi de grossesse, à la prise en charge des urgences médicales et chirurgicales compte tenu de résultats assez insatisfaisants vis-à-vis de la population qu'offre leur mésalliance. Quelles vont être dès lors les possibilités et la marge de manœuvre dont ils vont disposer pour travailler, argumenter et tester des modes d'organisation innovants adaptés au contexte des moyens de proximité et qui puissent satisfaire aux critères d'organisation portés par les instances tutélaires ? Comment ces acteurs de terrain vont-ils pouvoir s'autoriser à bricoler pour satisfaire aux conditions de lecture obligée « et officielle » du changement tout en s'inscrivant dans des agendas de contraintes incontournables ?

De la réflexion à la mise en œuvre

Au travers de ces deux exemples, ce qui a été avancé c'est la capacité de travailler à l'équilibre dynamique entre bricolage communautaire et réforme de système, entre imagination et contrôle, entre prototypage et généralisation, entre contrainte et incitation positive, entre le droit à l'erreur et l'irréversibilité systémique etc.

Notre hypothèse est que ces professionnels de terrain peuvent et (donc) doivent négocier le sens de leur action et l'évaluation de leur performance collective avec d'autres acteurs du système de soins bien sûr (multi-disciplinarité oblige) mais plus généralement de santé (y compris les usagers : associations de malades ou de consommateurs) sans oublier les divers payeurs (assurance maladie notamment) ou commanditaires (collectivités territoriales au premier chef). Cette « négociation/confrontation » n'a de portée que si elle est contradictoire (relativement) publique et menée avec un mandat institutionnel clair de chaque partie prenante (qui les engage) à propos

Fondation nationale de gérontologie

d'exemples concrets (des faits aussi objectifs que possible et surtout pas des opinions-anathèmes).

De cette confrontation collective devrait ressortir un cadre d'analyse négocié intégrant différents points de vue sur la « performance » de l'action collective de santé envisagée (des indicateurs, un système d'information et un cadre d'interprétation) dont la valeur s'imposerait à tous les acteurs engagés dans ce projet quelle que soit leur position.

Reste à faire naître cet espace si particulier où pourrait se déployer ce travail de négociation/confrontation entre les différentes représentations des attendus du changement, entre les différents cadres d'analyse susceptibles d'en rendre compte où pourrait se concevoir une pédagogie du changement permettant de comparer la valeur des initiatives et des projets, où pourrait se diffuser cette connaissance tant dans les formations initiales que dans les formations continues qui préparent et soutiennent les compétences qui s'expriment dans le domaine de l'organisation des politiques et des programmes de santé. ■

Marc Brémond

Directeur du groupe Image

Yann Bourguet

Chargé de recherche à Image

Pierre Lombrai

Chargé de recherche à Image

Michel Naiditch

Maître de Conférence universitaire,

chargé de recherche à Image

Groupe Image

14, rue du Val d'Osne

94410 Saint-Maurice

Date de création et de reconnaissance publique

1967

Conseil d'administration

Président du Conseil

d'administration

Geneviève Laroque

Directeur

Pr. Françoise Forette

Secrétaire général

Jean-Michel Rossignol

Un lieu de recherche, d'enseignement, de rencontre

L'activité de recherche pluridisciplinaire de la FNG s'exerce dans les domaines médical, épidémiologique, socio-démographique et économique.

La FNG anime des groupes

de travail permanents,

(« commission droits et libertés des personnes âgées » ...), organise des colloques et propose un enseignement en cycle supérieur (« Médecine et recherche gériatriques »).

Elle participe également à de nombreuses formations de médecins, de soignants et de travailleurs sociaux.

Par ailleurs, la FNG a élaboré une méthode d'évaluation de la qualité de vie dans les structures d'hébergement pour personnes âgées ainsi que des programmes d'activation cérébrale (Pac-séniors, Pac-actifs...).

Coordonnées

FNG

49, rue Mirabeau

75016 Paris

Téléphone : 01 45 25 92 80

Télécopie : 01 45 24 67 21

Pour mieux connaître le vieillissement et la vieillesse

La Fondation nationale de gérontologie s'attache à la connaissance « des causes, des modalités et des conséquences du vieillissement, des méthodes de prévention, de traitement et de rééducation ».

La FNG a été créée, à l'initiative des organisations suivantes :

la CNAV, la Cnam, l'Arcco, l'Agirc, la MSA, la Caisse des Mines, l'Organic, la Cancava, l'EDF, la SNCF, les ministères des Affaires Sociales, de l'Économie, de l'Agriculture et de l'Éducation nationale, l'Assistance publique, l'Inserm et l'Association Claude-Bernard.

Elle a été reconnue d'utilité publique par décret ministériel du 20 septembre 1967.

Sa Commission scientifique regroupe des personnes appartenant à l'ensemble des disciplines qui entrent dans le champ de la recherche sur le vieillissement et la vieillesse.

Un lieu d'information, de documentation, d'édition

La FNG s'est donnée pour mission de valoriser la recherche sur le vieillissement et la vieillesse. La constitution d'une base de données sur les recherches en cours et la publication d'un « Annuaire des chercheurs et recherches en cours, 1995 » entrent dans ce cadre.

La fondation met à la disposition du public un Centre de documentation possédant quelque 5 000 revues et ouvrages français et étrangers.

La FNG publie une revue trimestrielle « Gérontologie & Société » qui aborde de manière pluridisciplinaire un large éventail de thèmes gérontologiques. Elle édite également les actes de ses colloques et ses études.

Par l'ensemble de ses activités, la FNG constitue un lieu de recherche, de rencontre et d'information pour les chercheurs des différentes disciplines et les multiples acteurs sociaux concernés par le rôle et la place des personnes âgées dans la société.

De plus, elle intervient en partenariat avec d'autres organismes à vocation médicale ou sociale pour favoriser la réflexion gérontologique et la mise en place d'actions en direction de la population âgée.