

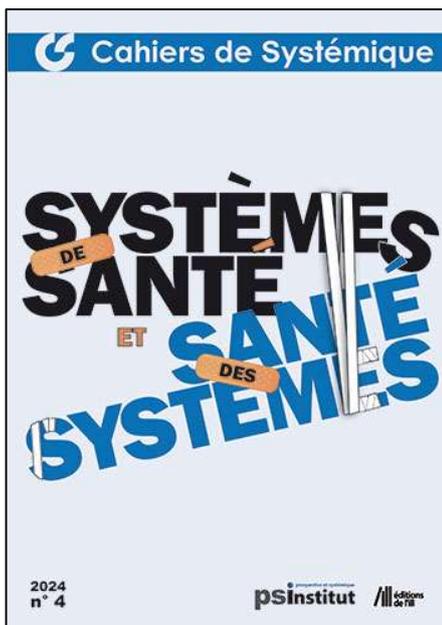


**SYSTEMES**  
**SANTE**  
**ET**  
**SYSTEMES**

DE  
DES



# Cahiers de Systémique



**Cahiers de systémique**

**2024 – n° 4**

Numéro coordonné  
par Christophe HUMBERT  
& Vivien BRACCINI

ISBN 978-2-490874-43-9

Cahiers de Systémique

[www.groupepsi.com/cahiers-de-systemique](http://www.groupepsi.com/cahiers-de-systemique)

ISSN 2968-0190

Directeur de la publication : Patrick SCHMOLL  
PSInstitut, 11 boulevard Leblois, 67000 STRASBOURG (France)

Rédacteur en chef : Christophe HUMBERT

Comité de rédaction :

Lydie BICHET, Vivien BRACCINI, Serge FINCK, Stéphanie HERTZOG,  
Christophe HUMBERT, Hugues PETITJEAN, Patrick SCHMOLL



# Systemes de santé et santé des systemes

---

Numéro coordonné par Vivien BRACCINI et Christophe HUMBERT

ISBN 978-2-490874-43-9

## Sommaire

### Présentation

Christophe HUMBERT & Vivien BRACCINI p. 5

### LES SYSTÈMES DE SANTÉ À L'ÉPREUVE DU TERRAIN

#### L'appropriation du Dossier Patient Informatisé par des infirmier.e.s d'un service de réanimation

Estelle PERRIN & Vivien BRACCINI p. 9

#### Trait d'union entre système de santé et système éducatif : La question de la prise en charge de la santé des élèves dans le secondaire à Ziguinchor (Sénégal)

Ibrahima Demba DIONE p. 23

#### The "Health" of Public Health: Experiences of Governance during the Covid-19 Crisis in Switzerland

Nolwenn BÜHLER, Giulia BELLONI, Didier WERNLI & Stéfanie MONOD p. 35

### DÉCRIRE LES SYSTÈMES DE SANTÉ

#### Penser un système de santé adapté à sa super-diversité : une analyse systémique

Maude ARSENAULT p. 51

#### Douleurs chroniques en France : antinomie entre offre de soins et besoin des patients

Stéphanie HERTZOG & Yasmine CHEMROUK p. 73

#### Le capital humain : un indice des enjeux biopolitiques contemporains

Charlotte COLLET p. 83

## **PROPOSER DES PISTES DE SOLUTIONS ORGANISATIONNELLES**

### **La recherche au service de l'innovation numérique en santé à l'échelle régionale : le cas des chargés de mission Ségur numérique du Grand-Est (France)**

Vivien BRACCINI & Christophe HUMBERT

p. 93

### **L'amélioration du système de santé à travers l'implication du patient partenaire : l'enrichissement du Modèle de Montréal au prisme des différentes phases du cycle des politiques publiques**

Kossi Eden Andrews ADANDJESSO, Léger Félix NTIENJOM MBOHOU  
& Marie-Pascale POMEY

p. 115

## **VARIAS**

### **Faut-il jeter le bébé avec l'eau du bain ? Une analyse du rapport de l'IGAS sur la qualité de l'accueil et la prévention de la maltraitance dans les crèches (2023)**

Mylène BAPST, Daria DRUZHINENKO-SILHAN,  
Sahika PAT-HERRMANN & Patrick SCHMOLL

p. 133

### **Le futur a-t-il un avenir ? Vers un renouveau de la prospective**

Patrick SCHMOLL

p. 143



# Présentation

---

## **Christophe HUMBERT**

Chargé de recherche en sociologie  
PSInstitut Strasbourg  
Chercheur associé LinCS (UMR 7069 Université de Strasbourg/CNRS)

[humbert.chr@gmail.com](mailto:humbert.chr@gmail.com)

## **Vivien BRACCINI**

Chargé de recherche en sciences de l'éducation et de la formation  
PSInstitut Strasbourg  
Chercheur associé LISEC (UR 2310 Université de Strasbourg)

En France, ce qu'il est convenu de nommer « système de santé » est souvent confondu avec l'un de ses sous-systèmes qu'est le système de soins, lequel décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place pour assurer la continuité et la qualité des prestations de santé, médicales et médico-sociales. Il inclut cependant plus largement la prévention des pathologies, ainsi que les principes éthiques régissant les pratiques soignantes, tels que la prise en compte de la dignité du patient et de son autonomie. Ces principes sont eux-mêmes inscrits dans la loi, les rendant contraignants pour les personnels soignants. La mise en application effective de ces principes est tributaire de logiques économiques et du bon fonctionnement du système politique. La « santé » du système de santé se trouve de ce fait tributaire de la « santé » d'autres systèmes eux-mêmes imbriqués, organisationnels, économiques, scientifiques, politiques, etc.

Ce numéro des *Cahiers de systémique*, vise à interroger les systèmes de santé et de soins que nous proposons d'entendre dans un sens délibérément large, dépassant ainsi son acception strictement institutionnelle décrite ci-dessus, pour y inclure les organisations pourvoyeuses de soins ou en charge de protéger la santé d'une population donnée. Nous les entendons ainsi comme des systèmes complexes, au sens classique de la systémique, comprenant des intrants et des extrants, ainsi que des boucles de régulation, tributaires des feedbacks internes et de ceux d'autres systèmes complexes avec lesquels ils sont en interaction. Si l'on traite cette fois d'une organisation soignante comme un hôpital, par exemple, son fonctionnement est dépendant des financements issus du ministère idoine, transitant par l'Agence régionale de santé locale. Le Conseil Régional a la responsabilité de la formation des personnels paramédicaux qui y travaillent, tandis que celle des travailleurs sociaux relève du champ de compétences de Département. Les médecins sont quant à eux formés par l'Université, relevant du Ministère de la recherche. Les enjeux économiques y sont extrêmement prégnants, les dotations sur ce plan étant fonction de la tarification liée à l'activité.

L'approche systémique, par sa capacité à saisir la complexité du réel en la réduisant le moins possible, nous permet alors de penser « la santé des systèmes », celle des systèmes de santé, mais aussi au-delà, de tout système complexe. Cela suppose d'interroger ce que l'on peut entendre par la « santé » d'un système en particulier (économique, politique, de soins, etc.) ou en général. Dans ce but, la mise en discussion de la définition de la santé des individus et des populations, toujours largement employée et entendue comme « un état complet de bien-être

physique, mental et social »<sup>1</sup>, apparaît rester une piste féconde. À noter que, dans cette constitution de l'OMS, il est précisé : « La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États ». Loin d'une définition strictement atomiste, le texte de l'OMS ouvre la voie à une prise en compte multifactorielle de la santé, pointant de fait les interdépendances entre les niveaux d'action (individuel et étatique) et celles entre la santé, la paix et la sécurité. La définition de l'OMS n'en reste pas moins idéaliste et statique, ce qui la rend difficilement objectivable. On peut s'interroger en effet sur qui sont ces citoyens et citoyennes, pouvant se réclamer d'un « état complet de bien-être physique mental et social », et questionner les critères et les seuils de « mauvaise santé » des peuples. En cela précisément, l'approche systémique permet de proposer une définition dynamique de la santé et des interactions entre les systèmes la composant.

Ainsi, le dossier de ce numéro se compose de trois volets, lesquels correspondent à trois manières distinctes que nous identifions dans les contributions, d'aborder la question des systèmes de santé et leur santé.

Le premier de ces volets traite **des systèmes de santé à l'épreuve du terrain**. Il s'agit de travaux empiriques, mobilisant des méthodes majoritairement qualitatives ou mixtes, ciblant des terrains bien circonscrits géographiquement voire temporellement. La thématique est abordée à diverses échelles, du plus micro (l'appropriation d'un outil numérique par des individus) au plus macro (la santé publique en Suisse), couvrant trois pays et deux continents. En France tout d'abord, **Estelle Perrin** et **Vivien Braccini** interrogent la numérisation des dossiers patients en milieu hospitalier, sous l'angle de leur appropriation par les infirmières et infirmiers. L'innovation numérique et managériale massive dans le système de soins français que constitue le déploiement des dossiers patients informatisés est ici analysée sous l'angle des facteurs humains, techniques, culturels et identitaires en jeu dans l'appropriation individuelle des outils. C'est sous l'angle d'un « trait d'union » entre système de santé et système éducatif, que **Ibrahima Demba Dione** interroge de son côté la santé scolaire dans la ville de Ziguinchor au Sénégal. Il analyse en particulier cette intrication entre deux systèmes distincts mais complémentaires, en termes de dispositifs publics mis en place dans la prise en charge des besoins de santé des élèves. **Nolwenn Bühler**, **Giulia Belloni**, **Didier Wernli** et **Stéphanie Monod** examinent quant à eux la pandémie en tant que révélateur de la gouvernance de la santé, rendant compte des relations entre savoirs, pouvoir et pratiques. La crise pandémique y est mobilisée comme un prisme, révélant et amplifiant les enjeux et difficultés liés à la santé du système de santé publique suisse.

Le deuxième volet de ce numéro change de modalité analytique. Si la démarche empirique n'y est pas abandonnée, l'analyse du matériau est au service d'une ambition plus large, celle de **décrire les systèmes de santé**, à l'échelle nationale voire internationale. Sur la base d'une revue de littérature sur les soins en contexte interculturel, **Maude Arsenault** propose une vision globale des éléments à prendre en considération pour cerner la super-diversité du système de santé québécois. Elle démontre que l'ancrage du système dans les normes du groupe majoritaire, nuit à la prise en compte des besoins de soins des personnes issues de l'immigration. **Stéphanie Hertzog** et **Yasmine Chemrouk** proposent un commentaire critique, quant à l'influence du contexte politico-économique néolibéral français, définissant les orientations du système de santé publique. Elles mettent en exergue les injonctions paradoxales dans lesquelles sont pris les soignants, entre les normes de la pratique médicale standardisée et les besoins de prise en charge holistique des patients atteints de douleurs chroniques. Adoptant une perspective internationale, **Charlotte Collet** interroge enfin la promotion de la santé comme « bien commun » influant une gestion intergouvernementale du système de santé. Elle propose une analyse critique des dérives economicistes des politiques de santé à l'échelle mondiale, démontrant la corrélation entre les discours portant sur la santé comme bien de l'humanité et le projet de la Banque mondiale sur le capital humain, dont la visée serait prioritairement d'améliorer la productivité et la croissance économique de l'ensemble des pays.

Dans le troisième et dernier volet de ce numéro, les auteurs cherchent à proposer des pistes de solutions organisationnelles, aux problématiques identifiées. Comme **Vivien Braccini** et **Christophe Humbert** qui exposent une modélisation systémique d'un dispositif de formation-action-recherche déployé en France permettant d'interroger si, et en quoi, les chargés de mission numérique de l'Agence régionale de santé sont en capacité d'accompagner le virage numérique dans les établissements et services médico-sociaux. Ils mettent en évidence la nécessité de conduire un double pilotage institutionnel de l'innovation, qui soit à la fois « technocratique », et « par le sens », sans quoi l'innovation recherchée risque d'échouer dans ses finalités. Pour terminer ce numéro, **Kossi Eden Andrews**

---

1. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1946.

**Adandjesso, Léger Félix Ntienjom Mbohou et Marie-Pascale Pomey** se situent à l'articulation des niveaux micro, meso et macro en proposant une relecture critique d'un modèle de participation des patients à l'élaboration des politiques de santé publique, nommé « modèle de Montréal ». Ils proposent un élargissement de l'engagement des patients aux cinq étapes du cycle de construction des politiques (mise sur agenda ; formulation ; adoption ; mise en œuvre ; évaluation), tout en (re)définissant les rôles que pourraient jouer les citoyens à chaque étape.

À travers les multiples niveaux d'analyse et les différentes finalités que les auteurs se fixent, ces trois volets donnent mieux à voir l'enchevêtrement des différents sous-systèmes composant les systèmes de santé étudiés, et les interactions avec d'autres corrélés (économique, éducatif, etc.). Ils soulignent également le fort intérêt de disposer de programmes de recherche menés à plusieurs niveaux, temporalités et disciplines pour embrasser cette complexité, et le cas échéant donner les moyens aux divers acteurs de comprendre et d'œuvrer pour l'amélioration de la santé de ces systèmes actuellement sous tension. Aussi, le dialogue de ces différents points de vue aidera certainement le lecteur à entamer une problématisation multidisciplinaire et à en percevoir les potentialités pour le futur de ces systèmes auxquels nous sommes liés.





# L'appropriation du Dossier Patient Informatisé par des infirmier.e.s d'un service de réanimation

---

**Estelle PERRIN**

Infirmière, M.Sc., Cadre de santé formateur apprenant  
Institut de formation en soins infirmiers, Nancy

**Vivien BRACCINI**

Chargé de recherche en sciences de l'éducation et de la formation, Ph.D.  
PSInstitut, Strasbourg

[vivien.braccini@gmail.com](mailto:vivien.braccini@gmail.com)

## Résumé

Dans le domaine de la santé, le Dossier patient informatisé (DPI) est désormais réglementaire. L'objectif de cette recherche est d'identifier les processus d'appropriation du DPI par des infirmier.e.s d'un service de réanimation d'un CHRU. Une recherche qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés a été menée auprès de huit infirmier.e.s. La description de leur expérience permet de comprendre la nature des facteurs humains, techniques, culturels ou identitaires en jeu dans l'apprentissage du DPI en milieu professionnel. Les résultats mettent en évidence que l'approche générationnelle ne présume pas de l'appropriation future. En revanche, l'identification de son propre besoin de formation apparaît comme primordiale dans l'apprentissage. L'article montre également que les changements bousculant l'identité professionnelle induits par l'arrivée du DPI sont globalement acceptés par les infirmier.e.s, mais qu'ils sont source de stress. Malgré les contraintes techniques et identitaires qu'occasionne le DPI pour le service étudié, son appropriation est le résultat des apprentissages en situation de travail, soutenus par la motivation et l'engagement des infirmier.e.s.

## Abstract

### ***Appropriation of the Electronic Patient Record by Nurses in an Intensive Care Unit***

In the healthcare field, the Electronic Patient's Record (EPR) has become a compulsory requirement. The objective of this research is to explore the conditions of adaptation and appropriation of the EPR by nurses in an intensive care unit in a regional and university hospital centre. Qualitative research based on semi-directed interviews was conducted with eight nurses. Their experiences provided insights into the human, technical, cultural or identity-related factors at stake in the process of learning digital technologies in the workplace. We have highlighted that the generational approach didn't predict future appropriation. Instead, the identification of one's own training needs appears to be of primary importance in learning. We were also able to demonstrate that, while the changes in professional identity resulting from the introduction of the electronic patient record were generally accepted by nurses, they also proved to be a source of stress. Despite the technical and identity-related constraints posed by the EPR, its appropriation is the result of learning in the work situation, supported by the nurses' motivation and commitment.

## Mots-clés

Dossier Patient Informatisé – Apprentissage – Identité professionnelle – Numérique en santé

## Keywords

Electronic Patient Record – Learning – Professional Identity – Digital Health

## INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, notre société vit dans un paradigme numérique dans lequel les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont pris une place incontournable. Les TIC regroupent les domaines de l'informatique, de l'audiovisuel, de l'internet et des télécommunications. Elles sont à l'origine des usages numériques personnels et professionnels des Français et sont devenues pratique courante<sup>1</sup>. La culture numérique se forge ainsi autour de connaissances, de capacités cognitives, de pratiques culturelles et sociales (Simonnot 2009). Cette évolution sociétale pose la question de l'appropriation des TIC dans l'univers professionnel. Dans les établissements de santé, les infirmier.e.s doivent s'adapter à cet univers numérique qui reconfigure les pratiques professionnelles (Boussemaere 2019). Comme Torki l'explique, l'informatisation constitue à présent « une des connaissances professionnelles à acquérir par les professionnels de santé qui doivent constamment s'adapter aux avancées technologiques » (Torki 2022, p.62).

Dans cette étude, nous focaliserons notre attention sur l'appropriation du dossier patient informatisé (DPI) par les huit personnes d'un service hospitalier. Le DPI constitue leur principal outil de travail et une véritable clé de voûte de la prise en soins des patients. Le déploiement des TIC interroge le champ de la formation en situation de travail et des apprentissages dans la pratique professionnelle (Carré 2015). Nous définirons ici l'apprentissage comme « le processus psychologique, interne au sujet bien que toujours socialement situé, qui mène à la transformation durable de représentations, d'habiletés et d'attitudes, en milieu éducatif formel ou ailleurs » (Ibid, p.30). Nous nous intéresserons spécifiquement aux apprentissages mobilisés dans l'appropriation du DPI dans le cas d'infirmier.e.s d'un service de réanimation d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire du Grand-Est pour tenter d'éclairer ce processus d'appropriation et ses conditions de déroulement.

Historiquement, le dossier médical du patient est obligatoire depuis le décret du 31 mars 1992<sup>2</sup>. Renommé dossier patient par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), à présent la Haute Autorité de Santé (HAS), il est attendu qu'il soit « le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé »<sup>3</sup>. En 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) déclenchait le « programme hôpital numérique » pour accompagner les établissements de santé dans le développement des systèmes d'information hospitaliers autrement dit, pour réussir la transition numérique par la mise en œuvre d'outils de gestion tel que le DPI<sup>4</sup>. En 2016, la loi de modernisation du système de santé marquait le changement par l'innovation. L'ambition d'un dossier médical partagé entre les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux est alors affichée et l'accélération du numérique prônée<sup>5</sup>. Cette volonté est reconduite par le « Ségur du numérique » qui favorise la mise en œuvre et le déploiement des projets numériques en santé par un soutien financier massif<sup>6</sup>. Ces dernières années, les systèmes d'information hospitaliers se sont ainsi construits, soutenus par les réformes législatives, pour répondre aux besoins de sécurité, de continuité des soins, de partage des données de santé et d'optimisation des organisations de travail. Un nouvel environnement numérique de travail s'est constitué, dans lequel les professionnels de santé doivent s'adapter et exercer sous de nouvelles formes leur pratique professionnelle.

Les objectifs des TIC en santé sont d'améliorer les organisations de travail et de sécuriser les pratiques professionnelles mais divers problèmes sont parfois rencontrés (Torki 2022, Bailly2016). Ce phénomène nommé « dégâts du progrès » par Alter s'explique car les TIC peuvent s'avérer chronophages pour les infirmier.e.s et perturber les rythmes et les organisations (Alter 2020). Le temps dédié au patient se restreint alors. Des erreurs de traçabilité, des

---

1. Baromètre du numérique - Edition 2021. En ligne : <https://www.credoc.fr/publications/barometre-du-numerique-edition-2021>

2. Décret n°92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). 92-329 mars 30, 1992.

3. Dossier du patient. Haute Autorité de Santé. En ligne : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_438115/fr/dossier-du-patient](https://www.has-sante.fr/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient)

4. Le programme hôpital numérique. Ministère des Solidarités et de la Santé.  
En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopital-numerique/Hopital-Numerique>

5. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé..

6. Le Ségur du numérique en santé. En ligne : <https://esante.gouv.fr/segur>

oublis et de nouvelles contraintes sont à déplorer. L'efficacité attendue des TIC n'est pas systématique : lenteur d'exécution des activités, multiplicité des outils, complexité d'utilisation, sécurisation imparfaite des données de santé.

Dans notre contexte, la majorité des services hospitaliers ont adopté depuis 2017 le DPI. Il est aujourd'hui le principal outil de travail de l'infirmier dans lequel toutes les données de santé sont regroupées. D'autres logiciels sont utilisés en parallèle pour les activités transversales : le transport des patients, la commande de pharmacie, le planning opératoire ou la gestion administrative. En réanimation, il a cependant fallu attendre 2021 pour déployer un DPI qui réponde aux besoins spécifiques de ce secteur particulièrement technique en comparaison des autres services. Jusqu'alors, l'usage du numérique ne représentait encore qu'un faible pourcentage de la pratique quotidienne. Les prescriptions médicales et les relevés des paramètres infirmiers étaient manuscrits. Seules les transmissions médicales et infirmières étaient sous forme numérique.

De manière générale, les TIC ont fait apparaître de nouvelles formes d'organisation du travail sous l'effet du développement progressif du partage de l'information, de son immédiateté et dans le même temps de la distanciation (Chanteloup 2019). Ainsi, à travers ces réorganisations, l'arrivée du numérique reconfigure aussi les habitudes de travail, occasionnant de nouveaux besoins. C'est pourquoi, en réorganisant en partie le travail, le numérique fini par modifier l'identité professionnelle (Boboc 2017). À l'image des autres professions, les TIC se sont progressivement intégrées au cœur de la pratique professionnelle infirmière. L'exercice professionnel infirmier se réalise aujourd'hui par l'intermédiaire du numérique. Nous pouvons donc nous attendre à ce que cette introduction vienne transformer et bouleverser le métier, au moins partiellement. Face aux valeurs et aux représentations multiples du numérique, comment se développent les apprentissages des infirmier.e.s pour le DPI, médium de changements, d'évolution et de réorganisation ? Cette étude abordera les relations entre les TIC et l'identité professionnelle définie initialement par Dubar.

Concernant le dispositif de formation, il comportait une session d'une demi-journée dédiée aux manipulations du logiciel avant le déploiement du DPI. Ensuite un accompagnement de terrain de deux semaines était organisé au moment du déploiement du DPI dans le service. Cet accompagnement était assuré par des infirmier.e.s tuteurs.trices et des infirmier.e.s du service ayant participé à sa construction.

En dépit de la formation, l'adaptation au DPI peut s'avérer complexe selon les diverses représentations des infirmier.e.s entraînant divers usages tels l'adoption, le détournement ou parfois l'abandon (Martineau 2012). Breton et Proulx voient également l'origine des usages par les significations culturelles accordées aux TIC (Breton et Proulx 2012). Pour Simmonot (2009), la culture numérique représente à la fois l'acquisition de savoirs et savoir-faire due aux pratiques cognitives individuelles, mais également des pratiques culturelles et sociales par lesquels les individus se reconnaissent. Quels retentissements cela provoque-t-il sur l'appropriation du numérique en situation de travail ? La culture numérique serait-elle un prérequis pour s'approprier le DPI ? Du point de vue du discours commun, les « digital natives »<sup>7</sup> sont considérés comme plus à l'aise du fait d'avoir été acculturés dès le plus jeune âge aux TIC, faut-il alors considérer que cette génération est épargnée par ces difficultés (Prensky 2015) ? Quant aux « digital immigrants »<sup>7</sup> plus âgés, qui ont découvert tardivement le numérique, ont-ils davantage de difficultés dans leurs apprentissages ? De quelle nature sont-elles ?

L'objectif de notre étude est de comprendre le processus d'appropriation du DPI par les infirmières dans la perspective d'un travail d'ingénierie de formation demandant l'identification des besoins de formation. De quoi dépend l'appropriation d'un outil technologique ? Y a-t-il des difficultés d'apprentissage technique, culturel, identitaire... ? Ces réflexions nous ont menés à une question de recherche : « Quel est le processus d'appropriation du dossier patient informatisé dans le cas d'infirmier.e.s d'un service de réanimation d'un CHRU du Grand-Est ? »

L'originalité de notre recherche réside dans le choix de la population étudiée. Les infirmier.e.s de réanimation représentent une catégorie d'infirmier.e.s techniciens, exerçant dans leur quotidien avec divers dispositifs

---

7. Les « digital natives » correspondent aux générations ayant connue les outils numériques et internet dès leur enfance dans leurs diverses habitudes de consommation et d'information. Le rapport culturel à internet en découlant expliquerait le développement de capacité, d'aptitudes et de connaissances adaptées au numérique, alors que celles des digital immigrants, qui se seraient construites dans des univers culturels post internet ont été contraints de migrer vers ces nouveaux univers avec des aptitudes, des capacités et des connaissances moins adaptées.

techniques pour suppléer aux défaillances vitales des patients. Pour ces professionnels habitués à la technique, l'appropriation du DPI est-elle facilitée ? Pour quelles raisons ? Nous émettons l'hypothèse que l'appartenance à la culture numérique conditionne l'appropriation du DPI par les infirmier.e.s. Notre seconde hypothèse suggère que l'acceptation de l'évolution de l'identité professionnelle infirmière est un prérequis à l'appropriation du DPI.

Pour approfondir la compréhension de notre sujet, notre cadre théorique se basera sur le concept d'appropriation. Nous utiliserons les champs de la sociologie et des sciences de gestion pour explorer au mieux ce concept (Breton et Proulx 2012, De Vaujany 2005, Jouët 2000). Selon Jouët, l'appropriation est « un process, elle est l'acte de se constituer un « soi » » (2000, p.502). Par la mise en relation des représentations et des apprentissages, l'individu devient l'acteur de sa propre évolution et de sa transformation permettant d'obtenir une autonomie avec la technologie numérique. Cette définition issue de la sociologie entre en cohérence avec la définition de l'apprentissage de Philippe Carré, ce qui autorise la mobilisation concomitante de ces deux définitions, sans craindre d'incohérence épistémologique dû à des origines disciplinaires différentes.

Ensuite, l'appropriation est également à examiner au travers d'un prolongement de pratiques sociales dans un contexte. Selon Breton et Proulx (2012), pour aboutir à l'appropriation d'une technologie, plusieurs conditions sont nécessaires : la maîtrise technique et cognitive de l'outil, son intégration dans la pratique quotidienne, l'usage répété en lien avec des possibilités d'évolution, d'adaptation dans la pratique sociale et enfin l'appropriation collective de la technologie. Pour De Vaujany (2005), « l'appropriation est un phénomène complexe » qui réclame de s'intéresser à trois points de vue pour le comprendre : organisationnel, d'apprentissage individuel et social. Plusieurs phases se succèdent dans ce cheminement. « L'appropriation est un processus long qui débute bien avant la phase d'utilisation de l'objet et se poursuit bien après l'apparition des premières routines d'utilisation » p.118 (Figure 1).

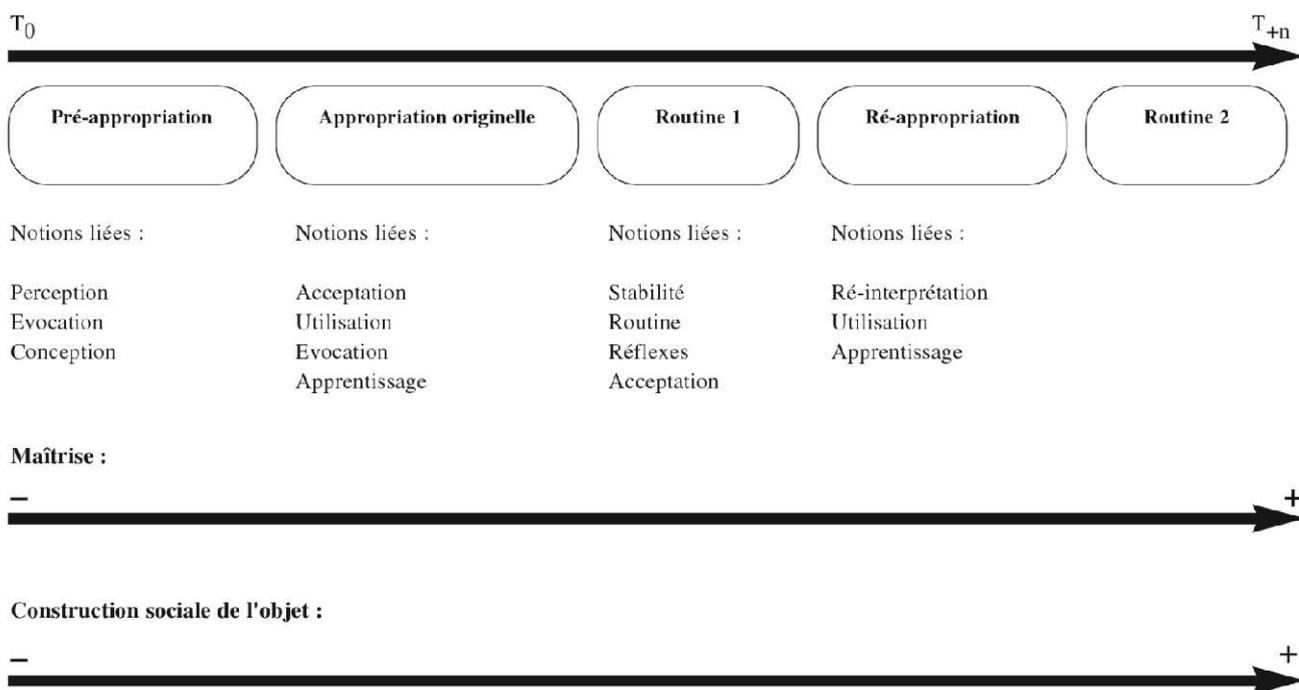


Figure 1. De la conception à l'usage. (De Vaujany 2005 p.34)

La première phase est la pré-appropriation. Elle correspond à la phase de projet. Elle est suivie de la phase d'appropriation originelle ou d'adoption par les utilisateurs. Celle-ci finalisée, la troisième phase intervient alors par la mise en place des premières routines. Par la suite, des réappropriations pourront se produire dans une quatrième phase, pour voir apparaître en cinquième phase de nouvelles routines. Ce processus reste susceptible de continuer d'évoluer dans le temps devant l'éventualité de nouvelles réappropriations (ibid.).

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons exploré les thèmes de la culture numérique, des pratiques d'apprentissage et de l'identité professionnelle pour permettre d'explorer le processus d'appropriation du DPI par les infirmier.e.s.

## MÉTHODE

Une étude observationnelle qualitative prospective a été conduite pour décrire et comprendre au mieux ce processus d'appropriation du DPI. Le service investigué a été retenu car il est l'un des derniers services où le DPI a été déployé de l'hôpital concerné par cette enquête. Il nous faut préciser que la première auteure était encore infirmière dans cet établissement au moment de cette investigation. Mais il s'agissait d'un service de soins dans lequel elle n'exerçait pas habituellement. Notre stratégie a été de faire mener l'enquête par une personne du métier pour améliorer la perception et la compréhension de la parole des professionnels, et d'utiliser le second chercheur en supervision afin de retrouver de la distance et limiter les biais quant à la perception et l'interprétation des données récoltées. Ces interactions entre chercheur-praticien et chercheur superviseur ont également permis d'ajuster la conduite des entretiens au fur et à mesure de l'enquête.

Après accord de l'établissement, une information sur notre étude a été diffusée oralement par le cadre de santé du service. La participation à notre recherche a été proposée aux infirmier.e.s. La recherche d'un consentement libre et éclairé a été réalisée. Le formulaire de consentement a été signé par tous les infirmières avant l'entretien. En fonction de leur disponibilité, des entretiens individuels se sont déroulés sur leur lieu de travail, dans un bureau du service inoccupé. Les critères d'intégration à l'échantillon étaient : 1) exercer comme infirmier dans le service, 2) signer le formulaire de consentement. Huit individus ont été inclus dans l'étude, aucun refus n'a été observé. Un panel hétérogène de cas a été réalisé afin d'obtenir une richesse et une meilleure compréhension du phénomène exploré. Des variations maximales d'âge, d'ancienneté de diplôme et d'ancienneté dans le service ont été recherchées (Tableau.1). Toutes les personnes exercent dans le même service.

Code	Pseudonyme d'anonymisation	Sexe	Âge (ans)	Ancienneté de diplôme (année)	Ancienneté dans le service (années)	Nombre d'autres services	Durée de l'entretien (minutes)
Ide 1	Marie	Féminin	47	25	18	1	43
Ide 2	Héloïse	Féminin	45	20	2	>1	54
Ide 3	Armelle	Féminin	28	7	4	>1	40
Ide 4	Louis	Masculin	29	6	6	0	68
Ide 5	Leïla	Féminin	29	4	1	>1	51
Ide 6	Charlotte	Féminin	26	4	3	1	56
Ide 7	Juliette	Féminin	23	2	0,5	>1	41
Ide 8	Clémence	Féminin	21	0,5	0,5	0	40

**Tableau 1. Description des personnes interrogées**

Pour traiter la question du processus d'appropriation du DPI par des infirmières, un guide d'entretien a été élaboré en regard de trois thématiques : 1) les usages numériques et la culture numérique, 2) les apprentissages menant à l'appropriation et enfin 3) l'évolution de l'identité professionnelle situé en annexe 2. Huit entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. Le guide d'entretien a été testé lors du premier entretien. Des adaptations ont été réalisées pour améliorer la compréhension des sujets interviewés. Le recueil de données s'est déroulé durant les mois de janvier et février 2022. Un enregistrement vocal a permis une transcription manuelle intégrale complétée d'éléments de langage non verbal. Les entretiens individuels ont duré entre quarante et soixante-huit minutes. Le recueil des données a été réalisé en même temps que l'analyse, ce qui a modifié quelque peu le guide d'entretien. Une analyse phénoménologique interprétative a été conduite à l'aide d'une grille thématique en lien avec les thèmes du guide d'entretien (Lebeau 2021).

## RÉSULTATS

Pour donner suite aux entretiens, nous visions initialement une présentation des résultats qui devait suivre les thématiques du guide d'entretien. Mais le traitement des retranscriptions a fait apparaître cinq thématiques distinctes que nous avons organisées de façon à conserver la logique du guide tirée de la revue de littérature. C'est pourquoi nous commencerons par reprendre les éléments relatifs à la culture et aux usages des interrogées. Nous pourrions

ainsi poursuivre par les difficultés identifiées qui font écho aux éléments culturels précédents. De là nous exposeront les différentes stratégies d'apprentissages mise en évidence dans le processus d'appropriation du DPI, et *in fine*, l'impact que ces usages ont eu sur le travail des personnes. Nous terminerons cette présentation par l'impact sur l'identité professionnelle résultant des éléments précédents, comme l'aura déjà démontré notre problématisation.

En vue de faciliter la compréhension du lecteur quant à la nature des résultats, pour chaque infirmière citée nous précisons régulièrement l'âge et la durée d'ancienneté dans le service entre parenthèse. Ainsi lorsque nous écrivons Marie (47/25), cela signifie l'infirmière Marie, 47 ans et 25 ans d'ancienneté.

## Culture et usages numériques

Il apparaît un socle minimum de pratiques numériques extraprofessionnelles communs à l'ensemble des huit infirmier.e.s. Tous.tes utilisent un smartphone, réalisent des recherches sur internet, des achats en ligne et des tâches administratives comme la gestion des banques en ligne et des impôts. Au-delà de ces pratiques, des différences apparaissent.

Marie (47/25) et Héloïse (45/20), les infirmières les plus âgées, ont développé peu d'autres usages avec les TIC. Héloïse dit éviter au maximum les TIC et ne se rend presque jamais sur les réseaux sociaux. Marie précise : « *Ah, j'aime pas ça. [...] Peu, très peu. Voilà, je ne suis pas trop de cette génération* ». À l'inverse, Armelle (28/7), Louis (29/6), Leïla (29/4), Charlotte (26/4), Juliette (23/2) et Clémence (21/0,5) qui sont les infirmier.e.s les plus jeunes, utilisent quotidiennement le numérique tant dans leurs activités administratives que relationnelles ou de loisirs. Elles/ils écoutent de la musique, regardent des vidéos, pratiquent des jeux en ligne et consacrent une place importante aux réseaux sociaux. Nous pourrions même dire qu'Armelle, Leïla, Charlotte, Juliette et Clémence ont le sentiment de subir ces pratiques numériques, puisqu'elles disent tenter de les limiter car elles les jugent chronophages : « *J'ai une utilisation excessive de mon téléphone portable, que je regarde même pour rien [...] un rapport un peu esclave, sur le plan personnel* » (Leïla).

Notons tout de même le cas de Clémence (21/0,5), la plus jeune des professionnelles, qui, malgré la quotidienneté de l'utilisation d'internet depuis l'enfance, considère la pratique informatique comme difficile : « *Hyper en retrait, je ne me sens pas du tout dedans. [...] pour moi ça a toujours été un mystère l'informatique. Quand c'est sur le téléphone, c'est simple, c'est facile [...] J'utilise juste mon téléphone, je ne suis pas très informatique* ».

D'ailleurs, le sentiment d'appartenance à la culture numérique se retrouve dans la population la plus jeune représentant six des huit infirmier.e.s : Armelle (28/7), Louis (29/6), Leïla (29/4), Charlotte (26/4), Juliette (23/2) et Clémence (21/0,5). Louis explique ce sentiment par son appartenance générationnelle : « *j'ai plus eu l'habitude de manipuler ça jeune, c'est plus ancré dans mes pratiques quotidiennes* ». Il en va de même pour Juliette : « *Je pense qu'on est une génération qui est très amenée à ça* ». Pour autant, l'ordinateur a été introduit par les études chez six infirmier.e.s sur huit. En effet, Armelle se dit « à l'aise » et l'explique par le fait d'avoir connu l'informatique quand elle était adolescente. Idem pour Louis : « *Quand je suis passé à la fac puis à l'école d'inf., c'était support informatique donc il fallait acheter l'ordinateur, but scolaire, purement scolaire. Et puis ça a été l'outil numéro un indispensable pour mes études* ».

Mais pour plusieurs infirmier.e.s, une fois les études terminées, l'utilisation de l'ordinateur à titre personnel est devenue faible malgré un rapport aux TIC établi dès l'enfance ou l'adolescence. C'est Armelle qui explicite le plus clairement cette évolution : « *L'ordinateur je l'utilisais quand j'étais étudiante mais je n'utilise quasiment plus d'ordinateur* ». Elle différencie les usages de l'informatique au sein de l'univers personnel et de celui professionnel : « *Je trouve que c'est vraiment contradictoire au travail, c'est vraiment moi l'utilisation de logiciel bien précis, on regarde des cases bien précises alors que, à la maison, l'usage personnel c'est beaucoup plus large, c'est plus varié donc ça ne se rejoint pas vraiment* ».

## Une diversité de résistances

Dans ses apprentissages du DPI, Leïla (29/4) considérait la génération comme étant à l'origine des différences et se situait « *vraiment entre les deux. Parce que moi j'étais pas aussi à l'aise que les toutes jeunes qui avaient 23/24 ans qui étaient super à l'aise, même si on n'a pas beaucoup d'écart. Mais j'étais pas non plus à la ramasse comme d'autres filles plus âgées* ».

Outre l'appartenance à une génération, les infirmier.e.s ont également expliqué les différences de rapport au DPI par les routines de travail : « *L'habitude d'être dans un même service de réanimation depuis des années, l'habitude de travail. Par exemple, y a des filles plus âgées, qui tournent dans les services, qui sont polaires, et qui utilisent plein de logiciels différents et qui sont à l'aise avec les switchs* » (Leïla (29/4)). Les infirmier.e.s exerçant dans plusieurs services semblaient mieux s'adapter. Les habitudes au travail étaient évoquées pour expliquer les craintes avant le déploiement du DPI. « *En général, c'est souvent aussi des personnes qui ont leur routine depuis X temps et que du coup, c'est compliqué de changer, ou ça peut être des personnes qui ne sont pas très à l'aise avec l'informatique, qui avaient peur, et je pense qu'ils ont plus de difficultés* » (Armelle (28/7)). Certain.e.s infirmier.e.s s'adaptaient facilement aux nouvelles organisations de travail : « *Ben ça va. Alors pareil c'est quelque chose qui prend du temps. [...] Après, je n'ai pas de souci sur l'utilisation des outils informatiques, donc ce n'est pas gênant.* » (Charlotte (26/4))

Malgré le nombre d'années passées ensemble dans le même service, Marie (47/25), Héroïse (45/20), Armelle (28/7), Louis (29/6) et Charlotte (26/4) avaient des représentations très différentes concernant l'arrivée du DPI. Pour Armelle et Charlotte, cet événement était positif : « *C'était une sécurité supplémentaire donc j'étais quand même contente de l'arrivée du logiciel* ». « *Ça m'a rappelé Caen, donc ça ne m'a pas... j'ai pas eu ce clivage comme certains qui étaient depuis des années sur papier et qui ont vraiment découvert le logiciel de réa informatique* » (Charlotte). En revanche, les infirmier.e.s les plus âgé.e.s exprimaient la peur ressentie face au déploiement du DPI, ce qui a donné lieu à des formes de résistance : « *à force d'être réfractaire à quelque chose en fait on en a peur et on fuit. [...] On prend des autres biais, mais à un moment donné, il faut arrêter. L'informatique c'est partout, alors voilà c'est tout* » (Héroïse). Ces résistances ont été plusieurs fois évoquées par Marie et Héroïse. « *J'ai 45 ans. Et depuis que je suis toute petite, j'ai jamais aimé l'informatique, j'ai jamais eu d'appétence pour cet outil-là, et euh... j'ai toujours été euh ... je pense le mot réfractaire est un peu idiot mais ouais ... réfractaire* » (Héroïse (45/20)). Clémence, infirmière jeune diplômée, avait également de réelles craintes. « *C'était un challenge de me dire attention, tu ne connais pas ce logiciel, j'avais vraiment peur de faire une erreur et de louper quelque chose, de me tromper dans une dose, moi ça j'avais peur. Parce que j'avais connu le papier en stage, donc dès qu'on m'a changé, c'est comme tout le monde, les résistances au changement* » (Clémence (21/0,5)).

## Des stratégies d'apprentissages multiples

Concernant le dispositif de formation, la formation de quatre heures de manipulations en salle informatique était considérée comme peu utile par trois des huit infirmier.e.s. « *Elle est trop ... en fait moi je me suis vraiment formée quand ICCA® est arrivé dans le service, je n'en ai pas vraiment vu l'utilité parce que je ne me souvenais plus du truc en fait [...] mais moi je vais pas sur un ordinateur pour chercher, donc il fallait que ce soit du concret pour que ça me parle et quand c'est du concret, oui, je trouve que c'est un super outil. Mais la formation ... non* » (Héroïse (45/20)). « *Même si j'avais eu la formation, faut le vivre en instantané pour l'intégrer* » (Leïla (29/4)).

En revanche, les résultats des huit entretiens démontrent tous l'importance des pairs et de l'apprentissage informel dans l'appropriation du DPI. L'accompagnement par les collègues référents ayant participé au projet ainsi que par les infirmières tutrices était important dans la construction des apprentissages. « *Y'a certaines subtilités que je n'ai pas saisies tout de suite, et que j'ai su après quand des collègues référents ICCA® m'ont dit « tiens, t'as pas fait ci, t'as pas fait ça » j'ai noté ce qu'ils me disaient* » (Leïla (29/4)). « *Y avait souvent des référents. Y avait toujours un référent ICCA®. Ils restaient tard le soir* » (Louis). L'apprentissage entre pairs était également fondamental pour apprendre. « *On est toujours assez nombreuses pour qu'on ... qu'une sache ce que tu n'as jamais fait* » (Marie). « *Au tout début, c'étaient les personnes qui m'encadraient qui me montraient comment l'utiliser, c'étaient les collègues* » (Juliette). Diverses ressources étaient utilisées. « *J'apprenais soit seule en regardant un peu, et j'avais toujours des collègues qui te montrent ce que tu peux faire. Et y a aussi Benoît qui maîtrise très bien le logiciel et qui me montrait encore des astuces* » (Juliette). D'ailleurs, les plus jeunes infirmier.e.s ont été naturellement identifié.e.s comme des personnes ressources pour les plus ancien.ne.s : « *je me suis plus tournée vers les gens qui étaient plus jeunes. Et qui en fait n'avaient pas de souci pour filer un coup de main. Je pense qu'ils ont été plus réceptifs plus tôt, plus rapidement* » (Héroïse (45/20)).

Apprendre en travaillant apparaît délicat, comme l'explique Louis : « *Quand le logiciel a été déployé, la journée je survivais et la nuit j'apprenais à m'en servir. La nuit j'avais le temps* ». Le témoignage de Leïla montre de son côté

qu'il faut des conditions de travail spécifiques pour être en mesure d'apprendre et de s'approprier l'outil : « À partir du moment où je n'avais plus 3 patients, j'ai pu me re-reposer devant ICCA® et faire ça correctement [...] Parfois, il y a moins d'activité la nuit, donc ça permet de reposer les bases informatiques » (Leïla (29/4)).

Les infirmier.e.s les plus à l'aise avec l'informatique ont davantage réalisé des apprentissages par essais-erreurs : « Des fois quand on faisait des erreurs on appelait une tutrice pour qu'elle vienne nous aider. Elle nous expliquait comment faire ou ne pas faire, comment rectifier à chaque fois. Donc ça a été les petites erreurs du départ qui ont fait qu'on a appris, et puis après, chercher par curiosité. C'est vraiment la curiosité qui a fait que j'ai connu ICCA® quand même correctement et assez rapidement [...] Je faisais mes petits tests pour voir ce que je pouvais faire ». Le témoignage de Charlotte nous montre qu'une personne qui a déjà un bagage informatique possède un degré d'autonomie suffisant pour répondre à sa curiosité par des tests, en cherchant l'information seule ou auprès des autres de manière à s'approprier progressivement l'outil. En revanche, Marie, qui fait partie des personnes en résistance, contourne la difficulté en tentant de reproduire ses habitudes du passé malgré le changement d'outil : « Je crois que j'ai essayé, tu vois, de calquer ce que je faisais avant et de le calquer... parce que c'était aussi plus facile pour moi et rassurant ».

### **L'appropriation, un processus dépendant de l'auto-perception des besoins d'apprentissage**

Concernant les difficultés d'utilisation du DPI, seule Juliette demandait encore régulièrement à ses collègues de l'aide. « Ça m'arrive ... ben là par exemple, ce matin pour la programmation d'un pansement, je ne savais plus comment on faisait pour le programmer [...] Je fais pas trop attention, mais oui je pense qu'on me remontre régulièrement des petites choses, je sais pas, je dirais une fois par semaine on me remontre quelque chose » (Juliette (23/2)). À son arrivée dans le service, Juliette a refusé à plusieurs reprises la formation au DPI. Habitée au numérique et à utiliser les DPI, elle n'identifiait pas alors son besoin de formation. « J'ai beaucoup changé d'endroits. Je crois que en 2 ans de diplôme j'ai fait 10 services et utilisé beaucoup de logiciels différents, et ils avaient tous un logiciel différent. On s'y acclimate, et moi je ne suis jamais passé par le papier au travail, mais au final on se dépatouille [...] Moi, je ne me sentais pas en sécurité avec Dxcare®, j'avais l'impression qu'il m'en manquait la moitié. Alors que là avec ICCA®, on retrouve un visuel, et pour les prescriptions c'est beaucoup plus clair. Sur ce qu'ils veulent, et sur comment changer les débits, pour les prescriptions, on a le plan de soins, et y a moins de possibilités d'erreurs » (Juliette). Juliette était rassurée par ce DPI qui lui semblait simple d'utilisation et n'a identifié que tardivement son besoin de formation « Quand tu ne sais pas que tu peux faire mieux, c'est pas vraiment des choses qu'on utilise pas au quotidien. Y a des choses qu'on peut vraiment pas deviner que ça existait. Donc ça je me dis oui. Je ne peux pas dire « je suis une jeune, je me débrouille en informatique, je n'ai pas besoin de formation ». Si c'était à refaire, je pense que ça me plairait bien une formation et que j'apprendrais d'une autre manière le logiciel et que j'apprendrais des choses en plus » (Juliette (23/2)).

Clémence quant à elle identifiait clairement ses besoins de formation. « C'était quelque chose qu'il fallait que j'intègre, et je devais l'intégrer vite car c'était mon outil de travail et que je ne pouvais passer outre ... et puis c'est ça qui va me couvrir devant le tribunal [...] c'était un point d'honneur à m'intéresser à ICCA® et à apprendre vite » (Clémence (21/0,5)). De plus, elle était vigilante face aux informations reçues. « Je me base toujours sur mon avis critique. Donc quand je vais demander à mes collègues, je garde toujours mon avis critique « Qu'est-ce qu'il me dit, qu'est-ce que toi tu ferais ? » » (Clémence).

Concernant l'analyse de l'appropriation, les données de l'étude mettent en avant la mise en place de nouvelles habitudes et de routines chez tous.les infirmier.e.s : « Maintenant c'est très organisé. Je vais de haut en bas dans la feuille de surveillance, je fais toujours le même déroulement du coup c'est un gain de temps, je suis sûre que je n'oublie aucune information » (Armelle). « Oui, après c'est l'habitude qui vient, on sait à force où sont les infos » (Charlotte (26/4)). Le propos de Louis est particulièrement intéressant : « Au boulot y a tellement plus de pression, que je ne préfère pas évoluer et garder mes vieilles habitudes que j'ai eues sur ICCA® parce que je suis sûr que ça marche, mais c'est sûr que je perds du temps ». Il montre qu'après la phase de découverte, les professionnels se reconstruisent des habitudes et adoptent une première appropriation, insatisfaisante parfois.

En parallèle, nous constatons l'apparition de réappropriation du DPI auprès de plusieurs infirmier.e.s qui s'expriment à travers leur souhait d'améliorer le fonctionnement via une utilisation plus normée du DPI. Par exemple,

Armelle pense, en parlant de fonctions du DPI qu'elle considère comme performantes, que tout le monde ne sait pas les utiliser, « *C'est un peu dommage, c'est très pratique. C'est des petits détails, qui pourraient être améliorés. Après, il y aura toujours des petites touches personnelles, mais dans le global, harmoniser ce serait bien* » (Armelle (28/7)). Louis (29/6) se montre plus directif sur cette question d'homogénéisation des usages : « *Il faudrait prendre tous les infirmiers, les mettre dans un amphî, et tu dirais « à 14h, on fait ça, ça et là. Ça harmoniserait toutes les pratiques »* ». En plus d'une harmonisation des pratiques, indice d'une réappropriation de l'outil, les souhaits d'évolutions du logiciel viennent renforcer le constat : « *Il faudrait que dans ICCA® on puisse faire le PTAH®, et qu'on ait qu'un seul logiciel à ouvrir pour tout faire, ça serait bien, parce qu'on est tout le temps dessus* » (Héloïse (45/20)). Par la description de ces diverses expériences, nous constatons que même si l'appropriation de l'outil concerne tous.tes les infirmier.e.s, puisqu'ils sont en mesure de travailler avec, il en existe néanmoins des degrés variables.

## Les impacts du DPI sur le travail

De nouvelles craintes, sources de pression, sont ressenties avec le déploiement de cette technologie. Des craintes de contrôle : « *J'avais l'impression que le logiciel pouvait pointer du doigt tout mon retard, chose qui n'était pas faite avec le format papier* » (Leïla (29/4)), et des craintes de dysfonctionnement technique partagées par tous les interrogés deviennent de vraies contraintes pour leur activité : « *Ça m'énerve quand ça ne s'ouvre pas, quand ça bugge, que t'attends, que tu rallumes, ça, ça m'énerve, que tu tapes deux fois ton code, j'ai l'impression de perdre mon temps* » (Marie (47/25)). Dans la même veine, Armelle insiste sur le sentiment de perte de temps : « *Le problème c'est quand l'ordinateur ne fonctionne pas, quand le logiciel met du temps à démarrer, ça c'est très agaçant. C'était déjà avant avec DxCare®, mais là ça s'est accentué* ». Quant à Louis (29/4), il relève un problème de dépendance à l'outil technologique : « *lorsque tu n'arrives pas à te connecter à ICCA® ben ... le monde s'écroule... le monde s'écroule. Tu te rends compte que tu es comme une merde et que... que tu sais plus quoi faire, c'est comme si on te coupait les jambes [...] tu perds ta bible en fait* ».

Au-delà des nouvelles craintes et contraintes au travail, le DPI impacte l'activité individuelle par de nouvelles pratiques. Dans les aspects positifs, Héloïse (45/20) met en avant la possibilité d'organiser davantage son travail : « *Je peux [...] aller regarder ce que je vais pouvoir faire dans une autre chambre, juste pour avoir un visuel, et en fait je peux anticiper ce que je vais faire pour la suite* ». On note également que l'augmentation de la traçabilité au fil des années est perçue comme un gain de sécurité pour le patient et l'infirmier.e, même si cela augmente les obligations et les responsabilités : « *ça va faire sept ans que je travaille, avec le temps, on nous demande de tracer de plus en plus de choses* » (Armelle (28/7)). Louis (29/4) explique que la mémorisation de l'information à court terme par informatique est complexe : « *Il suffit que je sois interrompu par quelqu'un parce qu'il rentre dans la chambre, faut que je me refasse le défilé pour être sûr à cent pour cent* ». Cette absence de mémorisation directe peut même amoindrir la vision globale du patient, comme le soutient Leïla (29/4) : « *Juste regarder comme ça des constantes sur l'écran, il faut que je fasse un effort supplémentaire de mémorisation pour pouvoir les retenir* ». Charlotte (26/4) renchérit sur ce point : « *avant quand on écrivait sur le papier, on les lisait les constantes et il fallait qu'on les note, donc on les intégrait, alors que là le schéma mental ne se fait pas forcément [...] ça demande un autre travail, une pensée différente* ».

Comme nous nous y attendions, le déploiement d'un outil aussi central que le DPI n'impacte pas que la pratique professionnelle individuelle. Cela impacte également les collaborations entre médecins et infirmier.e.s. Lors des visites médicales, la place de l'infirmier.e et les relations entre ces deux corps professionnels se sont parfois modifiées. Ainsi Héloïse (45/20) dit ne plus être systématiquement présente lors des visites : « *C'est leur temps pro [aux médecins], c'est pas le mien, c'est-à-dire que moi mon temps pro en fait, s'ils mettent trois heures sur un patient alors que finalement ils ont deux questions à me poser je continue. Et puis je leur dis « je suis là, je suis dispo, je suis à votre écoute mais vous m'interpellez. Je suis juste à côté, je ne reste pas à côté d'eux »* ». Cette infirmière ajoute : « *On ne peut pas communiquer partout à un moment donné. On ne peut pas communiquer par le biais informatique et dans le même temps communiquer par la parole et à un moment la journée ne fait que vingt-quatre heures. On n'a pas assez de temps en fait c'est normal donc voilà c'est un peu la contrepartie. C'est une autre communication* ». Le DPI impose des changements qui ne sont pas totalement satisfaisants, mais apparaissent comme nécessaires, notamment dans cette idée de rentabilité du temps de travail.

Selon Armelle (28/7), le déploiement de ce DPI impacte aussi la pratique professionnelle aide-soignante : « *Moi, je trouve que les aides -soignantes, elles n'ont pas beaucoup d'accès, moi je trouve qu'il y a eu un problème avec le passage à ICCA® avec les AS* ». Louis (29/6) éclaire la position : « *Pour moi c'est une perte de temps qu'il se connecte pour moi. Donc à chaque fois, je me connecte à sa place, et ce qu'il relève, je le trace dans ma session. Et même des fois les soins renouvelés, les choses comme ça, je les trace dans ma session* ». Cette position n'est pas reprise par Charlotte (26/4), pour qui il s'agit d'un ressenti personnel et dans son cas, le DPI n'a pas impacté sa relation aux aides-soignants. Cette relation apparaît dépendante des personnalités : « *Y'en a qui sont complètement réfractaires et qui ne notent rien, et il y en a qui sont pour et qui jouent le jeu ; donc ça dépend avec qui on a affaire ...c'est ça... c'est comme avant* » (Héloïse (45/20)). S'il est délicat d'observer une tendance en matière d'impact du DPI sur le duo infirmier-aide-soignant, nous notons que son utilisation a au moins été l'occasion de corriger certaines irrégularités : « *Les aides-soignants parlent beaucoup du fait qu'ils ne peuvent plus rentrer des informations qu'ils n'avaient pas le droit de rentrer, parce que ça ne faisait pas partie de leur champ de compétences* » (Leïla (29/4)).

## Les impacts sur l'identité professionnelle

Le déploiement du DPI a été perçu par certain.e.s infirmier.e.s comme un changement dans le métier. De nouvelles références se sont constituées, comme dans le cas de Marie (47/25) qui nous confiait qu'il : « *y'a quelque chose d'un peu moins manuel, tu vois, un peu plus bureau. Voilà, donc, dans l'espèce d'image qu'on peut s'en faire... oui, oui ça change* ». De même si l'on reprend les propos de Louis (29/6), nous ne pouvons pas vraiment parler d'une transformation identitaire, mais de changements significatifs impactant durablement les pratiques professionnelles : « *C'est le même métier, c'est juste un outil qui a changé. C'est comme si on changeait de scope ou de respi. C'est un gros outil, c'est un des outils principaux, ça occupe plus de place que seulement un respi ou un scope, c'est sûr. Donc forcément c'est un gros changement* ». Ce changement est vécu de façon moins forte par les personnes comme Charlotte (26/4) qui ont déjà une expérience du DPI : « *J'avais déjà l'outil informatique à Caen, donc j'ai retrouvé un peu ce que j'avais là-bas* ».

Les entretiens nous montrent une modification de la perception de la place du patient, traditionnellement au centre de l'activité infirmière, comme l'indique Armelle (28/7) : « *Quand on regarde précisément, on passe de plus en plus de temps sur les outils informatiques et de moins en moins de temps avec les patients. Moi c'est juste le point-là qui me dérange* ». Avec les propos de Leïla (29/4), on cerne mieux le phénomène : « *ICCA® reste un outil de traçabilité comme un autre outil de traçabilité. C'est simplement que l'écran a une place à part entière dans la chambre, chose qui n'existait pas avant ...* ». On relève dans son discours que le DPI introduit une redistribution des interactions dans les situations de soin et qui semble impacter l'intensité perçue de la relation soignant-soigné : « *J'ai l'impression qu'on est plus devant les ordis que devant eux [...] Après, je trouve que ça coupe le soin et le relationnel avec le patient, parce que on est beaucoup sur l'ordinateur. Parce qu'on est obligé de marquer. Ce qui n'est pas marqué n'est pas fait* » (Juliette (23/2)).

Cette modification de la relation a été vécue différemment selon les individus. Pour certains, comme Héloïse (45/20), il s'agit d'une difficulté temporaire correspondant simplement au temps de l'apprentissage : « *Moi c'est la perte de temps que je ne peux pas donner au patient qui me gênait. J'avais l'impression de passer plus de temps sur l'ordinateur qu'avec mon patient ou pas loin, alors que maintenant en fait non* ». Alors que pour Leïla (29/4), cette redistribution de la relation est ressentie comme un changement plus impactant : « *Je ne saurais pas expliquer ... il y a le côté un peu servile par rapport à la technologie. Le patient est un peu déshumanisé, je trouve, un peu « technifié ». Et puis notre rôle de soignant ce n'est pas un rôle de ... ICCA® n'est pas un patient, mais l'écran a une place centrale, nos yeux sont rivés sur l'écran au lieu d'être rivés sur le patient.* » Il en va de même pour Clémence (21/0,5) qui estime qu'utiliser le DPI, « *Ça déshumanise un peu le patient* ».

Comme nos intuitions initiales le posaient, nous constatons que les « digital natives » admettent facilement les changements liés au déploiement du DPI : « *Au début c'était un peu compliqué bah déjà de se remettre dans le rythme plus le changement de logiciel. Mais moi j'en étais quand même assez contente parce que j'avais beaucoup de soucis au niveau de la lisibilité des prescriptions papier* » (Armelle (28/7)). Prenons également l'exemple de Charlotte qui explique : « *Oh ça va .... Que ce soit passage sur papier, ou passage sur informatique, ça ne m'a pas ... j'ai pas eu de souci particulier je trouve. Bon c'est un temps d'adaptation, c'est normal, mais je n'ai pas vu ça comme quelque chose de mauvais ou d'handicapant en tous cas* ».

Mais contrairement à ces mêmes intuitions, les « digital immigrants » représentées par Marie (47/25) et Héroïse (45/20) que nous imaginions résistantes aux TIC, s'avèrent approuver les évolutions numériques de leur pratique professionnelle en dépit d'une acculturation numérique qu'elles décrivent plus difficile. « *Je pense que c'est pour ces générations qui n'ont pas toujours travaillé avec l'informatique, que c'est un changement, mais je crois pas que ce soit un problème [...] En fait ça fait partie du métier, alors aujourd'hui la surveillance elle est notée dans cet outil-là, donc c'est pas que du bureau parce que ça contribue à la surveillance du patient. Donc oui, c'est acceptable. Ce n'est pas du secrétariat, du tout* » (Marie). Cette catégorie générationnelle voit même de l'intérêt à ces évolutions techniques : « *Pour moi la communication verbale a quelque chose de très important. Le papier c'est le principe..., mais je pense qu'on a besoin d'évoluer avec l'outil informatique et que c'est nécessaire, et que ça normalise, et que ça permet d'être plus transparent, de faire moins de différence, et je pense que c'est quelque chose qui aurait été pu fait avant* » (Héroïse (45/20)). Pour Marie, c'est la progression croissante du numérique au travail qui a facilité cette transition : « *On a fait par étape, crescendo. C'était un gros changement car on le fait toutes les heures, mais ça faisait que prolonger les transmissions, les bilans, tu vois, tout ce qu'on faisait déjà avant* » (Marie (47/25)).

Au-delà d'une simple acceptation de l'informatisation du dossier patient, ces « digital immigrants » identifient des plus-values pour leur pratique professionnelle : « *Ben je ne reviendrais pas au papier, les feuilles qui volent, les machins, les trucs... ah non je ne reviendrais pas au papier [...] Je pense que c'est un bon outil, et je pense que ça aurait dû être mis en place bien avant, sérieusement* » (Héroïse (45/20)). Globalement, les entretiens montrent que les infirmières ont toutes acceptées le DPI : « *C'est un outil d'utilisation comme un autre. Tant que moi je peux continuer à m'occuper de mon patient, de m'organiser de la manière dont je le souhaite, ça me va* » (Charlotte (26/4)). « *Moi, je le trouve bien* » (Juliette (23/2)).

Enfin le DPI génère des contraintes résiduelles liées aux difficultés techniques intrinsèques à l'informatique : « *Ça me gêne quand il y a des pannes avec ICCA® et que du coup il faut vraiment se taper le papier, et là ça redevient gênant de retourner au papier* » (Clémence (21/0,5)). Ces limites techniques génèrent des gênes et des craintes, comme le dit Leïla (29/4) : « *Les inconvénients c'est ce qui ressort aussi, c'est qu'on est beaucoup sur l'écran ... et que, avec les problèmes techniques, on est tout de suite affolé. Avant on n'avait pas ce genre de problèmes... techniques* ». Pour Marie (47/25), ces contraintes modifient le rapport au travail en introduisant un sentiment de dépossession ou de dépendance : « *Ça ne dépend pas que de toi ... Y'a une espèce de truc comme ça...* ».

## DISCUSSION

### Une appropriation variable mais réelle

L'objectif de cette étude était d'explorer les différents facteurs en jeu dans le processus d'appropriation du DPI. Aussi notre première interrogation est de savoir s'il y a bien eu appropriation du DPI. Les conditions à l'appropriation citées par Breton et Proulx sont décrites par les infirmier.e.s : la pratique quotidienne du DPI, l'usage répété et l'instauration de routines au travail étant retrouvées pour chacun d'eux (2012). Concernant le concept de transformation de l'individu exprimé par Jouët, nous constatons différents profils, un infirmier tentant encore de calquer le passé sur le nouvel outil de travail tandis que d'autres visent l'uniformisation d'une nouvelle forme de travail (Jouët 2000). Ainsi, comme De Vaujany le démontre, tous.les infirmier.e.s ne se situent pas aux mêmes étapes du processus d'appropriation (2005). Certain.e.s infirmier.e.s se situent dans la phase de réappropriation, alors que d'autre en sont à l'étape d'une interrogation des routines pour les faire évoluer, avec l'envie d'harmoniser les pratiques à l'échelle du service, de manière à tendre vers une amélioration des usages (Breton et Peoulx 2012, De Vaujany 2005). L'appropriation collective est en construction et passe par la réinvention de pratiques sociales. C'est par un soutien managérial que l'appropriation collective pourra se développer et se concrétiser.

L'appropriation du DPI est un phénomène global qui à la fois est en lien avec les apprentissages techniques et procéduraux développés pour son utilisation, mais elle l'est également par la transformation de l'identité qu'elle suppose de l'individu. Comme nous l'avons recueilli, l'arrivée du DPI impacte l'organisation et le contrôle du travail. La répartition des rôles et des fonctions entre infirmier.e.s, aides-soignant.e.s et médecins évolue, ce qui modifie la relation soignant-soigné et la relation soignant-soigné. Tous ces éléments nous permettent de dire que les infirmier.e.s se sont appropriés le DPI. Maintenant que nous avons constaté cette appropriation, nous pouvons mettre en discussion la manière dont elle s'est opérée, ses conditions et ses effets sur les infirmier.e.s.

## **Appropriation et appartenance culturelle numérique des infirmier.e.s, un facteur déterminant dans l'appropriation du DPI ?**

Les résultats de cette enquête montrent que les usages numériques des infirmier.e.s interrogés correspondent à ceux des Français décrits par la littérature (1). Ainsi, nous retrouvons chez les infirmier.e.s les différences qu'a définies Prensky entre les « digital natives » et les « digital immigrants » (Prensky & Stenger 2015). Les entretiens confirment que le sentiment d'appartenance à la culture numérique dépend de l'origine générationnelle car elle détermine si les usages numériques et informatiques sont, ou non, intégrés dès l'adolescence et font de ce fait partie de l'environnement culturel des plus jeunes infirmier.e.s de cette étude (Simonnot 2009).

Toutefois, en dépit de l'appartenance à cette culture numérique, nous avons pu observer que l'utilisation de l'informatique pouvait rester complexe, comme dans le cas de Clémence, « digital native ». L'une des autres infirmier.e.s va jusqu'à suggérer que cette appartenance générationnelle pouvait constituer un frein à l'appropriation du numérique. En effet, Juliette, « digital native » également, est habituée à manipuler différents DPI. Elle a banalisé de ce fait le besoin de se former au nouvel outil en sous-estimant les nécessaires apprentissages qu'implique toute nouvelle activité complexe. Contrairement à ses consœurs « digital immigrants », elle reste en difficulté après plusieurs mois d'utilisation du DPI. De notre point de vue, de par l'absence de doute ou d'inquiétude liée à l'absence d'étrangeté de l'outil, elle a fini par ne plus percevoir ses besoins de formation, pensant qu'il est toujours possible « d'improviser » le moment venu pour résoudre ses problèmes d'utilisation. À l'inverse, Marie et Héloïse, toutes deux « digital immigrants », sont tellement inquiètes des risques professionnels que pourrait faire encourir un manque de maîtrise technique de l'outil informatique, qu'elles ont développé un fort engagement dans leurs apprentissages permettant une appropriation plus rapide et plus stable du DPI. Quoi qu'il en soit, l'appartenance à la culture numérique ne présume pas de la maîtrise future des outils numériques, qui dépend de l'apprentissage et donc du rapport à ses besoins d'apprentissages, l'une des méta-compétences clés de l'autoformation identifiées dans les années 2000 (Tremblay 2003). Nous pourrions nous risquer à dire que la perception de son propre besoin de formation constituerait un facteur plus important que la culture numérique des personnes dans l'appropriation du DPI. Une telle suggestion serait à conforter par d'autres compléments d'enquête qu'il ne nous a pas été possible de mener dans cette étude.

## **Appropriation et stratégies d'apprentissage, une diversité à prendre en compte**

Pour poursuivre la question des apprentissages, notons que dans les huit entretiens, la formation non-formelle sur le terrain est considérée comme le principal moyen par lequel les professionnels ont opéré les apprentissages ayant permis l'appropriation du DPI (Carré 2015). À l'inverse, la demi-journée de formation dédiée à la manipulation du DPI organisée par l'hôpital a parfois été jugée inutile car trop coupée de l'activité réelle. Concernant la nature de ces formations non-formelles, la majorité de ces huit infirmier.e.s valorise principalement l'accompagnement en situation de travail. Ils justifient ce choix par la capacité de l'accompagnement à répondre à des besoins singuliers, spécifiques et concrets, mais aussi par la plus grande facilité à mémoriser des procédures rattachées à des situations réelles. Ces résultats convergent avec les approches prônant le développement des compétences à partir de l'activité en situation de travail que les courants de la didactique professionnelle défendent (Mayen et Gagneur 2017).

Nous voyons que dans cette formation non-formelle émerge une diversité de stratégies d'apprentissages. Elle illustre l'existence de phénomènes motivationnels, d'autorégulation et de métacognition, pouvant impliquer parfois une réorganisation de la journée de travail. Par exemple, la nuit est considérée comme une période propice aux apprentissages pour deux des infirmier.e.s. Pour d'autres, l'apprentissage s'opère dans la résolution de problèmes en situation qui deviennent l'occasion de demander des conseils et des procédures auprès de collègues ou du référent DPI officiel. D'autres infirmier.e.s encore fondent leurs apprentissages sur une démarche plus individuelle soutenue par leur curiosité et selon laquelle ils procèdent par tests d'essais et d'erreurs au gré des interrogations. Les exemples ainsi recueillis valorisent la diversité des stratégies d'apprentissage lié à l'utilisation du logiciel, diversité qui devient une composante importante du processus d'appropriation du DPI.

Ce constat nous indique tout d'abord qu'il n'y a pas un mais plusieurs processus d'appropriation qui dépendent des caractéristiques des individus. Ensuite, il nous ramène à la question de la disponibilité au travail qui apparaît indispensable aux apprentissages dont dépend l'appropriation. Or si l'on considère les difficultés du milieu hospitalier, on ne peut que se demander si une trop grande pression au travail et une trop forte densité de travail ne constituent pas un frein important à l'appropriation d'un outil informatique tel que le DPI. Comment faire si les cadences

du travail ne permettent pas de prendre le temps de tester, de s'interroger ou de récapituler les cas rencontrés dans la journée ? Le fait de considérer la nuit comme un bon moment pour l'apprentissage montre bien qu'il est difficile de prendre du recul sur son action en situation.

Au regard de ces éléments, il nous semble que l'appropriation d'un outil informatique au travail dépend finalement davantage de l'organisation du travail que de l'appartenance à une génération. En effet, les approches autodidactes fondées sur l'enquête personnelle sont le propre de quelques infirmières parmi les plus jeunes, tandis que d'autres s'appuient davantage sur les échanges entre pairs et l'accompagnement. Pour autant, même si les stratégies d'apprentissages sont diverses, il n'en reste pas moins vrai que c'est la possibilité d'accéder à ces différentes stratégies qui compte. Ce n'est donc pas la génération d'appartenance ou la culture numérique qui interroge, mais plutôt l'aménagement du travail et le management : répondent-ils aux besoins des individus en matière de stratégies d'apprentissage et de professionnalisation ?

## **Appropriation et identité professionnelle**

Notre seconde hypothèse considérait que l'acceptation de l'évolution de l'identité professionnelle infirmière conditionnait l'appropriation du DPI. Au regard des discours, il ne semble plus pertinent de parler d'une transformation de l'identité professionnelle introduite par les TIC puisqu'il s'agit avant tout d'un changement d'outil qui vient transformer la pratique professionnelle sans remettre en cause la finalité du métier. Toutefois, nos résultats attestent que certaines composantes de l'identité professionnelle infirmière sont tirillées car les importants changements introduits par le DPI modifient la relation humaine. L'information se distribue différemment, ce qui impacte, comme nous l'avons vu, la temporalité et la spatialité du travail. Au final la place et les rôles de chacun évoluent dans la prise en soin du patient. L'exemple le plus significatif selon nous reste la place du patient vue par une partie de l'équipe comme fragilisée. Les valeurs humanistes reprises dans la conception anglo-saxonne du « care », qui constituent un des marqueurs de cette identité professionnelle infirmière, sont bousculées par l'arrivée du DPI (Chanteloup 2019).

## **La techno-dépendance, un frein à l'appropriation des TIC**

Bien que l'informatisation soit perçue comme une amélioration pour la sécurité des patients, paradoxalement une nouvelle crainte apparaît, celle de la dépendance au numérique. Ce sujet est apparu spontanément dans plusieurs entretiens sans qu'il ait été anticipé par nos soins. Les aléas techniques subis au quotidien représentent autant de craintes et d'incertitudes qui ne favorisent pas l'acceptation d'un outil technique surtout lorsqu'il est central. Comme pour la relation avec le patient, il serait pertinent de mettre la question en débat collectivement pour informer et former les professionnels de santé à l'anticipation des risques perçus. Il s'agit de mettre en place des actions ponctuelles de formation. Il serait par exemple pertinent d'intégrer au dispositif de formation un temps d'apprentissage dédié à la gestion des difficultés techniques et à la maîtrise des procédures dégradées.

## **Quelques limites et perspectives de l'étude**

Tout au long des entretiens, nous n'avons pas trouvé d'éléments permettant d'identifier de problématiques dans l'appropriation du DPI spécifiques aux infirmières d'un service de réanimation. Les éléments mis en discussion précédemment sont, selon nous, valables pour l'ensemble des services de soins hospitaliers. Réciproquement, nous n'avons pas pu établir la limite de validité de nos analyses par rapport aux autres contextes de soins hospitaliers, ce qui nous oblige à tempérer la généralisation de nos propos. De même, que ce soit en raison du nombre insuffisant d'entretiens ou le non-approfondissement des cas par des entretiens itératifs, nous ne pouvons pas prétendre à une compréhension exhaustive du phénomène analysé. Il serait donc intéressant de poursuivre cette étude soit en nous entretenant à nouveau avec ces infirmier.e.s, soit en prolongeant un travail similaire auprès de plusieurs autres services hospitaliers. Malheureusement les moyens disponibles ne le permettent pas.

Enfin, des thématiques et des résultats inattendus sont apparus dans nos entretiens, comme les changements dans les pratiques professionnelles aides-soignantes et médicales pointés par plusieurs infirmier.e.s. Or comme nous l'avons fait remarquer, le processus d'appropriation du DPI est un phénomène global aux conséquences diverses qui rétroagissent sur le processus lui-même. C'est d'ailleurs cette régulation qui est à l'origine des diverses étapes d'appropriation de l'outil se manifestant dans l'évolution des usages et des routines de travail. Il serait par

conséquent éclairant d'établir plus finement les liens entre l'appropriation du DPI et les conditions organisationnelles et managériales.

## CONCLUSION

Cette étude met en évidence que dans le cas étudié, la mise en place d'usages récurrents du DPI est certifiée pour l'ensemble des infirmières. Cependant, il apparaît que l'appropriation au DPI est variable selon les individus. Chaque infirmière va à son propre rythme dans la mise en place des premières routines de travail et dans les réappropriations suivantes. Nous avons établi que l'appartenance générationnelle et la culture numérique ne prédisent pas l'appropriation du DPI.

De plus, concernant les apprentissages, nous avons établi d'une part que l'apprentissage entre pairs et en situation de travail, sont deux puissants leviers de l'appropriation. De manière inattendue, l'absence d'identification de son propre besoin de formation est apparue comme un frein majeur dans les apprentissages et en conséquence à l'appropriation. Malgré les contraintes techniques et identitaires qu'occasionne le DPI, son appropriation par les infirmières est principalement le résultat des apprentissages en situation de travail, soutenus par leur motivation et leur engagement.

D'autre part, nous avons constaté que l'impossibilité de respecter les stratégies d'apprentissage individuel risquait de produire une appropriation superficielle du DPI. Il est ainsi apparu que la gestion de la charge de travail et le modèle managérial sont fatalement impliqués dans la réussite du déploiement du DPI.

Enfin, nous en avons déduit que les principaux leviers de l'appropriation du DPI sont la mise en place d'une diversité de situations d'apprentissage exploitant l'apprentissage en situation de travail, l'apprentissage entre pairs, l'accompagnement et l'agentivité. En complément et à distance du déploiement du DPI, la création d'espace-temps dédiés à l'expression des craintes, des difficultés techniques, identitaires ou organisationnelles permettrait, dans une démarche participative, de favoriser l'appropriation du DPI et la réussite du changement.

## Bibliographie

- Bailly I. (2016), La révolution numérique : un challenge managérial. *Objectif Soins & Management*. Septembre, 248, 20-25.
- Boboc A. (2017), Numérique et travail : quelles influences ? *Sociologies pratiques*, 34, 1, 3-12.
- Boussemaere S. (2019), L'impact de l'e-santé sur le management. *Soins Cadres*, 28, 115, 33-7.
- Breton P, Proulx S. (2012), Usages des technologies de l'information et de la communication. La Découverte, p. 263-87. (Repères). <https://www.cairn.info/l-explosion-de-la-communication--9782707173829-p-263.htm>
- Carré P. (2015), De l'apprentissage à la formation. Pour une nouvelle psychopédagogie des adultes. *Revue française de pédagogie*. 190, 29-40.
- Alter N. (2020), L'innovation ordinaire. Presses Universitaires de France.
- Chanteloup N. (2019), Numérique, e-santé et care. *Soins cadres*. Novembre, 115, 38-40.
- Martineau R. (2012), Les usages-types d'un outil de gestion des risques à l'hôpital. *Management Avenir*. Juin, 54, 4, 215-236.
- Jouët J. (2000), Retour critique sur la sociologie des usages. *Réseaux Communication - Technologie - Société*. 18, 100, 487-521.
- Lebeau JP. (2021), *Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Global média santé.
- Mayen P. et Gagneur C.A. (2017), Le potentiel d'apprentissage des situations : une perspective pour la conception de formations en situations de travail. *Recherches en éducation*. <https://doi.org/10.4000/ree.6050>
- Prensky M. (2015), Digital natives, technologie et culture numériques. Dans Stenger T. (dir.) *Digital natives. Culture, générations et consommation*. EMS Editions.
- Simonnot B. (2009), Culture informationnelle, culture numérique : au-delà de l'utilitaire. *Les Cahiers du numérique*, 5, 3, 25-37.
- Torki A. (2022), Impact du Dossier Patient Informatisé sur la qualité des soins. *Projectics / Proyectica / Projectique*. HS, 57-79.
- Tremblay N.A. (2003). *L'autoformation : pour apprendre autrement*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Vaujany De F.X. (2005), *De la conception à l'usage : Vers un management de l'appropriation des outils de gestion*. Éditions EMS.



# Trait d'union entre système de santé et système éducatif

## La question de la prise en charge de la santé des élèves dans le secondaire à Ziguinchor (Sénégal)

---

**Ibrahima Demba DIONE**

Géographe de la santé, enseignant-chercheur en département de sociologie  
Université Assane Seck, Ziguinchor (Sénégal)

[idione@univ-zig.sn](mailto:idione@univ-zig.sn)

### Résumé

Ce texte propose une réflexion sur la santé scolaire au Sénégal en termes de dispositifs publics mis en place dans la prise en charge des besoins de santé des élèves. Nous questionnons ainsi les volets curatif, préventif et assurantiel pour mesurer la prise en charge et discuter des articulations et désarticulations par rapport au système national de santé étant entendu que la santé scolaire est prioritairement gérée par l'éducation nationale dans le secondaire et le moyen secondaire. L'espace de recherche choisi est la commune de Ziguinchor au Sénégal, avec le cas du lycée Djignabo pour le secondaire et le CEM Kénia pour le moyen secondaire. Les éléments méthodologiques mobilisés sont principalement des entretiens semi-directifs auprès du personnel pédagogique, de la santé scolaire, des élèves et des observations dans les établissements scolaires pour tracer les itinéraires thérapeutiques. Les constats réalisés montrent i) une situation de vulnérabilité des élèves en rapport avec les maladies endémiques dans un contexte de ténuité des services de santé scolaires ; ii) une stratégie préventive huilée dans le discours à travers les injonctions internationales mais qui a du mal à trouver une efficacité ; une protection sociale organisée dans le système global de sécurité sociale mais qui laisse voir une juxtaposition de prérogatives entre le ministère de la santé et de l'action sociale et le ministère de l'éducation nationale. En conclusion, dans les principes d'universalisation de l'offre de soins, les logiques d'articulation sont contrariées par l'absence de connexion dans la chaîne de prise en charge.

**Abstract: *Linking Health and Education System: The Issue of Health Care for Secondary School Students in Ziguinchor (Senegal)***

This paper examines school health in Senegal, focusing on the public systems established to care for pupils. We explore the curative, preventive and insurance aspects in order to assess the extent to which care is provided and to discuss the connections and disconnections with the national health system, recognizing that school health is primarily managed by the national education system in secondary and intermediate secondary schools. The research focuses on the commune of Ziguinchor in Senegal, specifically on the Lycée Djignabo for the secondary level and the CEM Kénia for the intermediate secondary level. The methodology primarily involved semi-structured interviews with teaching staff, school health staff, and students, and observations in the schools to trace the therapeutic itineraries. The findings reveal i) the vulnerability of pupils to endemic diseases in a context where school health services are sparse ; ii) a preventive strategy that is rhetorically well-structured in response to international injunctions but struggles to be effective in practice ; iii) a social protection system that is formally part of the overall social security system but reveals a juxtaposition of prerogatives between the Ministry of Health and Social Action and the Ministry of National Education. In conclusion, in the principles of universal provision of care, the logic of articulation is thwarted by a lack of connection in the chain of care.

### Mots-clés

Système de santé – Santé scolaire – Éducation – Protection sociale – Sénégal

### Keywords

Health System – School Health – Education – Social Protection – Senegal

## INTRODUCTION

L'éducation dans son sens large, en se limitant ici à l'institution qui la porte - l'école - suppose l'acquisition de connaissances intellectuelles et de compétences pratiques permettant à l'individu une réaction adaptée à la société humaine et à l'environnement (*health literacy*) (Buisson-Fenet & Tenne 2022). Elle est ainsi présentée comme un canal approprié pour créer les conditions d'un « état complet de bien-être physique, mental et social » (Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 22 juillet 1946), toutes situations tendant à permettre l'épanouissement individuel et collectif. Ainsi, la santé et le bien-être y trouvent un lieu d'expression au sens où « l'éducation sanitaire non seulement apprend à mener une existence conforme aux exigences de la santé, mais encore, elle permet de mieux comprendre, de mieux apprécier et de mieux utiliser les services de santé » (Turner 1966 : 11). Ce point de vue permet de cerner les différentes bases de la santé à l'école, du comportement individuel face aux risques sanitaires en termes de prédispositions conformes au maintien d'une bonne santé à l'offre de soins pour la prise en charge biomédicale et socio-médicale des apprenants (Parayre 2011). Cette double entrée (École/Santé) montre l'entière mission assignée à l'école dans le secteur de la santé à travers le suivi de la santé des élèves (curatif) mais également, leur éducation à la santé (préventif) conformément aux approches « école en santé » et « écoles promotrices de santé » initiées par l'OMS depuis la fin des années 90 (Buisson-Fenet & Tenne 2022). De ces angles de vue, l'enjeu de la recherche présentée ici est de questionner l'offre de santé scolaire au Sénégal dans la commune de Ziguinchor au secondaire et au moyen secondaire et les dispositifs de prise en charge de la santé des élèves sur les plans curatif, préventif et assurantiel associés, et enfin d'analyser les articulations et désarticulations de la santé scolaire par rapport au système national de santé. Le texte est organisé en trois points comprenant respectivement une approche théorique et méthodologique, une analyse de la santé globale dans les politiques socio-sanitaires en milieu scolaire, et un exposé et discussion des résultats issus de la recherche.

## 1. CONTEXTE, POSITIONNEMENTS ET MÉTHODOLOGIE

### 1.1. Contexte et positionnements

Cette recherche questionne la santé à l'école dans son organisation et les pratiques et usages associés à travers une entrée par les acteurs du secteur, notamment les élèves, les enseignants, les professionnels de la santé. Toutefois, revisiter les mécanismes de l'organisation de la santé scolaire au Sénégal revient à adopter une démarche consistant à voir toutes les constructions afférentes à la prise en charge médicale, psycho-sociale et à la prévention. Principalement, le fonctionnement de la santé scolaire reflète la particularité d'intégrer plusieurs acteurs à différents niveaux de décisions sur les plans institutionnel, éducatif et sanitaire entre les différents ministères chargés de l'éducation et de la santé. Par conséquent, jeter un regard sur les dynamiques de couverture médicale en termes curatifs et préventifs pour comprendre le système de santé scolaire, revient à caractériser les initiatives prises dans le temps long du processus d'édification d'une action publique d'offre de santé scolaire d'une part (de la présence coloniale à aujourd'hui), et d'autre part le temps court des urgences sanitaires relativement aux épidémies, endémies et pandémies. C'est ainsi mettre en avant la complémentarité entre école et santé dans les politiques publiques en termes de dispositifs. Le dispositif renvoie ici à un ensemble d'acteurs et d'instruments concourant à la réalisation d'un objectif, il a une dimension sociale (référentiels, rapports sociaux entre puissance publique et bénéficiaires de l'action etc.) et technique (instruments, éligibilité, système d'information etc.). Ainsi, une approche diachronique et synchronique est simultanément privilégiée afin de décortiquer les évolutions et les enjeux ponctuels dans la santé scolaire au prisme de la série d'actions publiques sanitaires entre innovations, réajustements et/ou réorientations.

Comprendre aujourd'hui l'offre de santé scolaire et les mécanismes qui la régissent revient à remonter à la période coloniale en analysant les différentes stratégies d'intégration d'une offre de santé scolaire dans le système de santé globale. Les bases de l'offre de santé scolaire au Sénégal ont été jetées avec la mise en place en 1942 des services généraux d'Inspections Médicales des Écoles (IME) dont la mission principale était d'assurer la prévention des maladies (vaccination contre le BCG, la rougeole, la variole et la coqueluche), la gestion de l'environnement scolaire (hygiène et assainissement), la surveillance de l'alimentation (mise en œuvre d'un programme d'alimentation supplémentaire à l'école) dans les internats et le contrôle de l'aptitude des élèves aux épreuves physiques et sportives (Ndao 2005). C'était également la création d'infirmeries dans les établissements scolaires. Ce sont ces mécanismes qui ont été repris et perpétués après les indépendances jusqu'en 1986, l'année de la création, au ministère de

l'éducation nationale, de la Division Contrôle Médical Scolaire (DCMS) qui voit ses prérogatives s'étendre en 1992 avec l'introduction de la sous-composante « santé et nutrition » dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) qui promeut une vaccination systématique des enfants à l'école. C'est également la mise en place du Service National de l'Éducation pour la Santé (SNEIPS) au ministère de la santé et de l'action sociale. L'idée fut de permettre une centralisation de l'offre de santé scolaire au niveau de ces organes en vue de décliner une politique plus large à l'échelle du territoire national. L'action pédagogique intègre la santé dans les établissements en s'appuyant sur les logiques de desserte déclinées avant les indépendances. Aux indépendances à partir du début des années 1960, cette ligne directrice fut maintenue. D'ailleurs, la constitution sénégalaise, dans l'article 14, garantit le droit à la santé pour tous et insiste sur « l'obligation de l'État et des collectivités territoriales de veiller à la santé physique et morale de la famille ». Cette entrée aussi large marque la volonté des premiers gouvernements de prendre en compte toutes les couches de la population dans les politiques de santé. Au-delà de la mise en place d'un système global de santé, une attention particulière est portée aux couches les plus vulnérables, comme les jeunes, à travers une offre de santé scolaire. Depuis lors, des initiatives nationales sont mises en avant à travers des programmes d'amélioration de l'éducation et de la formation et au sein desquels la santé occupe une place prépondérante. C'est à l'image du Programme de Développement de l'Éducation et de la Formation (PDEF 2000-2010) qui met la santé des apprenants au cœur des préoccupations dans les politiques éducatives. Dans ce programme, il s'agit entre autres intentions d'améliorer la situation nutritionnelle des élèves avec la prise périodique de fer et de vitamine et en même temps de lutter contre les parasitoses. Dans le domaine pédagogique, il s'agit d'ajouter dans les programmes scolaires un cours intégré d'éducation pour la santé centrée sur les problèmes prioritaires de santé de la localité en termes d'endémicités. Le programme intègre également les pathologies comme le VIH/SIDA et les affections liées aux infections sexuellement transmissibles (IST) avec la mise en place d'un système d'information sanitaire qui véhicule les moyens de lutte préventive et les stratégies de riposte. L'assainissement entre également en jeu avec les désinfections périodiques de tous les établissements scolaires. S'agissant de la politique globale à travers les organismes internationaux, la complémentarité entre santé et école a fait l'objet d'une attention particulière à l'OMS, l'UNICEF, l'UNESCO qui ont fait des injonctions fortes à partir du début des années 1990. Mais, déjà en 1950, les experts de l'hygiène scolaire de l'OMS soulevaient que « pour étudier avec succès, les enfants doivent être en bonne santé » (WHO 1997: 2) ouvrant ainsi une série d'actions allant dans le sens d'une promotion de « l'éducation sanitaire de la population » en 1954 lors de la réunion du comité d'experts de l'éducation sanitaire ; celle du comité conjoint OMS/UNESCO en 1959 pour la « préparation des enseignants à l'éducation sanitaire » ; celle du comité d'experts de l'OMS sur « les nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires » en 1983 ; les consultations internationales OMS/UNESCO en 1985 sur « l'éducation sanitaire des enfants d'âge scolaire » ; les discussions sur « la santé des jeunes à la 42<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la santé en 1989 » ; la Conférence mondiale sur la santé scolaire et la prévention de l'infection pour le VIH en 1995. Depuis lors, le concept d'« écoles promotrices de la santé » est largement revenu dans toutes les rencontres internationales sur le lien santé et école. Lors du Forum de Dakar au Sénégal sur l'« Éducation pour tous » en 2000, les perspectives d'action sur la sécurité contre la violence et la criminalité, l'équité, l'inclusion des élèves sont définies à travers le concept de « FRESH » (Focusing Resources on Effective School Health) sur l'initiative de la Banque mondiale, de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNESCO associant différents pays du monde (UNICEF, WHO, & World Bank 2001). En 2009, une approche holistique de l'école par des valeurs fondamentales comme l'équité, la durabilité, l'inclusion, l'autonomisation et la capacité d'action et la démocratie lors de la rencontre de Vilnius<sup>1</sup> et plus tard à Odense en 2013 confirment cette ligne directrice (Broussouloux 2016).

Après tant d'années d'expérience dans les stratégies de promotion de la santé en milieu scolaire, que peut-on retenir des dispositifs mis en place au Sénégal ?

Les études consacrées à la santé scolaire au Sénégal, à part les rapports, les capitalisations d'experts technocrates sont rares. La façon dont les élèves et le personnel pédagogique perçoivent, se représentent et vivent la santé scolaire dans différents contextes et selon le niveau scolaire est rarement abordée dans les productions scientifiques.

---

1. Résolution de Vilnius (2009). Améliorer l'école par la santé.

En ligne : <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/conference%20statements/Vilnius%20resolution/french-vilnius-resolution.pdf>

Pourtant, les indicateurs de santé montrent une grande vulnérabilité chez les jeunes en situation de scolarisation au Sénégal et particulièrement à Ziguinchor.

Ziguinchor est l'une des quatorze régions du Sénégal située dans la partie sud avec la particularité d'être quasiment coupée du reste du Sénégal par la République de Gambie, l'isolant ainsi de la partie nord du pays. Il est en même temps au cœur d'un espace frontalier compris entre le Sénégal, la Gambie et la Guinée Bissau, une position carrefour avec des influences diverses au-delà des frontières relatives à l'homogénéité socioculturelle entre les différents pays qui l'encadrent (Dione 2013). La population est estimée en 2023 à 754 110 habitants soit environ 4,1 % de la population totale du Sénégal selon les projections démographiques du Recensement Générale de la Population de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (ANSD 2023). La structure par âge à Ziguinchor montre que plus de la moitié de la population a un âge inférieur à 17 ans, ce qui témoigne d'une forte proportion de la population scolarisable. La région de Ziguinchor enregistre le plus important taux de scolarisation avec respectivement 90 % pour le moyen secondaire et 71 % pour le secondaire alors que les moyennes nationales se situent à 54 et 34 %. Toutefois, les taux d'achèvement tournent autour de 35 % pour les garçons et 25 % pour les filles dans l'ensemble du secondaire (PDEF 2010-2011). Ce paradoxe peut trouver plusieurs explications mais nous nous intéressons aux effets de la santé en général (morbidity, offre, recours aux soins) dans une approche biomédicale et socio-médicale au-delà de la performance du système pédagogique. En effet, « un niveau élevé d'éducation améliore la santé et l'espérance de vie, et [...] la santé n'affecte pas seulement l'apprentissage, mais également les taux de scolarité » (Buisson-Fenet & Tenne 2022 : 48). Très peu d'études ont porté sur la corrélation entre état de santé et absentéisme à l'école au Sénégal. L'observatoire de l'IRD à Niakhar a fait état d'un lien de cause à effet entre la santé et l'absentéisme scolaire de manière générale en évoquant que « les raisons de santé sont le motif d'absence dominant dans 66 % des cas d'absentéisme » (Gueye & Delaunay 2017 : 84). Mais la relation est bien établie dans d'autres endroits endémiques où « le paludisme peut avoir des effets sur l'éducation via l'absentéisme scolaire, l'état de santé des enfants ou encore d'autres conditions socioéconomiques et comportements associés à la maladie » (Thuilliez 2009 : 173). À Ziguinchor, plusieurs affections endémiques à la région constituent des blocages aux performances scolaires. Pour en citer quelques-uns, la schistosomiase, une maladie aiguë et chronique provoquée par des vers parasites, y a une prévalence supérieure à 50 % ; le VIH, même si aujourd'hui des efforts sont engagés pour la réduction de sa prévalence à travers un programme national de lutte contre ce fléau, Ziguinchor est l'une des régions les plus touchées au Sénégal après Kolda et Sédhiou avec 4 % de personnes infectées selon le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS, ONUSIDA 2016). Les grossesses en milieu scolaire avec toutes les implications sociosanitaires, des traumatismes sociaux et psychologiques aux problèmes de santé, sont nombreux dans la région sud, où la région de Ziguinchor enregistre un taux de 19 % derrière Sédhiou à 30 % (Khouma & Ka 2015). La région de Ziguinchor se particularise aussi par les conséquences d'un conflit armé qui a déplacé des milliers de personnes avec d'importants traumatismes pour les couches les plus vulnérables comme les adolescents sujets à des troubles psychologiques importants. Ce conflit a aussi fondamentalement désarticulé l'organisation des soins de santé primaires avec la destruction de structures de soins de base dans les zones périurbaines et les profondeurs rurales en Basse Casamance (Delauney 2001, Mané et al. 2016).

## 1.2. Objectifs de la recherche et méthodes

Cette recherche propose une approche holistique à partir de l'entrée par les élèves et l'encadrement pédagogique du secondaire et du moyen secondaire, les principaux acteurs utilisateurs de l'offre de santé scolaire. Cette démarche a permis de déceler i) les représentations, perceptions et vécus dans l'utilisation et la gestion des services de santé scolaire d'une part et globale d'autre part en connexion ou non, ii) les besoins exprimés par les élèves et leurs attentes sur l'offre de santé scolaire, iii) l'accumulation des savoirs sur la santé et les enjeux endogènes, iv) les comportements des élèves et la compréhension qu'ils ont des risques sanitaires, v) le financement de la santé scolaire. Pour cela, la méthodologie adoptée fut essentiellement orientée vers une démarche qualitative avec une série d'entretiens semi-directifs dont les partenaires de recherche sont constituées par les élèves, les enseignants, le personnel de l'Inspection Médicale des Écoles de la région de Ziguinchor et des services médicaux des établissements, des structures de santé qui accueillent principalement les élèves, les acteurs des associations scolaires pour la promotion de la santé préventive comme le club Éducation à la Vie Familiale (EVF). 33 entretiens ont été administrés au total selon les partenaires de recherches déterminés en fonction du secondaire et du moyen secondaire dont 27 au niveau des élèves (13 au collège Kénia et 14 au lycée Djignabo), 6 entretiens concernent le censeur et

le proviseur du lycée Djignabo, l'infirmier et l'assistant social du service médical, le principal du collège Kénia ainsi que l'infirmier chef de poste de « l'hôpital belge » où sont référés les élèves du collège qui ne dispose pas d'une infirmerie, l'assistant social de l'inspection médicale des écoles de Ziguinchor. Les entretiens ont porté sur l'état de santé global des élèves, les initiatives de vulgarisation de la santé en milieu scolaire, l'offre de santé (structures, soins et actions sociales), les besoins de la santé scolaire, la connexion avec le système de santé global, le comportement des élèves face aux risques sanitaires liés aux maladies endémiques, à la santé de la reproduction, à la toxicomanie etc., à l'offre de santé préventive. L'âge des élèves interrogés est compris entre 12 et 21 ans, de la cinquième à la troisième pour le collège. Toutefois, des critères sur le choix des classes à interviewer sont intégrés. Comme l'enquête s'est déroulée en début d'année scolaire, les élèves de sixième ne sont pas pris en compte, n'ayant pas encore pratiqué l'offre de soins scolaire. Le même critère de choix a été retenu au secondaire avec les élèves de seconde. Une approche genrée selon le sexe est également prise en compte avec une proportion égale entre garçons et filles dans l'ensemble des interviewés.

## 2. RÉSULTATS ET DISCUSSIONS : ARTICULATIONS DE LA SANTÉ SCOLAIRE AU SYSTÈME GLOBAL

Dans cette partie, nous abordons et discutons les résultats de la collecte de données sur la prise en charge curative et préventive en analysant les mécanismes de recours aux soins ainsi que la protection sociale des élèves. Cela nous a permis d'analyser les articulations, désarticulations et incertitudes dans la chaîne d'offre de soins. Précisons ici que le système de santé sénégalais est articulé par différents niveaux d'offre de soins avec la promotion des soins de santé primaires. La base est constituée des structures de soins de premier contact entre les usagers et le système de santé (postes de santé, cases de santé, maternités rurales, centres de santé ou dispensaires, infirmeries d'écoles, inspections médicales des écoles etc.) en concordance avec le dispositif district sanitaire conformément à la stratégie de promotion des soins de santé primaire. La partie intermédiaire ou direction régionales de la santé assure les soins de santé secondaires à travers les hôpitaux régionaux. Le sommet offre des prestations de spécialités et de formation du personnel de santé (Centre Hospitalier Universitaire de Fann). Ces trois niveaux, avec chacun un paquet minimum de soins à délivrer, sont articulés par un système de référencement et de contre-référencement. La référence renvoie à un recours aux soins des usagers à partir des petites unités d'offre de soins de la base au sommet. La contre-référence consiste le cheminement inverse mais, elle n'a d'enjeu ici que rapportée aux gratuités dans l'assurance maladie comme la CMU (Couverture Maladie Universelle) où la prise en charge dépend du respect des normes prescrites de référencement dans la pyramide sanitaire.

### 2.1. Prise en charge curative et préventive

L'état des lieux de la morbidité diagnostiquée pour les pathologies les plus courantes, au niveau des infirmeries d'écoles et des structures de soins publiques où ont été référencés des élèves, montre une plus forte prévalence du paludisme (51%) suivi de la grippe saisonnière (31%) des crises<sup>2</sup> (8%), de l'asthme (8%) et du simple mal de tête (2%). Le paludisme constitue l'un des graves problèmes de santé auxquels le Sénégal est confronté. En 2020, environ « 0,7 % des décès dus au paludisme dans le monde sont survenus dans le pays »<sup>3</sup>. De nombreuses initiatives sont mises en place pour lutter contre cette affection dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) appuyé par l'OMS, l'Unicef et la Banque mondiale avec la stratégie de promotion de l'utilisation des MILDA (moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action). Mais, les résultats sont mitigés, le paludisme continue d'être un fléau qui hypothèque la réussite des soins de santé primaires. Les cas de grossesses et d'IST ne sont pas apparus dans les registres de consultation et rapports d'activités des services médicaux visités, pourtant aux entretiens avec le personnel de la santé et de l'action sociale, il ressort nettement qu'il existe plusieurs cas. Le principal du CEM Kénia fait bien mention de cela et rapporte « *il y a quelques années, nous avons remarqué plusieurs cas de grossesses, et souvent ces grossesses étaient le fait d'élèves mais aussi de militaires parce qu'il y a un camp juste à côté et je ne vous dis pas* ».

2. Les crises renvoient à des comportements d'hystérie collective, souvent observés dans les établissements au Sénégal.

3. Severe Malaria Observatory. *Sénégal : charge du paludisme*.

En ligne : <https://www.severemalaria.org/fr/pays/s%C3%A9n%C3%A9gal>. Consulté le 8 décembre 2024.

L'absence de traçabilité sur ces cas selon l'assistant social du Lycée Djignabo s'explique par le fait que les situations de grossesse et d'IST sont détectées à la suite de référencements d'élèves atteints d'affections bénignes mais persistantes et qu'il y a des doutes ou suspicions allant dans ce sens. À ce sujet l'infirmier du lycée de Djignabo dit : « *ici, quand l'élève veut venir à l'infirmierie, il passe par un surveillant qui lui donne le billet d'infirmierie. Moi, je fais le nécessaire pour les soins et si je constate que je ne peux pas le prendre en charge, je prends le billet d'infirmierie et j'écris voir telle structure. Je mets la date, le type de maladie, le nom de l'élève et la structure ou on réfère le malade mais le système prévoit aussi que l'inspection médicale des écoles assure la mise à disposition pour l'élève d'un bulletin de visite pour l'orienter vers une structure* ». Toutefois, l'assistant social du lycée Djignabo dit qu'il y a des mécanismes d'accompagnement pour les cas de grossesse : « *On sensibilise l'élève sur les conséquences que peut entraîner sa situation en lui disant qu'elle ne pourra pas continuer les études non pas parce que l'établissement veut l'exclure mais que physiquement, elle ne peut pas continuer parce que les filles enceintes passent tous leur temps à dormir en classe* ». En même temps, l'accent est mis aussi sur le fait que la reprise des cours est automatique si l'élève le souhaite après l'accouchement. À ce propos, l'assistant social du lycée Djignabo affirme que « *l'État a mis en place un système pour sauver les filles avec la possibilité d'avoir un certificat d'arrêt des cours. Ainsi, l'élève ne sera pas considérée comme redoublant. Lorsque, la fille se sentira prête, elle ira au niveau de l'inspection médicale pour obtenir un certificat de reprise des cours. C'est à l'inspection médicale de délivrer les certificats sur la base des documents présentés par la fille. Ces certificats permettent de ne pas redoubler ni d'être exclu pour éviter toutes formes de discriminations grâce aux organisations féminines qui se sont battues pour les jeunes filles* ». Cela démontre clairement que les cas de grossesse sont normalement signalés pour la délivrance d'attestation d'arrêt et de reprise des cours, ce qui paraît paradoxal par rapport à l'inexistence d'une traçabilité des cas de grossesses. Pourtant, dans le cadre du financement de la santé par les partenaires extérieurs, la mise en place de données de suivi est une condition de renouvellement des sommes allouées avec des indicateurs et « *ce type de financement comprend des conditions de versement liées à l'atteinte d'objectifs chiffrés précis* » (Tichenor 2024 : 2).

Cette absence de mise en place d'un système d'information indicatif révèle un manque d'articulations des paliers de référencement remettant ainsi en cause la pertinence de la façon dont le suivi de la santé des élèves est géré malgré toutes les injonctions et prescriptions allant dans ce sens. Le point de vue de certaines élèves illustre cet état de fait, aucune des filles interrogées n'a fait mention d'une grossesse contractée de l'itinéraire thérapeutique à la reprise des cours. Les garçons sont plus ouverts quant à la problématique des grossesses précoces. Deux des enquêtés au secondaire (classe de première et de terminale) affirment que leur copine a eu à contracter une grossesse. Le premier en parle comme un « *événement heureux* » mais se désole de son incapacité à assumer socialement et financière les charges induites. Mais paradoxalement, il ne fait aucunement mention des conséquences sur le cursus scolaire de sa copine et quand cette idée est évoquée, il rétorque simplement « *cela n'est pas le plus important mais, reconnaître la grossesse et s'occuper des besoins matériels de la fille* » (A.D, 19 ans). Le second parle d'une expérience désagréable par l'issue d'une grossesse qu'il considère dramatique avec une « *fausse couche* » (J.P.B, 20 ans). Pour rappel, les données disponibles sur les grossesses précoces à Ziguinchor montrent que 19 % des filles scolarisées sont tombées enceintes durant leur cursus scolaire (Khouma & Ka 2015). Cette situation interpelle l'action publique pour les traumatismes causés mais, surtout la rupture scolaire (seulement 25 % des filles arrivent au bout du cursus scolaire dans le secondaire et le moyen secondaire à Ziguinchor, PDEF 2010-2011). Ce qui remet en cause les politiques publiques de prévention au prisme d'une « *école promotrice de santé* ».

Par ailleurs, les types de pathologies diagnostiquées varient suivant le lieu de consultation, qu'il s'agisse du service médical de l'établissement ou des structures de soins externes. Le service médical des établissements assure seulement les premiers soins comme la prise en charge des blessures superficielles survenues en cours d'éducation physique et sportive ou accidentelles. Le constat est clair que ces structures de soins ne sont pas très bien dotées. Les cas qui nécessitent une plus importante prise en charge sont référés aux établissements publics de santé dans la logique du système de référencement. Au service médical du lycée Djignabo par exemple, à part quelques médicaments essentiels comme certains antibiotiques, les paracétamols, les anti-inflammatoires, des pansements, la prise en charge reste très limitée. Selon l'infirmier du service médical du lycée Djignabo « *les conditions ne sont pas réunies pour prendre en charge convenablement les élèves, pour hospitaliser il faut une salle d'hospitalisation et un certain équipement. Avec une telle situation, nous ne pouvons pas faire des miracles même si on s'entraide entre établissements en se prêtant mutuellement des médicaments en cas de besoins immédiats* ».



**Photos prises à l'infirmerie du lycée Djignabo de Ziguinchor. Sources : auteur, 2023**

Pour le collège Kénia qui ne dispose pas de service médical, les élèves sont directement envoyés à "l'hôpital belge", un poste de santé privé sur la base d'un partenariat établi avec l'établissement. Dans les deux cas (service, médical ou non), il existe un système de protection sociale des élèves à travers plusieurs mécanismes qui nous renseigne sur les articulations et désarticulations dans le recours aux soins. Cette situation n'est pas exceptionnelle dans la commune puisque dans d'autres établissements comme le collège d'enseignement moyen technique (CEMT), le service médical ne fonctionne pas depuis que l'infirmier est parti et qu'il n'a pas été remplacé. Ce qu'on peut retenir ici c'est que les stratégies dans le cadre du FRESH, par exemple, relativement à la nécessité de promouvoir des services de santé de routine adaptés ne sont pas convenablement opérationnelles sans doute à cause d'un manque de moyen et/ou d'un contexte d'action en décalage des normes prescrites au travers des injonctions internationales (UNICEF, WHO & World Bank 2001).

Cette ténuité dans la desserte et la densité médicale par rapport à l'offre de santé scolaire remet en cause le préventif qui normalement occupe une place importante si on prend en considération la vulnérabilité des adolescents face à certains risques sanitaires comme les IST, les grossesses précoces, la toxicomanie etc. Il est assez démontré que cette vulnérabilité découle d'un manque d'informations sur ces risques et de vulgarisation d'une santé préventive à la hauteur des enjeux. Cette situation est également liée au déséquilibre entre le préventif et le curatif à la faveur de cette dernière composante. Toutefois, il existe des tentatives de promotion de la santé préventive plus ou moins efficaces dans un foisonnement d'acteurs et des degrés d'implication divers. De manière générale, la santé préventive à l'école au Sénégal insiste sur un accompagnement médical, social et psychologique. Il existe des mécanismes de soutien aux élèves face aux problèmes sociosanitaires rencontrés dans et hors de l'école à travers les Inspections Médicales des Écoles et certaines infirmeries d'école avec l'accompagnement d'un assistant social. Le volet préventif concerne également l'accompagnement à la reprise des études pour les filles au terme de leur grossesse pour éviter les déperditions scolaires, les visites médicales à l'aptitude aux épreuves sportives, la supplémentation (distribution de fer pour lutter contre l'anémie), la sensibilisation (en cas d'épidémie et les risques d'accident). Il s'agit d'un ensemble de mesures prises, mais à travers le recueil de données auprès des élèves, il est ressorti que les sujets traités touchent en grande partie les IST et les grossesses précoces, les mariages précoces sans occulter le volet environnement et hygiène. Les acteurs concernés vont du personnel administratif et pédagogique aux professionnels de santé de l'inspection médicale des écoles de Ziguinchor. Mais plus que tous les acteurs, le mouvement associatif à travers le club éducation à la vie familiale (EVF) regroupant personnel administratif, pédagogique et élèves est largement plus actif. À ce sujet, l'assistant social du lycée Djignabo rapporte qu'« *il y'a le club EVF qui s'active dans la sensibilisation grâce à un professeur de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) qui regroupe les filles tous les mercredis soirs pour discuter de la sexualité, de la planification familiale, du VIH, des gestes de premier secours etc.* ». Au collège de Kenia, les élèves, comme acteurs, ont mis en place un club genre qui fait la même chose sous la responsabilité de « *filles leaders qui interviennent directement auprès de leurs pairs pour sensibiliser sur les grossesses. Le club organise aussi des activités externes en intégrant les parents par des conférences de quartiers et projections de films sur ça grâce à l'appui de partenaires espagnols. Également, le CEM finance le club par une subvention tirée des inscriptions* » (principal du CEM Kénia).

Les impressions sur les campagnes de prévention initiées par le système scolaire dans son volet « écoles promotrices de la santé » sont diverses : 44 % des élèves interrogés estiment que les initiatives sont rares, 40 % estiment qu'en réalité il n'y en a pas, 3,7 % les jugent comme étant mauvaises et 11 % comme étant bonnes. Cette diversité d'opinions permet d'entrevoir qu'il existe un problème de concrétisation et de vulgarisation des actions entreprises dans le cadre de la santé préventive à l'école.

Ce qui revient à considérer ici également qu'il y a un décalage entre le discours officiel sur les dispositifs d'accompagnement des élèves et les perceptions des élèves. Dans tous les cas, faire de l'école des « milieux sûrs et exempts de dangers et dotés d'infrastructures sanitaires bien entretenues » et de « fournir aux élèves de l'information adaptée à leur âge pour leur permettre de prendre en main leur santé et leur bien-être », suivant deux des piliers du FRESH, (OMS, UNICEF, UNESCO 2000 : 13) constitue encore un énorme chantier ; quid du système universel de protection sociale dans ce contexte ?

## 2.2. Protection sociale à l'école

La protection sociale des élèves, particulièrement liée à la santé, est basée sur le principe d'un régime obligatoire avec la mise en place d'un fonds social pour couvrir les frais de santé. Ce fonds provient de ressources liées aux droits d'inscription pédagogique et de la subvention de l'État. Dans le principe, il existe un montant destiné à la couverture maladie fixé pour chaque élève à 200 FCFA<sup>4</sup> (0,30 euros) pour le lycée Djignabo et à 500 FCFA (0,76 euro) pour le collège Kénia. La différence des montants s'explique par le fait que le lycée Djignabo dispose d'une infirmerie d'école, ce qui n'est pas le cas pour le collège Kénia dont l'assurance maladie relève d'un partenariat avec « l'hôpital belge », un poste de santé privé dans le dispositif de l'offre de santé publique. Ce paradoxe entre deux établissements publics scolaires témoigne clairement d'une marque de désarticulation à mettre dans le compte de l'absence d'une dynamique globale de protection sociale. Selon le principal du Collège Kénia, « *du fait que l'établissement ne dispose pas d'un service médical, les élèves fréquentent librement les services de soins publics sans toujours la garantie de ramener des justificatifs d'absence et cette stratégie d'assurance scolaire en collaboration avec le secteur privé sanitaire a permis de contrôler les absences et de faire un suivi sanitaire pour les cas les plus graves nécessitant d'autres interventions qui dépassent les compétences de l'hôpital belge* ». Dans le principe de fonctionnement de l'assurance scolaire, les cotisations constituent une cagnotte estimée à 900 000 FCFA (1372 euros) pour le collège Kénia, selon le principal de l'établissement. La particularité de la prise en charge de la santé des élèves réside sur le fait qu'il existe une stratégie de référencement vers une structure de santé privée qui est l'hôpital belge. Ce qui intéressant dans ce cas figure, c'est la collaboration sur initiative locale, une articulation spontanée hors système de protection sociale publique formalisée, de l'encadrement scolaire à nouer un partenariat pour la prise en charge des élèves. L'initiative en cours depuis 2010 est partie d'une concertation avec les parents d'élèves pour arriver à un consensus sur le montant de la cotisation. À ce propos, le principal du CEM Kénia rapporte : « *Après avoir consulté les parents, j'ai fixé une cotisation de 500 FCFA aux frais de scolarité. Autrement dit, une augmentation des inscriptions de 500 FCFA. Ces 500 FCFA nous permettaient de faire face à certaines urgences et entre-temps nous avons cherché un partenariat avec l'Hôpital belge. Ce partenariat permet de prendre en charge une partie des ordonnances jusqu'à 2500 FCFA* ».

Ce type de dispositif est en marge de l'action publique et part d'une démarche volontaire pour rattraper les problèmes de couverture en santé des élèves qui a très bien réussi de l'avis du principal du collège Kénia : « *nous nous sommes dit, s'il faut attendre que des gens de l'inspection médicale ou de l'État viennent pour s'occuper de la santé de nos élèves avec tout ce qu'on a comme école et comme CEM on ne s'en sortira pas. C'est pourquoi nous avons dit que pour certaines maladies comme le paludisme et la grippe et les règles douloureuses, il vaut mieux ce partenariat avec l'hôpital belge et vraiment ça nous a beaucoup réussi. Auparavant, on voyait des élèves qui n'arrivaient pas à se soigner par manque de moyen. Maintenant, avec cette stratégie l'élève peut aller se soigner à l'hôpital avec une réduction du coût des ordonnances* ». Dans ce registre, « *chaque élève dispose d'un carnet de santé dans lequel toute la traçabilité du recours aux soins à l'hôpital belge est soigneusement notée, la partie pharmacie est prise en charge à hauteur de 2500 FCFA par élève* » (principal du CEM de Kénia). Cependant, il existe une limite à cette initiative d'offre de couverture médicale dans le sens où à épuisement de la cagnotte destinée à l'assurance scolaire, celle-ci n'est plus garantie et l'élève prend en charge les frais induits par toute prise en charge médicale, de la

---

4. 1 euros = 656,7 FCFA

consultation à l'achat de médicaments en passant par les analyses. La situation au lycée Djignabo est différente car il existe une implication directe du service public avec l'existence d'une infirmerie d'école au sein de l'établissement qui offre les soins de base. Toutefois, le caractère ténu de l'offre de santé limite les interventions et en règle générale les élèves sont orientés vers les structures de soins publiques. Les frais de prise en charge sont imputables à l'élève s'il ne dispose pas de la Couverture Maladie Universelle Élève (CMUE) qui est un régime d'assurance volontaire, basé sur les mutuelles de santé, qui prend en charge les dépenses de santé des élèves. Cependant, il s'agit d'un système en manque de vulgarisation à l'école dans le sens où les résultats des entretiens avec les élèves font état d'une méconnaissance totale de cette offre de couverture santé, tous les enquêtés affirment ne pas savoir ce que c'est. Cet état de fait s'explique par le fait que selon un des responsables scolaires du lycée de Djignabo « *les élèves autant que les parents ne sont pas informés des modalités de la CMUE, même nous responsables qui sommes supposés en savoir plus n'avons pas toutes les informations pour pouvoir les transmettre* ».

Ainsi, malgré la pertinence de telles initiatives, il existe de réels problèmes d'uniformisation et de vulgarisation de la politique de santé scolaire, ce qui entretient des désarticulations dans la chaîne de recours aux soins des élèves. Ainsi, entre le ministère de l'éducation nationale qui gère la politique de santé scolaire et le ministère de la santé qui pilote la santé globale, il existe une absence de connexion sur les lignes directrices aussi bien dans les intentions que dans les actions. Certaines initiatives unilatérales à l'image de la couverture maladie universelle des élèves divisent au point d'annihiler l'efficacité attendue. Initiée par le ministère de la santé, de la prévention et de l'action sociale, la CMUE est un régime contributif de prise en charge médicale des élèves des cycles élémentaire, moyen secondaire et secondaire du Sénégal (public et privé) au niveau des postes de santé, des centres de santé, des hôpitaux et des officines pharmaceutiques par le biais des mutuelles de santé. C'est aussi un régime subventionné par l'État et encadré par le ministère de la santé à travers l'Agence de la couverture maladie universelle. La cotisation annuelle varie de 1000 à 3500 FCFA pour respectivement deux options. La première option permet une couverture au poste de santé et au centre de santé (établissement public de santé de niveau 1) à 80 % pour les consultations générales et spécialisées, les examens, la maternité, l'hospitalisation et les médicaments. Pour les officines de pharmacie, l'offre est à 50 %. La deuxième option pour les mêmes taux est valable au-delà du poste de santé et du centre de santé aux hôpitaux régionaux et nationaux. Dans l'application, plusieurs difficultés existent dans la concrétisation de la couverture médicale des élèves. D'abord des blocages institutionnels sont relevés entre le ministère de la santé et de l'action sociale et le ministère de l'éducation nationale responsable de l'organisation de la santé scolaire. Pour le ministère de l'Éducation nationale, l'accès aux services de santé doit être entièrement gratuit surtout au niveau de l'élémentaire qui propose de revoir en profondeur ce dispositif de régime volontaire à l'école pour être généralisable. Ainsi, en voulant particulariser l'offre de santé scolaire dans des logiques d'action verticales et/ou horizontales pour plus d'efficacité, elle est fragilisée. Par ailleurs, dans l'application de la CMUE, il existe des problèmes dans la mise en place définitive, des lenteurs administratives quant à l'adhésion des élèves de l'expression du vœu à la disponibilité de la carte CMUE. Très souvent, au niveau des hôpitaux publics, les élèves sont généralement éconduits parce que la CMUE est suspendue suite à des arriérés dans le recouvrement auprès de l'État. Au-delà, les impressions reçues de certains responsables administratifs font état d'une superposition de couverture proposée sans qu'aucune ne soit efficace entre l'assurance scolaire, la CMUE, et la couverture proposée aux parents d'élèves fonctionnaires sous le régime obligatoire de la Sécurité sociale à travers une prise en charge de soins de santé dans des structures agréées par l'État (1/5 de la totalité des frais de soins à payer pour le bénéficiaire à l'exclusion des frais de médicaments).

À travers ces mécanismes de gestion de la santé scolaire, de la prévention à la prise en charge (soins et assurance maladie), le constat est clair qu'il existe des problèmes de coordination des actions allant dans le sens de l'efficacité du système, sans doute à cause d'un système de référencement mal huilé entre articulations et désarticulation remettant en cause le trait d'union entre la santé scolaire et la santé globale.

## CONCLUSION

La contextualisation de l'étude a fait ressortir les enjeux de santé chez les jeunes et particulièrement chez la population scolarisée dans le secondaire et le moyen secondaire au Sénégal. Il est clair qu'il existe des risques sanitaires mal résorbés dont les conséquences restent la persistance de certaines pathologies comme le paludisme,

les IST, les mariages et grossesses précoces avec leur lot de traumatismes tant physiques, mentaux que sociaux. La politique préventive peine à relever le défi à la hauteur des risques sanitaires cités plus haut malgré les actions citoyennes initiées comme dans le cas des EVF. La protection sociale des élèves est marquée par une superposition d'offres sans réelle efficacité entre le ministère de l'Éducation avec une inscription obligatoire avec une gestion relevant exclusivement des établissements scolaires et le ministère de la Santé et de l'action sociale avec une offre d'assurance volontaire à travers la CMUE. Ainsi, les politiques éducatives et sociosanitaires ne parviennent pas à intégrer une stratégie cohérente d'offre de santé scolaire. Par ailleurs, le gros des investissements est orienté principalement vers le volet pédagogique avec le souci permanent de favoriser une scolarisation généralisée à toutes les couches de la population tout en luttant contre les déperditions conformément à la stratégie "éducation pour tous" engagée au Forum Mondial sur l'Éducation en 2000. Cette orientation aussi légitime qu'elle soit fait presque passer sous silence la prise en charge de la santé scolaire partagée entre le ministère de la Santé et celui de l'éducation, ce qui pose des problèmes structurels et institutionnels dans sa gestion. Au-delà, la question de la santé à l'école interpelle à plusieurs autres niveaux si l'on considère le décalage entre les intentions et la mise en place de structures adaptées et fonctionnelles. Ce qui revient à interroger et discuter des modèles exogènes sous forme d'injonctions internationales.

### Bibliographie :

- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), République du Sénégal (2023), *Situation économique et sociale de Ziguinchor 2020-2021*, [https://www.ansd.sn/sites/default/files/2024-01/SES-Ziguinchor\\_2020-2021.pdf](https://www.ansd.sn/sites/default/files/2024-01/SES-Ziguinchor_2020-2021.pdf)
- Broussouloux S. (2016), *Évaluation du processus d'implantation d'un dispositif global de promotion de la santé en milieu scolaire, liens avec le climat scolaire et la réussite scolaire*, thèse de doctorat en sciences de l'éducation sous la direction de Dominique Berger, Université de Lyon 1. <https://theses.hal.science/tel-01378570>
- Buisson-Fenet H. & Tenne Y. (2022), La santé à l'école : Un équilibre à négocier, *Revue internationale d'éducation de Sèvres*, 89, pp. 47-57. DOI : <https://doi.org/10.4000/ries.12159>
- Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), ONUSIDA. (2016), *Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA Sénégal : 2014 – 2015*, p. 28.
- Delauney V. (2001), Sexualité et fécondité des adolescents : Évolutions récentes en milieu rural sénégalais. In : Gendreau Francis (ed.), Poupard M. (collab.) *Les transitions démographiques des pays du Sud*. Montréal (CAN) ; Paris : AUPELF-UREF ; ESTEM, 225-239. (Universités Francophones : Actualité Scientifique) Journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'AUF, 3., Rabat (MAR), 1998/12/09-12. ISBN 2-84371-115-0
- Dione I. D. (2013), *Polarisation des structures de soins de la Haute Casamance : entre construction nationale des systèmes de santé et recours aux soins transfrontalier*. Thèse de doctorat sous la direction de Sébastien Fleuret, université d'Angers, France.
- Gueye A.S. & Delauney V. (2017), Scolarisation, in Delauney V. (dir), *La situation démographique dans l'Observatoire de Niakhar 1963-2014*, Dakar, IRD, p. 81-86.
- Khouma M. & Ka A. (2015), *Sénégal : étude sur les grossesses précoces en milieu scolaire : rapport final*, Dakar, UNFPA & Groupe pour l'Étude et l'Enseignement de la Population (GEEP), En ligne : <https://senegal.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ETUDESURGROSSESSESENMLIEUSCOLAIREAUSENEGALjuin2015.pdf>
- Parayre S. (2011), *L'hygiène à l'école. Une alliance de la santé et de l'éducation. XVIII<sup>e</sup>-XIX<sup>e</sup> siècle*, Saint-Etienne, Presses Universitaires de Saint-Etienne.
- Mane B., Buabey M.-J., Diop N., Mugirwa P. (2016), *Rencontre de partage sur la problématique des grossesses non désirées chez les adolescents/jeunes au Sénégal : Compte rendu de rencontre*, STEP UP Meeting Report. Dakar, Population Council.
- Ministère de l'Éducation nationale du Sénégal (2003), programme de développement de l'éducation et de la formation (PDEF) (éducation pour tous), Dakar, mars 2003.
- Ndao, M. (2005), Enfance et ordre colonial. La politique sanitaire au Sénégal : Discours et réalités (1930-1960), *Revue sénégalaise d'histoire. Nouvelle série*, 6. En ligne : <https://shs.hal.science/halshs-01304675>
- Thuilliez J. (2009), L'impact du paludisme sur l'éducation primaire : Une analyse en coupe transversale des taux de redoublement et d'achèvement. *Revue d'économie du développement*, 17(1-2), p. 167-201. DOI : <https://doi.org/10.3917/edd.231.0167>
- Tichenor M. (2024), La datafication des politiques de santé et l'écosystème des données numériques de santé au Sénégal. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 28. DOI : <https://doi.org/10.4000/11r34>
- Turner C.E. (1966), *L'Éducation sanitaire à l'école : suggestions pour l'établissement des programmes*, Paris, UNESCO & IPAM (Institut Pédagogique Africain et Malgache).

I.D. Dione : La prise en charge de la santé des élèves dans le secondaire à Ziguinchor (Sénégal)

UNICEF, WHO, et World Bank (2001), *Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH start to enhancing the quality and equity of education*, Document de programme et de reunion.

En ligne: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000124086>

WHO (World Health Organization) (1997), *L'École et son rôle dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général : Rapport d'un Comité OMS d'experts sur le rôle de l'école dans l'éducation sanitaire et la promotion de la santé en général* (Rapport technique 870, OMS, Série de Rapports techniques). En ligne : <https://iris.who.int/handle/10665/42194>





# The “Health” of Public Health Experiences of Governance during the Covid-19 Crisis in Switzerland

---

## **Nolwenn BÜHLER**

Anthropologist of biomedicine and health  
Unisanté, University Center for General Medicine and Public Health, Lausanne  
[nolwenn.buhler@unisante.ch](mailto:nolwenn.buhler@unisante.ch)

## **Giulia BELLONI**

Assistant Physician, Unisanté, University Center for General Medicine and Public Health, Lausanne

## **Didier WERNLI**

Associate Professor, Global Studies Institute & Department of Computer Science, Faculty of Science, University of Geneva

## **Stéphanie MONOD**

Professor, Head of the Department of Epidemiology and Health Systems  
Unisanté, University Center for General Medicine and Public Health, Lausanne

### **Résumé – La « santé » de la santé publique : Expériences de gouvernance pendant la crise de la pandémie de Covid-19 en Suisse**

Cet article examine la pandémie comme une crise qui a révélé la gouvernance de la santé. Il vise à rendre compte de la complexité des relations entre savoir, pouvoir et pratiques, en explorant la manière dont les personnes qui jouent un rôle stratégique dans les systèmes de santé et de sécurité en Suisse ont vécu la pandémie et organisé la réponse à celle-ci. En s'appuyant sur une série d'entretiens réalisés avec des représentants.e.s de la santé publique et de la sécurité, il documente trois versions différentes de la pandémie, en tant que menace 1. pour la santé de la population ; 2. pour le système de santé ; et 3. pour la société. Il montre comment ces visions ont façonné les types de réponse apportés à Covid et comment la légitimité d'intervenir a été négociée en termes d'expertise. Servant de révélateur et amplificateur, la crise pandémique agit ainsi comme un prisme au travers duquel la « santé » de la santé publique en Suisse est discutée.

### **Abstract**

This paper examines the pandemic as a crisis that exposed the governance of health. It aims to account for the complexity of the relations between knowledge, power, and practices, by exploring how people who play a strategic role in the health and security systems in Switzerland experienced the pandemic and organized the response to it. Drawing on a series of interviews with public health and security representatives, we document three different enactments of the pandemic, as a threat 1. to the health of the population; 2. to the healthcare system; and 3. to society. We show how these enactments shaped the response given to Covid, and how legitimacy to intervene was negotiated in terms of expertise. Serving as a revealing and amplifying factor, the pandemic crisis thus acts as a prism through which the “health” of public health in Switzerland is discussed.

### **Mots-clés**

Santé – Gouvernance – Crise – Pandémie de Covid-19

### **Keywords**

Health – Governance – Crisis – Covid-19 pandemic

## INTRODUCTION

In Switzerland, like in many other countries, the Covid-19 pandemic exposed the domain of public health: its science, its policies, and its authority were in the spotlight. For months, the curves of deaths, hospitalizations, and infected cases punctuated daily life, and people got acquainted with cryptic notions such as the famous “ $R_e$ ” for effective reproduction rate, or the difference between a PCR test and an antigenic one. The scientific evidence was mobilized to orient decisions, while the role of state authorities in charge of protecting the population, but also the functioning of the healthcare system, became objects of debates, not only in expert circles, but also in the population at large.

Faced with an emerging infectious disease and in a context of great uncertainties, authorities across the world took unprecedented measures and suspended individual liberties in the name of health. This regime of exception was enacted in many different ways according to national biopolitical traditions. The governing of life, in the Foucauldian sense (Foucault 2004), or biopolitical “interventions oriented to the preservation of life” were everywhere (Fassin & Fourcade 2022, p. 2). Yet, each emergency regime was specific and weighed differently in terms of the moral “goods” of health, security, and economy. For example, in Florida (US), a regime of “governance with contagion” during the pandemic prioritized economic interest, thereby harming health, and advancing other social divisions and exclusions (Kline 2023). In Israel, governmental intervention took the form of “encapsulation” to manage the pandemic (Rabi, Samimian-Darash & Hilberg 2022), understood in regard to actual uncertainty and the importance of the “milieu” as “the space of ‘possible events in which the State operates in regulating the population’” (Shoshana & Samimian-Darash 2014, p. 1152). Whereas in Switzerland, a federal country of 9 million inhabitants, a flexible regime of governing the crisis unfolded, relying mostly on individual responsibility and the moralization of protective behaviors (Bühler & al. 2022).

While the state power over individual lives was striking during the first wave, cracks and fragilities also appeared everywhere. Uncertainties, misinformation, and contradictions abounded. The unpreparedness of health systems, the difficult working conditions in hospitals, the shortage of masks, tests, and artificial respirators shed light on the neoliberal management of health institutions working “in just-in-time flux”, and austerity politics implemented long before the pandemic began (Gaudillière, Izambert & Juven 2021). The pandemic also brought to the surface the stark inequalities affecting lives and the failure of government and health authorities to protect those who had difficult working conditions, suffered from chronic conditions, were socially deprived, unable to access healthcare, or living in poor, densely-populated areas (Manderson, Burke & Wahlberg 2021).

In this paper, we examine the pandemic as a crisis that “exposed” the “normal unfolding of everyday life”, enabling us to explore the “new imaginaries, latent forces, ruptures and realignments”, as well as the “veiled social divisions that never go away” (Fassin & Fourcade 2022, p. 6), to reflect on the becoming of public health through the experiences of governmental officers involved in managing the Covid-19 crisis. As the crisis unfolded, the concept of resilience gained in visibility, in both public discourses and the scientific literature (Turenne & al. 2019). Resilience can be defined as “the capacities of natural and human systems to prevent, react to and recover from shocks” (Wernli & al. 2021). Originally designating the physical capacity of a metal to regain its initial shape after a shock, this notion has since been used in psychology to valorize humans’ ability to recover from traumatic events (Ollier-Malaterre 2010). When discourses of resilience are used to govern disasters, such as the Fukushima nuclear catastrophe, they tend to convey a positive idea of infinite adaptability, which translates into an individualized injunction to adapt to crises, rather than questioning the underlying economic and political forces generating disasters in the first place (Ribault 2021). By defining the Covid-19 pandemic as an acute, external threat, outside of human agency, and by valorizing adaptative resources, narratives of resilience may have contributed to invisibilizing existing more pressing political issues, such as the chronic crises affecting the healthcare system and the way the pandemic worsened those (Chabrol & David 2023).

The anthropology of policy (Shore & Wright 2003) investigates how policies work as instruments of governance, how they construct their political legitimacy, and shape subjectivity and identity. More specifically, health systems have been at the core of medical anthropology since the beginning of the field, yet not in a cohesive way (Closser & al. 2022). This literature recalls that health systems are social systems, in the sense of being organized socially and made up through social and power relations between individuals. Health systems are historically shaped, locally situated, and determined by a series of local and global factors which may have little to do with health *per se* (Baer,

Singer & Susser 2013, Closser & al. 2022). Taking policy makers and health professionals as our entry point and documenting how policies are produced, used, and with which effects, this sub-field provides insights into the economics, politics, and governance of health systems, as well as the cultural and normative assumptions underlying health policies, agendas, and institutions.

Abundant literature documents the various governance regimes adopted throughout the world during the pandemic, sometimes comparing them (i.e. Boin & al. 2020, Collins, Florin & Renn 2020, Dodds & al. 2020, Haug & al. 2020, Karaseva 2020, Lindsay, Baker & Calder-Dawe 2022). Many articles have, for example, explored the role of trust in the pandemic governance (i.e. Greer & al. 2022, Min & al. 2020, Oude Groeniger & al. 2021), or its biopolitical implications (Keck & Macia 2023, Kline 2023, Rabi & al. 2022). Yet, thick empirical research on the actual practices, constraints, and margin of maneuver of policy makers and state representatives are still scarce (Graaff, Bal & Bal 2021). In public discourses as well, the complexity of healthcare governance tends to be reduced and homogenized under “the state” category (Bergeron & al. 2020). It is therefore important to examine closely the dynamics of change at stake in the pandemic governance, not only to understand how a system or an organization can be “resilient”, but to grasp in more depth the underlying norms, values, knowledge, and power relations underlying practices, and the ways these match actual governance orientations.

Drawing on the critical medical anthropology of health and biomedicine (Fassin 2000, Lock & Nguyen 2018), the anthropology of epidemics (Kelly, Keck & Lynteris 2019) and the anthropology of health systems (Closser & al. 2022), we adopt a people-centered view to shed light on the health system “from within”. Through a qualitative analysis of the practices and experiences of actors on the governance frontline during the pandemic in Switzerland, we seek to understand “choices exercised by individuals or groups within the system, and the ways in which they do, or do not, exert control over processes by which that system-level resilience is shaped” (Topp 2020, p. 2). Our aim is therefore to account for the complexity of the relations between knowledge, power, and practices, by capturing how people who play a strategic role in the health and security systems in Switzerland experienced the pandemic and organized the response to it. We will describe the constraints as well as the agencies in which they were caught, thereby allowing us to expose the power dynamics at play in the governance of the pandemic.

More specifically, our study aims to account for the organizational reconfigurations and challenges encountered on the ground during the pandemic. We focus especially on two key aspects of resilience definition: the shock and the shape of the reaction, in Wernli et al.’s (2021) words, given to it. We turn to the concept of response-ability (Haraway 2016, p. 28), in order to apprehend the politics and ethics of resilience, by focusing on the ability to respond, that is, on the enabling conditions of possibility to respond, and the response as it was enacted in practice. This concept enables us to analyze the narrative, relational and situated dimension of response-ability to open up the normativity of a “good” resilient reaction, by paying attention to the possibilities of other kinds of relations between the actors involved, namely, public health and emergency authorities.

Thus, we document three different enactments of the “shock” of the pandemic, as a threat – 1. to the health of the population; 2. to the healthcare system; and 3. to society – which were all at risk in the management of the pandemic. We will show how these enactments shaped the kinds of reaction or response given to Covid, and how legitimacy to intervene was negotiated in terms of expertise. Serving as a revealing and amplifying factor, the pandemic crisis thus acts as a prism through which to discuss the “health” of public health in Switzerland. We take health in a double sense, as the health of public health as an institution, and health as this institution’s object of intervention. In this way we show how the blurred contours of what health means have significant implications for the working of public health and its governance, as an institution. Our research found the weakness of the public health domain and the multiple and contested definitions of its object, scope, and level of interventions that lie in it.

## METHOD

This paper is based on a qualitative study of the resilience and governance of healthcare systems during the pandemic in three French-speaking cantons. It is part of a broader project consisting of a literature review and a legal report. For this qualitative subproject we conducted nine individual or collective interviews with health and security authorities in three cantons of the French-speaking part of Switzerland. Cantons are the main political subdivision in

Swiss health governance, as the Federal Council provides the general orientation of the healthcare system, but each of the 26 cantons has authority over its own health governance. We chose three cantons which vary in size, political orientation and health governance history, to gain contrasted insight into the challenges of the pandemic governance.

The individuals interviewed were chosen because of the key functions they played in the pandemic as governmental officers. We interviewed three categories of actors at the cantonal level of health governance. The first is cantonal doctors (CDs). They represent the medical authority and are legally in charge of protecting the population from infectious diseases, but the scope of their activity varies according to the cantons. The second category of actors is health department directors (HDs). They are in charge of allocating resources, delivering healthcare services, and developing health policies. The specific distribution of roles and responsibilities varies according to the socio-historical developments of each canton. The third category is chiefs of security departments (SDs). Pertaining historically to the military and civil security forces, they are mobilized during “extraordinary situations”, which, according to the Swiss Epidemic Act, means particular circumstances which threaten the population’s health, such as a highly infectious risk, but also other dangers affecting the economy or sectors considered to be “vital”, such as a disruption of energy provision or so-called “natural” disasters such as flooding. In contrast to the health authorities, this group is usually engaged in other professional responsibilities, and is only called in to play a leading crisis or emergency role in such extraordinary situations.

Due to the high visibility of their public functions, we have made maximal efforts to protect our interviewees’ anonymity, at their request. The table below summarizes abstract information about them. The age ranges are not shown as they were all between 45 and 60 years old. They all have a superior education level. The cantonal doctors and most health directors had trained as medical doctors, while the security directors and officers had followed police and military careers instead.

	<b>Canton 1</b>	<b>Canton 2</b>	<b>Canton 3</b>
<b>Security directors (SDs)</b>	Director and adjunct interviewed together (1W + 1M)	SD (1M) interviewed once	SD interviewed once
<b>Cantonal doctors (CDs)</b>	CD (1M) and HD (1M) interviewed together	CD and adjunct (2M) interviewed separately	Adjunct CD interviewed separately (1M)
<b>Health directors (HDs)</b>		HD interviewed twice (1 W)	& CD, HD & Head of Pharmacists interviewed together (1M + 2W)

*M= Men, W= Women*

The interviews were all conducted during 2022. They were audio-recorded, transcribed and analyzed with the assistance of Maxqda software. The results were discussed several times internally in the team. In 2023, we shared our initial findings from this qualitative subproject with the Cantonal Doctors’ Consortium. In 2024, we presented the results of all our subprojects to the actors involved in the project and other stakeholders working in health organizations, in security departments, or with vulnerable groups of the population at a workshop.

## THE UNEXPECTED SHOCK OF THE FIRST WAVE

In Switzerland, a federal and liberal small country of almost 9 million inhabitants, the state organism in charge of public health is the Federal Office of Public Health (FOPH). Its mission is to protect the population, develop disease prevention programs, guidelines and regulations, as well as coordinate relations between insurance and healthcare providers in order to achieve this goal (Monod 2022). While the FOPH provides the main policy directions, cantons are responsible for protecting their population at the local level and have room for maneuver in allocating resources

and implementing their own health policies. This decentralized regulatory framework also makes space for private actors in the healthcare system, leaving room for the influences of various interest groups and political games (De Pietro & al. 2015).

On March 16, 2020, the Federal Council declared an “extraordinary situation” as defined in the Communicable Diseases Legislation (the Epidemic Act). This enabled it to impose the same national measures across all cantons. This period ended in June 2020, followed by a series of various measures and requirements given at the federal level and enforced variously by cantons. Measures changed rapidly according to the new tools available – vaccines, testing, etc – and the severity of the subsequent epidemic waves and new variants of the virus.

Two narratives about the resilience of the governance during the pandemic are weaved together: 1. the “romance” of the first wave, in the sense that it was idealized and overall experienced positively, from March to June 2020, which emerges as a very specific moment of cooperation, solidarity, creativity, and flexibility; and 2. the disillusioned story of exhaustion, frictions, and tensions that developed over time from the chronicization of the crisis. Both reveal different realities of the pandemic. This analysis first accounts for these contrasting narratives and then discusses the various enactments of the pandemic – the shock – to shed light on how they shaped the responsibility to the crisis.

## 1. The romance of the first wave: creativity, solidarity, and flexibility

*“When we talked about Covid [we’d seen] on TV, no one, but no one, thought it was going to happen here, it was in China, it’s far away, China. No, nobody felt concerned by this thing, so there was no anticipation. There was a document that had been drawn up, a code of conduct, an assessment that had been done, but it had nothing to do with this crisis”* (Security Director, Canton 1).

As this quote illustrates, the beginning of the pandemic was marked by the impression of living in an unexpected crisis, a shock whose scope and violence had not been anticipated. The extraordinary situation declared on March 16, 2020, and the semi-lockdown that was enforced, generated a sense of radical novelty. While most people were urged to stay at home, the health and security authorities were on the frontline, responsible for organizing the response to the pandemic in their respective cantons to protect the population. In the aftermath of the 2009 swine flu outbreak (H1N1) pandemic plans had been written, but all our health interviewees agreed that they were useless when the pandemic was declared, as one respondent explained:

*“We know how it is in Switzerland, it is well organized, there are disaster plans for all situations, there are 100-page documents but when the crisis came nobody opened them (laughs) no, and then we managed on an ad hoc basis with lots of unknowns”* (Cantonal Doctor, Canton 3).

While Switzerland is known for its safety culture, the preparedness plans that had been produced appeared pointless to the public health actors in charge of organizing the response when the pandemic occurred. The plans felt disconnected from the actual practical problems they were having to deal with, and were considered too long to read at a moment of great urgency<sup>1</sup>. While at the global level, it seemed that fear went viral and countries adjusted their protection measures in comparison to the choices of other countries, at the local political level, actors in the health system explained how they had to “reinvent everything” and be “creative, flexible, agile” (Cantonal Doctor, Canton 3). Very quickly, they realized that the usual organization and assigned functions of their colleagues and employees would need to be reconfigured and activities reprioritized if they were to cope with the new demands and workload generated by organizing the pandemic response. The distribution of work and responsibilities had to be rethought, the functions and roles of professionals in their teams also needed to be reconsidered, as a health director explained:

*“We immediately realized that we were up against the wall, I said to myself ‘we can’t go on like this’, so I went to the conference room, drew up an organization chart, called everyone in and said, ‘well, as of Monday morning, that’s how we’re going to work’. And then, out of the roughly 40 people working in the health department, I took half of them away from their usual duties...”* (Health Director, Canton 1).

---

1. The only actor who reported that preparedness measures had been useful found that some practical role play training he had received had been useful, not the written plans.

While in ordinary times, this kind of authoritative act and immediate change could generate tensions – and probably did during the pandemic to some extent – the narratives of most actors we interviewed accounted for an initial highly stressful but overall positive, and even empowering, experience. People working in public health had to do new tasks, endorse new responsibilities, but they told us they felt united in a common goal to manage the crisis. The emergency feeling, the impression of living through something unique, a “historical moment”, demonstrated for example by the empty streets through which they drove to work, combined with the importance of feeling useful and of contributing concretely to a major crisis of global dimensions, of being on the frontline, was experienced as galvanizing for many.

Decision-making processes and the allocation of responsibilities and resources were “fluid”, “smooth”, “natural”. Due to uncertainties and a short decision-making cycle, decisions were often made rapidly, without taking the time to weigh up the costs and benefits, without official protocols to account for their rationale afterwards. Human or financial resources were procured via a phone call with a colleague. Usual power relations and competitive logics over the distribution of resources, or professional roles and responsibilities, were suspended by the gravity of the crisis, against which there was a need to join forces and stay united, the shock and the urgency working as common enemy against which to ally. For example, while often tensions and competition over resources or prestige taint relations among actors in the healthcare system, such as between private and public hospitals, relations of cooperation and solidarity predominated here. It reminded some of our respondents of the good atmosphere of the medical guards<sup>2</sup> when doctors are exhausted, have to deal with death, sickness, and suffering, but colleagues stick together to cope. They also expressed the pleasure of experiencing a powerful upswing feeling, as they were really on the frontline.

This first wave was characterized by the suspension of daily routines and institutional ways of doing. This whirlwind turned professional habits upside down and was remembered by public health actors as destabilizing but also experienced positively, with a sense of incredulity when faced with activities, tasks, and decisions that were thought impossible, but suddenly happened, with the pleasure of newness, creativity, and solidarity. A pragmatic logic turned towards the practical needs and immediate demands of the field predominated. Workable solutions had to be developed, which often required turning to other means than the usual state administration logics, to tinkering, and thinking less in terms of procedures and more in concrete and practical terms. Elements identified as favoring this pragmatic flexibility were the previous inter-knowledge between actors positioned at different key strategic points in the healthcare system. Knowing each other or having worked together in the past on other projects helped in the sense that collaboration was built on trust built up before the pandemic. This fostered mutual aid and solidarity between individuals, as the Cantonal Doctor and Health Director of Canton 3 explained:

*“In hospital planning, we've integrated the clinics and we're used to working with them, so it's not, um, fierce competition like that, and that's how it is in the canton [speaking about a clinic which is on the border of the canton and not directly in its jurisdiction], well it wasn't, it wasn't really a problem, because there too we, we know each other, we manage to collaborate, ... we know each other well uh ... that's really the advantage of a small canton, we often say the roads are short, and it's really like that. I have the hospital director's phone number, and when there's a problem, we're able to call, and solutions have been found ... very quickly, very quickly ... Not for everything, but ...”* [laughs].

Another element reported as supporting flexibility on the ground was assigning responsibilities and tasks to a person depending on their own strengths, skills and personality, rather than because of their determined function in an organigram. This was particularly evident in the narrative of the Cantonal Doctor of Canton 2:

*“It was never formalized, it was decided, based on expertise, on desire... on, on opportunities, uh ... the fact that we hired X, that was also an opportunity, it wasn't planned anywhere, Y said to me one day, listen, for the schools it's going to be complicated, I need someone who's there during the vacations, who'll deputize for me at times when I only have to deal with epidemics etc., and then we said ah well, we'll hire X, who agreed and became Y's counterpart, ... and there's no pandemic plan in this library that says we had to hire X, you see, but you have to have that flexibility, i.e. when the expert comes in, and that worked very well with the politicians, every time I told them I needed*

---

2. The term “medical guards” refers here to the work of physicians in clinical practices when they have to stay on-call in the hospital ward.

*this, I needed that, that worked very well. So I repeat, you need charismatic leaders who can rely on mobile teams, who ... when you were talking about agility, that's it, but without it being plannable, you see..."*

While a “romance” vision of the beginning of the pandemic predominated in the narratives of public health actors, the work it demanded and the fact that cooperation was never taken for granted also transpired. There were especially tensions with security actors from the beginning, with whom they were not used to collaborating on a daily basis, and frictions very quickly appeared, about who should govern the response and on the basis of which expertise. In fact, the reality of the crisis that emerged in security representatives’ narratives was slightly different from the start. In contrast with public health and medical actors, the role they took during the pandemic was distinct from that in their everyday professional lives. They only gained authority during the crisis due to the extraordinary situation declared by the Federal Council. While they agreed that the H1N1 plans were useless, they shared another idea about how disasters, emergencies, and crises need to be managed, based on a theoretical background about how to manage crises and their training in a military context. They depicted a clear, structured vision of the roles, missions and distribution of responsibility of each actor, inscribed in a predetermined hierarchical order. While the pandemic upset usual ways of doing for the health actors and led to important, yet momentary reorganizations, which were mostly experienced in a positive way, for the security actors, the pandemic provided an opportunity to apply and put into action the plans and theories of crisis management they had been prepared for. It was an opportunity for a real-life exercise where they could put their expertise to good effect.

## **2. In the long term: a shock of cultures**

Under the inspired “romance” narrative of resilience, there was another narrative, marked by cracks, tensions, frictions, and exhaustion. In the fall of 2020, the state of “extraordinary situation” was changed to a “particular situation” according to the Law on Epidemics, which meant that the situation was deemed to be less serious, so measures controlling the population could be less stringent. This also gave cantons more room to maneuver in governing the crisis. This complicated the distribution of authority over decision making and the sharing of financial duties, between federal and cantonal levels, and generated diversity among cantons regarding the measures they adopted. In addition, the distribution of responsibility and leadership between security and health representatives shifted. While security officers had leadership during the first wave, the health authorities took over when the extraordinary situation was suspended. Tensions among the actors in charge of governing the pandemic were experienced and described as a shock between health and security “cultures”. These tensions are described as palpable and mostly took place during joint meetings. In fact, the crisis made visible a new category of actors, those stemming from security, which modified the usual power relations in crisis management.

Our argument is that this shock of “cultures” did not only relate to the pandemic itself and cannot be reduced to conflict between individuals with strong personalities and opinions, but emerged because there were different enactments of the pandemic which did not automatically align. Those entailed more than the pandemic itself. They involved whole cultures or social worlds, that is, different modes of organization, forms of expertise, and sets of professional practices. Fassin and Dozon (2001) propose to apprehend public health as a culture in itself, not only as it is influenced by national histories and politics, but also as being itself a social world made of human actors, politics, expertise, which tend to ignore and erase their social nature. Borrowing Hoeyer et al.’s words we can also speak of public health culture as a complex assemblage or “arrangements of practices, technologies, and theories that configure action in a sociotechnical space”(Hoeyer, Bauer & Pickersgill 2019, p. 460). The enactments involved different priorities and risk analyses, which could conflict. They also involved different forms of response-ability to the crisis. It might be assumed that there were only divergences between health and security actors. However, our analysis reveals more complexity. In fact, there were also divergences between cantonal doctors and health department officers. As the precise tasks and responsibilities they endorsed in each canton varied as well, this complicated the picture even more. Hence, the three main enactments of the pandemic related to the three functions of security, health departments, and cantonal doctors, each of which had different relations to the healthcare system and influenced crisis management in differing ways. In fact, they determined relations with politicians, the “Conseiller.ère.s d’État” (the cantons’ executives) who direct the security and health departments and hold power over human and financial resources and decision-making. Thus, power games were played to influence their decisions in the ways

the three categories of actors we interviewed seeked. Underlying these three main enactments, three visions of what (public) health is, or should and could be, also appeared in our interlocutors' accounts. These definitions were deeply entangled with their visions of what public health, as an institution, should do. The pandemic can thus be taken as a crucial episode through which to grasp different concepts of public health which might matter in the future.

### **2.1. The pandemic as an infectious threat to the population**

Marked by an epidemiologic transition from infectious to chronic diseases, countries of the global north are nevertheless inscribed in a regime of preparedness and biosecurity that has focused on emerging viral threats since the beginning of the 2000s and outbreaks of zoonoses like mad cow disease, avian flu or H1N1, and Ebola (Bourrier, Burton-Jeangros & Bastide 2014, Caduff 2015). At the beginning of 2020, when images of comatose bodies on ventilators, overwhelmed intensive care units and exhausted healthcare professionals, coffins and distraught families started to circulate from Italy, it awakened the pandemic imaginary of human extinction (Lynteris 2020) associated with the preparedness regime. Military metaphors of the new coronavirus as an enemy against which a war had to be conducted were voiced by authorities (Brives 2020). This had implications for health governance. At the beginning of the pandemic, dissent or challenge was barely tolerated. People were quickly accused of being conspiracists if they dared criticize any aspect of pandemic management. While the war metaphor involved a top-down controlling form of crisis management, in Switzerland, a flexible regime was adopted instead. This framed the response to the pandemic as a fight against a virus which must be conducted collectively, but whose effectiveness rested primarily on individual responsibility. This illustrated the great neoliberal value granted to individual freedom and responsibility which predominates in Switzerland.

This framing of the pandemic as an emergency war-like regime contrasted with the narratives of some infectious disease specialists working as cantonal doctors who played a key role in the response. Legal responsibility for infectious diseases is part of their everyday business, and they regularly have to deal with seasonal influenza or outbreaks of measles. As a cantonal doctor expressed: *"My job is to control communicable diseases"* (Cantonal Doctor, Canton 2). The expertise of these actors draws on two sets of knowledge. The first is scientific – epidemiological, infectiology, transmissible diseases – and the second is experiential, stemming from about 10-15 years' practice in the field of infectious diseases:

*"You see... you cannot invent communicable disease crisis management with people who've never dealt with even the smallest epidemic. And they're not, they're not people who, uh ... who have any knowledge of epidemiological analysis, risk analysis, uh ... so you have to be able to understand the issues, the risks, etc... so that's why I'm talking about, about an existing team, which works on a day-to-day basis, but at the same time plans things ahead, at a minimum"* (Cantonal Doctor, Canton 2).

This kind of expertise shaped the kinds of responses given to the pandemic and their political and moral implications. Defining the shock as an "infectious threat" shaped these actors' main objective: to decrease the number of cases and contain the epidemic. Their analysis of risks was based on epidemiological statistics, monitoring in differentiated ways the number of cases, hospitalizations and deaths in different population groups, to anticipate outcomes and help decision making. Their vision was to develop measures based on this fined-grained epidemiological analysis, not to aim for "zero risk" for everyone, but to target and differentiate measures according to the local and social context. Their previous experiences had also taught them that sometimes to *"wait and do nothing"* (Cantonal Doctor, Canton 2) is the best way of managing a crisis. This therefore conveyed a temporality that was distinct from the urgency and dramatic tone of the pandemic portrayed as a rapid emergency. It also tended to restrict the understanding of health to the question of infections, prioritizing the objective of flattening infection and fatality curves and using epidemiological expertise in decision making.

Here health was apprehended mainly in terms of risk, contagion, and disease in the population. The social context or implications of the crisis were only taken into consideration with respect to the ways they shaped contaminations. The closure of restaurants and cultural places raised many debates, for example, where the absence of epidemiological evidence of contamination was advanced by these cantonal medical authorities to counter the decisions taken. The closure of schools was also debated in regard to children's role in spreading the coronavirus. Based on their expertise in infectious diseases, cantonal doctors in some cantons disagreed with their closure, not for psychological or social reasons, but as the most efficient way of containing the epidemic. While federal measures promulgated over

the course of the pandemic had a one-size-fits-all dimension, the cantons had room for maneuver to differentiate them more, room in which epidemiological expertise on infectious diseases was repeatedly put forward to defend some measures over others, ahead of other security and healthcare systems actors, and especially the politicians who were ultimately taking the decisions on these measures.

## **2.2. The pandemic as a threat to the healthcare system**

Some of the government officers in charge of the health system, of the planification and development of policies, did not immediately feel concerned by the pandemic being framed as an infectious disease. However, it quickly became clear that the health system would be affected and that it was the main target of measures aiming to contain the epidemic, as a health director explained:

*“So right away, in fact, it's the image of a very deadly virus arriving, a virus that's going to mow people down and suffocate them, so to cut a long story short, I said, we absolutely must avoid too many people going to hospital, because the hospital will be completely overwhelmed. So we have to reduce the number of people going into hospital as much as possible, and to do that, we absolutely have to tell the whole system to maintain and increase its capacity to provide care in the community, so we have to strengthen all the systems that provide care beyond what they usually do, even for people they would otherwise send to hospital, so the first thing was to reduce the funnel to hospital and emergency services, and the second thing was to say, we could see that elderly people were dying, and we said here in elderly homes we absolutely have to set up the system so that people die as comfortably as possible in an EMS (elderly nursing home). We mustn't take them out” (Health Director, Canton 2).*

For these actors, who mostly had health direction functions<sup>3</sup>, the pandemic was framed as a threat to the health system, so the health system became the target of interventions in order to be able to keep providing care, while cantonal doctors focused more directly on the collective body of the population, understood in the epidemiological sense of the given population in which a virus circulates. Having an overview of the whole system – healthcare professionals, clinics and hospitals' representatives and functions, but also community and social health teams – and knowing them through different previous projects, these actors did not focus on counting infection rates or differentiating measures according to the ways the virus circulates among people. The indicators they needed were those of the health system – how many beds were free in healthcare facilities, how crowded were the intensive care units, how bad was the shortage of healthcare professionals – and the pandemic revealed the lack of a preexisting data infrastructure that would enable them to monitor the health of the health system, as they told us they would have needed.

Their focus was also different in the sense that managing the pandemic had to be done on top of all their other tasks: *“we had a system to run”* (Health Director, Canton 3). Furthermore, their expertise and ways of working were different, as they were used to slow administration times, trained in the state administration career path, not necessarily in medicine, even less in emergency medicine. Deemed as being too reflexive and intellectual by others, the culture of work they were used to was structured by administrative and state logics. Yet in pandemic times, when they had to reorganize and reprioritize all their activities, the culture they favored was more horizontal and cooperative. For example, in some cantons the crisis gave rise to interesting organizational innovations such a weekly online meeting of all those actors in the health system willing to participate:

*“Typically things that have worked well are, um ... it was the, the local genius, when my colleagues [Health Direction colleagues] decided to bring together all our partners in the health system once a day, and then once a week at a given time, it was useful to do it, it worked well, but we'd never imagined it like that” (Cantonal Doctor, Canton 2).*

This new meeting was open to all health professionals, the invitation was circulated and no control was exercised over exactly who could participate. It involved only minimal technology, access to the internet and creating a Zoom link, repeated every week. It enabled strategic information, such as the degree of exhaustion or absenteeism in a medical service, or the epidemic peaks that were observed in one place or another, to be shared in a way which circumvented usual institutional paths. The interdependence among actors, their mutual needs, the information

---

3. The distribution of tasks and roles between CDs and HDs was not clearly defined, according to the cantons. Therefore, while the two visions emerged distinctly, they did not precisely cover the function of the actors interviewed, who are quoted in this paper.

sharing between them, and the consciousness that they needed to work in solidarity to make the health system stand up to the shock, predominated in the experience they reported. For them, health meant the health of the health system more than the health of the population as a whole, but the social implications of measures taken for the population and the healthcare systems were also considered. For instance, the deferral of “non-urgent consultations” decreed by the Federal Council raised many concerns in regard to its impact on people’s health:

*“When the Federal Council expressed that doctors should only do urgent consultations, we reacted very strongly, saying that we didn’t understand, if the goal in the long term, with family doctors, is to avoid crowding emergency services, then it’s precisely necessary to keep doing medical consultations, for prevention and to avoid emergencies. So we said we’re taking measures to fight against what, against infections, respiratory viruses, which for most people don’t do any damage, but we’re preventing comprehensive care in the population, which will do damage. We said that, and I assure you that even our heads of department, they were tired of hearing us in the end. I can understand them, because we kept saying, no, no, no...”* (Cantonal Doctor, Canton 2).

This example illustrates how some measures were criticized by advocating a broader perspective on the healthcare system and defending the need to maintain core health services for all patients. It also shows how difficult it was for such voices to be heard in a political context where the expertise and vision of health representatives was subordinated to politicians’ decision making. In some places and moments, these differences of culture within public health – epidemic focused vs healthcare system focused – gave rise to tensions about the governance of the pandemic and the distribution of roles and authority, about who should decide, and whose vision should prevail over others. The complementarity of the combined expertise was also recognized, and alliances made over time to defend some decisions to politicians. As the final decisions were taken by the politicians, work to convince them was undertaken and different tactics were mobilized to get these voices heard. These involved, for example, being seated at a specific place in the parliamentary room where decisions were being taken, speaking at strategic moments, or insisting that every meeting must start by reviewing epidemiological and healthcare statistics. Governmental health officers also expressed a lot of disillusionment at these constant back-and-forths between their observations and expertise and their negotiations with politicians. In this regard, there were important differences between cantons, depending on the political orientation of their government – whether they were more on the left or the right – and the level of finances in each, as some cantons invest more in their health system than others.

### **2.3. The pandemic as a disaster threatening economy and society**

*“I think we also had a lot of trouble getting them [the health authorities] to understand something, which is that there aren’t separate worlds between the health world, the economic world, the cultural world, the associative world. At some point, when we’re faced with a health crisis, it’s systemic. It affects every field, and so we need to get all these fields working together... And to imagine that we can entrust the management of a health crisis to the health authorities is to make an extremely serious mistake from a strategic point of view. Because in today’s society it’s no longer possible... it’s too systemic, you have to develop an absolutely cross-disciplinary approach, with the resolution of the health problem at the center of your concerns, that’s clear, but which must take into account everything else and have this broader picture in mind about where is the balance in the sacrifices made, versus the benefits obtained?”* (Security Director, Canton 1).

This vision of pandemic governance enlarged the two previous perspectives, as it insisted on the interlocking of several worlds and the need to join various types of expertise to address its complexity. Health sciences, medical expertise, and the healthcare system are only individual pieces of a broader – societal – puzzle. This perspective was at odds with the vision of health representatives who defended the need for on the ground expertise in managing infectious diseases and health, defending the idea that: *“it was a health problem, so we had to listen to health experts”* (Cantonal Doctor, Canton 2).

For public security authorities the object of the crisis was not the main point – it would not matter whether it was a pandemic, a pollution, or an earthquake. What mattered was a systemic and strategic vision which rested on pre-determined theories of crisis management: *“To manage a crisis situation, you have procedures, methods, decision making has to be quick, but it is structured and analytical to reach your objective. So our know-how, our expertise is there”* (Security Director, Canton 3).

These actors saw their expertise less in relation to the nature of the shock itself, but in the organization of the response – coordinating, providing resources where and when needed, and assisting experts, by providing a centralized and systematic view of the situation. For them, decision making must be strategic and analytic, and action aimed towards clear objectives, the distribution of roles and tasks independent from the individuals themselves. Their reference to, and sometimes experience of, war situations, was mobilized as a model for governing the crisis. They also viewed their role as providing the logistical and coordination support health experts might need, for example, to build a vaccination center in a few days or to put health departments in contact with others, to get more support. Efficiency and control over action predominated in this emergency culture, and health was only one aspect of the situation they took into consideration. They defended a broader systemic view of the impact of the shock, framed as a threat for society, and especially the economy.

Their military tone and culture, and the ways they entered the domain of health, generated shocks and frictions with the health managers, whether cantonal doctors or health directors. Frictions over the crisis management in terms of decision making, resource allocating, and priority setting, crystalized in terms of differing expertise. Expertise of infectious diseases and the healthcare system was advanced to legitimize the authority of health representatives over security representatives, who in contrast, put forward their expertise in terms of emergency management, logistics, and strategy. Over time, they all recognized that they had learned from and taken inspiration from each other. This gain in experiential knowledge was used later on for the Ukrainian and the energy crisis:

*“So it was the health department that took over, because for the Council of State and for the authority in charge of health, it was important that it remained in health professional hands, but in fact we were in a crisis, and once again, the notion of a crisis is not understood by everyone. When you have a crisis, there are lots of impacts, it's not just one department, it's not just one entity, as we've seen with Ukraine, there are lots of impacts, there are lots of people, there are lots of things to think about, there are lots of entities and that ... well, that's something you learn and then, not everyone ... everyone is a specialist in their own field, everyone knows their own field, they're not going to deal with it... we're experiencing it now... I see it with energy, I have the same problem because the heads of department, my colleagues who are concerned, they don't feel, depending on their field, okay, but they don't feel... we're waiting for the Confederation to press the button and then, when the Confederation... we'll go into action, whereas crisis management requires anticipation, it requires an understanding of the problem, it requires coordination, it requires anticipation so that when it arrives, we've already thought of a certain number of things and then we manage all the unforeseen events, because there will be lots and lots of little things added on, in fact” (Security Director, Canton 3).*

In this last enactment of the shock and response to a crisis, a broad societal and systemic vision combined with security principles of preparedness, strategy, and action. The broader vision of the pandemic governance thus went hand in hand with a military culture of security and a vertical kind of governance.

## DISCUSSION AND CONCLUSION

The governance of the Covid-19 pandemic in Switzerland was a matter of biopolitics. The role of the state in governing life through interventions which aimed to protect and preserve the life of the population became highly visible. Ultimately, political decisions, surveillance, and control were exerted over people's lives, in the name of health, in the name of saving lives, in the name of protecting the most vulnerable. Exploring how health and security government officers experienced the governance of the pandemic reveals a more complex version of these biopolitics. Rather than apprehending the state as a homogeneous entity, the focus on experiences and practices of governing the crisis allows us to see the diffractions and heterogeneity that make up the social world of public health. Like the HIV pandemic in the early '90s, the Covid pandemic serves both as an analyzer and a catalyzer (Hintermeyer 2003). On the one hand it exposed the multiplicity and divergences at play in the governing of the Covid-19 crisis. On the other hand, it accelerated, accentuated, and sometimes even worsened preexisting dynamics and power relations. Adopting a human-centered approach has made it clear that biopolitics is a matter of micropolitics, by revealing the blurry contours of what public health is. A realm in which behind the governance of the pandemic as a crisis, the everyday governance of health is at stake. In which, underneath the romance narrative of cooperation, solidarity, and pragmatic flexibility, cracks, frictions and tensions emerged over decision making, resource allocating, and priority setting.

Following Mol and Hardon's (2020) analysis that the pandemic was enacted in multiple ways, we argue that there were different enactments of the shock which entailed different forms of response-ability, that is, different ways of responding to the crisis and envisioning its governance. We identified three different cultures – assemblages of infrastructure, expertise, interventions, and organization in practice – which enacted differently both the “shock” and the “response” to it. In the first one, the shock, or the pandemic, was framed as an infectious disease threatening the population. What mattered here in terms of expertise was how the virus circulated from one body to the other, and how many bodies got contaminated. Health was defined in terms of the ability of bodies to suffer, transmit, or resist viral loads. Individual health was only considered significant when clustered in epidemiological statistics which made visible the power of the virus to affect the corpus of the population. These were used to orient decision making by anticipating the next move of the virus. The “social body” (for an analysis of the biological metaphor of society as the ‘social body’ see Hintermeyer 1993) was not absent from these considerations, which aimed to target interventions in a differentiated way according to the milieu and context of contaminations.

In the second culture, it was the health of the healthcare system which mattered, that is, how it could keep functioning in an efficient way. Here, the pandemic was enacted as a threat to the healthcare system's ability to fulfill its missions, which also became the target of interventions. This involved taking a distributed and systemic view of healthcare. The health of healthcare professionals, the number of beds available in intensive care units, the ways private and public clinics might cooperate, the possible engagement of general practitioners, the community health teams working with people considered to be vulnerable socially or medically, became strategic issues. Individual health mattered in its encounters with the healthcare systems, as patients entered and left hospitals and circulated from one service to the other, and people were born and died in its facilities. The healthcare system's health had to be protected, with barriers erected against the coronavirus by restricting access, deferring non-urgent consultations, and limiting visits, but also protected against the prospect of its own breakdown. It needed to hold the shock at any cost and keep its community-based projects vitalized and sustained.

Thirdly, the pandemic was enacted as a shock affecting the health of society as a whole. Health in its restricted definition is understood medically, but during the pandemic what mattered was the health of society, including its economic activities, which were needed to keep money flows circulating, and avoid spending all the resources on a disease which ultimately did not drastically change the demography of the population. What mattered was the ability to maintain social relations and cultural activities necessary to keep society alive. It was recognized that the deleterious impact of restraining social and cultural activities over a long time would impact mental health and might cost as much in the long term (i.e. Diaz Hernandez & al. 2021). Society was envisioned as a systemic whole with strategic points to identify and protect, or places to intervene to reduce viral circulation. This response unfolded through logistics and strategic know-how, coordinating operational activities, centralizing data and information. This culture of security positioned its professionals at the heart of a social organism whose systems – medical, economic, educational, etc. – had to be coordinated and synchronized. Medical expertise was acknowledged but not seen as sufficient to take leadership over decisions which would impact society as a whole.

We also found that these cultures had different governance styles, from an action-oriented one resting on the individual potential of professionals, to the military vertical, authoritarian style of the security culture, and the more horizontal, cooperative, and inclusive style which revitalized the health of the healthcare system, which is sometimes sclerosed by administrative logics. While frictions were expressed as a shock of cultures in the governance of the pandemic, we argue that these cultures engaged whole worlds with them and visions of what the shock was, how it affected health, and how one should respond to it. The pandemic was not only “multiple” at an epistemic level, as an infectious threat, i.e. a threat to individuals, a threat to the healthcare system, and a threat to society. The different enactments of the shock had also implication for governance. They were embedded in forms of expertise and organization modes, which indeed involved different ways of governing the crisis and agreeing who should lead it. The negotiations around the unclear perimeter of health, and about who was responsible for the population's health so should take the lead in decision making, resource allocating, and communicating, is telling about the structural weaknesses of public health as an institution, but also about the blurry contours of what health is and how it should be protected in the first place. What emerges from our study is not only that public health as a domain is not well defined, but that the crisis opens up other questions: what is a “healthy population”? Does it concern the health of the population in terms of physical, mental and social well-being, of the healthcare system and its vulnerable groups, or rather the whole of society, taken as a body, whose functions need to be protected? Taking into account the less visible but

chronic environmental crisis that is nevertheless the most urgent challenge societies and health actors are currently facing, we question the absence of reference to ecology and the climate in our interviewees' reflections on the governing of the crisis, at odds with the importance of thinking about health beyond the human (Whitmee & al. 2015). At a moment in which discourses around the crisis of the health system abound, it is worth continuing to explore the pandemic, not only as a way to learn lessons about how to make the system more resilient, but to keep reflecting on how it exposed the multiple definitions of what health, and a life worth living, are, and as an invitation to think about the kind of public health cultures we have, and would like to sustain, in the future.

This paper reflects on the pandemic experiences of health and security actors in three cantons of the French-speaking part of Switzerland. As the visions of health, politics, the importance granted to the state and individual responsibility greatly differ between the French- and German speaking areas of the country, it would be interesting to pursue this inquiry within German-speaking cantons. There was also a retrospective dimension to the study which inevitably taints the narratives collected and analyzed. As the different enactments of the shock of the pandemic emerged in different cultures of public health and security and involved different forms of response-ability, there is a practical need to create, maintain, and sustain spaces of encounter for these different social worlds to meet and enter into dialogue. This study has shown that, when people are used to working together, this facilitates their cooperation in times of crisis, as they already know and trust each other. Thus, in a spirit of preparedness, it seems more important than ever to improve translation processes, mutual understandings of ways of working, and alignment possibilities, whilst acknowledging inevitable dissent (Kraus 2012). Especially as budget restrictions in regard to the health domain are currently being imposed in Switzerland, justified by the need to recover from the financial expenses of Covid, there is a need to ally forces and collectively assert what kind of health we want to defend and what the role and scope of interventions in public health might, or should be, in the face of the pressing existing challenges of rising inequalities and climate crisis.

## Références

- Baer, H. A., Singer, M., & Susser, I. (2013), *Medical Anthropology and the World System: Critical Perspectives, 3rd Edition: Critical Perspectives*, Santa Barbara, Denver, Oxford, Praeger.
- Bergeron, H., Borraz, O., Castel, P., & Dedieu, F. (2020), *Covid-19 : Une crise organisationnelle*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Boin, A., Brock, K., Craft, J., Halligan, J., 't Hart, P., Roy, J., Tellier, G., & Turnbull, L. (2020), Beyond COVID-19: Five commentaries on expert knowledge, executive action, and accountability in governance and public administration, *Canadian Public Administration*, 63(3), p. 339–368. DOI: <https://doi.org/10.1111/capa.12386>
- Bourrier, M., Burton-Jeangros, C., & Bastide, L. (2014), Sous surveillance : Possibilités et limites du régime de la preparedness. Le cas de la pandémie A (H1N1), *Socio-anthropologie*, 29, p. 157–171. DOI: <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1723>
- Brives, C. (2020, June 1), Pluribiose. Vivre avec les virus. Mais comment ? *Terrestres*. <https://www.terrestres.org/2020/06/01/pluribiose-vivre-avec-les-virus-mais-comment/>
- Bühler, N., Pralong, M., Burnand, C., Rawlinson, C., Nusslé, S. G., D'Acremont, V., Bochud, M., & Bodenmann, P. (2022), "Flexible Lockdown" in Switzerland: Individual Responsibility and the Daily Navigation of Risk and Protection. In *Negotiating the Pandemic*, London, New York, Routledge, p. 110-124.
- Caduff, C. (2015), *The Pandemic Perhaps: Dramatic Events in a Public Culture of Danger*, Oakland, Univ of California Press.
- Chabrol, F., & David, P.-M. (2023), How resilience affected public health research during COVID-19 and why we should abandon it, *Global Public Health*, 18(1), p. 2212750. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2212750>
- Closser, S., Mendenhall, E., Brown, P., Neill, R., & Justice, J. (2022), The anthropology of health systems: A history and review, *Social Science & Medicine*, 300, p. 114314. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114314>
- Collins, A., Florin, M.-V., & Renn, O. (2020), COVID-19 risk governance: Drivers, responses and lessons to be learned, *Journal of Risk Research*, 23(7–8), p. 1073–1082. DOI: <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1760332>
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., & Quentin, W. (2015), Switzerland: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 17(4), p. 1–288, xix.
- Diaz Hernandez, L., Giezendanner, S., Fischer, R., & Zeller, A. (2021), The effect of COVID-19 on mental well-being in Switzerland: A cross-sectional survey of the adult Swiss general population, *BMC Family Practice*, 22(1), p. 181. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01532-7>
- Dodds, K., Broto, V. C., Detterbeck, K., Jones, M., Mamadouh, V., Ramutsindela, M., Varsanyi, M., Wachsmuth, D., & Woon, C. Y. (2020), The COVID-19 pandemic: Territorial, political and governance dimensions of the crisis, *Territory, Politics, Governance*, 8(3), p. 289–298. DOI: <https://doi.org/10.1080/21622671.2020.1771022>

- Dozon, J.-P., & Fassin, D. (2001), *Critique de la santé publique: Une approche anthropologique*. Paris, Balland.
- Fassin, D. (2000), Entre politiques du vivant et politiques de la vie: Pour une anthropologie de la santé, *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), p. 95–116. DOI: <https://doi.org/10.7202/015638ar>
- Fassin, D., & Fourcade, M. (Eds.). (2022), *Pandemic Exposures: Economy and Society in the Time of Coronavirus*, London, HAU.
- Foucault, M. (2004), *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France*, Paris, SEUIL.
- Gaudillière, J.-P., Izambert, C., & Juven, P.-A. (2021), *Pandémopolitique: Réinventer la santé en commun*, Paris, La Découverte.
- Graaff, B. de, Bal, J., & Bal, R. (2021), Layering risk work amidst an emerging crisis: An ethnographic study on the governance of the COVID-19 pandemic in a university hospital in the Netherlands, *Health, Risk & Society*, 0(0), p. 1–17. DOI: <https://doi.org/10.1080/13698575.2021.1910210>
- Greer, S. L., Rozenblum, S., Falkenbach, M., Löblová, O., Jarman, H., Williams, N., & Wismar, M. (2022), Centralizing and decentralizing governance in the COVID-19 pandemic: The politics of credit and blame, *Health Policy*, 126(5), p. 408–417. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.03.004>
- Haraway, D. J. (2016), *Staying With the Trouble: Making Kin in the Chthulucene*. Durham, North Carolina, Duke University Press.
- Haug, N., Geyrhofer, L., Londei, A., Dervic, E., Desvars-Larrive, A., Loreto, V., Piniór, B., Thurner, S., & Klimek, P. (2020), Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions, *Nature Human Behaviour*, p. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01009-0>
- Hintermeyer, P. (1993), Imaginaires du corps social, *Revue des Sciences Sociales*, 20, p. 192-197. DOI: <https://doi.org/10.3406/revss.1993.3596>
- Hintermeyer, P. (2003), Le rapport au sida, un observatoire social, *Revue des Sciences Sociales*, 31, p. 212-217. DOI: <https://doi.org/10.3406/revss.2003.2667>
- Hoeyer, K., Bauer, S., & Pickersgill, M. (2019), Datafication and accountability in public health: Introduction to a special issue, *Social Studies of Science* 49 (4), pp. 459–475.
- Karaseva, A. (2020), The legal void and COVID-19 governance, *Social Anthropology*, 28(2), p. 294–295. DOI: <https://doi.org/10.1111/1469-8676.12825>
- Keck, F., & Macia, E. (2023), The government of masks in sentinel territories against Covid-19: Dakar and Seine-Saint-Denis, *BMC Public Health*, 23(1), p. 1291. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15968-2>
- Kelly, A. H., Keck, F., & Lynteris, C. (Eds.). (2019), *The Anthropology of Epidemics*. Milton Park, Taylor & Francis. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429461897>
- Kline, N. (2023), Governing with contagion: Pandemic politics, COVID-19, and undermining public health in Florida, *Medical Anthropology Quarterly*, 37 (4), p. 367-381. <https://doi.org/10.1111/maq.12806>
- Kraus, C. (2012), Linking Neuroscience, Medicine, Gender and Society through Controversy and Conflict Analysis: A “Dissensus Framework” for Feminist/Queer Brain Science Studies, In R. Bluhm, A. J. Jacobson, & H. L. Maibom (Eds.), *Neurofeminism: Issues at the Intersection of Feminist Theory and Cognitive Science* (pp. 193–215), London, New York, Shanghai, Palgrave Macmillan UK. DOI: [https://doi.org/10.1057/9780230368385\\_10](https://doi.org/10.1057/9780230368385_10)
- Lindsay, N., Baker, T., & Calder-Dawe, O. (2022), Mental coaching through crisis: Digital technologies and psychological governance during COVID-19, *Critical Public Health*, 32(1), p. 104–115. DOI: <https://doi.org/10.1080/09581596.2021.1965543>
- Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2018), *An Anthropology of Biomedicine*, Hoboken, New Jersey, John Wiley & Sons.
- Lynteris, C. (2020), *Human Extinction and the Pandemic Imaginary*. Milton Park, Taylor & Francis. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780429322051>
- Manderson, L., Burke, N. J., & Wahlberg, A. (Eds.). (2021). *Viral Loads: Anthropologies of urgency in the time of COVID-19*. London, UCL Press. DOI: <https://doi.org/10.14324/111.9781800080232>
- Min, C., Shen, F., Yu, W., & Chu, Y. (2020), The relationship between government trust and preventive behaviors during the COVID-19 pandemic in China: Exploring the roles of knowledge and negative emotion, *Preventive Medicine*, 141, p. 106288. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106288>
- Mol, A., & Hardon, A. (2020), What COVID-19 may teach us about interdisciplinarity, *BMJ Global Health*, 5(12), p. e004375. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004375>
- Monod, S. (2022), Système de santé suisse: Aux origines de la machine, *Revue Médicale Suisse*, 18(793), p. 1617–1620. DOI: <https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.793.1617>
- Ollier-Malaterre, A. (2010), From Conciliation to Resilience: 40 Years of Lexical Evolution in the United States, *Travail, genre et sociétés*, 24(2), p. 111–128.
- Oude Groeniger, J., Noordzij, K., van der Waal, J., & de Koster, W. (2021), Dutch COVID-19 lockdown measures increased trust in government and trust in science: A difference-in-differences analysis, *Social Science & Medicine*, 275, p. 113819. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113819>

- Rabi, M., Samimian-Darash, L., & Hilberg, E. (2022), Encapsulation: Governing actual uncertainty in the coronavirus pandemic, *Sociology of Health & Illness*, 44(3), p.586–603. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13436>
- Ribault, T. (2021), *Contre la résilience: A Fukushima et ailleurs* (1er édition), Paris, L'Echappée.
- Shore, C., & Wright, S. (2003), *Anthropology of Policy: Perspectives on Governance and Power*. Milton Park, Routledge.
- Shoshana, A., & Samimian-Darash, L. (2014), Governing Heterogeneous Populations: 'Separate and Unequal' in Israel, *Sociology*, 48(6), p. 1139–1155. DOI: <https://doi.org/10.1177/0038038513512730>
- Topp, S. M. (2020), Power and politics: The case for linking resilience to health system governance, *BMJ Global Health*, 5(6), p. e002891. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>
- Turenne, C. P., Gautier, L., Degroote, S., Guillard, E., Chabrol, F., & Ridde, V. (2019), Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review, *Social Science & Medicine*, 232, p. 168–180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>
- Wernli, D., Clausin, M., Antulov-Fantulin, N., Berezowski, J., Biller-Andorno, N., Blanchet, K., Böttcher, L., Burton-Jeangros, C., Escher, G., Flahault, A., Fukuda, K., Helbing, D., Jaffé, P. D., Jørgensen, P. S., Kaspiarovich, Y., Krishnakumar, J., Lawrence, R. J., Lee, K., Léger, A., ... Young, O. (2021), Building a multisystemic understanding of societal resilience to the COVID-19 pandemic, *BMJ Global Health*, 6(7), p. e006794. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006794>
- Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., Dias, B. F. de S., Ezech, A., Frumkin, H., Gong, P., Head, P., Horton, R., Mace, G. M., Marten, R., Myers, S. S., Nishtar, S., Osofsky, S. A., Pattanayak, S. K., Pongsiri, M. J., Romanelli, C., ... Yach, D. (2015), Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health, *The Lancet*, 386(10007), p. 1973–2028. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)





# Penser un système de santé adapté à sa super-diversité

## Une analyse systémique

---

**Maude ARSENAULT**

Doctorante en anthropologie, Laboratoire de recherche en relations interculturelles  
Université de Montréal

[maude.arsenault@umontreal.ca](mailto:maude.arsenault@umontreal.ca)

### Résumé

Pour l'OMS, le concept de soins primaires se veut porteur d'une conception de la justice sociale qui vise l'accessibilité aux soins pour tous, de manière à réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé en organisant les services autour des besoins et des attentes des populations et favorisant la collaboration des acteurs concernés (Afonso & al. 2018). Au Québec, les citoyens butent néanmoins encore sur plusieurs barrières et obstacles à la réception de soins répondant à leurs besoins. Ces barrières et obstacles peuvent prendre des couleurs particulières pour les personnes issues de l'immigration et créer des inégalités importantes. Même si la diversité est encouragée au Canada et protégée par un ensemble de dispositifs légaux, elle pose des défis aux institutions pour adapter leurs services, tout spécialement dans le domaine de la santé. La cohabitation de nombreuses façons d'aborder la santé et la maladie, d'en définir les déterminants et de prévenir ou promouvoir la santé (Gravel & al. 2005) d'un côté et, de l'autre, l'ancrage du système de santé dans les idéologies et les normes du groupe majoritaire, rendent complexe l'adaptation des soins aux besoins des personnes issues de l'immigration.

Une synthèse de la littérature sur les soins en contexte interculturel, et tout particulièrement du point de vue du système de santé, a été effectuée pour créer un pont entre la littérature sur les enjeux d'accessibilité du système de santé et celle, plus spécifique, sur les enjeux du système de santé en contexte interculturel, deux littératures qui font trop souvent chambre à part. L'objectif est d'exposer une vision globale de ce qui doit être pris en considération pour penser un système adapté à sa super-diversité, et ce, de manière à rendre compte d'un autre niveau de complexité qui relève du nombre infini de variables que constitue la santé, les perceptions, les besoins individuels et les composantes des systèmes de santé.

### Abstract: Health System Adapted to its Super-Diversity: a Systemic Analysis

For the WHO, the concept of primary care is intended to convey a conception of social justice that aims at accessibility to care for all, to reduce exclusion and social disparities in health care by organizing services around the needs and expectations of populations and fostering the collaboration of the actors involved (Afonso & al. 2018). In Quebec, however, citizens still come up against several barriers and obstacles to receiving care that meets their needs. These barriers and obstacles can take on particular colours for people from immigrant backgrounds and create significant inequalities. Although diversity is encouraged in Canada and protected by a range of legal provisions, it poses challenges for institutions in adapting their services, especially in the healthcare field. The cohabitation of numerous ways of approaching health and illness, of defining its determinants and of preventing or promoting health (Gravel & al. 2005), on the one hand, and, on the other, the anchoring of the healthcare system in the ideologies and norms of the majority group, make it complex to adapt care to the needs of people with an immigrant background.

A synthesis of the literature on care in an intercultural context, and particularly from the point of view of the healthcare system, has been carried out to create a bridge between the literature on the challenges of accessibility to the healthcare system and the more specific literature on the challenges of the healthcare system in an intercultural context, two literatures that all too often exist in separate rooms. The aim is to set out a global vision of what needs to be taken into consideration when thinking about a system adapted to its super-diversity, and to do so in such a way as to take account of another level of complexity that arises from the infinite number of variables that constitute health, perceptions, individual needs and the components of healthcare systems.

### Mots-clés

Système de santé – Québec – Interculturel – Organisation compétente

### Keywords

Health system – Quebec – Intercultural – Competent organization

## INTRODUCTION

Pour l’OMS, le concept de soins primaires se veut porteur d’une conception de la justice sociale qui vise l’accessibilité aux soins pour tous, de manière à réduire l’exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé et ce, en organisant les services autour des besoins et des attentes des populations et en favorisant la collaboration des acteurs concernés (Afonso & al. 2018). Les systèmes de santé sont des structures complexes en constante évolution. Elles doivent s’adapter afin de répondre aux changements démographiques, aux fluctuations économiques, aux progrès technologiques ainsi qu’à l’évolution des besoins de la population en matière de soins de santé. Cet objectif de justice sociale doit être constamment réaffirmé. Dans cette optique, le Québec reçoit des demandes constantes depuis plusieurs décennies de réformes du système de santé de manière à offrir des soins primaires qui soient accessibles, continus, globaux et coordonnés de manière efficace et effective (Haggerty & al. 2003).

La diversification de la population est une des réalités démographiques auxquelles le système de santé québécois doit s’adapter. Il s’agit d’une question primordiale puisque le recensement canadien de 2016 nous apprend que 13,7 % de la population québécoise est issue de l’immigration (Swalah Eddine 2021), allant jusqu’à représenter 34% de la population de la région de la métropole de Montréal (Gouvernement du Québec s.d.). À cela s’ajoutent de nombreux groupes ethnoculturels qui sont installés depuis plusieurs générations et qui participent à la diversité du pays. De plus, au cours des dernières décennies, nos sociétés ont vu croître le nombre de nouveaux arrivants aux origines et autres variables multiples, liés entre eux par des liens transnationaux, différenciés sur le plan socio-économique et stratifié sur le plan juridique, menant à une « super-diversité » (Vertovec 2014). Ce concept est aujourd’hui très utilisé dans les sciences sociales pour exprimer un fait social des dernières décennies, alors que des phénomènes sociaux, culturels, religieux et linguistiques se combinent à d’autres comme le genre, l’âge et le statut juridique pour provoquer une diversification de la diversité dans les sociétés. Même si la diversité est encouragée au Canada et protégée par un ensemble de dispositifs légaux, elle pose des défis aux institutions pour adapter leurs services, tout spécialement dans le domaine de la santé. La cohabitation de nombreuses façons d’aborder la santé et la maladie, d’en définir ses déterminants et de prévenir ou promouvoir la santé (Gravel & al. 2005) d’un côté et, de l’autre, l’ancrage du système de santé dans les idéologies et les normes du groupe majoritaire, rendent complexe l’adaptation des soins à ce contexte interculturel. Ainsi, les acteurs de santé publique sont confrontés à d’importantes difficultés pour remédier aux disparités en matière de déterminants de la santé entre les populations locales et immigrantes, incluant les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux, et ce sont ces dernières qui en subissent les conséquences. Parmi ces déterminants, les principaux sont le revenu, l’éducation, les conditions de travail, et l’accès aux services de santé, tous des aspects où les personnes immigrantes se trouvent systématiquement défavorisées par rapport à la population issue de la majorité<sup>1</sup>.

Les établissements de santé au Québec doivent respecter les droits énoncés dans les Chartes des droits et libertés et fournir des soins accessibles et adaptés à tous, dans un esprit d’équité et de justice sociale. Pour ce faire, divers facteurs tels que les besoins des patients, les obligations professionnelles des professionnels, les orientations institutionnelles et les politiques publiques doivent être prises en compte (Le Gall et Xenocostas 2011). Une approche systémique porte un regard sur ces facteurs en un ensemble complexe d’interactions, qui requiert une approche globale, synthétique ou holistique en examinant les éléments d’un système non pas isolément, mais dans le contexte de leurs interactions et de leur interdépendance. Dans cette perspective, les approches systémiques reposent sur la connexion et l’analyse des divers niveaux (comme l’individuel, l’organisationnel et le sociétal), afin de comprendre la singularité de chaque parcours de vie en relation avec les structures, les schémas et les interactions à des échelles

---

1. Un outil très éclairant du Gouvernement du Canada donne accès aux données sur les inégalités de la santé. En le stratifiant celui-ci par origine ethnoculturelle, on voit que les personnes racisées sont presque systématiquement désavantagées (à l’exception des personnes d’Asie du Sud-Est) dans tous les indicateurs (par exemple, ils sont plus nombreux dans la pauvreté, moins nombreux à être satisfaits de leurs soins de santé, plus nombreux à souffrir de diabète, etc.). Pour consulter cet outil : <https://sante-infobase.canada.ca/inegalites-en-sante/outil-de-donnees/>

plus larges (Bateson 2000). Elle se distingue des approches traditionnelles en sciences, qui s'attachent à isoler les facteurs agissant sur un phénomène, et à réduire leur nombre dans l'explication. Ces dernières approches sont limitées dans leur compréhension de la réalité, car en découpant un ensemble en parties distinctes, elles ne rendent que partiellement compte du fonctionnement et de l'activité de l'ensemble.

Avec cette vision du système et l'idée du *statu quo* comme un équilibre dynamique où des changements se produisent continuellement (Wittezaele 2006), les enjeux interculturels peuvent être considérés comme des informations essentielles au mécanisme de rétroaction permettant aux systèmes de s'adapter de manière à atteindre sa finalité, puisque la « boucle de rétroaction » est un processus qui dépend des informations envoyées par l'environnement et reçues par le système afin de s'adapter de manière à maintenir sa stabilité (Le Moigne 1977). Le système répondant à son environnement comprend des mécanismes permettant un retour d'informations sur le résultat de cette adaptation afin de s'ajuster, si nécessaire. Bien sûr, les enjeux interculturels sont nombreux et interreliés de manière complexe et cet article n'a pas la prétention de tous les aborder et encore moins d'en exposer leur complexité respective. L'objectif est plutôt de montrer la complexité globale que pose la prise en compte de la super-diversité des facteurs liés à la santé où s'entremêlent besoins individuels et prérogatives des systèmes et des acteurs, tout en reconnaissant l'impossibilité de tout répertorier et de comprendre les possibles interactions (Rosnay 2011). Pour ce faire, cet article cherche à répondre, à deux principales questions : 1) Selon la littérature scientifique, quels éléments doivent être considérés lorsqu'on pense à adapter nos systèmes de santé à la diversité de nos populations? 2) Comment pouvons-nous adapter notre système de santé pour qu'il intègre cette complexité globale plutôt que de traiter les éléments de manière isolée ?

Pour ce faire, une synthèse de la littérature sur les soins en contexte interculturel au Québec, et tout particulièrement du point de vue du système de santé, a été effectuée. Les articles et livres recensés (présentés ci-après) ont jeté un regard sur un grand nombre d'enjeux hétéroclites qui ont été classés selon des concepts reconnus dans la littérature lorsqu'il s'agit d'évaluer la performance des services de première ligne (Hamel & al. 2007; Pineault & al. 2008), mais tout spécialement utilisés par (2010) dans son ouvrage notoire sur les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique : soit l'accessibilité, la longitudinalité, la globalité, la réactivité, et la coordination. Le nombre restreint d'ensembles proposé par l'auteur a permis non seulement d'organiser la littérature, mais aussi de situer les problématiques afin de les considérer dans leur globalité.

## LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Au Canada, les systèmes de santé sont gérés par les provinces qui en ont la compétence exclusive, tel que dicté par le cadre de la fédération. Chaque province est donc responsable de son propre système de santé, financé en partie par le régime fiscal, comprenant des impôts et des taxes versés par les citoyens aux paliers fédéral et provincial. Au Québec, il a été institué en 1971 avec l'adoption de la première Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'Assemblée nationale. Il s'agit d'un système public, l'État agissant comme principal assureur et administrateur (ministère de la Santé et des Services sociaux s.d.). Les citoyens n'ont pas à payer directement les médecins ou les hôpitaux, à l'exception de certains services spécifiques et non assurés, comme les chambres privées ou les traitements esthétiques (Turgeon & al. 2011). Malgré le caractère public du système, l'assurance privée détient une part importante du financement des services de santé au Québec (et, plus largement, au Canada).

Selon le site du ministère de la Santé et des Services sociaux (s.d.), le système est organisé autour de réseaux territoriaux et locaux de services, favorisant l'intégration territoriale des services de santé et de services sociaux. Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont responsables du développement et du bon fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS) au sein de leur territoire. La coordination des services est assurée par les CISSS/CIUSSS en collaboration avec divers partenaires, tels que les cliniques médicales, les pharmacies communautaires, les établissements privés, les ressources intermédiaires et de type familial, les centres hospitaliers et les partenaires d'autres secteurs d'activité. Le système est divisé en programmes-services et programmes-soutien. Il existe neuf programmes-services, dont deux pour les besoins de l'ensemble de la population (santé publique et services généraux) et sept consacrés à des problématiques particulières (soutien à l'autonomie des personnes âgées, déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, jeunes en difficulté, dépendances, santé mentale,

santé physique). Trois programmes-soutien englobent les activités administratives et techniques soutenant les programmes-services.

Comme tout système de santé, le système de santé québécois n'est pas une entité fixe et a traversé plusieurs phases de réforme depuis les années 1960, chacune caractérisée par des idéologies et des orientations différentes. Selon Turgeon & al. (2011), quatre grandes réformes ont eu lieu depuis la mise en place du régime public d'assurance maladie : Étatisation et bureaucratisation (1960-1985); Démocratisation et technocratisation (1985-2000); Poussée managériale (2000-2007); Tentation du privé (depuis 2007). Ces réformes ont été traversées par des idéologies en tension qui reflètent différents intérêts et valeurs en jeu dans le système de santé québécois : managériale (améliorer la gestion et l'organisation pour en optimiser les résultats); affairiste (favorisant la privatisation au nom de l'efficacité économique); équité et humanisme (Recherche d'une plus grande justice sociale); démocratique (prônant la décentralisation politique et fiscale) et; santé des populations (visant à adresser les déterminants sociaux de la santé). Ainsi, même si le régime d'assurance maladie du Québec a vu le jour afin d'assurer une plus grande équité et pour promouvoir la justice sociale, d'autres idéaux sont également en jeu dans les différentes réformes du système, comme des visions concurrentes de la justice alors que certaines mettent l'accent sur les besoins individuels tandis que d'autres privilégient la responsabilité et la capacité financière (Kenny 2003).

Néanmoins, plusieurs moments clés, comme le rapport Romanow qui proposait, entre autres, d'élargir la couverture des services de santé, de renforcer les soins primaires et de s'engager envers la santé des Autochtones, démontrent une volonté politique et citoyenne de vouloir adapter le système de santé de manière à répondre aux besoins changeants de sa population (Kelley 2003). Dans ce contexte de mondialisation où nos sociétés font face à une diversification inédite des populations, quels sont les enjeux interculturels rencontrés pour un système de santé québécois qui s'adapte au contexte de super-diversité?

## CONCEPTS ET MÉTHODES

L'interculturel peut être compris selon trois perspectives principales (White 2014). Tout d'abord, il est utilisé de manière neutre pour décrire un phénomène social complexe caractérisé par la diversité des altérités qui peut s'exprimer par des différences d'âge, de genre, de profession, de classe sociale, ainsi que des distinctions nationales, ethniques, linguistiques et religieuses, qui lui sont souvent associées (Arsenault & al. 2024). Un deuxième registre fait référence au projet pluraliste visant principalement l'intégration des nouveaux arrivants dans la société (Bouchard 2012; Rocher et White 2014). Enfin, l'interculturel est considéré comme une orientation épistémologique qui met l'accent sur la préoccupation pour autrui à travers une éthique relationnelle, une humilité face à la complexité des acteurs et la reconnaissance de la co-production de la connaissance (White 2014). Dans cet article, les trois registres de l'interculturel seront considérés puisqu'il s'agit de regarder l'adaptation des systèmes de santé à une population diversifiée (registre 1), dans le but de les intégrer à notre société (registre 2) et ce, dans une perspective relationnelle où la compénétration des horizons culturels de ces populations, des professionnels de la santé et du système de santé en général est considérée de manière à permettre d'appréhender la totalité à partir des particularités et des singularités (registre 3) (Chaouite 2011; Ricœur 1985).

Cet article découle de l'examen synthèse de doctorat en anthropologie effectué par l'auteur<sup>2</sup>, répondant à la question : quels sont les enjeux organisationnels du milieu de la santé en lien avec la diversité ethnoculturelle de la population québécoise ? Il s'agissait d'offrir une compréhension assez générale des réalités organisationnelles des milieux de santé québécois en vue d'un futur terrain ethnographique. La méthode de boule de neige, qui consiste à utiliser des références bibliographiques d'articles et d'études initialement trouvés pour en identifier d'autres, élargissant ainsi progressivement la recherche de littérature pertinente (Cardona 2023), a été utilisée. Elle peut être

---

2. Au Québec, l'examen général de synthèse est un examen obligatoire pour tous les étudiants au doctorat de 3e cycle. En anthropologie, c'est à partir de ses intérêts de recherche (problématique et pré-projet), que l'étudiant et son comité d'examen (composé de trois chercheurs incluant sont directeur de thèse) formulent deux questions. Une première question qui porte généralement sur les débats théoriques qui animent le thème de recherche du candidat alors que la seconde question vise davantage les dimensions ethnographiques du thème à l'étude. Cet article découle de la question plus ethnographique de cet examen.

particulièrement utile lorsque la littérature sur un sujet est fragmentée ou diversifiée, car elle permet de mieux comprendre le paysage de la recherche (Spreeen 1992). Ainsi, en partant du livre de Battaglini (étant encore aujourd'hui un ouvrage clé en la matière), et en utilisant la méthode boule de neige, les principaux écrits sur le sujet des soins de santé en contexte interculturel au Québec ont été explorés. Ces derniers étant souvent datés de plus de 20 ans, d'autres écrits ont été considérés afin de s'assurer de l'actualité des enjeux nommés, en favorisant les recherches en contexte canadien et ce, afin de comprendre les principaux enjeux rencontrés au Québec. Les articles ont ensuite été rassemblés de manière à rendre compte des informations pouvant servir de rétroaction au système afin de répondre adéquatement aux populations issues de la diversité. Comme plusieurs facteurs et traits culturels peuvent influencer non seulement l'utilisation des services de santé, mais aussi son offre, et que ces derniers s'entrelacent de manières complexes, rendant leur énumération et la compréhension de leurs effets sur l'utilisation très difficiles, voire impossibles, il s'agit ici de faire un survol pour mettre en exergue la complexité de la question. Cette méthodologie présente une limitation majeure, à savoir le risque significatif que certains textes aient été omis. Néanmoins, cette méthodologie est adaptée pour répondre à la première question de recherche, qui n'en est pas une d'exhaustivité, mais plutôt de cartographie de la recherche au sujet des soins de santé des personnes immigrantes.

Cette idée de poser un regard sur les services de santé en contexte interculturel n'est pas nouvelle. En effet, vers le début des années 1990, la chercheuse Cohen-Émerique (1985), très influente au niveau de l'intervention interculturelle, a formé deux chercheurs-anthropologues de la Direction de la santé publique du Québec, Alex Battaglini et Sylvie Gravel (Gratton 2013). Leurs travaux respectifs (Battaglini 2000, 2010a; Battaglini & al. 2005) (Gravel & al. 2001; Gravel & al. 2005; Gravel & al. 2010; Gravel et Germain 2008) ainsi que le fruit de leur collaboration (Gravel et Battaglini 2000) ont eu un impact significatif sur la compréhension des dynamiques interculturelles dans le domaine de la santé et des services sociaux, menant à la conception d'un manuel pour aider les décideurs et les gestionnaires à penser les services en contextes pluriethniques (2000). Les analyses de Battaglini (2000) reposent sur des recherches de terrain de type anthropologique à l'aide d'un modèle interculturel et d'un modèle d'inclusion canadien où l'on s'intéresse aux barrières à l'accessibilité aux soins et aux services (Gratton 2013). Elles couvrent un large éventail de dynamiques interculturelles dans le réseau de la santé, des réalités des clients immigrants aux moyens d'évaluation des services en contextes pluriethniques, des données formelles et informelles à l'application de modèles occidentaux de santé publique et d'intervention ainsi que les enjeux éthiques dans l'application de ces modèles. Ses analyses ont été bien accueillies par les intervenants et le secteur communautaire, car ils ont permis de saisir efficacement les enjeux liés à leurs pratiques quotidiennes en contextes pluriethniques.

C'est pour cette grande influence dans le domaine que ce sont les cinq concepts utilisés par Battaglini (2010a) pour analyser les services de santé qui ont été utilisés pour organiser le présent survol de littérature, permettant, par le fait même, d'étayer la compréhension de ces concepts, simplement introduits de manière sommaire par l'auteur. Il s'agit ici de poser un regard sur le système de santé du point de vue de son accessibilité, sa longitudinalité, sa globalité, sa réactivité et sa coordination.

Dans la littérature, la notion d'accessibilité fait référence à la possibilité d'obtenir un service de santé en présence d'un besoin ou d'un désir de soin (Pineault & al. 2008). Elle est généralement élaborée en termes de barrières à l'utilisation, géographiques, organisationnelles, économiques ou culturelles. Pour étudier l'accessibilité des soins de santé, il faut considérer les caractéristiques du système et celles de la population desservie. Pour McLaughlin et Wysewianski (2002), cinq éléments doivent être considérés pour l'étude de l'accessibilité du système de santé. Ces éléments sont à la rencontre des caractéristiques du système et de la population desservie ; 1) son abordabilité, déterminée par les frais des fournisseurs et la capacité et volonté à payer du client ; 2) sa disponibilité, soit les ressources disponibles pour répondre aux besoins des clients ; 3) son accessibilité géographique, ou la facilité avec laquelle le client peut atteindre physiquement le fournisseur de soin ; 4) son niveau d'adaptation pour répondre aux contraintes et préférences des clients (ex. : les heures d'ouverture, le traitement des communications téléphoniques, la facilité d'obtenir des soins sans rendez-vous) et ; 5) son acceptabilité, soit la mesure avec laquelle le client est à l'aise avec les caractéristiques les plus immuables du fournisseur, et vice versa (ex. : âge, sexe, classe sociale, origine ethnique).

Le concept de longitudinalité est souvent utilisé de manière interchangeable avec celui de continuité. Ainsi, ces concepts décrivent le phénomène de fluidité et de bris dans une séquence temporelle, au cours de laquelle plusieurs services doivent être donnés. Ainsi, pour qu'un service soit caractérisé par sa longitudinalité, il faut considérer

l'absence de bris dans le processus de soins (Pineault & al. 2008). Haggerty & al. (2008) identifient deux types de continuité : relationnelle et de coordination. La première définit une relation entre le praticien et le patient qui perdure pour plus d'un épisode de soins et qui a comme résultat une accumulation de connaissances du patient et de sa condition de la part du praticien. La deuxième fait référence à des soins qui sont offerts par différents praticiens de manières complémentaires et continues ayant comme résultat un service cohérent et connecté au patient.

La globalité est un terme qui était défini par l'*Institute of Medicine*, en 1996, comme la prestation de services de soins de santé intégrés et accessibles, par des cliniciens qui doivent répondre à une grande majorité des besoins en soins de santé personnelle (Saultz 2012). La littérature est plutôt consistante à ce sujet alors qu'on parle de globalité pour faire référence à l'ensemble des services requis pour répondre à la majorité des besoins de santé courants d'une communauté (Pineault & al. 2008). La notion comporte deux dimensions (Da Silva & al. 2011). Tout d'abord, la globalité fait référence à la personne tout entière et ses besoins psychologiques, biologiques et sociaux. Il s'agit d'une approche globale de la personne où tous les soins qui lui sont nécessaires sont évalués comme un tout. La globalité fait également références à l'étendue des services offerts par un médecin ou service de santé. Il faut donc considérer l'étendue des services, des mesures de préventions jusqu'aux soins palliatifs.

La réactivité du système de santé est un concept suggéré par l'Organisation mondiale de la santé (Murray & Frenk 2000) faisant référence aux attentes légitimes des usagers des services de santé excluant les attentes en matière d'amélioration de la santé (Pineault & al. 2008). Il y aurait deux composantes à la réactivité, soit le respect des personnes dans l'interaction patient/système et l'attention accordée au patient (Pineault & al. 2008.). Murray & Frenk (2000) dénotent qu'un enjeu de taille quant à la réactivité des systèmes de santé est sa grande inégalité de distribution. Cette inégalité découle probablement des biais implicites entretenus envers certaines catégories selon des facteurs socio-économiques et démographiques, pour ne nommer que ceux-là.

Finalement, la coordination des services « repose notamment sur la capacité de communiquer adéquatement avec les usagers et sur la connaissance des organismes qui, par leur mandat, ont la possibilité d'offrir un service adéquat » (Battaglini 2010b, p. 14). Pour l'auteur, la coordination est vue comme la continuité des services alors que dans la littérature concernant le milieu de la santé, la continuité signifie plutôt longitudinalité (et non coordination, comme le propose Battaglini). L'hypothèse proposée pour expliquer cette différence est que la coordination est un facteur de continuité quant aux soins de santé, mais celle-ci peut être considérée comme une dimension à part lorsqu'il s'agit des besoins d'une population particulière qui dépassent les soins de santé. D'un point de vue systémique, cette hypothèse offre un apport majeur pour réfléchir l'adéquation des systèmes de santé aux besoins des populations issues de l'immigration, puisque penser la coordination en ces termes permet de faire un pont entre le système de santé et les services communautaires qui sont d'importants acteurs lorsqu'il s'agit de desservir ces populations.

## LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS EN CONTEXTE INTERCULTUREL

### Accessibilité en contexte interculturel

Pour Battaglini (2010b), l'accessibilité des services de santé pour les populations immigrantes concerne « la capacité des établissements à offrir des services linguistiquement et culturellement adaptés aux caractéristiques de la population immigrante » (p.12).

La langue peut effectivement représenter une barrière de taille pour l'accessibilité aux soins. Ces barrières sont souvent associées aux nouveaux arrivants et donc vues comme limitées dans le temps, ce qui freine l'analyse des barrières inhérentes aux systèmes sociaux (Bowen 2001). Néanmoins, Ouimet & al. (2013) expliquent que la langue maternelle permet une aisance d'expression importante pour communiquer des situations angoissantes ou des émotions profondes. Selon les auteurs, l'usage de la langue maternelle serait l'indicateur de qualité communicationnelle le plus fiable puisque l'usage d'une langue seconde se fait à des niveaux de compétence bien différents. Au moment de leur étude, les auteurs considéraient donc que 20 % de la population canadienne, n'ayant ni l'anglais ni le français comme langue maternelle, est susceptible de faire face à des problèmes d'accessibilité linguistique. Il faut également mentionner que la langue est un outil essentiel à la recherche d'informations quant aux services disponibles. Pour

pallier le problème, les organisations embauchent des employés maîtrisant plus d'une langue ou des membres des communautés culturelles du milieu (Bowen 2001), ou bien donnent des cours de langue seconde à leurs employés (Ouimet & al. 2013). Néanmoins, la grande diversité de la population rend presque impossible la représentation de chaque groupe ethnique au sein d'une organisation de santé, sans compter la diversité intragroupe ce qui fait que le jumelage entre un intervenant et un patient de la même origine peut s'avérer un échec, en éveillant la méfiance par exemple. Il ne faut pas oublier que du point de vue des patients, cette approche peut avoir l'effet de « ghettoïser » un certain groupe, sans compter les soucis de sécurité confidentielle et émotionnelle de se faire traiter par un membre de sa communauté (Bowen 2001). D'autres organisations ont plutôt recours aux services d'interprètes, de l'inconnu dans la salle d'attente, un membre du personnel ou de la famille, à une personne ayant suivi un cursus universitaire complet (Brisset et Leanza 2015). Ces derniers peuvent faire preuve de niveaux de compétence variables quant à l'interprétation ou au domaine du praticien (Éthier et Carrier 2022) et ainsi endosser une variabilité de rôles, d'un simple transmetteur de discours à une ressource d'intégration pour les personnes immigrantes (Leanza 2005).

Pour ce qui est de l'adaptation culturelle des services, la complexité réside dans la diversité de rapports au monde, à la santé et à la maladie qui se retrouve au sein de la population. Pour bien réfléchir à l'adaptation nécessaire, puisque la culture n'est pas l'apanage de l'Autre, il faut considérer les utilisateurs et le système lui-même puisqu'il est ancré dans la culture dominante, ce qui affecte notamment ses modalités d'utilisation et d'information. Le modèle biomédical occidental, qui se voit souvent comme objectif, neutre et non culturel, a été critiqué parce qu'il ne tient pas compte des croyances spirituelles et religieuses des immigrés, de leur contexte familial et de leur perception unique de la santé, en supposant que l'expérience humaine est universelle (Jhangiani & Vadeboncoeur 2010).

Pour ce qui est des utilisateurs, plusieurs obstacles se présentent lorsqu'ils tentent d'accéder aux services de santé. Il peut s'agir d'un manque de connaissances en matière de santé, d'une méconnaissance du système, de différences culturelles, de contraintes financières, de l'adhésion à des croyances traditionnelles, de barrières linguistiques, de contraintes d'horaires et de difficultés à organiser la garde d'enfants ou le transport (Lane & al. 2021). Les perceptions culturelles de la maladie, les méthodes de guérison traditionnelles et les normes sociales jouent un rôle crucial dans la décision de consulter des soins (Jansen & al. 2012). Elles sont également façonnées par divers facteurs comme l'âge, la présence de multiples problèmes de santé, la dépendance, l'isolement et l'accès aux soins de santé (Dupuis-Blanchard & al. 2014; Kirmayer 2007). Les attitudes envers la médecine traditionnelle, la confiance envers les professionnels de santé, les croyances liées à la prévention des maladies et les opinions sur les traitements médicaux peuvent aussi moduler la fréquence et la nature des interactions avec le système de santé (Pierre & al. 2010). Il faut également considérer le parcours d'intégration socioéconomique des nouveaux arrivants. Par exemple, les endroits où les nouveaux arrivants choisissent de s'installer, souvent en fonction de la présence d'une communauté immigrante établie, peuvent influencer leur accès aux services de santé et leur adaptation au système de santé local (Kouyé & Soulière 2018). Finalement, l'expérience prémigratoire des systèmes de santé des nouveaux arrivants agit également en tant que prisme, à partir duquel ces derniers perçoivent le système de santé, surtout lorsqu'ils sont arrivés récemment (Brown & al. 2020). Par exemple, dans certains pays, les systèmes de santé offrent peu de services primaires.

Pour ce qui est du système de santé au Québec, il faut reconnaître qu'il est caractérisé par des modalités de fonctionnement qui façonnent les critères de participation, comme les horaires, les attentes d'assiduité et de ponctualité, la fréquence de consultation ainsi que la disponibilité de praticiens hommes ou femmes, pour ne nommer que ceux-ci (Snowdon & al. 2015). Ces modalités peuvent devenir des barrières à l'accès pour une partie de la population. Par exemple, le système de rendez-vous à heure fixe pourrait limiter certaines personnes ayant des visions moins linéaires du temps ou encore, les heures d'ouverture pourraient restreindre ceux et celles qui ont des horaires atypiques. La prise en charge peut elle aussi se compliquer si les instruments de dépistage et les processus décisionnels dépendent de grilles d'analyse et d'outils constitués de critères élaborés pour une population homogène ne tenant pas compte des circonstances migratoires ou des différences culturelles (Battaglini 2010a). Par exemple, il peut être difficile d'identifier les mères immigrantes vulnérables en période périnatale due aux différentes conceptions parentales pouvant fausser les interprétations sur la vulnérabilité. Les normes d'intervention peuvent donc faire office de barrières en faisant preuve de rigidité dans les thèmes et contenus abordés (Battaglini & Camirand 2010), mais aussi dans les changements attendus suite à l'intervention (Bisaillon 1989).

La présente revue de littérature nous amène néanmoins à voir d'autres aspects de l'accessibilité des soins pour les personnes issues de l'immigration qui ne sont pas prises en compte par Battaglini, soit les politiques d'immigration qui influencent l'accès aux services des personnes immigrantes selon leur statut d'immigration et les enjeux de précarité qui sont intrinsèquement liés au contexte interculturel.

D'importantes barrières à l'accessibilité résident dans les lois et règlements qui régissent les services de santé qui diffèrent en fonction du statut d'immigration des nouveaux arrivants. Pour ce qui est des résidents permanents arrivant sous le régime de réunification familiale ou de travailleurs qualifiés, les politiques mises en place stipulent un délai de carence de 3 mois. Ce délai signifie que pour avoir droit aux soins de santé pendant les trois premiers mois de leur arrivée, ces personnes doivent faire affaire avec des assurances privées (Miedema & al. 2008). Quant aux travailleurs étrangers temporaires (TET), ils doivent faire face à ce même délai de carence s'ils détiennent un permis de travail d'au moins 6 mois (Frozzini 2017). Cependant, si ceux-ci ont un permis de travail ouvert, ils ne sont simplement pas couverts par le régime d'assurance maladie (RAMQ). Quant aux réfugiés, ces derniers ont des besoins de traitement spéciaux, surtout au début de leur intégration, puisqu'ils arrivent souvent avec des problèmes de santé en raison des conditions de vie dans les camps de réfugiés (Hansen & al. 2016; Hyman 2004). Ils peuvent faire la demande auprès du Programme fédéral de santé pour les demandeurs d'asile (PFSDA) pour des soins d'urgence et essentiels en attendant leur acceptation à la RAMQ, mais non sans obstacles. Effectivement, plusieurs médecins n'acceptent pas les certificats de la PFSDA due à leur méconnaissance de ceux-ci ou à la complexité des formulaires à remplir (Cleveland & al. 2021). Il semblerait plus facile pour les réfugiés de se faire soigner dans les urgences qui acceptent et comprennent plus le PFSDA, mais la situation se complique lorsqu'il est nécessaire de voir des spécialistes qui eux, encore une fois, n'acceptent pas tous les certificats.

Pour ce qui est de la précarité comme barrière à l'accessibilité, même s'il s'agit d'un enjeu qui n'est pas exclusif à la population immigrante, plusieurs chercheurs démontrent que la situation économique de cette dernière, au Québec et au Canada, est moins favorable que celle des locaux. Cette différence tend même à s'accroître depuis les 30 dernières années, notamment dû au salaire d'entrée des nouveaux immigrants qui s'avère nettement inférieur à celui des natifs, au chômage élevé, aux taux d'emploi bas et à la pauvreté particulièrement élevée et persistante chez cette population (Boudarbat et Ebrahimi 2017; Picot et Hou 2003). La précarité peut occasionner un manque d'argent pour le billet d'autobus afin d'accéder aux services, pour payer une gardienne pour les enfants, ou pour des vêtements adéquats pour sortir (Malambwe 2017). De plus, même si les personnes couvertes par la RAMQ le sont pour une multitude de soins, plusieurs autres soins nécessitent des dépenses privées (soins dentaires, lunettes, médicaments, etc.).

L'accessibilité des services en contexte pluriethnique dépend donc des politiques gouvernementales, mais aussi des conditions de vie dans lesquelles vivent les populations en question qui leur permettent, ou non de demander des services. Il est aussi nécessaire, pour qu'une organisation soit accessible, qu'elle considère les enjeux de communication, soit d'accessibilité linguistique, mais aussi l'accessibilité aux informations sur les services offerts. Finalement, il faut reconnaître que l'organisation des systèmes de santé découle de normes et valeurs qui peuvent restreindre l'accessibilité des soins à certaines communautés.

## **Longitudinalité en contexte interculturel**

Pour Battaglini (2010b), la continuité (ou longitudinalité) concerne le rapport intervenant-personne en demande de services sur une longue période de manière que l'intervenant devienne une référence lorsqu'un problème survient. Elle présuppose une source régulière de soin. Selon Reid et ses collègues (2002), on retrouve trois types de continuité, soit la continuité informationnelle, relationnelle et d'approche. Bien sûr, ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, mais plutôt interdépendantes. Néanmoins, elles seront utilisées indépendamment dans le but d'organiser la présente section.

Premièrement, la continuité informationnelle concernerait les informations récoltées quant aux circonstances antérieures aux soins et le déroulement de ceux-ci, permettant de relier les différents soins et les intervenants. Le moment de collecte d'informations pour la construction d'un dossier sur un patient apparaît comme un moment clé permettant, ou non, une fluidité lors des consultations du patient, avec le même praticien ou non. Pour récolter ces informations, la langue peut s'avérer une barrière importante. En plus des barrières de langue, les difficultés de communication, qui relèvent d'incompréhensions culturelles, seraient plus complexes à surmonter (Côté 2013). Par

exemple, « comprendre les représentations populaires des rôles parentaux, considérer les différentes conceptions de la santé, valider la compréhension d'un traitement, inciter les participants à exprimer leurs opinions, adapter les thèmes et déterminer les points de convergences » (Battaglini 2010a : 68) nécessitent des compétences qui dépassent celles strictement linguistiques. En plus des barrières de langues, il semblerait que les outils d'évaluation des intervenants ne soient pas adaptés à la complexité des réalités que peuvent vivre les personnes nouvellement arrivées ou issues de la diversité (Ederer 2022; White & Gratton 2017). Par exemple, les grilles utilisées pour évaluer la vulnérabilité des familles n'abordent pas les questions reliées au parcours migratoire ou aux difficultés d'adaptation (Martins 2016). L'étape d'évaluation demande donc une certaine flexibilité, mais celle-ci peut également provoquer une déstabilisation et une fragilisation excessive des intervenants, privés de leurs points de repères habituels (De Plaen & al. 2005). Pour ces raisons, les intervenants ont besoin d'un cadre d'action offrant un minimum de guidance et le soutien d'une équipe de travail. De plus, les intervenants expriment souvent le malaise lors de la rédaction des rapports et des collectes d'informations, puisque leurs codes déontologiques exigent une prise de notes « neutres », exemptes d'opinions personnelles ou d'impressions, alors que certaines situations sont bel et bien empreintes d'un « quelque chose qui leur échappent dû à la culture » (Côté & Dubé 2019: 169).

Deuxièmement, la continuité relationnelle sera observée au niveau du rapport praticien-patient. Pour penser à la continuité relationnelle, la question suivante se pose : pourquoi est-ce qu'un patient arrête ou continue à consulter un praticien capable de répondre à ses besoins ? Dans une étude de Désy (2012), les intervenants identifient l'adaptation des services comme un facteur déterminant à la continuité des rapports avec les patients. Ces adaptations découlent d'expériences ponctuelles qui diffèrent selon les communautés et les domaines d'interventions. Malgré cette grande divergence, certaines adaptations sont transversales à toutes interventions en contexte interculturel, notamment l'adaptation linguistique et le temps d'intervention. Dans le dernier cas, il a été démontré qu'en contexte pluriethnique, le praticien peut avoir besoin d'en moyenne 40 % plus de temps pour ses interventions, notamment dû à la distance culturelle qui fait en sorte qu'il faut plus de temps pour assurer une bonne compréhension des directives, faire appel à un interprète, ou assurer un suivi adéquat. Il faut aussi plus de temps aux intervenants pour expliquer le système de santé et les procédures qui doivent se faire pour recevoir les soins nécessaires.

D'un autre côté, l'écart culturel avec les praticiens et les patients peuvent rendre l'adaptation difficile selon les valeurs personnelles, les approches professionnelles ou les codes éthiques. Ces écarts culturels causeraient des situations d'incompréhension, dont les plus fréquentes surgissent lors de situations impliquant la conception des services sociaux (ex. : le rôle de l'intervenant), les modes d'éducation des enfants, les rapports hommes-femmes, la notion de la famille, les conceptions de la santé physique et mentale (Fatahi 2019; Legault & Lafrenière 1992). Les intervenants ont été formés à la pratique avec les modèles d'intervention reposant sur les valeurs de la culture dominante (Vissandjee & al. 2005), ce qui n'est pas sans impact. Par exemple, la vision dominante d'une famille nucléaire et de l'autonomie individualiste (Bouthillier & al. 2012) forge les objectifs et possibilités d'intervention. Un autre enjeu majeur, en contexte interculturel, est la compréhension souvent déterministe de la culture par les praticiens, les menant souvent à ne pas prendre en compte plusieurs enjeux importants de leurs réalités sociales, politiques et économiques (Eytan & Durieux-Paillard 2010). L'adaptation des services demande également, pour les intervenants, un appui organisationnel qui peine à reconnaître la spécificité de l'intervention en contexte interculturel. Les intervenants mentionnent manquer d'outils et de formation pour adapter leurs interventions menant souvent à une charge de travail additionnelle. En effet, Côté et Dubé (2019) observent que les gestionnaires ont une compréhension incomplète des exigences de l'acte à poser en contexte interculturel et sont pris dans des logiques managériales laissant peu de place aux réels besoins des patients, ce qui se traduit par un manque de soutien instrumental et émotionnel, dont un manque de reconnaissance du travail réel des intervenants.

Finalement, pour ce qui est de la continuité d'approche, une recherche sur les parcours de réadaptation de travailleurs immigrants lésés au travail démontre que la divergence de points de vue et d'approches entre les différents acteurs (médecins, physiothérapeutes, agents d'indemnisation, etc.) semble être l'un des facteurs de rupture dans l'alliance qu'ils entretiennent avec les praticiens (Côté & al. 2020). D'un autre côté, les cheminements de recherches d'aide peuvent revêtir plusieurs formes, alliant divers types de ressources de santé variant selon les besoins, connaissances et croyances. En plus des hôpitaux, cliniques privées et CLSC (Centre local de services communautaires), certaines personnes peuvent avoir recours à des professionnels pratiquant une médecine dite alternative (Jin & al. 2022). Les différents systèmes de santé ne sont pas mutuellement exclusifs et il est fréquent qu'une personne ait recours à plusieurs systèmes pour solutionner un même problème qui revêt plusieurs facettes (psychologique,

physique, sociale, etc.) (Bibeau 1985; Massé & al. 2020) et qui requiert des savoirs divers relatifs à la santé, ses causes et traitements (Rondeau-Boulanger & Drolet 2018).

La longitudinalité des services de santé revêt des aspects particuliers lorsqu'est observé le contexte interculturel, et ce, pour les aspects informationnels, relationnel et d'approches. Comme pour l'accessibilité des services, les problèmes de communication dus aux barrières de langue sont encore présents. De plus, les outils de collecte d'informations semblent non adaptés à la complexité de la situation des personnes immigrantes et de la rencontre interculturelle. L'adaptation de l'intervention, quant à elle, semble être la stratégie principale des praticiens pour le maintien de leurs rapports avec les patients, mais celle-ci n'est pas sans obstacle. Malgré une littérature limitée se concentrant explicitement sur l'aspect de continuité des soins, celle-ci revêt une importance particulière pour les usagers issus de l'immigration et mériterait d'être approfondie (Pereira & Pearson 2003).

## La globalité en contexte interculturel

Pour Battaglini, l'aspect de globalité « fait référence à la fois à la disponibilité des services capables de répondre à l'ensemble des besoins physiques, psychologiques et sociaux, ainsi qu'à la capacité de diriger la clientèle vers les services appropriés » (Battaglini 2010b, p. 13). Il précise qu'en ce qui concerne la population immigrante, la globalité implique des enjeux de transferts adéquats de l'information sur le réseau et sur les programmes de prévention et de promotion « généralement peu populaires auprès des personnes immigrantes, entre autres les plus récemment arrivés » (Battaglini 2010a, p. 13). Les besoins particuliers de la population issue de la diversité peuvent être liés aux « pathologies d'importations » (présentes avant l'immigration), aux « pathologies d'acquisition », qui résultent des nouvelles conditions environnementales favorisant le développement de maladies infectieuses, cardio-vasculaires, chroniques et de dépendance et/ou aux « pathologies d'adaptation », qui sont liées aux difficultés, réelles ou perçues, rencontrées par les migrants lors de leur installation dans leur nouveau milieu de vie (Fassin 2000). Bien sûr, cette vision de la santé doit être considérée d'un esprit critique, notamment en lien avec les risques de dérives culturalistes (Fassin 2000) liés à une tendance à interpréter les problèmes de santé principalement à travers le prisme des différences culturelles. Cette approche peut mener à une surévaluation des influences culturelles tout en négligeant d'autres facteurs importants comme les conditions socio-économiques ou les déterminants biologiques. En se concentrant excessivement sur les aspects culturels, cette dérive peut simplifier à l'excès les complexités des problèmes de santé et mener à des stéréotypes ou des solutions inappropriées. Elle peut également détourner l'attention des inégalités structurelles et des besoins de réforme dans les systèmes de santé.

Les pathologies d'importation sont celles qui découlent de maladies héréditaires ou environnementales auxquelles les personnes immigrantes étaient exposées avant leur arrivée au Canada telles que les maladies parasitaires ou infectieuses, la tuberculose, la malaria, etc. Certaines études font référence à des cas de pathologies endogènes particulières aux personnes immigrantes. Par exemple, certaines affections, telles que l'alopecie cicatricielle centrifuge centrale<sup>3</sup>, sont plus fréquentes chez les femmes d'origine africaine (Salas-Coronas & al. 2018). Il semblerait que les services des pays d'accueil peinent à les prendre en charge à cause des routines de dépistage qui ne sont pas adaptées à la reconnaissance de ces problèmes. De plus, certains groupes parmi les immigrants seraient plus sensibles à des maladies données comme les maladies cardiovasculaires (Asiatiques du Sud); le diabète de type 2 (Africains, Asiatiques et Hispaniques); le VIH et le sida (si l'immigrant est originaire d'un pays où la maladie est endémique); ainsi que le cancer de la prostate (Africains) (Battaglini & al. 2014). Il faut noter que, même si ce type de pathologies est présent au sein de la population immigrante, les médecins reconnaissent qu'elles sont peu fréquentes, notamment dues aux procédures d'immigration impliquant des bilans de santé. En effet, pendant les 10 premières années au Canada, la population immigrante serait plus en santé que la population locale (Bowen 2004; Battaglini & al. 2014).

Quant à elles, les pathologies d'acquisition et d'adaptation sont généralement liées aux piètres conditions économiques et sanitaires, ainsi qu'aux accidents une fois en terre d'accueil (Ahmed & al. 2016). Les travailleurs immigrants sont plus à risque d'être impliqués dans des accidents de travail (Salminen 2011). L'insalubrité et vétusté des logements seraient, pour leur part, les causes d'empoisonnements au plomb et d'intoxications (Epelboin & Delavigne

---

3. L'alopecie cicatricielle centrifuge centrale est une forme de perte de cheveux où la calvitie commence au centre du cuir chevelu et s'étend vers les bords. Elle est causée par une inflammation qui détruit les follicules pileux et crée des cicatrices (abimelec, s.d.).

2010). De plus, la pauvreté mènerait à une piètre alimentation et serait la cause des hospitalisations prolongées pour les enfants (Renard & al. 2006). Nous pouvons aussi inclure les troubles de santé mentale prégnante dans la population immigrante. Les conditions, les circonstances et les situations, tels que la pauvreté, la déqualification professionnelle, l'incapacité de communiquer dans la langue d'accueil, le racisme et la discrimination, la séparation de la famille ainsi que l'isolement qui se greffent à l'expérience de la migration seraient fertiles à l'apparition de troubles mentaux. Ces problèmes d'intégration et d'isolement constitueraient même les principales sources de problèmes sociaux et de santé pour les personnes immigrantes (Anand & al. 2004). Le cas des réfugiés est criant. Ces derniers vivent plusieurs situations anxiogènes et traumatisantes, notamment l'incertitude du statut d'immigration ou l'anxiété d'être sans papiers, les chocs dus aux traumatismes prémigratoires et la séparation familiale (Nowak & al. 2023).

Les réfugiés ne sont pas les seules populations à risque pour les troubles causés par la migration. Plusieurs auteurs identifient les mères comme une population particulièrement à risque, notamment dû à l'isolement (Vigod & al. 2017; Vissandjee & al. 2005). Même si l'isolement n'est pas propre aux mères immigrantes, les causes ne sont pas les mêmes que celles retrouvées dans la population en général. L'isolement des mères immigrantes est plutôt dû aux barrières de langues, ainsi qu'au manque de réseaux et de reconnaissance des diplômes.

Bien sûr, pour offrir des services adaptés au contexte interculturel, il faudrait avoir recours à des outils nous permettant de bien saisir leurs besoins alors que présentement, cela se fait à l'aide d'indicateurs (ex. : recension de Statistique Canada) qui sont imparfaits et comportent des pièges pour leurs utilisateurs (Gravel & Battaglini 2000). Un premier défi quant à ces indicateurs est la disponibilité de l'information puisque certaines informations pertinentes sont rarement colligées (Boatswain-Kyte & al. 2022; Gravel & Germain 2008). Il faut comprendre que les Directions de santé publique produisent rarement des fichiers et sont plutôt utilisatrices de données recueillies par des acteurs. Ces acteurs ne colligent pas l'information à des fins de connaissances de la population, mais bien à des fins purement administratives. L'information est donc limitée. Un deuxième défi réside dans la complexité des réalités ayant un impact sur la santé et la difficulté de les saisir à l'aide d'indicateurs étant souvent trop simples et mal définis.

En résumé, pour offrir des services qui répondent à la plupart des besoins des personnes immigrantes, il faudrait adapter nos outils de dépistage et procédures d'intervention pour inclure certaines maladies peu communes au sein de la population générale, qui peuvent être retrouvées dans certaines communautés, mais aussi permettant de prendre en considération les problèmes liés à l'expérience migratoire, notamment les problèmes de santé mentale, lesquels touchent particulièrement les réfugiés et les mères immigrantes. Finalement, pour permettre une réponse globale des services de santé en contexte interculturel, des données pertinentes, entre autres l'origine ethnique, les langues parlées, les dates d'arrivée au Canada<sup>4</sup>, permettant de saisir une certaine complexité des enjeux retrouvés parmi la population issue de la diversité doivent être colligées et rendues disponibles.

## La réactivité en contexte interculturel

Battaglini (2010b) associe la réactivité à la capacité du système à répondre aux besoins des usagers quant à la façon d'être traité, mais n'inclut pas les aspects liés aux techniques de soin. Pour se questionner sur la réactivité du système de santé quant à la population issue de la diversité, il faut se demander quelles sont les attentes de cette population. Les aspects à considérer sont le respect de la dignité, la confidentialité, l'autonomie, la rapidité de prise en charge, l'accès au réseau d'aide et la possibilité de choisir le prestataire de service (Battaglini 2010b). Chacun de ces aspects fait l'objet d'une littérature en soi, ce qui démontre leur complexité respective.

Selon certaines études, le critère le plus souvent mentionné par les personnes immigrantes, déterminant leur satisfaction quant à la réactivité du système, est la présence d'une approche centrée sur le patient (Chu & al. 2021; Le Gall & al. 2021). Ceci implique, de la part des praticiens, du respect, de l'écoute et du temps accordé aux patients pour s'exprimer et pour développer une relation de confiance. Des manquements à ce niveau peuvent être perçus par les usagers comme des situations empreintes de discrimination et de racisme (Fortin 2013 ; Garrett & al. 2008).

---

4. On note une insuffisance, voire une absence, de statistiques sur les expériences des personnes racisées dans les services publics au Québec malgré les nombreux rapports qui soulignent l'importance de collecter des données ethno-raciales (CERP 2019). Contrairement à d'autres pays où cette pratique est courante, elle reste peu répandue au Québec et dans le reste du Canada. À ce jour, il n'y a pas de politique provinciale sur la collecte de données, laissant chaque centre de services développer ses propres politiques internes.

Pour offrir des soins de qualité en contexte interculturel et s'assurer la satisfaction et l'adhésion des patients, il semble important de comprendre et respecter les croyances, les valeurs et les pratiques culturelles propres aux patients, afin de répondre à leurs attentes et besoins spécifiques (Ahmed & al. 2016). Il existe plusieurs approches pour aborder les différences culturelles en santé. Parmi les principales, la compétence culturelle se concentre sur la connaissance des différentes cultures afin d'adapter les soins (Beagan 2015). Cette approche est critiquée pour son risque d'essentialisation et son manque de prise en compte des variations culturelles intra groupe et dans le temps. Pour sa part, la sécurité culturelle porte attention aux déséquilibres de pouvoir et des effets de la colonisation et vise des relations respectueuses et inclusives (Beagan 2015). Finalement, l'humilité culturelle exige la centration afin de percevoir les différences culturelles qui émergent des interactions, proposant ainsi un processus centré sur le client et une réflexion critique sur les enjeux de pouvoir (Beagan, 2015; Arsenault & al. 2024).

Finalement, un aspect problématique souvent mentionné par les personnes immigrantes est la dépersonnalisation des services en devenant presque déshumanisant (Côté & al. 2020; Garrett & al. 2008; Whitley & al. 2017). Au Québec, le rôle du professionnel commande une certaine distance, une certaine neutralité qui interdit trop de familiarité avec les patients (Legault et Lafrenière 1992). Bien sûr, il est important de reconnaître que l'intervenant n'est pas le seul responsable de la manière dont les services sont déployés puisque ce dernier dépend d'une structure, d'une administration et d'exigences qui lui dictent sa façon de travailler et d'entrer en relation avec le patient (Gravel & Battaglini, 2000).

La littérature sur les soins adaptés en contexte interculturel est abondante même si le lien entre cette littérature et celle sur la réactivité des services en santé n'est pas explicite. Il existe plusieurs approches pour offrir de tels soins, mais il semble généralement accepté qu'une approche centrée sur le patient, qui exige la compréhension de ce dernier, incluant sa culture, ses croyances, ses valeurs, tout en adoptant une attitude d'humilité critique envers soi-même et les dynamiques de pouvoir, favorise la satisfaction, l'adhésion et, en fin de compte, des résultats de santé positifs.

## La coordination des services en contexte interculturel

Pour Battaglini (2010a), la coordination joue un rôle essentiel dans les services de première ligne puisque « c'est de là que devraient provenir les références vers les autres sources de services » (p.14). Ces autres services seront ici considérés comme ceux provenant des organismes communautaires<sup>5</sup>.

Comme vu précédemment, les besoins de personnes issues de la diversité et de l'immigration sont divers et se situent souvent au niveau des conditions de vie en lien avec l'immigration, notamment l'isolement et la précarité financière. Ces problématiques ont des effets importants sur leur santé. Les mandats des institutions de santé au Québec ne permettent pas toujours d'agir directement sur certains enjeux sociaux vécus par les personnes immigrantes. C'est pourquoi un partenariat avec les organismes communautaires est important.

Au Québec, bien que largement financés par le gouvernement provincial, les organismes communautaires demeurent indépendants. Depuis 1981, le gouvernement québécois a instauré une politique de soutien financier pour ces organismes non gouvernementaux qui œuvrent auprès des immigrants (Jacob 1992), établissant ainsi une structure offrant des services complémentaires plutôt qu'un simple partenariat (Bachelier & al. 2020). Les organismes communautaires sont souvent considérés comme des espaces d'interaction (Frozzini 2021) entre les membres des différentes communautés. Par exemple, dans le domaine du logement abordable, ces organismes établissent des partenariats qui facilitent la collaboration avec d'autres entités et services, contribuant ainsi à abattre les barrières (Germain & al. 2006). Ils jouent également un rôle essentiel dans la promotion de la cohabitation harmonieuse et peuvent aider à réduire les incidents de racisme ou de xénophobie.

---

5. Organisme sans but lucratif dont l'objectif est de proposer des services d'aide ou de mieux-être dans une communauté. Les organismes communautaires sont autonomes dans leurs orientations, leurs pratiques et leurs activités. Pour être reconnue comme tel, selon la loi, il doit s'agir d'une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives, dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services offerts par l'organisation ou de membres de la communauté desservie par l'organisation, et qui exerce des activités liées au domaine de la santé et des services sociaux.

Parmi ces organismes, nous retrouvons ceux dédiés aux nouveaux arrivants et souvent amenés à compenser l'absence ou l'appauvrissement des réseaux naturels de ces derniers (Kim & al. 2022). Ils servent de zone d'interaction avec d'autres secteurs de la société et offrent des services d'accueil et d'information, d'activité d'orientation, d'interprétariat, d'aide à la navigation dans le système québécois, etc. (Bachelier & al. 2020) En étant attentifs aux enjeux explorés précédemment, nous comprenons que ces organismes ont un fort potentiel permettant de pallier certaines difficultés rencontrées par les institutions de santé. Pensons notamment à l'importance de l'intégration professionnelle pour les personnes immigrantes et à l'aide à l'emploi comme porte d'entrée pour atteindre les personnes immigrantes (Béji & Pellerin 2010).

De plus, il a été démontré qu'à travers les organismes communautaires, les personnes immigrantes acquièrent des connaissances au cours de leurs interactions qui calment leurs inquiétudes, favorisent le rapprochement familial et facilitent l'intégration (deMontigny & al. 2015). L'attrait des services offerts réside dans leur qualité, leur gratuité et leur flexibilité qui viennent pallier certaines barrières à l'accessibilité des services de santé vus précédemment (De-Montigny & al. 2015). L'encadrement informel, la mise en place d'une atmosphère familiale, la chaleur et la courtoisie des intervenants, ainsi que les valeurs d'égalité et de respect de la confidentialité sont d'autres critères de réactivité des services.

Malgré ce rôle sans contredit, les organismes communautaires se considèrent comme sous-estimés et sous-alimentés en ressources (Arsenault & Frozzini 2024; Bibeau 1992). Les conditions de financement difficiles ainsi que le cadre légal et institutionnel de plus en plus contraignant ne permettent pas de répondre pleinement aux besoins identifiés (Arsenault & Frozzini 2024; Depelteau 2013). Par exemple, le financement à court terme affecte le type et la variété de services offerts, le type de bénéficiaires visés ainsi que les conditions de travail de leur personnel. Il faut également comprendre que ce type de financement, qui dépend des bailleurs de fonds, alourdit les tâches administratives, d'évaluations et de reddition de comptes (Rech 2008).

L'analyse des difficultés vécues par les organismes communautaires et des partenariats possibles avec le réseau de la santé dépasse largement l'objectif de cet article. Néanmoins, en regardant les besoins des personnes immigrantes en termes de santé avec une approche systémique, ainsi que les enjeux rencontrés par les institutions de santé pour adapter leurs services, il nous semble pouvoir affirmer que les organismes communautaires doivent faire partie des solutions (deMontigny & al. 2015; Bibeau 1992).

## DISCUSSION

### La diversité : une surcharge informationnelle

Cette revue de littérature a été faite dans le but de regarder l'enjeu de la diversité pour nos systèmes de santé d'un point de vue systémique, c'est-à-dire en regardant l'ensemble des facteurs comme un tout. L'exercice de classification des enjeux du système de santé à l'aide des principales caractéristiques pour en étudier sa performance a permis de rassembler un grand nombre d'enjeux hétéroclites, dans un nombre restreint d'ensembles nous permettant de situer les problématiques et de les considérer dans leur globalité, même s'il est important de ne pas voir ces catégories comme mutuellement exclusives, mais plutôt comme des parties d'un tout. Une approche systémique nous permet ainsi de considérer le défi que pose la diversité au sein de la population pour nos organisations offrant des services de santé. On voit en effet que les enjeux de barrières de langues traversent toutes les dimensions de la performance de nos systèmes de santé et devraient probablement être traités en priorité et avec sérieux. On peut aussi prendre en compte que les organismes communautaires sont très peu considérés dans la littérature concernant la santé des populations immigrantes alors qu'ils apportent des connaissances et une flexibilité qui sont primordiales pour répondre à une clientèle « super-diversifiée ». Il pourrait ainsi être favorable de les considérer comme des partenaires à part entière pour l'élaboration de programmes et la mise en place d'une concertation interdisciplinaire et intersectorielle entre les services. Il y a également les différents outils et instruments (de diagnostic, de collecte de données, etc.) qui ont été pensés pour la population majoritaire qui devraient maintenant s'adapter pour inclure dans leurs radars des populations aux origines diverses. La plupart de ces outils ont été standardisés pour les hommes blancs de la classe moyenne, négligeant la diversité de la population en termes de sexe, de race et d'autres

facteurs démographiques (Malgady 2010). Il serait temps de considérer ce biais historique et de repenser sérieusement aux manières de remédier à ces difficultés, à grande échelle.

Alors qu'il semble possible d'étudier en profondeur chacun des enjeux, et de s'y adapter, il paraît en être tout autre lorsque la diversité est regardée dans sa globalité. Par exemple, les enjeux de barrières de la langue pourraient être grandement diminués avec une banque d'interprète à grand déploiement, ou même avec l'utilisation de l'intelligence artificielle, mais qu'en est-il lorsqu'à ces difficultés, on ajoute toutes les autres ? Pour s'assurer que les services de santé soient accessibles, continus, globaux, réactifs et bien coordonnés, des ajustements doivent être apportés à plusieurs niveaux. Les politiques, les programmes, les modèles d'intervention, les modalités d'utilisation, les outils de collectes de données et même les codes d'éthiques des systèmes de santé doivent être étudiés pour prendre en compte les populations d'origines diverses au sein de la population au Québec.

Gravel & Battaglini suggéraient, en 2010, pour donner suite à une étude sur les étapes de la mise en place de programmes de santé, une ouverture à d'autres perspectives/visions/savoirs. La diversité grandissante de nos sociétés (Vertovec 2014) rend cette tâche d'inclusion des perspectives/visions/savoirs excessive, démesurée et inaccessible. Dans une perspective systémique, cette suggestion risque de mener à une surcharge informationnelle. Une telle surcharge peut être si importante qu'elle pourrait empêcher un système de fonctionner correctement, notamment lorsque ce dernier dépasse sa capacité à traiter de manière efficace les informations reçues. Considérant le nombre de différentes cultures et sous-cultures, sans compter les différences individuelles et réalités intersectionnelles<sup>6</sup>, on peut très bien imaginer un tel phénomène dans le cas où le système tenterait de s'ouvrir à cette super-diversité.

Alors, comment adapter nos systèmes à cette complexité, sans se surcharger d'informations?

## **Biais organisationnel : le fonctionnement ordinaire du système**

En théorie systémique, le fonctionnement ordinaire d'un système fait référence à la manière dont un système opère de manière régulière et stable dans des conditions normales. Néanmoins, ce fonctionnement ordinaire a été mis en place pour répondre à une population plus ou moins homogène alors qu'aujourd'hui, nos sociétés font face à une superdiversité. Ainsi, les enjeux des organisations de santé en contexte interculturel découlent tous, de près ou de loin, de ce fonctionnement ordinaire ancré dans un ethnocentrisme organisationnel. Cet ethnocentrisme oriente les décisions, les politiques et les pratiques de manière à favoriser le groupe dominant, souvent au détriment des autres groupes. Cela peut nuire à la diversité, à l'inclusion et à l'équité au sein de l'organisation. Lorsque ces biais sont explicités, ils offrent un point de départ concret et une référence commune. En nombre plus limité que les nombreuses différences à prendre en considération lorsqu'il s'agit d'adapter le système de santé à la super-diversité, les biais ethnocentriques offrent également un point de départ permettant d'explorer les enjeux qui apparaissent dans l'interaction en contexte interculturel et de considérer la portée de nos préjugés dans celle-ci.

Ces biais ethnocentriques de nos institutions feraient office de filtre à l'intervention et auraient certaines conséquences (Pépin & Rachédi 2002 ; Siche 2016). Parmi ces filtres, on peut considérer : 1) le filtre culturaliste qui peut amener à ne percevoir la personne immigrante qu'à travers sa culture d'origine, en omettant son parcours migratoire, son statut social, ou son histoire de vie; 2) le filtre de l'individualisme, qui, étant l'une des valeurs prégnantes de nos sociétés occidentales, tendrait à banaliser les appartenances et affiliations multiples des individus ; 3) le filtre d'ici et maintenant touche directement les méthodes d'intervention qui sont amenées à viser l'efficacité et la rentabilité. La priorité est ainsi donnée aux problèmes concrets où il y a une possibilité d'impact rapide, ce qui tendrait à réduire la vision globale des soins en figeant les personnes immigrantes dans un statut de victimes ; 4) le filtre de la pathologisation fait en sorte que le regard quant aux populations issues de l'immigration porte sur leurs difficultés, laissant de côté les forces, compétences et stratégies qu'elles mettent en place, sans compter la tendance à pathologiser le social, menant à la stigmatisation des différences culturelles ou sociales et la médicalisation excessive des difficultés quotidiennes, réduisant ainsi la diversité des expériences humaines et créant des stigmates (Foucault 2014);

---

6. Les réalités intersectionnelles désignent l'interaction complexe entre différents aspects de l'identité, tels que le genre, la race, et la classe sociale, et comment ces facteurs combinés influencent les expériences de privilège ou de discrimination (Crenshaw 1996). Ce concept permet de mieux comprendre et adresser les défis uniques auxquels les individus sont confrontés en prenant en compte la confluence de ces identités multiples.

5) finalement, le filtre organisationnel correspond aux programmes d'intervention, aux structures sociales et aux lois mis en place, qui tendent à étiqueter et catégoriser les différents problèmes psychosociaux. Il pourrait empêcher la prise en compte de certains éléments essentiels à l'adaptation des interventions. Cette analyse devrait néanmoins être approfondie puisque les filtres de Pépin & Rachédi (2002) semblent incomplets, laissant de côté certains biais ethnocentriques. Par exemple, les pratiques ancrées dans une perspective occidentale valorisent l'autonomie personnelle et la responsabilisation et partent généralement du principe qu'une personne accorde de l'importance aux droits individuels, tels que la liberté de choix et la capacité à prendre ses propres décisions. Elles mettent également l'accent sur la productivité et définissent souvent l'individu par son rôle professionnel, avec une forte insistance sur la réussite (Powers Versluys 1997). Les pratiques sont également orientées vers des objectifs, dans le but de maximiser la santé et la fonction (Marriott 1997). Les objectifs communs du traitement sont l'indépendance personnelle, une vie équilibrée et l'atteinte du niveau de fonctionnement le plus élevé. À cela, nous pourrions ajouter la vision de l'égalité homme/femme, la gestion du temps, pour n'en nommer que quelques-uns.

## La flexibilité pour répondre aux changements

Il est complexe d'élaborer des politiques, des outils de recensement, de mesures, des standards, des processus, qui répondent au besoin de tous. Le système ne peut gérer cette charge informationnelle pour l'intégrer à son fonctionnement ordinaire. Le système devrait plutôt miser sur la flexibilité et ainsi laisser la place à une réelle approche centrée sur le client. La flexibilité occupe une place essentielle dans la pensée systémique (Meadows 2008; Luhmann 1995). Celle-ci est essentielle pour permettre aux systèmes complexes, comme celui présenté dans cet article, de s'ajuster aux changements et aux perturbations constantes d'un système complexe souvent imprévisibles. La flexibilité optimise également l'allocation des ressources en ajustant leur utilisation en fonction des besoins changeants, et encourage l'innovation en ouvrant le système à de nouvelles idées et expérimentations, renforçant sa résilience.

D'un autre côté, les pratiques actuelles de gestion de la santé, qu'il s'agisse du *lean* management, de la nouvelle gouvernance publique ou d'autres (De Gaulejac 2010), ne permet pas aux professionnels de la santé de prendre cette nécessaire flexibilité. On blâme trop souvent les capacités des professionnels de la santé au lieu de s'interroger sur la complexité du système en tant que logique particulière de l'organisation sociale (Côté & al. 2023) Pourtant, en contexte interculturel, elle devient cruciale puisqu'il a été démontré qu'intervenir en contexte interculturel, c'est 55% plus de temps (Battaglini & al. 2005). Nous assistons à un important paradoxe : On retrouve d'un côté des discours énonçant l'importance des approches telles que celles centrées sur le patient au nom des principes pluralistes et les droits fondamentaux de l'homme dans une démocratie libérale, alors que de l'autre, des individus stigmatisés ou étiquetés comme « difficiles », reclassés, marginalisés et finalement complètement exclus du système (Sointu 2017), notamment dû à une approche coût-bénéfice, où chaque intervention devient une statistique, un dossier à remplir le plus rapidement possible au nom de l'efficacité (Côté & al. 2023).

Bien sûr, la complexité exposée dans cet article ne peut être réglée avec facilité. Pour mettre en place des actions qui servent les objectifs d'inclusion et de justice sociale de l'OMS, il semble nécessaire de considérer les enjeux dans leur globalité, permettant un croisement des différentes études sur les parcours de soin (Basdevant & al. 2014; Libault & al. 2013; Morin 2004) et de poser un regard sur celui, particulier, des personnes immigrantes. Ainsi, on devrait poser un regard holistique sur la santé des individus, en impliquant d'autres systèmes qui sont intrinsèquement liés à celui de la santé, comme les milieux de travail, l'hébergement, l'éducation, qui sont tous grandement influencés par le statut des individus au sein du système de santé et ont, à leur tour, un impact important sur la santé des individus (World Organisation of Health 2017). On doit également s'attarder sur les différents niveaux du système et les impacts de leurs interactions sur celle-ci. Le système doit s'adapter à la super-diversité des sociétés en transformant les organisations à différents niveaux. Pour ce faire, il faut une véritable volonté politique. Il pourrait notamment s'agir d'une formation interculturelle substantielle à grande échelle (y compris des connaissances de base sur les parcours migratoires ainsi qu'une connaissance des inégalités sociales dans le paradigme de la santé), implanter des moments de centration (se centrer sur soi-même pour prendre en compte ses biais ethnocentriques (Arsenault & al. 2024) dans les processus de soin, pourrait-être un début. L'autonomie professionnelle devrait également être favorisée afin le développement décentralisé d'indicateurs de performance, en adaptant les mécanismes de performance aux réalités démographiques locales, voire micro-locales (Côté & al. 2023).

Une chose est certaine, pour permettre à un système complexe de s'adapter à une population changeante, le travail en silo doit laisser la place à une approche intégrée. Le système doit être modélisé et les actions pensées en ce sens. La modélisation offerte ici, organisée en indicateurs de performance, n'est pas optimale. Elle ne sert qu'à démontrer l'importance d'un réel exercice de modélisation, à l'aide d'outils performants et d'expertises multidisciplinaires et ce, de manière approfondie et concertée. Ce n'est qu'après une telle compréhension du système que des actions pourront être élaborées non seulement à tous les niveaux, mais en considérant leurs interactions.

## CONCLUSION

En conclusion, les systèmes de santé de nos sociétés contemporaines doivent relever les défis posés par la super-diversité de sa population. Comme le dictent les principes de justice sociale et d'accessibilité des soins primaires promus par l'OMS, il est impératif que le Québec adapte son système de santé en conséquence. Les populations immigrantes doivent relever de nombreux défis, allant des barrières linguistiques aux inégalités socio-économiques. Une approche systémique et holistique permet de les mettre en exergue. Cela implique non seulement de répondre aux besoins individuels des patients, mais aussi de réexaminer les fondements mêmes du fonctionnement du système pour intégrer pleinement la diversité culturelle et socio-économique.

L'étude des différentes dimensions de la performance des soins de santé en contexte interculturel - accessibilité, longitudinalité, globalité, réactivité et coordination - permet de mieux cerner les complexités des interactions entre un système de santé ancré dans des idéologies majoritaires et une population aux besoins hétérogènes. Cette interaction nécessite un partenariat accru avec les organismes communautaires, qui jouent un rôle vital dans l'accompagnement des populations marginalisées. En fin de compte, pour réaliser l'objectif d'un système de santé juste et équitable, le Québec doit s'engager dans une transformation structurelle, soutenue par une volonté politique forte, pour garantir que tous les individus, peu importe leur origine, puissent bénéficier de soins adaptés aux spécificités de leur situation. Une telle évolution ne peut être atteinte qu'à travers une approche concertée et intégrée, favorisant la flexibilité, la coopération et l'inclusion dans tous les aspects du système de santé.

### Références :

- Abimelec P. (s.d.) Alopecie cicatricielle.
- Afonso M., M. Bénard A., Chapron A., Chau K., Doussiet E., Guillemain, F. & al. (2018). Les soins primaires: Une définition du champ pour développer la recherche. *Epidemiology and Public Health= Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(2), p.157–162.
- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R., Wicklum, S. & Turin, T. C. (2016). Barriers to access of primary healthcare by immigrant populations in Canada: A literature review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18, p.1522–1540.
- Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (2004). *Public health, ethics, and equity*. OUP Oxford.
- Arsenault, M. & Frozzini, J. (2024). Roles and Responsibilities of the Organizations Welcoming Immigrants in Remote Regions of Québec. *International Journal of Canadian Studies*, 62, p.85-118.
- Arsenault, M., Grégoire, A. & Comtois, I. (2024). Approcher la recherche et la rencontre interculturelles : l'apport de l'humilité. *Alterstice*, 12(2), p.35-47.
- Bachelier, P., Shields, J. & Preston, V. (2020). Le rôle des différents acteurs dans le processus d'accueil et d'intégration des immigrants Québec. *Rapport de Recherche. Conseil de Recherche En Sciences Humaines Du Canada*.
- Basdevant, A., Vignot, M., Ciangura, C. & Aron-Wisniewsky, J. (2014). Nutrition et «parcours de soins». *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 49(1), p.16–21.
- Bateson, G. (2000). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. University of Chicago press.
- Battaglini, A. (2000). Culture et Santé. In Battaglini A. & Gravel S. (dir), *Culture, santé et ethnicité: Vers une santé publique pluraliste*. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, p.57-74.
- Battaglini, A. (2010a). Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique. *Montréal: Saint-Martin*.
- Battaglini, A. (2010b). Répondre aux besoins et aux attentes des populations immigrantes: un enjeu grandissant. In Battaglini, A. (dir) *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*, Montréal: Éditions Saint-Martin. p.111-137.

- Battaglini, A., Alvarado, E., Poirier, L.-R. & Caulet, M. (2005). *Les services de première ligne et les populations immigrantes*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal.
- Battaglini, A. & Camirand, H. (2010). Les services sociaux et de santé face à la diversité linguistique et culturelle: exigences et enjeux organisationnels. In Battaglini A (dir), *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Montréal: Éditions Saint-Martin, p. 55-73.
- Battaglini, A., Chomienne, M.-H., Plouffe, L., Torres, S. & van Kemenade, S. (2014). La santé des immigrants au Canada: État des connaissances, interventions et enjeux. *Global Health Promotion*, 21(1), p.40–45.
- Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(5), p.272–282.
- Béji, K. & Pellerin, A. (2010). Intégration socioprofessionnelle des immigrants récents au Québec: Le rôle de l'information et des réseaux sociaux. *Relations Industrielles*, 65(4), p.562–583.
- Bibeau, G. (1985). Des pratiques différenciées de la santé. *Traité d'anthropologie Médicale*, 3, p.1167–1188.
- Bibeau, G. (1992). *La santé mentale et ses visages: Un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucherville, Québec: G. Morin.
- Bisaillon, H. (1989). L'accessibilité des services aux communautés culturelles. *Les Résultats de La Consultation Du Personnel Du CSSMM*, Montréal: Centre Des Services Sociaux Du Montréal Métropolitain.
- Boatswain-Kyte, A., Brotman, S., Callender, T., Dejean, B., Hanley, J., Jivraj, N. & al. (2022). 'We want our own data!': Building Black community accountability in the collection of health data using a Black emancipatory action research approach. *Critical and Radical Social Work*, 10(2), p. 297–318.
- Bouchard, G. (2012). *L'interculturalisme: Un point de vue québécois*. Montréal: Les Éditions du Boréal.
- Boudarbat, B. & Ebrahimi, P. (2017). L'intégration économique des jeunes issus de l'immigration au Québec et au Canada. *Cahiers Québécois De Démographie* 45(2), p.121-144.
- Bouthillier, M.-È., Battaglini, A., Doucet, H., Gravel, S., laudy, Boucheron, L. & Fournier, M. (2012). Autonomie et responsabilité en santé: La vision de Montréalais de diverses origines. In Battaglini A. (dir) *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Montréal: Éditions Saint-Martin, p.166-189.
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Santé Canada Ottawa.
- Bowen, S. J. (2004). *Assessing the responsiveness of health care organizations to culturally diverse groups*, doctoral thesis, Winnipeg: University of Manitoba.
- Brisset, C. & Leanza, Y. (2015). L'interprétariat en santé mentale à Montréal. *Rhizome*, (1), p.20–27.
- Brown, A., Mclsaac, J.-L. D., Reddington, S., Hill, T., Brigham, S., Spencer, R. & Mandrona, A. (2020). Newcomer families' experiences with programs and services to support early childhood development in Canada: A scoping review. *Journal of Childhood, Education et Society*, 1(2), p.182–215.
- Cardona, H., Lara-Alvarez, C., Parra, E. & Villalba-Condori, K. (2023). Virtual Tours to Facilities for Educational Purposes: A Review. *TEM Journal*, 12(3), p.1725.
- Chaouite, A. (2011). Imaginaire interculturel: Dérivations et dérivés. *Imaginaire Interculturel*, p.1–166.
- Chu, J., Wang, N., Choi, Y. S. & Roby, D. H. (2021). The effect of patient-centered communication and racial concordant care on care satisfaction among US immigrants. *Medical Care Research and Review*, 78(4), p.404–412.
- Cleveland, J., Hanley, J., Salamanca Cardona, M., Turcotte-Plamondon, M., Wolofsky, T., Leloup, X. & al. (2021). *Le parcours d'installation des demandeurs d'asile au Québec*. Montréal: Institut universitaire SHERPA.
- Cohen-Emerique, M. (1985). La formation des praticiens en situations interculturelles. Le choc culturel: Méthode de formation et outil de recherche. *L'interculturel en éducation et en sciences humaines*, p.66–120.
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès. (2019). *La collecte de données ethno-raciales par les services publics* (rapport d'enquête publique ISBN-978-2-550-84754-0; p. 520). Bibliothèque et Archives nationales du Québec. [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf)
- Côté, D. (2013). Intercultural communication in health care: Challenges and solutions in work rehabilitation practices and training: A comprehensive review. *Disability and Rehabilitation*, 35, p. 153–163.
- Côté, D. & Dubé, J. (2019). Fatigue de compassion, fatigue de diversité: l'œuf ou la poule? *Periferia*, 11(3), p.163–187.
- Côté, D., Dubé, J. & Arsenault, M. (Mars 2020). *Construction et maintien de l'alliance de travail en réadaptation au travail dans un contexte clinique interculturel*. Présentation à la clinique PhysioExtra.
- Côté, D., White, B., Dubé, J. & Gravel, S. (2023). Are healthcare systems failing immigrants? Transnational migration and social exclusion in the workers' compensation process in Québec. *International Migration Review*.

- Crenshaw, K. (1996). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women. *Critical race theory: The key writings that formed the movement*, p.357-383.
- Da Silva, R. B., Contandriopoulos, A.-P., Pineault, R. & Tousignant, P. (2011). Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé: Concepts et mesures. *Pratiques et Organisation Des Soins*, 42(1), p.11–18.
- de Gaulejac, V. (2010). La NGP : nouvelle gestion paradoxante. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), p. 83-98.
- De Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A. & Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes: L'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé Mentale Au Québec*, 30(2), p.281–299.
- deMontigny, F., Brodeur, N., Gervais, C., Pangop, D. & Ndengeyingoma, A. (2015). Regards croisés sur les enjeux rencontrés par les pères immigrants au Québec. *Alterstice*, 5(1), p.23–34.
- Depelteau, J. (2013). *Enjeux liés au financement et à la gouvernance des organismes communautaires québécois*. Revue de littérature. Montréal: IRIS.
- Désy, M. (2012). Personnalisation et équité, accommodement et continuité: Enjeux éthiques pour l'adaptation de l'intervention aux besoins et aux caractéristiques des personnes immigrantes. In Battaglini, A. (dir), *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Montréal: Éditions Saint-Martin, p. 139-164.
- Dupuis-Blanchard, S., Villalón, L. & Alimezelli, H. T. (2014). Vieillir en Santé en Situation Minoritaire Linguistique Au Canada: Enjeux, Défis Et Mobilisation Collective. *Global Health Promotion*, p.70-75
- Ederer, M. (2022). *Pour qui l'approche interculturelle aujourd'hui? Applications et représentations du point de vue des intervenants. Les des organismes communautaires de Montréal*. Mémoire de maîtrise. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Epelboin, A. & Delavigne, A.-E. (2010). *Étude anthropologique sur les cas de saturnisme infantile de source non identifiée en Île-de-France en 2009: Vol 1, synthèse*. HAL.
- Éthier, A. & Carrier, A. (2022). L'accessibilité des services sociaux et de santé chez les minorités de langue officielle du Canada et les facteurs influant sur leur accès: Une étude de portée. *Minorités Linguistiques et Société*, (18), p.197–234.
- Eytan, A. & Durieux-Paillard, S. (2010). Interculturel psychique contre interculturel social, ou quand les idéologies éclipsent la clinique. *Psychothérapies*, 30(1), p.11–14.
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. *Hommes et Migrations*, 1225(1), p.5–12.
- Fatahi, N. (2019). Misunderstandings in Interpersonal and Inter-Professional Communication and Their Impact on Health Outcomes and Patient Safety. *Archives of Clinical and Medical Case Reports*, 3(6), p.585-590.
- Fortin, S. (2013). Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique: Les pratiques cliniques en contexte pluraliste. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), p.179–200.
- Foucault, M. (2014). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Gallimard.
- Frozzini, J. (2017). Travailleuses et travailleurs étrangers temporaires au Saguenay-Lac-Saint-Jean : besoins, problématiques et structures. Dans Fall, M. Maltais, D. & Tremblay, S. (dir), *Vivre ensemble dans les régions du Québec : défis et enjeux contemporains*. Chicoutimi : Groupe de recherche et d'intervention régionales, p.31-51
- Frozzini, J. (2021). Interaction. *Anthropen*.
- Garrett, P. W., Dickson, H. G., Lis-Young, Whelan, A. K. & Forero R. (2008). What do non-English-speaking patients value in acute care? Cultural competency from the patient's perspective: A qualitative study. *Ethnicity et Health*, 13(5), p.479–496.
- Germain, A., Leloup, X., Jean-Baptiste, C., Billette, A., Mbirkou, B. & Alain, M. (2006). *Il était une fois dans un HLM... Portrait de l'intervention communautaire dans quatre HLM de type «plan d'ensemble» de l'arrondissement Mercier-Hochelaga-Maisonneuve*. INRS Centre-Urbanisation Culture Société.
- Gouvernement du Québec. (s.d.). *Portrait de l'immigration de la région de Montréal*.
- Gratton, D. (2013). *Préoccupations et attentes en réadaptation physique dans des contextes pluralistes: Vers un cadre théorique interculturel*. Thèse de doctorat: Université de Montréal.
- Gravel, S, Boucheron, L., Kane, M. & Groslier, Y. (2001). *Santé et sécurité au travail. La situation des travailleuses et travailleurs immigrants à Montréal*. Montréal: Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Gravel, S, Brodeur, J.-M., Champagne, F. & Vissandjée, B. (2005). Migration, éthique et santé publique au Québec. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 53(2), p.192–204.
- Gravel, S. & Battaglini, A. (2000). Culture, santé et ethnicité. *Direction de La Santé Publique, Régie Régionale de La Santé et Services Sociaux de Montréal-Centre*, 4(3).
- Gravel, S., Doucet, H., Battaglini, A., Laudy, D., Bouthillier, M.-È., Boucheron, L. & Fournier, M. (2010). Éthique et santé publique: Quelle place pour l'autonomie? *Éthique Publique. Revue Internationale d'éthique Sociétale et Gouvernementale*, 12(1), p.227–250.

- Gravel, S. & Germain, A. (2008). *La gestion des indicateurs ethniques dans les fichiers des services publics de Montréal*.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), p.1219–1221.
- Hamel, M., Pineault, R., Levesque, J., Roberge, D., Lozier-Sergerie, A., Prud'homme, A. & Simard, B. (2007). L'organisation des services de santé de première ligne: Portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. *Montréal (Québec): Institut National de Santé Publique Du Québec*.
- Hansen, L. F., Maidment, L. & Ahmad, R. (2016). Premières observations sur la santé des réfugiés syriens au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 42 (supp 2), p.S9-12.
- Hyman, I. (2004). Setting the stage: Reviewing current knowledge on the health of Canadian immigrants. *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), p.14–18.
- Jacob, A. (1992). Services sociaux et groupes ethnoculturels: Le débat et les pratiques au Québec. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 5(2), p.37–51.
- Jansen, D., Heijmans, M., Rijken, M., Spreeuwenberg, P., Grootendorst, D. C., Dekker, F. W., ... Groenewegen, P. (2012). Illness Perceptions and Treatment Perceptions of Patients With Chronic Kidney Disease: Different Phases, Different Perceptions? *British Journal of Health Psychology*, 18(2), p.244-262.
- Jhangiani, S. J. & Vadeboncoeur, J. A. (2010). Health care “as usual”: The insertion of positive psychology in Canadian mental health discourse. *Mind, Culture, and Activity*, 17(2), p.169–184.
- Jin, D., Brener, L. & Treloar, C. (2022). Trust in healthcare providers among Chinese immigrants living with hepatitis B virus in Australia: A qualitative study. *Journal of Viral Hepatitis*, 29(11), p.968–975.
- Kelley, G. (2003). La réforme du système de santé et les valeurs libérales. *Éthique Publique. Revue Internationale d'éthique Sociétale et Gouvernementale*, 5(1).
- Kim, Y.-A., Hipp, J. R. & Kubrin, C. E. (2022). Immigrant organizations and neighborhood crime. *Crime et Delinquency*, 68(11), p.1948–1976.
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person. *Transcultural Psychiatry*.
- Kouyé, J. M. & Soulière, M. (2018). Le parcours d'intégration socioéconomique des nouveaux arrivants francophones à Ottawa: quels effets sur la santé?. *Reflets*, 24(1), p.127-158.
- Lane, G., Hengstermann, M., White, J. & Vatanparast, H. (2021). Newcomer challenges with accessing healthcare services in Saskatchewan, Canada. *Border Crossing*, 11(2), p.155–172.
- Le Gall, J., Samson, M.-È. & Fortin, S. (2021). Expériences du mourir et de la mort: Regards de proches ayant accompagné un aîné immigrant en fin de vie à Montréal. *Anthropologie et Sociétés*, 45(1), p.65–83.
- Le Gall, J. & Xenocostas, S. (2011). L'adaptation des soins sociosanitaires de première ligne à la diversité religieuse: L'exemple du Québec. *Ethnologies*, 33(1), p.169–189.
- Le Moigne, J.-L. (1977). *La théorie du système général: Théorie de la modélisation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Leanza, Y. (2005). Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers. *Interpreting*, 7(2), p.167–192.
- Legault, G. & Lafrenière, M. (1992). Situations d'incompréhensions interculturelles dans les services sociaux: Problématique. *Santé mentale au Québec*, 17(2), p.113–131.
- Libault, D., Legrain, S., Jeandel, C., Burnel, P. & Von Lennep, F. (2013). Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. *Rapport Sur La Mise En Œuvre Des Projets Pilotes*. Paris: IGAS.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*. Stanford university Press.
- Malgady, R. G. (2010). Psychological Measurement, Bias in. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, p..
- Malambwe, J.-M. K. (2017). Les immigrants du Québec: Participation au marché du travail et qualité de l'emploi. *Canadian Ethnic Studies*, 49(2), p.33–52.
- Martins, P. (2016). *L'initiative AIDES en tant que modèle novateur en collaboration intersectorielle: Les enjeux de l'intervention auprès de familles multiethniques*. Thèse de doctorat: Université du Québec à Trois-Rivières.
- Marriott, A. (1997). Using the Core Values and Skills of Occupational Therapy in Management. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(4), p. 169-173.
- Massé, J., Harvey, A.-C., Goyette, M.-S., Acakpo, G. & Roy, B. (2020). Santé Communautaire: Un Paradigme Pour Penser Et Agir Autrement en Santé. *Aporia*, 12(1), 26-35.
- McLaughlin, C. G. & Wyszewianski, L. (2002). Access to care: Remembering old lessons. *Health services research*, 37(6), p.1441-1443.
- Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems : A primer*. Sustainability Institute.

- Miedema, B., Hamilton, R. & Easley, J. (2008). Climbing the walls: Structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada. *Canadian Family Physician*, 54(3), p.335–336.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (s.d.). Système de santé et de services sociaux en bref. Retrieved April 11, 2024, from <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/>
- Morin, M. (2004). *Parcours de santé*. Armand Colin.
- Murray, C. J. & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, p.717–731.
- Nowak, A. C., Nutsch, N., Brake, T.-M., Gehrlein, L.-M. & Razum, O. (2023). Associations between postmigration living situation and symptoms of common mental disorders in adult refugees in Europe: Updating systematic review from 2015 onwards. *BMC Public Health*, 23(1), p.1289.
- Ouimet, A.-M., Trempe, N., Vissandjée, B. & Hemlin, I. (2013). *Adaptation linguistique des soins et des services de santé: Enjeux et stratégies*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Kenny, N. (2003). Le rapport Romanow et l'importance des valeurs dans les décisions de politiques publiques. *Éthique Publique. Revue Internationale d'éthique Sociétale et Gouvernementale*, 5(2).
- Pépin, L. & Rachédi, L. (2002). *Accompagner des familles immigrantes: Paroles de familles, principes d'intervention et moyens d'action*. Sherbrooke, Québec: Université de Sherbrooke.
- Pereira, A. G. & Pearson, S. D. (2003). Patient attitudes toward continuity of care. *Archives of Internal Medicine*, 163(8), p.909–912.
- Picot, W. & Hou, F. (2003). *La hausse du taux de faible revenu chez les immigrants au Canada*. Statistique Canada, Division de l'analyse des entreprises et du marché du travail.
- Pierre, A., Minn, P., Sterlin, C., Annoual, P. C., Jaimes, A., Raphaël, F. & al. (2010). Culture Et Santé Mentale en Haïti: Une Revue De Littérature. *Santé Mentale Au Québec*, 35(1), 13-47.
- Pillarella, S. (2007). Acculturation alimentaire des immigrants récents de l'Afrique de l'Ouest francophone établis à Montréal: Une analyse écologique. Mémoire de maîtrise: Université du Québec à Montréal.
- Pineault, R., Levesque, J., Roberge, D., Hamel, M. & Couture, A. (2008). *Les modèles d'organisation des services de première ligne et l'expérience de soins de la population*. Institut national de santé publique du Québec.
- Powers Versluys, H. (1997). Evaluation of emotional adjustment to disability. *Occupational therapy for physical dysfunction*, p. 225-34.
- Rech, N. (2008). *Mémoire présenté à la commission des affaires sociales assemblée nationale mandat d'initiative sur l'itinérance octobre 2008*. Montréal: Réseau SOLIDARITÉ Itinérance du Québec.
- Reid, R., Haggerty, J., McKendry, R., Reid, R. & Haggerty, J. (2002). *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Renard, F., Martin, E. & Deccache, A. (2006). La vulnérabilité des enfants et des adolescents de familles migrantes. *Éducation Santé*, (209).
- Ricœur, P. (1985). Éthique et politique. *Autres Temps*, 5(1), p.58–70.
- Rocher, F. & White, B. W. (2014). *L'interculturalisme québécois dans le contexte du multiculturalisme canadien*. Institut de recherche en politiques publiques.
- Rondeau-Boulanger, É. & Drolet, M.-J. (2018). Continuité et discontinuité dans les trajectoires de soins de personnes ayant une problématique complexe de santé: perceptions d'ergothérapeutes – une étude exploratoire. *Bioéthiqueonline*, 5.
- Rosnay, J. (de) (2011). Symbionomic evolution: From complexity and systems theory, to chaos theory and coevolution. *World Futures*, 67(4–5), p.304–315.
- Salas-Coronas, J., Cabezas-Fernández, M. T., Lozano-Serrano, A. B., Soriano-Pérez, M. J., Vázquez-Villegas, J. & Cuenca-Gómez, J. Á. (2018). Newly Arrived African Migrants to Spain: Epidemiology and Burden of Disease. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 98(1), p.319.
- Salminen, S. (2011). Are immigrants at increased risk of occupational injury? A literature review. *The Ergonomics Open Journal*, 4(1).
- Saultz, J. (2012). The importance of being comprehensive. *Family Medecine*, 44(3), p.157–158.
- Siche, F. (2016). *Le choc culturel des travailleurs sociaux en interculturel: défis éthiques*. Mémoire de maîtrise: Université du Québec à Montréal.
- Snowdon, A., Alessi, C., Bassi, H., DeForge, R. & Schnarr, K. (2015). Améliorer l'expérience des patients par la personnalisation des services de santé. *Healthcare Management Forum*.

- Sointu, E. (2017). 'Good'patient/'bad'patient: Clinical learning and the entrenching of inequality. *Sociology of Health et Illness*, 39(1), p.63–77.
- Spreen, M. (1992). Rare populations, hidden populations, and link-tracing designs: what and why?. *Bulletin of Sociological Methodology*, 36(1), p. 34-58.
- Swalah Eddine, S. M. (2021). *Immigration et démographie au Québec en 2019*. Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/fr/recherches-statistiques/Pub\\_Immigration\\_et\\_demo\\_2019.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/fr/recherches-statistiques/Pub_Immigration_et_demo_2019.pdf)
- Turgeon, J., Jacob, R. & Denis, J.-L. (2011). Québec: Cinquante ans d'évolution au prisme des réformes (1961-2010). *Sève*, (1), p.57–85.
- Vertovec, S. (2014). *Super-diversity*. Routledge London.
- Vigod, S. N., Bagadia, A. J., Hussain-Shamsy, N., Fung, K., Sultana, A. & Dennis, C.-L. E. (2017). Postpartum mental health of immigrant mothers by region of origin, time since immigration, and refugee status: A population-based study. *Archives of Women's Mental Health*, 20, p.439–447.
- Vissandjee, B., Hemlin, I., Gravel, S., Roy, S. & Dupéré, S. (2005). La diversité culturelle montréalaise: Une diversité de défis pour la santé publique. *Santé Publique*, 17(3), p.417–428.
- White, B. (2014). Quel métier pour l'interculturalisme? In Emongo L. & White B. (dir) *L'interculturel au Québec: Rencontres historiques et enjeux politiques*. Les Presses de l'Université de Montréal, p.22-44
- White, B. & Gratton, D. (2017). Situations et solutions en contexte interculturel: Une méthodologie de l'acte à poser. *Alterstice*, 7(1), p.63–76.
- Whitley, R., Wang, J., Fleury, M.-J., Liu, A. & Caron, J. (2017). Mental health status, health care utilisation, and service satisfaction among immigrants in Montreal: An epidemiological comparison. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(8), p.570–579.
- Wittezaele, J. J. (2006). L'écologie de l'esprit selon Bateson, *Multitude*, 24, p.1-26.
- World Organization of Health. 2017 [cité 3 sept 2024]. Determinants of health. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>





# Douleurs chroniques en France

## Antinomie entre offre de soins et besoins des patients

---

**Stéphanie HERTZOG**

Psychologue clinicienne, PhD, Chargée de recherche PSInstitut, Strasbourg  
Chercheuse associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

[hertzogstephanie@gmail.com](mailto:hertzogstephanie@gmail.com)

**Yasmine CHEMROUK**

Psychologue clinicienne, PhD, CHU, Orléans  
Chercheuse associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

### Résumé

Selon le Haut Conseil de Santé Publique (2013), environ 15 millions de Français sont affectés par des maladies chroniques, nécessitant un financement et une organisation des soins considérables pour le système de santé publique. L'article propose d'examiner le contexte politique et économique qui influence la gestion des maladies chroniques en France, notamment la douleur chronique. Dans le sillage de Batifoulier & Da Silva (2021, 2022), il souligne le rôle des systèmes de santé dans un contexte néolibéral, pour comprendre les déficits de l'offre de services de santé et le déploiement de stratégies de prise en charge adaptées aux valeurs capitalistes. L'écart entre une pratique médicale standardisée et les besoins des patients chroniques est expliquée par des contradictions systémiques entre la politique de santé globale et les recommandations de prise en charge de la douleur chronique. On peut ainsi identifier les injonctions paradoxales dans lesquelles sont pris les soignants (médicaux et paramédicaux), injonctions qui sont un facteur central de perte de sens de leur métier et d'épuisement généralisé ; et l'on explique également le manque de moyens alloués à la prise en charge de la douleur chronique, alors que, pour être efficace, celle-ci doit reposer sur une approche holistique du patient.

### Abstract

#### *Chronic Pain in France: Antinomy between Care Provision and Patient Needs*

According to the French Haut Conseil de Santé Publique (2013), around 15 million French people are affected by chronic diseases, requiring considerable funding and organization of care for the public health system. This article examines the political and economic context that influences the management of chronic diseases in France, particularly chronic pain. In the wake of Batifoulier & Da Silva (2021, 2022), it highlights the role of healthcare systems in a neoliberal context, in order to understand the deficits in the supply of healthcare services and the deployment of management strategies adapted to capitalist values. The gap between standardized medical practice and the needs of chronic patients is explained by systemic contradictions between global health policy and recommendations for the management of chronic pain. We can thus identify the paradoxical injunctions in which carers (medical and paramedical) are caught, injunctions which are a central factor in the loss of meaning in their profession and widespread exhaustion; and we can also explain the lack of resources allocated to the management of chronic pain, when, to be effective, it must be based on a holistic approach to the patient

### Mots-clés

Système de santé – Système de soins – Prise en charge – Douleur chronique – Fibromyalgie

### Keywords

Health System – Care System – Care – Chronic Pain – Fibromyalgia

## INTRODUCTION

Prendre en charge les maladies chroniques est une véritable gageure pour notre système de santé. Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP 2013) indique que 15 millions de français vivent avec une maladie chronique. Parmi ces malades chroniques, la douleur chronique touche entre 8 et 12 millions de français, selon SFETD (2017), dont 70% d'entre eux ne seraient pas correctement soulagés. C'est dans cette optique que, depuis 1998, des plans nationaux de lutte contre la douleur ont été mis en place dans l'objectif de proposer des prises en charge adaptées et renforcer la formation des professionnels de la santé. Et dès 2004, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique prévoit la mise en place d'un plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (J.O. 2004).

Cet article propose une réflexion théorique sur le projet politique en matière de santé publique et de prise en charge de la douleur, encadrés « dans un univers capitaliste » (Batifoulrier & Da Silva, 2021, p. 14), à partir des constats dressés à l'issue de la recherche doctorale en psychologie clinique de l'une d'entre nous (Hertzog 2023). Celle-ci porte sur la résistance thérapeutique dans la douleur chronique nociplastique, et plus spécifiquement dans la fibromyalgie, une pathologie caractérisée par des douleurs chroniques diffuses, pouvant se manifester dans tout le corps, et qui est particulièrement réfractaire aux traitements conventionnels.

## CONTEXTE, CONSTATS ET PROBLÈMES

Un rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale de 2020 met en évidence que les prises en charge conventionnelles à base de médicaments antalgiques ou d'antidépresseurs présentent des limites importantes en termes d'efficacité pour la fibromyalgie, et préconise une prise en charge multimodale et adaptée à chaque patient (Bastuji & al. 2020). La prise en charge de la fibromyalgie « montre une errance diagnostique très importante, une altération de la relation médecin patient, une fragilité psychique accrue chez les patients atteints de fibromyalgie. Ces données plaident en faveur d'une prise en charge plus structurée de cette pathologie invalidante » (Kachaner & al. 2023, p. 122). La prise en charge multimodale inclut une approche pharmaceutique et non pharmaceutique (Jones & al. 2024), favorisant prioritairement une remobilisation du corps endolori par des activités physiques adaptées et graduelles (Anthony & al. 2021, Gos & al. 2023, Kachaner & al. 2024, Masquelier & D'Haeyere 2021, Vergne-Salle & al. 2023), mais également une prise en charge psychothérapeutique (Gos & al. 2023, Vergne-Salle & al. 2023) ou encore l'amélioration de la relation médecin-malade (Kachaner & al. 2024).

La recherche doctorale de Hertzog (2023) repose sur 5 études de cas. Les femmes rencontrées ont entre 40 et 45 ans et ont toutes un diagnostic de fibromyalgie posé par un médecin. Leur récit met en évidence un manque d'efficacité dans la prise en charge de leur fibromyalgie, articulé à une perte de confiance dans les traitements proposés et en leur médecins. Le manque d'efficacité serait principalement lié à une systématisation de la mise en place d'un traitement de type antalgique ou à base d'antidépresseur, parfois accompagné d'un peu de kinésithérapie, mais surtout un manque d'écoute, d'investigations, de considération et de reconnaissance. L'offre de soins psychologique apparaît, dans le discours de ces femmes, plus comme une volonté médicale de se débarrasser du problème que pose la fibromyalgie, en termes d'impasse thérapeutique médicale, qu'une véritable prise en charge. Et, lorsqu'elle est « acceptée », elle ne fait pas sens, s'apparentant plus à une résignation ou une obéissance à l'autorité médicale. Ces constats, notamment ceux d'une prise en charge peu efficace, essentiellement basée sur un traitement pharmaceutique, rejoignent les conclusions d'autres études (Nessib & al. 2022, Zanned & al. 2023), ainsi que celles du rapport de l'Inserm (Bastuji & al. 2020).

Alors, comment le système de santé, « influencé » par des logiques de standardisation et de rentabilité, peut-il adapter ses politiques de prise en charge pour répondre aux besoins complexes des patients atteints de fibromyalgie, lorsque les approches conventionnelles médicamenteuses montrent des limites importantes en termes d'efficacité ?

## **SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SOINS : DE LA POLITIQUE SANITAIRE NÉOLIBÉRALE À L'OFFRE DE SOINS**

Comme le soulève Domin (2021, p. 68), « depuis les années 1990, la thèse du "tournant néolibéral" explique l'évolution des politiques économiques et sociales à partir des années 1980 ». Le gouvernement français, sous l'influence croissante du néolibéralisme, a commencé à envisager de promouvoir la concurrence pour dynamiser le marché du secteur de la santé, dans l'objectif d'abaisser les coûts de fonctionnement des hôpitaux (Domin & Raully 2023). Selon Bondil & al. (2023), le système de santé en France serait régulé par ce modèle ordolibéral, hérité de nos voisins germaniques. Leur hypothèse s'appuie plus largement sur le constat que « le modèle politico-économique de l'Union européenne prend la forme d'un néolibéralisme particulier : l'ordolibéralisme » (Bondil & al. 2023, p. 189). Il s'est introduit en France, via l'intégration des règles du droit européen dans les systèmes juridiques nationaux. Les auteurs expliquent que l'ordolibéralisme place la morale au centre de l'économie, considérant qu'une économie libérale doit servir l'individu dans un cadre éthique. Ce modèle privilégierait alors la morale individuelle, la satisfaction des désirs personnels (Bondil & al. 2023) et surtout la régulation du marché par l'État, lui offrant un cadre légal, afin d'éviter les dérives du libéralisme classique comme les monopoles, les cartels ou la pauvreté (Gouarné & al. 2021). « S'il est communément admis que le capitalisme a pénétré les systèmes de santé, la littérature s'accorde généralement pour considérer qu'ils ne relèvent pas du capitalisme parce qu'ils sont dominés par une forte présence de l'État » (Batifoulier & Da Silva 2022, p. 1). C'est cette « analyse traditionnelle en sciences humaines sur l'État social » (*Ibid.* p.9) que les auteurs proposent de remettre en cause. Au contraire d'une régulation du secteur de la santé par l'État, ils soutiennent que l'intervention étatique a en fait facilité l'expansion du capitalisme dans ce secteur et que « les tentatives de réformes actuelles du système hospitalier s'inscrivent plus généralement dans la construction du capitalisme sanitaire » (Domin & Raully 2023, p. 458). Ils entendent par capitalisme sanitaire, « l'application des principes fondamentaux du capitalisme à la santé » (*Ibid.* p.458).

Dans le domaine de la santé, cette thèse expliquerait ainsi non seulement la refonte du système de santé mais également de l'offre de soins (Batifoulier & Da Silva 2021, 2022 ; Domin & Raully 2023). L'approche du soin a été remaniée, notamment, par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), votée en 2001 et appliquée en 2006. Celle-ci régit la gestion des finances publiques par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), en 2004, dans le cadre du plan « hôpital 2007 », et par le pilotage régional du système de santé (ARS), dans le cadre de la loi de la gouvernance hospitalière - Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009. L'objectif de la T2A est la modification des modalités d'attribution des ressources allouées aux établissements de santé et « de simuler les mécanismes de prix » (Benallah & Domin 2017, p. 156). Elle a permis le passage d'un modèle de distribution financière, basé sur la reconduction des ressources d'une année à l'autre, à un modèle, prenant en compte les actes réels, réalisés dans les établissements, et les recettes engendrées. Mais c'est sans compter sur les effets pervers d'une telle mécanique de gestion, qui fait se poser la question du rôle réel de l'État dans la régulation d'un système de santé, encadré dans le capitalisme (Batifoulier & Da Silva 2021). « L'État social n'est pas tant un obstacle pour le capitalisme qu'une modalité possible de son futur » s'interroge Da Silva (2023, p. 436). Sebai (2015) constate que l'évaluation de la performance dans les institutions sanitaires est particulièrement problématique, car les actes de soins qualitatifs sont difficilement quantifiables. Les réformes successives ont poussé l'administration publique à passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Désormais, la santé est devenue un « business » (Abecassis & al. 2019) et de possibles dérives pourraient aboutir à valoriser certaines activités, avec un taux de performances quantifiables, au détriment du temps médical et paramédical consacré au patient. C'est ce que soutiennent Domin & Raully (2023), qui voient, dans la T2A, un outil de gestion des finances ayant profondément modifié le fonctionnement des hôpitaux publics, en les incitant à adopter des comportements plus rentables, tels que la sélection de patients à faible coût, la réduction de la durée des séjours, et la focalisation sur des spécialités rentables.

C'est cette nouvelle organisation du système de soins, qui a engendré, selon Gori & Del Volgo (2005), une homogénéisation de la pratique et des procédures médicales, que les auteurs entrevoient comme un taylorisme médical, pour rappeler la méthode scientifique d'organisation du travail industriel né à partir des années 1880. Les médecins, en tant que garants des soins, sont désormais confrontés à des choix éthiques concernant leur pratique et leur inscription dans ce système de santé. C'est d'ailleurs ce que dénoncent, en tant que médecins, Révah-Lévy & Verneuil (2016, p.12) : « politiques, institutions, médecins et patients, nous avons contribué à mettre en place un système de soins aujourd'hui déshumanisé, nous laissant prendre dans la tourmente du soi-disant progrès médical

et de la « sacro-sainte rentabilité ». Elles ajoutent que le système de santé actuel a imposé aux médecins une vision entrepreneuriale de l'hôpital que les médecins n'ont pas réussi à éviter, comme l'explique également Boukerche-Delmotte (2019, p.138) : « le médecin qui était au service du malade va être maintenant au service de l'impératif social ». Il paraît difficile pour le médecin de se soustraire à ce mouvement social et collectif.

## **DOULEUR CHRONIQUE EN FRANCE : DES RECOMMANDATIONS SANITAIRES À L'OFFRE DE SOINS**

L'amélioration de la qualité de vie des patients est rapidement devenue une priorité de santé publique, encadrée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoyant divers plans santé, et notamment un plan dédié à cet objectif d'améliorer la vie quotidienne des malades chroniques, de la douleur et du cancer. Le terme « maladie chronique » a émergé par suite du recul de la mortalité et du vieillissement général de la population (HCSP, 2013). Comme le souligne Bloch (2010, p. 18), « l'augmentation du nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique est un peu l'envers de la médaille de l'allongement de l'espérance de vie observée dans les pays développés ». La mort a ainsi fait place au vécu avec la maladie chronique, sans présager de l'ampleur des répercussions aussi bien sur les patients et leur qualité de vie, que sur le système de soins, devant redoubler de moyens et d'ingéniosité pour s'assurer de la prise en charge de ces nouveaux patients chroniques. La définition de la maladie chronique dépend de son mode de classification, qui est réalisée selon son étiologie (Classification Internationale des Maladies - CIM) ou selon ses conséquences (Classification internationale des déficiences, incapacités, et du handicap - CIDH ou la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé - CIF) (Agrinier & Rat 2010). Le HCSP (2010) définit la maladie chronique par un certain nombre d'éléments, qui doivent être présents, notamment un état pathologique (physique, psychologique ou cognitif), qui dure depuis trois mois. Il doit également y avoir un retentissement sur la vie quotidienne concernant au moins une des conditions suivantes : soit une limitation fonctionnelle des activités, soit une dépendance à un médicament, une technologie, un appareil médical, ou une aide personnelle, soit la nécessité d'un parcours de soins médico-social (Briançon & al. 2010).

La douleur chronique est une maladie chronique en soi, bien que certaines maladies chroniques présentent également des symptômes de douleurs, mais qui sont symptomatiques de la maladie sous-jacente. La douleur chronique au sens de la définition de la Haute Autorité de Santé (2008) est une véritable maladie (Bastuji & al. 2020), puisque la douleur perd à ce moment-là sa fonction biologique de signal d'alarme, de symptôme médical, pour devenir une douleur chronique. Dès 2011, une instruction de la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), n°2011-188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique, préconise une approche biopsychosociale dans le processus d'évaluation et dans la prise en charge de la douleur chronique. En 2023, la Haute Autorité de la Santé (2023) relaye cette approche, considérée comme optimale, spécifiquement en ce qui concerne la douleur chronique nociplastique (Masquelier 2023). C'est à Engel (1977) que nous devons la paternité de l'approche biopsychosociale. Ses convictions l'ont amené à défendre et à transmettre une approche du patient qui tient compte autant de sa maladie que de son histoire.

Dans la lutte contre la douleur, terme utilisé par les politiques publiques, des plans nationaux ont successivement été mis en place entre 1998 et 2010. Sur le site du Ministère du Travail, de la Santé et des solidarités, on peut lire que ces plans sont essentiellement centrés sur quatre axes majeurs concernant l'amélioration de l'information des patients et de leurs proches, la mise en place de 250 structures dédiées à la prise en charge de la douleur, la sensibilisation et la formation des professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux, et l'évaluation des pratiques professionnelles (DGOS 2024.). Toutefois, la SFETD (2017) constate que sur les 8 à 12 millions de français, douloureux chroniques, 70% d'entre eux ne seraient pas correctement soulagés et moins de 3% seraient pris en charge dans des structures spécialisées, avec des délais d'attente entre 2 et 12 mois selon les structures. Le 4ème Plan National Douleur, pour la période 2013-2017, a été retoqué par la Conférence Nationale de Santé, en partie, à cause d'une insuffisance de propositions concernant la mise en place de thérapies non médicamenteuses. « Le projet de programme ne fait pas mention de réponses à la douleur autre que médicamenteuses » (C.N.S. 2013). Effectivement, le risque de favoriser une thérapie médicale, au détriment des autres prises en charge, est très justement soulevé et contesté aux vues des recommandations de prise en charge qui doivent intégrer

une approche biopsychosociale. Quant à l'accès des patients à des structures spécialisées, là encore, des problématiques sont repérées. Certains auteurs alertent sur la menace qui pèse sur ces structures de prise en charge de la douleur, en raison du départ à la retraite, dans les cinq prochaines années, de 177 médecins, représentant 24 % du total des personnels médicaux en équivalents temps plein (Martinez & al. 2023).

Cette demande de soins, non couverte pour la majorité des personnes douloureuses chroniques, et qui risque encore de se dégrader, indique l'intérêt de continuer à se pencher sur les raisons de ces échecs, ce que les débats politiques ont d'ailleurs relancé en 2022. La sénatrice Deroche intervient le 20 janvier 2022, auprès du ministère de la Santé, à propos des Plans Nationaux sur la Douleur. Elle parle de « crise majeure » pour qualifier le peu d'actions réalisées en faveur de la prise en charge de la douleur chronique, depuis la mise en place de la loi du 04 mars 2002. Elle considère que « l'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique trop longtemps négligé » et qu'un « nouveau plan serait nécessaire » (J.O. Sénat 2022a, p. 298). Cette négligence est imputée à l'abandon du 4<sup>ème</sup> plan douleur. Le 20 octobre 2022, la sénatrice Herzog attire l'attention sur la fibromyalgie et ses conséquences sur la santé physique et psychique des malades. Elle se demande pourquoi cette maladie invalidante, en raison des douleurs intenses qu'elle provoque, et répandue au sein de la population (600 000 à 700 000 personnes), ne figure pas parmi les Affection de Longue Durée (J.O. Sénat 2022b). Bien que le ministère de la Santé ait écarté cette demande en 2022, la Classification Internationale des Maladies - CIM 11 – intègre depuis 2023 la fibromyalgie comme « Douleur Chronique Primaire » et permet une reconnaissance des formes sévères de la pathologie comme Affection de Longue Durée. Malgré les recommandations de prise en charge de la douleur chronique, le ministère des Affaires Sociales et de la Santé n'a jamais statué sur la mise en place d'un 4<sup>ème</sup> plan national, laissant les questionnements en suspens. Pourtant, sa mise en place pourrait s'avérer une réponse sérieuse quant aux inégalités d'accès à des soins adaptés, en plus du renforcement du réseau pluridisciplinaire et de la dynamisation de la recherche (Ramadan 2023).

## DISCUSSION

Ces grandes restructurations ont non seulement modifié le système de ressources financières des établissements publics de santé, mais également eu des effets sur la prise en charge des patients. C'est autant le côté managérial du soin qui est à interroger sur un plan éthique, que, plus largement, l'organisation du système de santé. « Les structures de soins ont en effet besoin d'un management beaucoup plus souple et flexible » (Sebai 2015, p. 402). Cette « industrie du soin » que nous avons décrite, pour reprendre les propos de Hiridjee (2022), a généré une nouvelle organisation de l'offre de soins, qui pose un problème majeur au niveau de la prise en charge de la douleur chronique, car « le paiement à l'acte ne favorise pas non plus la coordination entre les fournisseurs de soins pour un parcours optimal du patient dans les différentes composantes du système de soins » (Askenazy & al. 2013, p. 4). Les recommandations de la DGOS pour la gestion de la douleur chronique sont basées sur des approches multidisciplinaires qui incluent des aspects médicaux, psychologiques, sociaux, et rééducatifs. Cette complexité nécessite une coordination entre différents professionnels de santé, ce qui peut être difficile à organiser dans des environnements, où il existe un manque de ressources humaines et matérielles pour fournir ces soins spécialisés. Dans ce contexte où la rentabilité agit dans certaines décisions thérapeutiques, des patients sont en attente d'être écoutés, compris dans leur souffrance et bien accompagnés sur le plan thérapeutique. Ceci est encore plus important concernant les patients douloureux chroniques, qui ont besoin d'une compréhension holistique de la douleur. Comment favoriser une prise en charge plus optimale des patients, en particulier ceux souffrant de maladies chroniques, alors que l'organisation et le fonctionnement du système de santé ne permettent pas aux médecins d'être pleinement à l'écoute du malade, ni même prendre le temps de discuter avec leurs patients, de les informer, de les accompagner et les guider se demandent des praticiennes comme Révah-Levy & Verneuil (2016) ?

C'est au niveau systémique que l'on peut comprendre les difficultés de déploiement sur le terrain des recommandations préconisées. Une ambivalence des discours existe entre des recommandations ministérielles, qui préconisent du temps et des moyens, et un projet politique, qui pousse à la rentabilité, et donc, implicitement, à standardiser les pratiques, les prises en charge et le temps passé avec chaque patient.

## **Antinomie entre le système de soins et les recommandations de prise en charge**

En 2010, Huard & Schaller se questionnent sur la place que prennent les maladies chroniques dans la crise économique, financière, institutionnelle et structurelle du système de santé. Mais avant tout, ils souhaitent mieux comprendre les causes profondes de cette crise et expliquent cela par son propre développement, ayant « produit des contradictions qui sont à l'origine des difficultés qu'il connaît » (Huard & Schaller 2010, p. 238). Effectivement, une pratique médicale standardisée, aseptisée et minutée est peut-être une réponse à la prise en charge de masse et surtout à la prise en charge soumise à la gouvernance du système de santé, néanmoins, elle paraît antinomique avec la prise en charge de toutes les pathologies, y compris les douleurs chroniques, dont les principales directives sont recensées par la DGOS (2011) ou l'Inserm (2020). Par exemple, pour la prise en charge de la douleur, les recommandations des experts évoquent la nécessité de favoriser spécifiquement une approche globale du patient, celle que vise l'approche bio-psycho-sociale, faisant partie des recommandations du HCSP (2010). Dans le rapport de l'Inserm (2020), les recommandations résident dans le caractère non médicamenteux de l'approche thérapeutique en première intention, ainsi qu'une approche globale et pluridisciplinaire (Legand & al. 2019, Zanned & al. 2023). Avec évidence, le système de soins, ancré dans la politique de santé globale, représente la principale difficulté à appliquer, sur le terrain, les recommandations de prise en charge. En effet, Lévêque (2022) constate que l'approche conventionnelle dans la prise en charge et le traitement de la douleur chronique demeure celle du « tout-médicament ». Boukerche-Delmotte (2019) parle également d'une forme d'acharnement thérapeutique, dans lequel la médecine peut parfois tomber. « L'arsenal thérapeutique est un modèle. Ce qui peut paraître tout à fait légitime pour certaines douleurs mais pas pour les patients douloureux chroniques, tels que nous les rencontrons au CEDT » (Boukerche-Delmotte 2019, p. 132). C'est le même constat qui est fait par Legand & al. (2019), concernant la prise en charge de la fibromyalgie, qui indiquent que, malgré l'inefficacité des médicaments, ils sont prescrits à 91% des patients fibromyalgiques. Le modèle économique du système de santé peut expliquer cette préférence pour une approche médicamenteuse, en dépit des recommandations pour des approches non médicamenteuses. Avec cette valorisation des actes techniques, dans une logique économique, « on peut s'inquiéter d'une perversion de ces objectifs, apparemment vertueux, au profit d'une logique purement comptable » (Aubry & al. 2023, p. 7). Le système de santé participerait de lui-même aux inégalités de santé des patients douloureux chroniques.

## **Faillite du système public : liberté, égalité, fraternité**

La crise sanitaire de la Covid19 a été un véritable catalyseur, auprès de la population, des apories du système hospitalier qui lui préexistaient et ce, depuis déjà quelques décennies (Aubry & al. 2023). En même temps, la crise s'est révélée être un « étalon majeur d'évaluation des politiques économiques, sociales et environnementales » (Batifoulier & Da Silva 2022, p. 5). L'article de Aubry & al. (2023) explore en profondeur la nécessité d'une révision éthique du système de soins français, exacerbée par la crise. Outre l'évolution historique de la pratique médicale et des avancées techniques, qui ont conduit les médecins à privilégier une approche naturaliste de la maladie et du patient, une crise systémique a néanmoins lieu dans le système de soins français, marquée par une surcharge de travail pour les professionnels de la santé, une dégradation des conditions de travail, et une augmentation des inégalités en matière de santé.

Un système de soins en souffrance, c'est également un personnel soignant en souffrance. Le sénateur Sébastien Pla (2023) se fait porte-parole auprès du ministère de la Santé des conditions de travail du personnel soignant, soumis, de jours en jours, à davantage de surcharge mentale et de travail, dénonçant ainsi des conditions d'exercice déplorables. Heures supplémentaires et accroissement des missions, il s'inquiète de ces soignants démissionnaires, portés à 1 300 entre 2019 et 2020 (J.O. Sénat 2023a). La sénatrice Brigitte Micouneau (2023), quant à elle, interpelle le Ministère sur la souffrance des soignants, dont le risque d'aboutir à un épuisement professionnel s'élève à 50 à 60%. Pour cette raison, elle parle, non pas de crise, qui peut être une opportunité de renouveau, de décision, comme le soulignait Morin (1976), mais d'effondrement du système hospitalier français (J.O. Sénat 2023b). L'effondrement ne laisse pas de place à la créativité. Cette fracture sanitaire a progressivement retiré aux soignants le sens même de leur travail auprès des patients (Houzel, 2023), engendrant de multiples abandons, soldés par des arrêts de travail et des démissions. C'est tout d'abord une perte de sens liée à la déshumanisation des soins qui touche les professionnels de la santé (Canoui 2003) et, dans le contexte actuel de crise, l'absence de reconnaissance et d'utilité sociale (Monnier 2024) touchent à l'identité subjective des soignants. En comprenant que le choix d'exercer dans le

domaine du soin est intrinsèquement liée à l'identité du soignant, la perte de sens au travail peut être un véritable déchirement identitaire, dont le projet politique sanitaire global en est une cause exogène.

## CONCLUSION

L'antinomie entre un projet politique, reposant sur une logique capitaliste, et des recommandations ministérielles de prises en charge, ne tenant pas compte du principe de réalité qu'impose la gouvernance du système de santé, révèle des problématiques systémiques profondes dont on ne peut ignorer les effets sur les prescripteurs de soins et les patients.

Les soignants, médicaux et paramédicaux, sont ce que l'on appelle communément des dommages collatéraux à une ambition politique qui prend la voie de la privatisation économique des établissements de soins (Gallois 2023). Les patients ne sont pas exempts des dommages générés par ce changement de paradigme, qui, outre le coût des assurances privées ou des mutuelles, initie avec vigueur le besoin d'autonomisation et de responsabilisation des patients à l'égard de leur santé (Batifoulier & Da Silva 2022). Ce qui est alors problématique, c'est que le patient se retrouve réduit à sa seule volonté consciente de prendre soin de lui, promouvant « un comportement entrepreneurial des patients » (Batifoulier & Da Silva 2022, p. 8) et amenant une stigmatisation de ceux qui ne prendraient pas soin d'eux.

### Références :

- Abecassis P., Coutinet, N., Juven, P.A., Vincent, F. (2019), La santé, un business ? In Fondation Copernic, *Manuel indocile de sciences sociales*, Paris, La Découverte, p. 142-150.
- Agrinier N. & Rat A.C. (2010), Quelles définitions pour la maladie chronique ? *ADSP*, 72.
- Anthony D., Sébastien M., Théo C. (2021), Synthèse des recommandations de traitements kinésithérapiques pour la prise en charge de patients présentant une pathologie impliquant de la douleur, *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 22, 4, p. 163-174.
- Askenazy P., Dormont B., Geoffard P.Y., Paris, V. (2013), Pour un système de santé plus efficace, *Notes du conseil d'analyse économique*, 8, 8, p. 1-12.
- Aubry R., Desgrées du Loû A., Guimier L. (2023), Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives, *ADSP*, 121, 1, p. 6-9.
- Bastuji H. & al. (2020), *Fibromyalgie*, Rapport de recherche, Inserm, p. 883.
- Batifoulier P. & Da Silva, N. (2021), L'économie encastrée dans la santé. Introduction au dossier, *Revue Française de Socio-Économie*, 26, 1, p. 13-26.
- Batifoulier P. & Da Silva N. (2022), L'État et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire, *Économie et institutions*, 30-31, p. 1-22.
- Benallah S. & Domin J.P. (2017), Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? *La Revue de l'Ires*, 9192(1), p. 155-183.
- Bloch J. (2010), Importance du problème : Fréquence, contribution des différentes pathologies, *ADSP*, 72, p. 14-18.
- Bondil X., Haye M.H., Dritsch N. (2023), Questionner la finalité du système de santé : Approche politico-économique, *Éthique & Santé*, 20, 3, p. 188-192.
- Bonnici B. (2021), *La politique de santé en France*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Bontoux D., Autret A., Jaury P., Laurent B., Levi Y., Olié J. P. (2021), La relation médecin-malade, *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205, 8, p. 857-866.
- Boukerche-Delmotte N. (2019), *Clinique et politique de la douleur*, Paris, L'Harmattan.
- Briançon, S., Guérin, G., Baudier, F., Guérin, G., Leo, M., & Sandrin-Berthon, B. (2010), Les maladies chroniques, *ADSP*, 72, p. 1-4.
- Canouï P. (2003), La souffrance des soignants : Un risque humain, des enjeux éthiques, *InfoKara*, 18, 2, p. 101-104.
- C.N.S. (2013, 17 septembre). *Avis du 17.09.13 sur le projet de programme national douleur (2013-2017)*.
- Collectif & Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD) (2017), *Livre Blanc de la douleur*, Paris, Med-Line.

- DGOS (2024, 16 septembre). *Douleur: L'action des pouvoirs publics*. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/douleur-l-action-des-pouvoirs-publics>.
- Domin J.-P. (2021), Monopole mutualiste versus concurrence dans le secteur de la prévoyance complémentaire, Retours sur un débat méconnu (1983-1985), *Revue Française de Socio-Économie*, 26, 1, p. 67-86.
- Domin J.-P. & Raully A. (2023), Chapitre 55. Dérégulation de l'hôpital : Le symptôme d'un nouveau régime de santé, *In Boyer R, Chanteau JP, Labrousse A, Lamarche T (Eds.), Théorie de la régulation, un nouvel état des savoirs*, Paris, Dunod, p. 455-461.
- Engel, G. L. (1977), The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science*, New-York, 196(4286), p. 129-136.
- Eymard C. (2010), Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique, *In Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C (Eds.). Éducation thérapeutique du patient Modèles, pratiques et évaluation*, INPES, p. 39-53.
- Fischer G.N. & Tarquinio C. (2014), Chapitre 7. L'observance thérapeutique, *In Fischer GN, Tarquinio C (Eds.), Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris, Dunod, p. 163-187.
- Gallois F. (2023), *Une analyse régulationniste des dynamiques de marchandisation des systèmes de santé, éclairage par le care*, Mémoire pour l'habilitation à la direction de recherche, Université de Reims Champagne-Ardenne.
- Gori R. & Del Volgo M.J. (2005), *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- Gos L., Staquet C., Libbrecht D., Bonhomme V. (2023), Fibromyalgie, où en est-on en 2023 ?, *Revue Médicale de Liège*, 79, 5, p. 305-314.
- Gouarné I., Hauchecorne M., Labrousse A., Monneau E., Vion A. (2021), Le capitalisme au temps de la pandémie, entre rupture conjoncturelle et approfondissement structurel de la logique (néo)libérale. Entretien avec Bruno Théret, *Politix*, 134, 2, p. 109-128.
- Guillen A.S., Guillen A., Combres L. (2020), Quelle place pour la subjectivité du malade dans la pratique médicale ? *Éthique & Santé*, 17, 2, p. 65-70.
- Haut Conseil de la Santé Publique (2013), Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011, *Rapport de l'HCSP*, p. 1-131.
- Hertzog S. (2023), *La résistance thérapeutique dans la douleur chronique nociplastique : De la relation mère-enfant à la relation médecin-patient. Expériences subjectives de femmes fibromyalgiques*, Thèse de psychologie, Université de Strasbourg.
- Hertzog S. & Razon L. (2020), Les douleurs chroniques résistantes : Quand l'inconscient prend corps dans le colloque médecin-patient. *Douleur et Analgésie*, 33, 2, p. 1-6.
- Hiridjee K. (2022), Sans blouse, ni stéthoscope, *Le Carnet PSY*, 252, 4, p. 3-3.
- Houzel D. (2023), Comité Consultatif National d'Éthique. Pour les sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), Avis 140 : Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspective, octobre 2022, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 13, 2, p. 530-533.
- Huard P. & Schaller P. (2010), Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques—1 Problématique, *Pratiques et Organisation des Soins*, 41, 3, p. 237-245.
- Instruction DGOS/PF2 n°2011-188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique - AHP DAJDP.
- Israël L. (2005), *Le médecin face au désir*, Paris, Erès-Arcanes.
- J.O. Sénat. (2022a, janvier 20), *Plan douleur*, Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ22012085S.html>
- J.O. Sénat. (2022b, août 4), *Prise en charge de la fibromyalgie en affection de longue durée*, Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ220802122.html>
- J.O. Sénat. (2023a, février 2), *Souffrance au travail des professionnels de santé en milieu hospitalier*, Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230205004.html>
- J.O. Sénat. (2023b, août 3), *Inquiétante situation du personnel soignant*, Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230808123.html>
- Jones E.A., Asaad F., Patel N., Jain E., Abd-Elseyed A. (2024), Management of Fibromyalgia : An Update, *Biomedicine*, 12, 6, p. 1-13.
- Kachaner A., Harim M., Alice C., Trouvin AP., Avouac J., Piot MA., Ranque B. (2023), Comparaison du parcours de soins de patients atteints de fibromyalgie à celui de patients atteints de rhumatismes inflammatoires caractérisés, dans une approche centrée sur le patient, à l'aide d'une analyse quantitative et qualitative, *Rev Med Interne*, 44, p. 122.
- Kachaner A., Lemogne C., Ranque B. (2024), Prise en charge psychocorporelle des troubles somatiques fonctionnels, *Rev Med Interne*, In Press.

- Lamouroux A., Magnan A., & Vervloet D. (2005), Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : De quoi parlons-nous ?, *Revue des Maladies Respiratoires*, 22, 1, 31-34.
- Legand M., Brennstuhl M.J., Machado J., Peter L., Vismara L., Tarquinio C. (2019), Prise en charge psychothérapeutique de la fibromyalgie : Une revue systématique, *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 20, 3, p. 89-108.
- Lévêque M. (2022), *Libérons-nous de la douleur Les nouvelles techniques pour sortir du scandale de la douleur et du tout-médicament*, Paris, Buchet-Chastin.
- LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (J.O.11 août 2004).
- Marin C. (2010), La maladie chronique ou le temps douloureux, *In Hirsch E. (Ed.), Traité de bioéthique*, Paris, Erès, p. 119-129.
- Marin I. (2023), Plutôt mourir que souffrir, une rupture anthropologique. Ou comment le refus de la douleur fait souffrir, *Revue française de psychosomatique*, 63, 1, p. 79-91.
- Martinez V., Dualé C., Dallel R., Rostaing S. (2023), Menaces sur la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique en France : Une formation et des structures douleur chronique fragilisées, *Douleur et Analgésie*, 36, 1, p. 25-36.
- Masquelier, E. (2023), La douleur nociplastique, *Louvain médical*, 142, p. 9.
- Monnier A. (2024), Le sens du travail en mouvement : Apports des démarches narratives en temps de crises, *VST - Vie sociale et traitements*, 161, 1, 28-34.
- Morin E. (1976), Pour une crisologie. *Communications*, 25, 1, p. 149-163.
- Nessib D.B., Kharrat L., Ferjani H., Zeineb F., Triki W., Kaouther M., Dhia K., Wafa H. (2022), Prise en charge thérapeutique de la fibromyalgie : Rhumatologues face à un vrai challenge ! *Revue du Rhumatisme*, 89, p. 153-154.
- Queneau P., Serrie A., Trèves R., Bontoux D. (2018), Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades, *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 19, 6, p. 265-272.
- Révah-Lévy A. & Verneuil L. (2016), *Docteur, écoutez!*, Paris, Albin Michel.
- Sebai J. (2015), L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ?, *Santé Publique*, 27, 3, p. 395-403.
- Vergne-Salle P., Pouplin S., Loupret T. (2023), Traitement non-pharmacologique de la douleur chronique au cours des rhumatismes inflammatoires, *Revue du Rhumatisme*, 90, 3, p. 328-333.
- Zanned S., Bouden S., Rouached L., Ben Tekaya A., Mahmoud I., Tekaya R., Saidane O., Abdelmoula L. (2023), Traitement médicamenteux versus traitement non médicamenteux au cours de la fibromyalgie, *Revue du Rhumatisme*, 90, p. 306-307.





# Le capital humain

## Un indice des enjeux biopolitiques contemporains

---

**Charlotte COLLET**

Psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique et psychopathologie  
Laboratoire Interdisciplinaire Récits, Cultures et Sociétés, UPR 3159 Université Côte d'Azur

[charlotte-collet@outlook.fr](mailto:charlotte-collet@outlook.fr)

### Résumé

Le projet de la Banque mondiale sur le capital humain soutient une innovation majeure dans la prise en charge institutionnelle de l'homme, que nous abordons comme un projet de *réforme du vivant* comprenant le calcul d'un indice qui s'attèle, non pas à un individu, mais à un pays, faisant monter le grade des enjeux biopolitiques. Les spéculations socio-biologico-économiques dérivées de ces calculs s'étaient sur une promotion de la santé comme « bien commun », voire comme « bien de l'humanité », influant une gestion intergouvernementale du système de santé, et ce, afin de contribuer à optimiser la productivité, et collatéralement, la croissance économique de l'ensemble des pays du monde. En partant du postulat structuraliste de l'influence des discours sur les pensées et les comportements, ces constats nous amènent à questionner l'influence de cette approche globalisante sur la conception de l'homme ainsi que sur la dynamique contemporaine du système de santé.

### Abstract

#### ***Human Capital: an Indicator of Contemporary Biopolitical Issues***

The World Bank's Human Capital Project supports a major innovation for the institutional management of the human, which we approach as a *Life Reform Project* involving the calculation of an index that focuses, not on an individual, but on a country, raising the biopolitical stakes. The socio-biological-economic speculations derived from these calculations are underpinned by the promotion of health as a "common good", and even a "good of humanity", influencing intergovernmental management of the healthcare system, in order to help optimize productivity, and collaterally, economic growth in all countries of the world. Starting from the structuralist premise of the influence of discourse on thought and behaviors, these findings lead us to question the influence of this globalizing approach on the conception of the human and the contemporary dynamics of the healthcare system.

### Mots-clés

Capital humain – Biopolitique – Banque Mondiale – Système de santé

### Keywords

Human Capital – Biopolitics – World Bank – Health System

## INTRODUCTION

À l'orée du XVIII<sup>e</sup> siècle, les avancées sociétales et techno-scientifiques précipitent le développement d'un intérêt médical et politique autour du perfectionnement de l'espèce humaine ; des ouvrages sont publiés à ce sujet (Faiguet 1763 ; Vandermonde 1756), faisant de la santé de l'individu un bien précieux, sa préservation et son optimisation : un projet d'ordre médical, politique et économique. Michel Foucault s'est penché sur les relations tissées par ces trois instances de pouvoir, relevant une progressive *politisation du vivant* mise en exergue dans son concept de

biopolitique (1975-1976), qu'il situe comme émergeant dans la deuxième moitié du XVIIIème, période au cours de laquelle se met en place une médecine de l'hygiène publique qui s'intéresse, non pas directement à l'individu, mais à la population.

La population est la cible de la biopolitique que Foucault présente comme une technologie de pouvoir visant à contrôler et agir sur le vivant ; un contrôle effectué à partir des données statistiques qui permettent de catégoriser les individus par le calcul de divers indices, comprenant les taux de natalité, morbidité, mortalité, ... conjointement à la mise en place de dispositifs ayant la capacité d'influer sur leur devenir. Ainsi s'élabore une forme d'*industrie du vivant* qui serait une entreprise post-moderne de la « bonne santé », et qui, actuellement, est en proie aux effets de la mondialisation ainsi que du néolibéralisme.

Le néolibéralisme, que nous pouvons appréhender comme une mutation perverse du classique libéralisme, « suggère que le bien-être de l'être humain repose essentiellement sur la libéralisation et le renforcement des initiatives individuelles dans un contexte institutionnel caractérisé par des droits forts à la propriété privée ainsi que par la liberté des marchés et des échanges » (Harvey 2005) ; *in fine*, il vise à instaurer un climat propice à la capitalisation en ouvrant les vannes qui, jusqu'alors, limitaient son expansion. Sa diffusion au sein des pays occidentaux a induit des modulations systémiques majeures, notamment dans le domaine de la santé où la prévalence d'enjeux financiers nous semble avoir produit une désubstantialisation de l'homme, par sa réduction à des données à la fois biologiques et économiques.

Ces données sont utilisées par les grands organismes qui façonnent le devenir du système de la santé dans le monde : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale, le Fonds Monétaire International, ou encore l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). La majorité de ces institutions soutient une modélisation néolibérale de ce système, comprenant un chiffrage de l'humain que nous retrouvons poussé à son paroxysme dans le concept économique de capital humain ; initialement théorisé par deux économistes américains dans les années soixante : Théodore Schultz (1961) puis Gary Becker (1964), il s'est trouvé au centre des projets de la Banque mondiale et de l'OCDE relatifs à la productivité et la croissance économique.

Dans ce travail, notre intérêt va se porter sur le projet de la Banque mondiale paru en 2018 et intitulé : « The Human Capital Project » (World Bank 2018), dans lequel est soutenue une innovation majeure pour la prise en charge de l'homme. Ce projet, que nous abordons comme une *réforme du vivant*, comprend le calcul d'un indice du capital humain qui s'attèle, non pas à un individu, ni même à une population, mais à un pays, faisant monter le grade des enjeux biopolitiques. Les spéculations socio-biologico-économiques s'étaient sur une promotion de la santé comme « bien commun », voire comme « bien de l'humanité », devant s'appuyer sur une gestion intergouvernementale du système de santé, et ce, afin de contribuer à l'amélioration de la productivité et croissance de l'ensemble des pays du monde.

En partant du postulat structuraliste de l'influence des discours sur les pensées et les comportements, ces constats nous amènent à questionner l'influence de cette approche globalisante sur la conception de l'homme ainsi que sur la dynamique contemporaine du système de santé. Cette dynamique tend à faire de ce système un « bien » économique, et de ce fait, un sous-système de l'économie mondiale du marché.

Pour répondre à cette hypothèse, dans un premier temps, nous poserons les jalons théoriques en reprenant les définitions de « système » et de « santé », pour en arriver à une conceptualisation générale du « système de santé ». Dans un second temps, nous aborderons la biopolitique et ses enjeux contemporains, à l'œuvre dans les récents projets élaborés autour du capital humain. L'étude de cette notion de capital humain sera le troisième temps de ce travail : nous l'envisageons comme la figure angulaire de la néolibéralisation de l'homme à partir de sa santé ; un modèle néolibéral qui, en dernière instance, sera mis en lumière par un exemple pratique qui est la prise en charge chirurgicale de l'obésité.

## LE SYSTÈME POUR UNE SANTÉ GLOBALISÉE

L'étymologie grecque de « système » est *sunistenai*, traduit en français par : « placer ensemble, grouper, unir », qui s'accorde à la définition dictionnaire le désignant comme « un ensemble d'éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé » (Lalande 1926). Toutefois,

cette organisation n'est pas pérenne, en tant que « les caractéristiques de structure du système (sa masse, sa force, sa cohésion interne) vont se modifier dans le temps et dans l'espace [...] » (Teil 2000) ; sa particularité est donc sa malléabilité, son caractère évolutif, notamment par sa dépendance à un environnement qui le détermine et peut être mouvant. Dès lors, opérer une lecture de l'environnement au sein duquel il évolue permettrait de saisir les lignes de fuite qui peuvent se révéler dans le temps, car bien que structuré et porté par des objectifs, il n'a pas de continuité prédéfinie.

L'analyse du couplage *système-environnement* nous guiderait vers sa dynamique. Dans un système créé par l'homme, comme celui de la santé, les deux éléments qui nous semblent représentatifs de son environnement sont : la tendance politique – comprenant les décideurs gouvernementaux qui en chapeautent les liaisons élémentaires – et la population à qui s'adresse le système. Dès lors, sa modélisation structurelle se rapprocherait d'une arborescence où, au plus haut niveau, se trouve le politique, puis en deçà : le système et les sous-systèmes qui fonctionnent en interdépendance. Par exemple, en France, le système de santé s'appuie sur différentes sous-structures : sanitaires, médico-sociales et sociales, ambulatoires, etc. dans l'objectif d'apporter « une prise en charge globale de la personne »<sup>1</sup>.

Cette *prise en charge globale* nous semble faire office de directive sous-jacente à la globalisation de la santé, comme le propose l'OMS dans sa définition devenue consensuelle, qui fonde le paradigme de la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1948). Cette approche totalisante se repère dans l'utilisation du terme « complet », l'ajout de la composante « sociale », l'« absence de maladie ou d'infirmité » qui ne suffit plus désormais à attester un état de bonne santé ; ce dernier élément est particulièrement saisissant car il va à l'encontre d'une représentation communément admise qui envisage la maladie comme principale responsable de la perte de santé.

## LA REPRÉSENTATION DE LA SANTÉ : UN MARQUEUR DE LA CONCEPTION DE L'HOMME

Le terme de « santé » provient du latin *sanitas*, qui nous mène à *la bonne santé du corps et de l'esprit* ; son diminutif *sanus* signifie « sain », également : « raisonnable, sensé, sage » (Pichot 2008). À partir de ces traductions étymologiques, la santé peut se définir comme *l'état sain d'un individu, comprenant à la fois son corps et son esprit*. Du côté du corps, elle s'oppose à la maladie, du côté de l'esprit, c'est la raison et la sagesse qui s'opposent à la déraison et à la folie. Cette dualité entre le *sain* et le *malsain* est à l'origine de nombreuses controverses qui seront reprises par le médecin et philosophe Georges Canguilhem dans son célèbre ouvrage : « Le normal et le pathologique » (1966).

Dans cet écrit, Canguilhem relève les apories gravitant autour de la santé, à partir de la mise en exergue des différentes approches de la maladie ; pour en citer deux : celle du positiviste Auguste Comte qui se réfère au principe de Broussais établissant que « les phénomènes de la maladie coïncident essentiellement avec ceux de la santé dont ils ne diffèrent jamais que par l'intensité » (*Ibid.*), l'envisageant du côté d'une hyper/hypo excitation tissulaire (Comte 1852), à savoir : sous l'angle du *quantitatif* ; et celle du médecin Claude Bernard qui l'aborde dans une continuité normal/pathologique (-a/dys) (1947), donc *qualitative*, mais en impliquant une variabilité des degrés qui reposerait, *in fine*, sur du quantitatif.

Pour Canguilhem, la maladie, ou plutôt sa « menace », serait « l'un des constituants de la santé », sous la perspective que « [...] l'homme sain ne devient pas malade en tant que sain. [...], car il n'est malade qu'autant que sa santé l'abandonne et en cela il n'est pas sain. [...]. Sa santé est un équilibre qu'il rachète sur des ruptures inchoatives » (1966). Ces ruptures seraient inévitables, induites par une dynamique de forces contraignant l'homme à s'adapter aux besoins de son organisme, à son environnement. Cette adaptation répond au principe de l'homéostasie, faisant écho à la célèbre définition du chirurgien René Leriche : « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » ; un silence se faisant le signe d'un état de constance tributaire de la bonne santé, la maladie étant

---

1. Cet extrait est tiré de la définition gouvernementale du Système de santé, disponible à l'adresse suivante : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social> (consulté le 14/07/2023).

comprise comme « [...] ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations et surtout ce qui les fait souffrir » (1936).

L'ensemble de ces définitions met en lumière toute la complexité s'accrochant à la représentation de la santé, changeante au gré des époques et des approches. Dès lors, la consensuelle complétude bio-psycho-sociale qui caractérise la santé selon l'OMS apparaît comme profondément novatrice, et donc : révolutionnaire, d'une part, par sa distinction d'avec les représentations de la santé communément admises depuis des siècles, d'autre part, par l'impératif de complétude globale qui la sous-tend.

Cette grille de lecture ne peut manquer de produire des effets sur la conception de l'homme ainsi que sur la façon dont ce dernier est appréhendé par le médical. Nous présumons que l'un des effets majeurs est de faire primer la composante pathologique de son existence, ce qui, corollairement, décuplerait la valeur de sa santé. En effet, qui peut prétendre se situer dans cet état de « complet bien-être » ? Cette condition ne semble pouvoir être atteinte que sporadiquement, ce qui ferait de nous, la majorité du temps, des individus en état de souffrance, et donc, malades.

## DYNAMIQUE DES ENJEUX BIOPOLITIQUES CONTEMPORAINS

Comme le souligne l'OMS, la santé est « [...] soumise à des risques importants et imprévisibles [...] et elle ne peut pas s'accumuler comme les connaissances et compétences » qui, comme nous le verrons, font partie du capital humain ; ce qui fait d'elle un « bien inaliénable » (2000), à préserver à tout prix ! C'est ainsi que la santé apparaît sous son deuxième versant : elle est collective, comprise comme une ressource majeure pour le *bien de l'humanité*, « [...] une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États » (OMS 1946).

La santé collectivisée est l'objet de la biopolitique que Foucault présente dans ses cours au collège de France comme *une technologie de pouvoir centrée sur la population*, ce qui le conduit à la distinguer de l'anatomo-politique : celle-ci est apparue plus tôt, entre le XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècle, et il la définit comme réunissant « des techniques de pouvoir [...] essentiellement centrées sur le corps, sur le corps individuel » (1975-1976). Nous y retrouvons les méthodes de dressage, d'optimisation des capacités physiques, ainsi que la surveillance par agencements architecturaux visant à contrôler les comportements individuels – typiquement, le fameux panoptique de Bentham. Si l'anatomo-politique s'adresse à « l'homme-corps », nous dit Foucault, la biopolitique s'adresse quant à elle « [...] à l'homme vivant, à l'homme être vivant ; à la limite, si vous voulez, à l'homme-espèce » (*Ibid.*).

La combinaison de ces deux technologies de pouvoir potentialise leurs effets ; cependant, à l'ère de la mondialisation, les enjeux biopolitiques priment sur l'ensemble, nous laissant percevoir le statut particulier de « [...] la population comme problème politique, comme problème à la fois scientifique et politique, comme problème biologique et comme problème de pouvoir, [...] » (*Ibid.*). C'est à cette *population-problème* que la biopolitique s'adresse, à dessein d'entraver les dits problèmes en créant des lignes directrices pour préserver et allonger la vie, l'optimiser, du moins, instaurer des conditions optimales pour l'obtention et le maintien de la « bonne santé » allant de pair avec une perpétuation de la « bonne vie ».

C'est sous ce principe de la « bonne vie » qu'il est possible de penser la population comme faisant *problème*, et comme nous le verrons dans la partie sur le capital humain, comme faisant problème socio-économique. Toutefois, il convient d'examiner les conditions de cette bonne vie à notre époque : nous la pensons liée à cette définition de la « santé globale » véhiculée par l'OMS, qui porte en elle la lutte contre les maux qui menacent le bien de l'humanité, mais aussi le marché...

## LA « POPULATION-PROBLÈME » POUR LA BIOPOLITIQUE NÉOLIBÉRALE

En suivant ce postulat, une population devrait être considérée comme problématique à partir du moment où elle dérégule le bon fonctionnement d'un système orienté vers la productivité et l'efficacité de l'*homme-espèce*, à des fins lucratives. Dès lors, un type de *population-problème* serait celui que les analyses démographiques identifient comme improductif et/ou source de pertes économiques ; sont essentiellement visées les pathologies à la croissance exponentielle et prédominantes à l'échelle mondiale, pour en citer quelques-unes : les maladies cardiovasculaires,

respiratoires et auto-immunes, les cancers, le diabète, l'obésité, les addictions, etc. Ces pathologies affectent la productivité d'un pays, et bien que « non transmissibles », certaines, comme l'obésité que nous examinons plus loin, se trouvent qualifiées d'« épidémies ».

Le statut d'épidémie fonde la puissance de la biopolitique contemporaine, par l'état d'urgence et de crise sanitaire qu'il appelle et qui confère aux systèmes mondiaux de la santé la possibilité d'agir au pied levé et d'instituer des dispositifs contraignants, voire pouvant aller à l'encontre de certains droits individuels. La gestion de la crise sanitaire de la covid-19 en Occident nous semble en avoir été un exemple probant, avec le modèle chinois comme référence : la mise en application de mesures liberticides, avec l'assentiment docile du peuple, a permis de limiter la diffusion du virus, mais semble avoir encouragé les tentations de certains pays démocratiques pour l'autoritarisme.

À l'ère où la santé du collectif semble désormais primer sur celle de l'individu, au sein des pays démocratiques, cette délicate transition ne peut fonctionner qu'en exigeant de l'individu une haute responsabilité envers sa collectivité. Ainsi, les enjeux se trouvent définis comme à la fois collectifs et individuels, orientés vers le « bien commun », notion leitmotiv qui associe le terme « bien », que nous pouvons saisir sous sa valence philosophique et économique, à celui de « commun » dans lequel se fait entendre la massification normative : le « comme-un » que cherche à atteindre la biopolitique revisitée par le néolibéralisme.

C'est sous le précepte de la norme et de la globalisation que nous envisageons l'intérêt des grands organismes pour la notion de capital humain qui, comme nous allons le voir, est utilisée pour créer des normes en accord avec des projets de performativité humaine et de rentabilité socio-économique, dans lesquels la santé tient une place primordiale.

## LE CAPITAL HUMAIN : UN INDICE GLOBAL DE LA PRODUCTIVITÉ INDIVIDUELLE

Le capital humain est un concept économique<sup>2</sup> théorisé par Théodore Schultz en 1961 puis modélisé par Gary Becker trois ans plus tard. Il représente les ressources intellectuelles, cognitives et physiques acquises par un individu depuis sa naissance, qui lui ont servi à optimiser sa productivité. Son évaluation s'effectue à partir de calculs mathématiques qui définissent la rentabilité des compétences acquises, également : la force productive. Pour Becker, « l'éducation, les cours d'informatique, les dépenses en soins médicaux et les conférences [...] sont également du capital en ce sens qu'ils améliorent la santé, augmentent les revenus ou permettent à une personne d'apprécier la littérature pendant une grande partie de sa vie » (1964).

L'investissement dans des activités qui augmentent le capital humain induit parallèlement la possibilité de prétendre à une source de revenu fiable et à se délester de tâches professionnelles pénibles ; la personne étant perçue comme plus apte à entreprendre des travaux intellectuels et/ou de réflexion, ainsi qu'à transmettre de nouvelles connaissances pour augmenter le capital humain d'autres individus. Son externalité positive<sup>3</sup> conduit Schultz à le considérer comme « le trait le plus distinctif de notre système économique [...]. Sans lui, il n'y aurait que le travail manuel dur et la pauvreté, [...] » (1961).

Toutefois, un fait important est que le capital humain ne peut être considéré comme un stock de compétences, c'est une *capital flexible* qui peut évoluer ou diminuer s'il n'est pas entretenu. En effet, les connaissances et compétences fructifient au gré des actions, et surtout, de la motivation de l'individu ; un ensemble d'éléments propice à la création d'un cercle vertueux. Par exemple, une personne se rendant à une conférence littéraire pourrait être amenée à s'intéresser à une œuvre présentée, et a posteriori, à faire des recherches à son sujet et acquérir de nouvelles connaissances et/ou centres d'intérêts, ce qui induirait, collatéralement, l'évolution d'autres capitaux.

D'après de nombreuses études, ce cercle vertueux aurait des effets bénéfiques sur la santé ; c'est du moins ce que laissent transparaître les recherches autour de l'*incorporation biologique du social* (Kriener 2005 ; Hertzman 2012 ; Blane, Kelly-Irwing & al. 2013) qui représente « la façon dont une personne incorpore biologiquement le milieu

---

2. Sur cette thématique, les précurseurs sont les économistes de l'École de Chicago – réputés soutenir et défendre des principes économiques néolibéraux – dont les plus connus sont Milton Friedman, Jacob Mincer et Sherwin Rosen.

3. En science économique, l'externalité désigne les effets de l'activité d'un agent sur un autre, sans qu'il y ait de compensation ni contrepartie marchande.

dans lequel elle vit, [...] incluant l'environnement physique et chimique mais aussi social et psychologique », et qui aurait une influence sur « la santé mais aussi le bien-être, l'apprentissage, les comportements tout au long de la vie » (Delpierre, Castagné & al. 2018), un ensemble de domaines faisant partie du capital humain. Cette incorporation fait consister un « gradient social de santé qui renvoie au fait que plus on s'élève dans la hiérarchie sociale meilleur est l'état de santé » (*Ibid.*). Sur ce sujet, les recherches dans le domaine de l'épidémiologie sociale et de l'épigénétique sont abondantes, car la découverte d'indices probabilistes, même *in-utero*, permettrait d'initier des dispositifs pour améliorer la condition humaine, *in fine*, pour augmenter le capital humain.

Les défenseurs des projets biopolitiques néolibéraux vantent l'intérêt des réformes pour le développement du capital humain, ce dernier prenant la valeur d'un gain pour l'humanité, comme le souligne Schultz en conclusion de son article majeur sur ce thème, citant le passage d'un ouvrage de William Faulkner : « Il y a une scène matinale dans *L'intrus dans la poussière* de Faulkner, d'un pauvre cultivateur solitaire au travail dans un champ. Permettez-moi de paraphraser cette phrase : "*l'homme sans compétences et sans connaissances penche fortement vers le néant*" » (1961). Cette aspiration vers le néant, pouvant être comprise comme le gouffre abyssal dont la plongée équivaldrait à la mort, est la conséquence du désintérêt de ce *pauvre cultivateur* pour les idéaux de progrès porteurs de la vie, ce qui l'inclurait dans la catégorie de *population-problème* pour le néolibéralisme : complaisance pour des tâches physiques pénibles et redondantes, solitude associée à une forme d'auto-suffisance, indisposition à la cupidité...

## LES PROJETS DE L'OCDE ET DE LA BANQUE MONDIALE POUR LE CAPITAL HUMAIN

Depuis la fin des années 1990, l'OCDE qui est un organisme international d'études économiques et sociales qui comprend 37 pays membres, essentiellement des pays riches, s'intéresse au capital humain pour répondre à son projet de « réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays membres [...] » (1998). Il définit le capital humain comme l'ensemble des « connaissances, qualifications, compétences et autres qualités possédées par un individu et intéressant l'activité économique », également comme ce qui « constitue un bien immatériel qui peut faire progresser ou soutenir la productivité, l'innovation et l'employabilité » (*Ibid.*). Ainsi, plusieurs paramètres constituent le capital humain, à partir de compétences appréciables selon un indice qui évalue les capacités productives et le potentiel retour sur investissement. En effet, pour l'OCDE, le capital humain est co-dépendant de l'économie : l'Organisation préconise des investissements dans le domaine de la santé, de l'éducation et dans la formation continue, des modules qui participent au développement et à l'entretien du capital humain, et ce, toute la vie durant.

C'est plus tardivement que la Banque mondiale s'est intéressée au capital humain. Historiquement, cette institution internationale a été créée à la fin de la Seconde Guerre mondiale, dans le but de venir en aide à certains pays impactés par la guerre. Par la suite, l'un de ses grands projets, toujours d'actualité, est devenu la lutte contre la pauvreté dans le monde. À ce jour, elle est l'un des organismes les plus influents dans ce domaine et multiplie ses campagnes sanitaires dans des pays en difficultés socio-économiques, notamment en Égypte avec la campagne « 100 millions de vies saines » ainsi qu'au Sri Lanka avec son projet de « centres pour une vie saine ».

C'est en 2018 que la Banque mondiale publie « The Human Capital Project », un plaidoyer pour le capital humain dont le postulat princeps est qu'« en renforçant leurs aptitudes, leur santé, leurs connaissances, leur résilience – bref, leur capital humain – les individus peuvent être plus productifs, flexibles et créatifs » (World Bank, 2018). Dans ce projet, elle présente son propre *Indice de Capital Humain* (ICH) défini comme « une mesure internationale qui permet d'évaluer les principales composantes du capital humain dans les différentes économies » (World Bank 2021) et « conçu pour décrire le niveau de capital humain qu'un enfant né aujourd'hui peut espérer atteindre à 18 ans » (2018). La teneur spéculative de l'ICH fait toute sa particularité qui est d'estimer, non pas le capital d'un individu, mais *le niveau de productivité d'un pays* à partir de l'évaluation de trois principales composantes : les chances de survie, la scolarité et la santé de sa population.

Cette échelle de mesure mondialisée lui a permis de classer 157 pays, à partir d'un ICH dont la valeur se situe entre 0 et 1. Pour donner un ordre de mesure, le classement de 2020 situe Singapour en première position avec un ICH de 0,88 ; en dernière position, nous retrouvons la République Centrafricaine avec un indice de 0,29. Quant à la

France, son indice de 0,76 lui vaut une place convenable. Nous avons regroupé ces mesures en tableau, tel que nous le trouvons dans le rapport publié en 2020 par la Banque mondiale.

L'Indice de Capital Humain et ses composantes, 2020									
Économie	Chances de survie jusqu'à 5 ans	Années de scolarité escomptées	Acquis scolaires harmonisés	Années d'une scolarité de qualité	Taux de survie à l'âge adulte	Proportion d'enfants de moins de 5 ans de taille normale	Indice de capital humain		
							Limite inférieure	Valeur	Limite supérieure
<b>Singapour</b>	1,00	13,9	575	12,8	0,95	–	0,87	<b>0,88</b>	0,89
<b>France</b>	1,00	13,8	510	11,3	0,93	–	0,75	<b>0,76</b>	0,77
<b>République Centrafricaine</b>	0,88	4,6	369	2,7	0,59	0,59	0,26	<b>0,29</b>	0,32

Les principales distinctions que nous repérons entre Singapour et la France concernent la scolarité. Pour la République Centrafricaine, les années de scolarité sont faibles et le taux de survie à l'âge adulte inférieur de plus de 30 points à Singapour, ce qui diminue considérablement les attentes en termes de productivité à l'âge adulte. Au regard du calcul de ces modalités, la République Centrafricaine s'avère le pays le moins productif du monde, par ses fortes carences relevées en matière d'éducation et de santé.

L'ICH rendrait compte de deux types de pays : le *productif* qui est en capacité de faire fructifier son activité économique et le *déficitaire* qu'il conviendrait de soutenir, voire de réformer en investissant dans des dispositifs de développement du capital humain, l'objectif étant d'établir une prise en charge institutionnelle de l'homme, et ce, dès la naissance. Toutefois, bien que l'ICH puisse orienter les placements financiers, ces derniers restent soumis aux aléas, comme la crise sanitaire de la covid-19 a pu le mettre en évidence. En conséquence, les investisseurs sont frileux, au regard des répercussions économiques qui restent spéculatives, perceptibles seulement sur le long-terme, en tant qu'« investir dans le capital humain des jeunes enfants n'est économiquement rentable qu'une fois ces enfants devenus des adultes actifs » (World Bank 2018), soit environ 20 ans plus tard. Mais pour argumenter ces indices probabilistes, la Banque mondiale fournit des cas pratiques mettant en lumière des investissements à faibles coûts avec des retombées économiques majeures ; par exemple, une étude réalisée au Kenya qui « a montré que le déparasitage des enfants réduisait les absences à l'école et accroissait le salaire à l'âge adulte de pas moins de 20 %, le tout grâce à une pilule dont la production et la fourniture coûtent 25 cents » (*Ibid.*).

Ces données nous paraissent soutenir un projet de réforme du vivant ciblant la période de l'enfance où la malléabilité physique et psychologique permet un conditionnement durable, ce qui tend à faire valoir une rentabilité des investissements dans le domaine de l'éducation, la scolarité et la santé – cette dernière composante étant considérée comme essentielle au développement du capital humain. Ces éléments nous amènent à questionner la visée de la biopolitique néolibérale qui porte les projets sur le capital humain, stimulant cette recherche de la *santé totale* qui se conjonduirait à une *rentabilité optimale*.

## CAS PRATIQUE : OBÉSITÉ ET CAPITAL HUMAIN

Depuis quelques décennies, l'obésité ne cesse de s'étendre dans l'ensemble des pays du monde, et le recensement effectué par l'OMS en 2022 estime 2,5 milliards d'adultes touchés par le surpoids, dont 890 millions à un stade d'obésité. Elle est considérée comme faisant partie des pathologies non transmissibles rattachées à des facteurs

environnementaux, avec un diagnostic établi à partir du calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui repose sur la division de la valeur du poids en kg avec celle de la taille mise au carré. Le seuil de l'obésité correspond à un IMC égal ou supérieur à 30kg/m<sup>2</sup>, la norme étant comprise entre 18,5 et 25kg/m<sup>2</sup>.

Annette Dixon, vice-présidente de la Banque mondiale pour le développement humain, rend compte de l'intérêt d'investir dans le domaine de la santé, en particulier pour freiner l'essor de l'obésité. Comme elle l'énonce : « La réduction des taux de surcharge pondérale et d'obésité relève d'un bien public mondial. Lutter de manière proactive contre ce fléau contribuera de manière significative à renforcer le capital humain, à favoriser une croissance économique plus forte et à préserver la bonne santé d'une population active bien préparée pour un avenir productif » (World Bank 2020).

L'obésité est une des cibles de la Banque mondiale car elle ne cesse de croître et de s'étendre, est associée à de l'improductivité, un capital humain faible ainsi que des dépenses élevées en matière de santé ; des éléments à l'origine d'un « coût de l'obésité » évalué par l'OCDE à partir de « [...] la baisse de productivité, la morbidité ou la mortalité en termes de perte de revenus basée sur les salaires » (2019). Dans ce rapport, les mesures concernent les pays membres, ceux de l'Union Européenne (EU28) et du Groupe des 20 (G20), un total de 52 pays pour qui les frais liés à la surcharge pondérale ont été estimés à « 425 milliards de dollars PPA par an [...] » (*Ibid.*).

La répercussion de l'obésité sur le marché du travail est tout aussi conséquente, relative à une perte de « 54 millions de travailleurs à temps plein », principalement liée à « la réduction du taux de l'emploi et l'augmentation de la retraite anticipée, l'absentéisme et le présentéisme » (*Ibid.*) ; mais pour l'OCDE, la « bonne nouvelle » est que « chaque dollar dépensé pour prévenir l'obésité génère un rendement économique pouvant atteindre six dollars – ce qui fait des interventions de prévention un excellent investissement » (*Ibid.*). En conséquence, des plans d'action sont institués par les instances gouvernementales afin de lutter activement contre la menace grandissante que l'obésité fait peser sur l'économie mondiale, en étroite collaboration avec le domaine médical.

## La chirurgie bariatrique : un traitement rentable de l'obésité selon l'OMS

Le premier palier pour lutter contre l'obésité est la prévention par des mesures éducatives, sanitaires et sociales qui visent à créer et/ou moduler les comportements, et ce, dès le plus jeune âge. Toutefois, la prévention a des limites, surtout à une époque où triomphe le consumérisme. Face à l'ampleur du phénomène croissant de l'obésité, l'OMS a décidé d'évaluer son traitement le plus rentable « en se basant sur le coût/kg de poids perdu », et il en est ressorti « [...] qu'au bout de 4 ans le traitement chirurgical était moins onéreux que n'importe quel autre traitement » (2003).

En France, la chirurgie bariatrique est reconnue par la Haute Autorité de la Santé comme « un traitement de deuxième intention » ne pouvant être envisagé qu'après l'échec d'une prise en charge médicale et paramédicale bien conduite sur un minimum de 6 à 12 mois (2024). Les deux techniques chirurgicales les plus pratiquées sont la *sleeve* et le *by-pass* ; elles ont en commun d'induire une restriction alimentaire par la résection de l'organe stomacal, à l'origine de modulations métaboliques permettant de provoquer une perte de poids rapide. Avec la technique du *by-pass*, l'un des bénéfices relevés par les études médicales est la rémission du diabète de type 2 dans 72,3% (Sjöström, Peltonen & *al.* 2014). La rentabilité économique liée à cet effet rendrait compte d'une diminution des « coûts totaux de l'obésité d'environ 3% en France, tandis qu'aux États-Unis d'Amérique, ils pourraient être minorés de près de 20% » (OMS 2003) ; toutefois, cette rentabilité n'est pas sans conséquence...

Si la chirurgie bariatrique permet une perte de poids efficace et précoce, en réponse à l'objectif médical de l'atteinte d'un IMC dans la norme – réduisant parallèlement les potentielles comorbidités –, c'est principalement par la découpe des deux tiers de l'organe stomacal, ce qui contraint le patient à une alimentation très faible en quantité, précipitant d'inévitables carences qui, sans suppléments, peuvent s'avérer létales. Une étude longitudinale menée auprès de patients opérés d'une chirurgie bariatrique depuis 10 ans ou plus relève que « la quasi-totalité des patients va développer une ou plusieurs carences dans les suites de leur intervention, ainsi qu'à long terme. Une surveillance est donc indispensable à vie, et des suppléments sont souvent aussi nécessaires à vie. Non détectées et par conséquent non substituées, certaines carences peuvent entraîner des complications sévères et irréversibles » (Mantziari, Duvoisin & *al.* 2018). Ainsi, bien que la personne opérée puisse ne plus être en situation d'obésité, elle peut néanmoins se trouver porteuse de pathologies liées aux carences, ces dernières étant

fréquemment associées à des troubles digestifs concomitants aux modulations organiques, des répercussions iatrogéniques insuffisamment prises en compte au regard du nombre de patients touchés.

Avant donc d'envisager une solution qui fait apparemment ses preuves sur un plan strictement biomédical, mais qui peut avoir sur l'économie de la personne des effets secondaires dont nous ne mesurons pas bien la portée, il conviendrait de repenser les fondements de ladite épidémie d'obésité. Notre pratique clinique nous a menés à percevoir l'obésité rencontrée chez certains patients comme l'effet secondaire d'un trouble de l'oralité, en relation avec des mécanismes à l'œuvre dans l'addiction (Collet, Choukroun & Ham, 2022), pathologie contemporaine également en expansion. Ce constat peut se croiser avec l'hypothèse émise par certains chercheurs d'une organisation systémique globale de l'obésité (Druzhinenko & Schmoll 2023) : c'est une pathologie de l'individu, intégrant des processus biologiques, psychologiques, relationnels et sociaux, mais aussi une pathologie de la famille (qui entretient un mode de vie et des habitudes alimentaires), et une pathologie de la société capitaliste dans son entier (ce sont aussi des intérêts économiques dans l'industrie agro-alimentaire qui produisent l'obésité).

## CONCLUSION

Les systèmes de santé d'aujourd'hui représentent l'un des principaux secteurs de l'économie mondiale, et leur fonctionnement, l'un des baromètres de sa tendance politique ainsi que de sa conception générale de l'homme ; des conceptions qui diffèrent au gré des pays et des approches, et, avec la mondialisation, les particularités étatiques en matière de santé semblent s'être progressivement gommées, tout comme celles des sujets à soigner. Or, nous présumons que *faire système en matière de santé* requiert une dynamique qui ne peut se référer à l'*homme-espèce* de la biopolitique, pourtant omnipotente à notre époque. Cette tendance a pour effet de créer une politique de soin axée sur la productivité et la rentabilité, soutenant cette néolibéralisation du système qui repose sur une marchandisation de l'homme, à partir de sa santé.

Les méfaits de la tendance néolibérale et de ses projets biopolitiques résident dans cette prévalence du chiffre que nous retrouvons dans les indices et normes qui ne cessent de croître – le capital humain, l'ICH de la Banque mondiale, l'IMC pour le médical, etc. Sur le plan institutionnel, cette logique du chiffre a précipité des réformes qui, depuis quelques décennies, ont bouleversé le système de santé. Par exemple, en France, en 1996 est adopté l'*Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie*, une programmation financière plafonnant les dépenses annuelles en matière de santé et implantant une logique budgétaire à son système ; également, le plan « Hôpital 2007 » qui a vu le jour en 2004, avec comme grande mesure : la Tarification à l'Activité (T2A) ; la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de 2009, dans laquelle la gouvernance des établissements publics de santé s'est ouverte aux administratifs.

L'implantation d'une logique bureaucratique ainsi que la prédominance de considérations budgétaires<sup>4</sup> mettent en crise un système de santé au sein duquel l'homme est censé primer ; crise que nous présumons exacerbée par le référencement à des normes biologiques, économiques et chronologiques, tel que le capital humain revisité par la Banque mondiale. Sous cette perspective, l'abord de la prise en charge chirurgicale de l'obésité peut, comme nous l'avons vu, être proposé comme paradigmatique des enjeux biopolitiques contemporains, faisant office de traitement d'une pathologie aux coûts sociétaux élevés ayant des effets sur le capital humain des personnes opérées. Toutefois, les enjeux socio-économiques que suggèrent certaines réformes et/ou traitements soulèvent aussi des questions déontologiques et éthiques sur le vivant qui, pourtant, continuent de rester sous silence.

### Bibliographie :

- Becker G. (1964), *Human Capital, A Theoretical and Empirical Analysis*, New-York, Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research.
- Bernard C. (1947), *Principes de médecine expérimentale*, Paris, PUF.

---

4. Les méthodes de management qui en découlent manquent à considérer la qualité des soins, par la réduction du temps de présence du soignant au chevet du malade, comptabilisé en un temps standard équivalent à un acte (T2A).

- Blane D., Kelly-Irving M., Errico A., Bartley M., Montgomery S. (2013), Social-biological transitions: how does the social become biological? *Longitudinal and Life Course Studies*, 4, p. 136-146. DOI : <https://doi.org/10.14301/lcs.v4i2.236>
- Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, Galien.
- Collet C., Choukroun J., Ham M. (2022), De la compulsion à l'addiction. Enjeux psychiques du symptôme dans l'obésité, *Figures de la psychanalyse*, 44, p. 197-208. DOI : <https://doi.org/10.3917/fp.044.0197>
- Comte A. (1852), *Système de politique positive*, t. II, chap. V. Paris, Société Positiviste, 1929.
- Delpierre C., Castagné R., Lang T., Kelly-Irving M. (2018), Environnement social, incorporation biologique et inégalités sociales de santé, *Médecine/sciences*, 34, 8-9, p. 740-744. <https://doi.org/10.1051/medsci/20183408023>
- Druzhinenko-Silhan D. & Schmoll P. (2023), L'enfant obèse et sa famille : une approche homéodynamique, *Cahiers de systématique*, 3, p. 5-8. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.8196837>
- Faiguier de Villeneuve J. (1763), *L'Économie politique. Projet pour enrichir et pour perfectionner l'espèce humaine*, Paris, Moreau.
- Foucault M. (1975-1976), *Il faut défendre la société, Cours au Collège de France*, Paris, Le Seuil, Gallimard, 1997.
- Foucault M. (1978-1979), *Naissance de la bio-politique, Cours au Collège de France*, Paris, Le Seuil, Gallimard, 2004.
- Foucault M. (1983), À propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours, texte n° 326, *Dits et Écrits*, Tome IV, 1980-1988, Paris, Gallimard, 1994, p. 182-201.
- Harvey D. (2005), *A Brief History of Neoliberalism*, Oxford University Press.
- Haute Autorité de la Santé. (2024), *Obésité de l'adulte : prise en charge de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> niveaux. Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique*, février 2024, HAS.
- Hertzman C. (2012), Putting the concept of biological embedding in historical perspective, *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 109, p. 17160-17167. DOI : <https://doi.org/10.1073/pnas.1202203109>
- Krieger N. (2005), Embodiment: a conceptual glossary of epidemiology, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, p. 330-355. DOI : <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
- Lalande A. (1926), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris, Alcan.
- Leriche R. (1936), L'être humain : santé et maladie, *Encyclopédie française*, t. VI, Paris, Comité de l'Encyclopédie française.
- Mantziari S., Duvoisin C., Demartines N., Favre L., Suter M. (2018), Résultats à long terme (≥ 10 ans) après chirurgie bariatrique : revue de la littérature, *Revue Médicale Suisse*, 4, 599, p. 636-640. DOI : <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.599.0636>
- OCDE Organisation de Coopération et de Développement Économique (1998), *L'investissement dans le capital humain : Une comparaison internationale*, Paris, OCDE.
- OECD Organization for Economic Co-operation and Development (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, Paris, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- OMS Organisation Mondiale de la Santé (1948), Préambule à la constitution de l'organisation mondiale de la santé, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°2, Genève, OMS.
- OMS Organisation Mondiale de la Santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*, Genève, OMS.
- OMS Organisation Mondiale de la Santé (2003), *Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale : rapport d'une consultation de l'OMS*, OMS, World Health Organization.
- Pichot A. (2008), La santé et la vie, *Philosophia Scientiæ*, Kimé, Tome 12/2, p. 7-34.
- Schultz T.-W. (1961), Investment in Human Capital, *The American Economic Review*, 51, 1, p. 1-17.
- Sjöström L., Peltonen M., Jacobson P., Ahlin S., Andersson-Assarsson J., Anveden Å., Bouchard C., Carlsson B., Karason K., Lönroth H., Näslund I., Sjöström E., Taube M., Wedel H., Svensson PA., Sjöholm K., Carlsson LM. (2014), Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications, *Journal of the American Medical Association*, 311, 22, p. 2297-304. DOI : <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5988>
- Teil A. (2000), Qu'appelle-t-on système de soins ? *ADSP, Organisation, décision et financement du système de soins*, HCSP, 33, p. 26-27.
- Vandermonde C. A. (1756), *Essai sur la manière de perfectionner l'espèce humaine*, Paris, Vincent.
- Vignolles B. (2012), Le capital humain : du concept aux théories, *Regards croisés sur l'économie*, 12, p. 37-41.
- World Bank (2018), *The Human Capital Project*, Washington DC, World Bank.
- World Bank (2020), *L'enjeu de la lutte contre les maladies non transmissibles pour le capital humain, la croissance économique et la santé de la population active*, <<https://www.banquemondiale.org/fr/news/immersive-story/2020/02/06/tackling-worlds-deadliest-diseases-can-boost-healthy-workforce-and-economic-growth>>
- World Bank (2021), *Human Capital Index 2020 Update : human capital in the time of covid-19*, Washington DC, World Bank.



# La recherche au service de l'innovation numérique en santé à l'échelle régionale

## Le cas des chargés de mission Ségur numérique du Grand-Est (France)

---

### Vivien BRACCINI

Chargé de recherche en sciences de l'éducation et de la formation  
PSInstitut, Strasbourg  
Chercheur associé LISEC (UR 2310 Université de Strasbourg)  
[vivien.braccini@gmail.com](mailto:vivien.braccini@gmail.com)

### Christophe HUMBERT

Chargé de recherche en sociologie  
PSInstitut, Strasbourg  
Chercheur associé LinCS (UMR 7069 Université de Strasbourg/CNRS)

#### Résumé

Utilisant une approche systémique, l'article porte sur le déploiement d'une démarche d'innovation numérique en santé à l'échelle de la région Grand-Est, visant à faciliter l'échange décloisonné et la coordination de parcours entre les patients et les acteurs de la santé et des soins. Les auteurs décrivent les enjeux et l'impact d'un dispositif de recherche-action impliquant un groupe de personnes exerçant de nouveaux métiers institutionnels dédiés à l'accompagnement de cette démarche d'innovation. L'exploration des attentes des acteurs de terrain met en évidence un double pilotage, technocratique et par le sens, nécessaire à une telle échelle, tant pour le déploiement de l'innovation que pour son pilotage par les acteurs institutionnels. Une discussion de ces éléments permettra d'une part d'identifier plusieurs freins à la stabilisation et l'optimisation de ce double pilotage et de ses effets potentiels sur le système de soins, et d'autre part, quelques pistes d'actions à entreprendre pour minimiser ces freins.

#### Abstract

***Systemic Research at the Service of Digital Innovation in Healthcare at Regional Level: The Case of the "Ségur numérique" project managers in the Grand-Est region (France)***

Using a systemic approach, this article focuses on the deployment of a digital health innovation approach in the Grand-Est region, aimed at facilitating coordinated exchanges between patients and healthcare professionals. The authors describe the challenges and impact of an action-research project involving a group of people working in new institutional professions dedicated to supporting this innovative approach. By exploring the expectations of those involved in the field, they highlight the dual role of technocracy and sense-making that is necessary for the deployment of innovation and its management by institutional stakeholders on such a large scale. A discussion of these elements will make it possible, on the one hand, to identify several obstacles to the stabilization and optimization of this dual steering and its potential effects on the care system, and on the other hand, to suggest some measures that could be taken to minimize these obstacles.

#### Mots-clés

Systèmes d'information en santé – Coordination de parcours – Innovation numérique en santé – Recherche-action – Systémique

#### Keywords

Health Information Systems – Pathway Coordination – Digital Innovation in Health – Action Research – Systems

## INTRODUCTION ET PROBLÉMATISATION

Cet article vise à apporter une contribution originale à la littérature en sciences sociales portant sur l'innovation numérique en santé. Nous proposons ici, en effet, une approche systémique d'un dispositif de formation par la recherche-action des acteurs en charge du pilotage de l'innovation en e-santé dans le Grand Est. Nous traitons plus spécifiquement des chargés de mission en charge du déploiement du « Ségur numérique » en santé. Après une présentation succincte de la démarche, sur laquelle nous revenons plus en détail dans la partie dédiée à la contextualisation et la méthodologie, et après avoir présenté les premiers résultats, nous mettrons en exergue les apports d'une approche systémique au regard d'autres plus « classiques » en sciences sociales.

En effet, depuis début 2023, nous déployons une démarche visant à soutenir les missions d'accompagnement du virage numérique en e-santé dans les organisations (établissements et services) sanitaires et médico-sociales du Grand Est, en réponse à un appel à marché public. Nous déployons à cette fin un dispositif de recherche-action, conduit dans le cadre d'une formation des chargés de mission Ségur Numérique (CMSN) d'une Agence Régionale de Santé (ARS). Cette équipe est administrativement portée par un groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS), mais encadrée par le service e-santé de la Direction de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation de l'ARS. Cette recherche impliquait également quelques chargés d'affaires (CA) du GRADeS relevant de cette ARS<sup>1</sup>. Notre démarche vise l'acquisition de compétences liées notamment à la mise en œuvre de programmes étatiques impliquant la gestion de projets complexes, l'ancrage des professionnels dans le système de santé locale, et le maillage de ses acteurs, et ce grâce à un approfondissement de la compréhension des champs sanitaire et médico-social et de ses enjeux. L'intervention élaborée s'inscrit pleinement dans les objectifs des ARS et tente d'y apporter de nouvelles réponses. L'une des missions des CMSN est de soutenir les organisations et les acteurs dans la « révolution numérique » (Boullier 2016) en cours via le déploiement d'outils d'e-santé, en partant des attentes, des usages et des non-usages actuels des professionnels. Il s'agit ainsi, par la démarche de recherche-action évoquée, de professionnaliser les CMSN tout en accompagnant le changement au plus proche des besoins et attentes des acteurs du sanitaire et du médico-social. Cela, en veillant à la compatibilité des usages numériques en cours et à venir avec les trois priorités identifiées dans le rapport « Ma santé 2022 », qui sont :

- placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise en charge la boussole de cette stratégie ;
- favoriser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire ;
- repenser les métiers et les formations des professionnels de santé, ce qui suppose de susciter l'émergence d'innovations organisationnelles et managériales dont le but est d'optimiser la qualité des soins, le suivi des parcours et la performance du système de santé.

Les enjeux du Ségur numérique reposent sur la réussite du déploiement de « services socles », notamment le carnet de santé numérique « Mon Espace Santé » qui inclut un dossier médical partagé (DMP) et qui, de ce fait, concerne tous les citoyens français. Ce carnet de santé doit pouvoir être alimenté par l'ensemble des acteurs du sanitaire, social et médico-social du territoire de vie propre à chaque personne. Pour ce faire, ces diverses catégories d'acteurs d'un même territoire<sup>2</sup> doivent s'équiper de logiciels métier qui soient compatibles avec le DMP et qui intègrent une messagerie sécurisée de santé. Les acteurs de soins du territoire et les patients, doivent pouvoir communiquer entre eux, en supprimant les anciens modes de communication non sécurisés, en particulier les échanges par courriel ou application de type *WhatsApp*, encore fréquents. Il s'agit ainsi de mailler numériquement, via plusieurs systèmes d'information interconnectés, l'ensemble des acteurs de soins d'une région, et plus largement à l'échelle nationale, de manière à fluidifier les échanges. Les enjeux sous-tendus par cet objectif sont multiples. Tout d'abord il s'agit d'optimiser le décloisonnement entre secteurs sanitaire, social et médico-social qui peine à s'opérer dans les

- 
1. Comme nous ne traitons dans cet article que de la démarche Ségur numérique, nous avons pris le parti d'écarter de notre étude le déploiement des autres outils de e-santé déployés par les CA. Nous ne pouvons pas amalgamer les métiers de CMSN et de CA car bien qu'ils impliquent des recouvrements de missions ou des complémentarités à l'origine d'un flou dans l'identification de ces professionnels par les acteurs du système de soins ; nous ne parlerions au mieux que d'intermétiers (AllenBach et al. 2021) car leurs missions, leurs modalités d'action et leurs modalités d'encadrement restent très différentes.
  2. Voire au-delà, dans le cas de consultations de médecins spécialistes par exemple.

faits, malgré des évolutions législatives allant en ce sens depuis 2009<sup>3</sup>. Le déploiement de « Mon Espace Santé », se voulant au cœur du processus d'innovation, a pour but de placer le patient en tant qu'acteur principal de sa propre santé et de ses soins. Enfin, se joue l'épineuse question de la sécurisation des données de santé.

Dans cette démarche, nos principaux interlocuteurs de l'ARS sont les cadres de la Direction de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation (DQPI). La prise en charge du pilotage de ce processus par cette direction confirme nos analyses passées, selon lesquelles les Systèmes d'Information (SI) pour le parcours et la coordination visent l'optimisation de la qualité des soins, mais également l'efficacité des interventions, ainsi qu'une réduction des coûts des dépenses de santé (Humbert 2022). *In fine*, l'enjeu consiste bien à optimiser la performance globale du système de santé en Région, et la démarche qualité en constitue l'un des leviers (Girault & Minvielle 2015).

La sociologie de l'innovation en santé, courant dans lequel s'inscrivent la plupart des travaux du second auteur de cet article, tend le plus souvent à porter la focale sur la trajectoire d'une innovation particulière, au sein d'une organisation donnée, comme le déploiement d'une valise de télémédecine en EHPAD (Gaglio 2018). Certains travaux permettent d'élargir la focale, en portant sur une échelle territoriale telle qu'un département : par exemple, l'étude de la trajectoire d'innovation d'un SI pour la coordination, dans le cas de la prise en compte de l'autonomie des personnes âgées dans les soins et l'accompagnement à domicile (Humbert 2020, 2022). Cependant, l'innovation dont nous rendons compte ici est bien plus massive, puisqu'elle implique des milliers d'organisations appelées à se mettre en réseau<sup>4</sup>. Notre étude se distingue par ailleurs au sein de ce courant, par le fait de ne pas uniquement cibler l'impact d'une trajectoire d'innovation en soi, mais de rendre également compte de la manière dont un processus d'innovation massif est piloté à l'échelle d'un territoire régional. S'ajoute encore à cela, l'analyse de l'impact de notre propre action en tant que chercheurs sur ce pilotage, comme pour toute recherche action (Verspieren 2002, Corbillon & Rousseau 2005, Braccini 2022). Néanmoins, nous retenons des travaux issus de ce courant la nécessité de prendre en compte « les déplacements » que provoque un processus d'innovation dans son sillage, tant en termes de modes de fonctionnement, de frontières organisationnelles que d'identités professionnelles (Mathieu-Fritz & Esterle 2013, Gaglio & Mathieu-Fritz 2018, Gaglio 2018, Boyer 2019, Humbert 2022 & 2023).

La littérature en sciences de l'information et de la communication, est l'une des plus prolifiques dans les sciences sociales concernant les SI dans le domaine de la santé. Elle met l'accent sur le passage de l'information à l'informationnalisation (Miège 2004, Tine 2008), en raison du développement massif d'internet. Ce néologisme désigne un accroissement des flux info-communicationnels au sein d'un réseau composé de professionnels issus de divers secteurs et de diverses institutions, ainsi que de patients. Pour partager des données administratives, sociales, médicales et paramédicales autour d'une situation donnée, les acteurs de ce type de réseau sont enjoins à s'engager dans une « approche collaborative enrichie et facilitée par l'informatique [pour] une plus grande exhaustivité, sécurité et fiabilité des informations » (Romeyer 2008).

Des auteurs comme Luc Bonneville et Sylvie Grosjean indiquent notamment que « le processus d'innovation au sein des organisations de soins repose trop souvent sur une logique technico-économique, sous-estimant le rôle du professionnel de santé en tant que porteur de pratiques » (Bonneville & Grosjean 2007, p. 435). Les scripts des SI employés dans les organisations de santé seraient ainsi principalement à visée gestionnaire, au détriment de ce que les auteurs nomment la logique « médico-intégrative ». Celle-ci repose sur un modèle organisationnel de collaboration entre les divers acteurs de l'organisation (professionnels de santé, gestionnaires, ingénieurs, etc.), qui tient compte de « l'utilisateur réel », autrement dit, qui ne soit pas uniquement pensé à partir des projections des industriels, en réponse à la commande institutionnelle.

La plupart des travaux ciblent notamment l'impact des SI en termes de mutations induites dans la communication organisationnelle. Ainsi, Géraldine Goulinet-Fité souligne la nécessité de penser la communication interne des organisations hospitalières qui s'appuient sur les SI internes tels que les intranets. Ceux-ci favoriseraient entre autres la participation de chacun en tant qu'acteur de l'organisation et l'identification entre professionnelles, et par là-même,

---

3. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 institue une nouvelle organisation des soins, intégrant la planification sanitaire et médico-sociale à l'échelle des différentes régions, créant pour ce faire les Agences Régionales de Santé.

4. Sur la seule région Grand Est, on dénombre plus de 2 400 établissements et services médico-sociaux (référencement CREAL Grand Est), 185 établissements de santé dont 126 hôpitaux publics et 59 cliniques privées, 7783 médecins généralistes (en 2016 selon l'ARS Grand Est), etc.

l'adhésion à la culture organisationnelle (Goulinet-Fité 2016). Les chercheurs de ce courant développent ainsi majoritairement des analyses portant sur la façon dont le déploiement des SI en santé influence tant l'organisation que la communication entre acteurs au sein de celle-ci, sans perdre de vue le jeu de leurs influences réciproques. La majorité des travaux en sciences de l'information et de la communication, mais aussi en sciences de gestion, questionnent ainsi les liens entre acteurs, qui sont le plus souvent des professionnels, mais parfois aussi des patients (Savoli & Barki 2017). En outre, ces acteurs sont possiblement des organisations médiées par les SI, en tant qu'entités co-définies. La particularité des travaux en sciences de l'information et de la communication tient à sa manière d'analyser « les interactions, [...] les espaces qui se créent aussi bien du côté de leur mise en place que de l'usage d'objets regardés comme communicants (documents ou plate-forme) » (Durampart & Guyot 2009).

Pour traiter notre objet de recherche, nous pourrions dès lors trouver des ressources dans les travaux en sciences de l'information et de la communication, mais ces derniers, à l'instar de ceux issus de la sociologie de l'innovation en santé, restent trop « classiquement » analytiques pour l'objectif que nous visons ici. En effet, les transformations organisationnelles induites par le déploiement de ces SI et le produit de leurs interactions ne constituent qu'une partie de notre objet de recherche. Il s'agit également pour nous d'appréhender l'impact du travail des CMSN sur la rétroaction, à l'échelle du système de soins qu'est l'ensemble d'une région. Nous élargissons par conséquent la focale en gardant une entrée « innovation organisationnelle » qui s'applique à la structure du système de soins régional, mais en nous intéressant plus spécifiquement au pilotage de l'innovation.

Notre visée dans cet article est d'intégrer en un même modèle théorique, à la fois les interactions entre recherche et action, et par voie de conséquence, l'incidence de notre propre intervention sur le système complexe étudié en tant qu'observateurs et de ce fait acteur (Braccini 2022, Schmoll 2022). Cela suppose ainsi de proposer une modélisation du système de soins du Grand Est, tel qu'il est transformé ou appelé à l'être par le déploiement des outils numériques évoqués. Il convient d'inclure dans cette modélisation les acteurs pilotant le déploiement de ces outils (CMSN), ainsi que nous-mêmes, en qualité d'intervenants, formateurs et chercheurs, œuvrant à l'optimisation de l'action de ces derniers.

Cette approche vise à apporter une réponse à la problématique suivante, en cherchant autant que possible à éviter de réduire artificiellement la complexité des réalités observées : dans quelle mesure le dispositif CMSN est-il approprié pour piloter l'innovation numérique dans le système de soins de la grande région étudiée ? Quelles sont les conditions qui optimisent le fonctionnement de ce dispositif et ses effets ? Quels leviers actionner dans ce but, sachant qu'il n'existe pas de solutions uniques et simples, mais plutôt un faisceau d'actions potentielles plus ou moins efficaces et efficientes ? Par dispositif CMSN, nous entendons les membres de l'équipe, son encadrement, leur contexte organisationnel et institutionnel, ainsi que notre propre action. Précisons que cette équipe est constituée de personnes implantées dans les différentes Directions territoriales des ARS correspondant au découpage administratif des Départements, bien qu'elles soient coordonnées depuis le siège régional de la Direction de la qualité, de la prospective et de l'innovation, et ce, en collaboration avec le Groupement régional d'appuis à la E-santé (GRADEs).

## 1. CONTEXTUALISATION

Avant d'entrer dans une présentation de la méthodologie, ainsi que des premières données et des premiers résultats de leur analyse, redonnons quelques éléments contextuels pour mieux situer notre propos, concernant d'une part le Ségur numérique lui-même, et d'autre part la recherche-action et sa genèse.

### 1.1. Le Ségur numérique en santé : présentation schématique

Selon le site de l'Agence du numérique en santé :

*« Le Ségur du numérique en santé est un programme visant à faciliter les échanges entre professionnels de santé et l'usager-patient pour mieux prévenir et mieux soigner. Il embarque tous les acteurs de l'écosystème du numérique en santé : les professionnels de santé, les établissements du sanitaire et du médico-social, les entreprises du numérique en santé et les acteurs en charge de l'organisation des soins sur les territoires. Lancé en août 2021, le « Ségur numérique » représente un investissement inédit de 1,4 milliards d'euros pour*

soutenir le développement massif et cohérent du numérique en santé sur 3 ans. Par ailleurs, 600 millions d'euros sont dédiés au secteur médico-social sur 5 ans dont l'enjeu de modernisation par le numérique est crucial »<sup>5</sup>.

De manière très schématique, nous représentons ce programme dans la figure 1 comme suit :

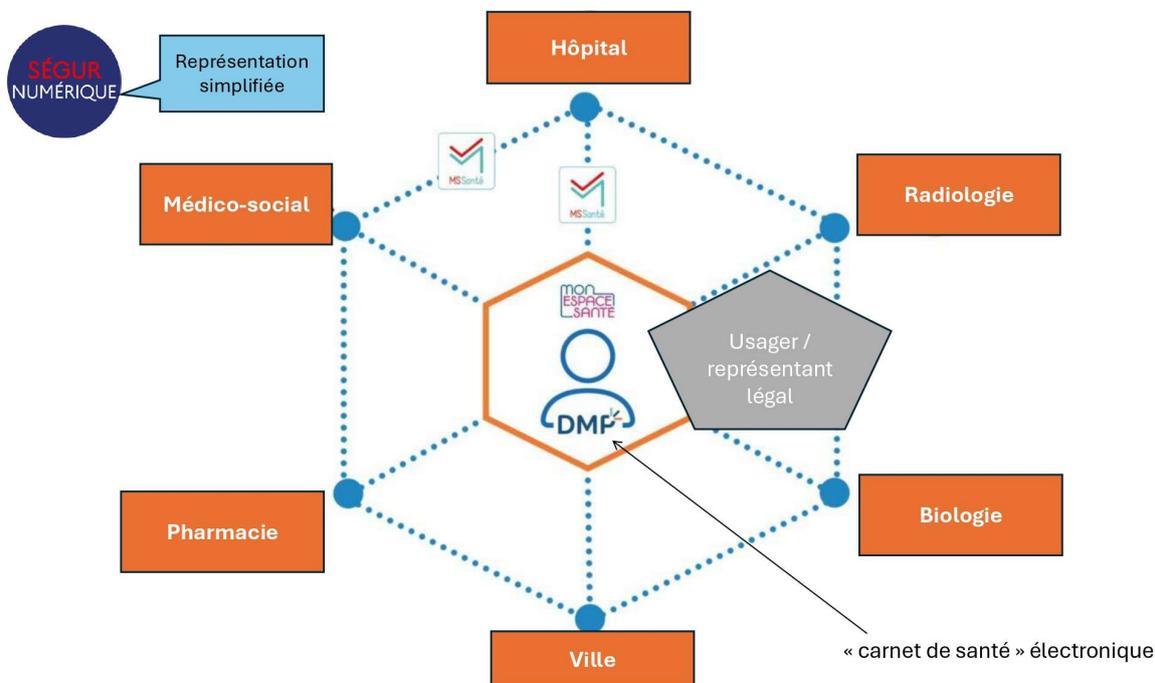


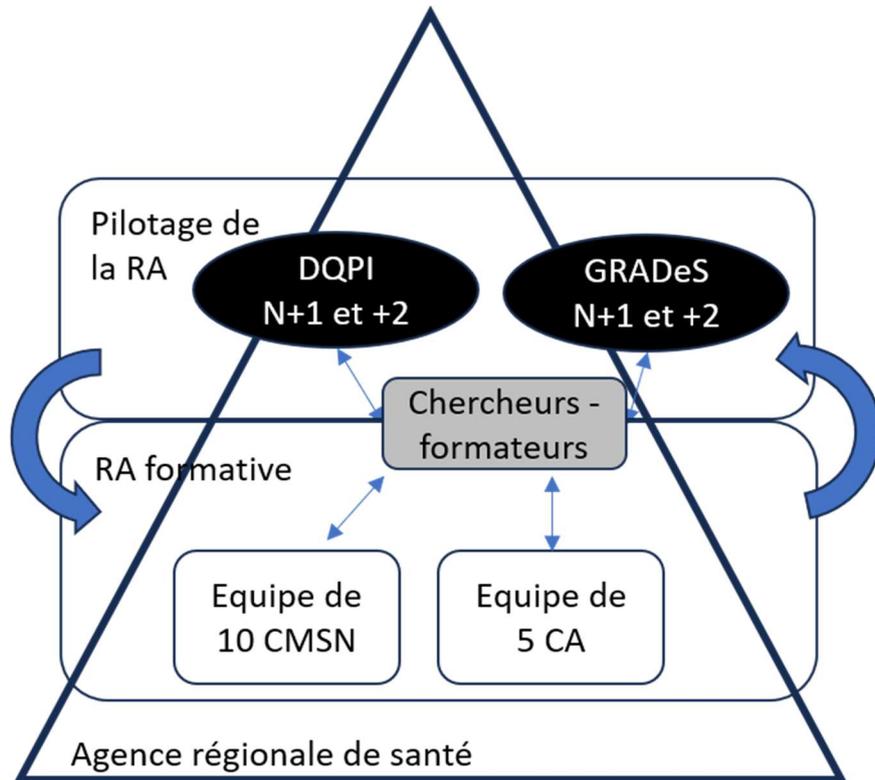
Figure 1. Schématisation des finalités du Ségur numérique

Cette représentation schématique met en évidence la centralité du patient, le Ségur vise à mettre le « patient au cœur du système de santé », en cohérence avec les orientations législatives depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Chaque catégorie d'acteurs a son propre logiciel métier DMP-compatible. Pour ceux sur lesquels portent plus précisément nos investigations, à savoir les établissements et services médico-sociaux (ESMS), comme nous l'aborderons ci-après, ce logiciel consiste en un dossier usager informatisé. Celui-ci permet d'échanger en interne à chaque ESMS, pour chaque usager concerné, ainsi que de transmettre des éléments vers le DMP. L'usager et/ou son représentant légal accède à Mon Espace Santé, où se trouve son DMP et un accès à la messagerie sécurisée de santé.

## 1.2. Émergence de la recherche-action et choix de l'objet de recherche

Le dispositif de recherche-action a de prime abord été imaginé pour accompagner la professionnalisation des CMSN qui sont pour la majorité de jeunes professionnels. Il importait de leur permettre de capitaliser des compétences, notamment par la formalisation de celles acquises dans le cadre de leurs missions. La commande était de soutenir leur insertion professionnelle *a posteriori*, puisque le Ségur numérique a pour vocation de prendre fin après que les équipements auront été déployés et appropriés par les acteurs du système de soins. Par la suite, il a été décidé d'intégrer les chargés d'affaires du GRADeS, afin de permettre à ces deux catégories d'acteurs complémentaires, bien que différents dans leurs rôles et leurs missions, de croiser leurs regards et de générer de la synergie entre les deux métiers. L'organisation de la démarche de recherche-action a donc pris la forme proposée dans la figure 2.

5. <https://rapport-activite-2022-ans.esante.gouv.fr/segur.html>. Site consulté le 19/09/2024.



**Figure 2. Schéma de la recherche-action (RA)**

Fidèle aux principes de la recherche-action (Liu 1997), la problématique de l'enquête de terrain a été élaborée avec les participants, de manière que la production de connaissances alimente à la fois les questionnements des participants et ceux plus théoriques des chercheurs. Le dispositif de recherche-action s'est organisé autour de onze sessions de travail en groupe d'une durée d'un à deux jours, réparties sur vingt-quatre mois. Les participants contribuent ainsi au pilotage de la démarche de recherche, visant à produire des connaissances *ad hoc* quant à l'innovation en train de se faire.

Un objet de recherche spécifique a rapidement émergé de nos échanges : l'accompagnement médico-social. Les documents utilisés pour cette activité apparaissent particulièrement « problématiques », car le milieu médico-social échange des informations dépassant le cadre du seul secret médical. Cela sous-tend pour les professionnels médico-sociaux la nécessité de statuer quant à divers éléments, non clairement définis par la loi. Par exemple, peut-on/doit-on rendre accessibles à l'ensemble des équipes de soins élargies, incluant les professionnels de santé et les travailleurs sociaux, des éléments liés au projet personnel individualisé ? Il apparaît difficile pour les participants de la RA de cibler les attentes et les besoins de ces acteurs, sachant qu'à leurs dires, ces attentes restent difficiles à définir par les acteurs eux-mêmes. Au-delà du seul secteur médico-social, le déploiement des outils Ségur, en l'occurrence le dossier usager informatisé, interroge la coordination pluriprofessionnelle des soins.

Le sociologue de notre équipe a ainsi axé l'enquête de terrain sur les représentations des acteurs quant à la qualité de l'accompagnement et des soins dans les ESMS, ainsi qu'à leurs attentes à l'égard du numérique, pour ce faire. Il les a également interrogés à propos de leurs attentes en termes d'accompagnement par l'ARS et par le GRADES. Ce choix tombait sous le sens dans la mesure où cela permettait de faire directement circuler l'information aux bénéficiaires, comme aux commanditaires de notre intervention. Ainsi, à partir des questions sur l'objet de recherche, la perception et l'impact de l'action du Ségur numérique sur le système de soins, nous avons pu interroger les CMSN quant à leur propre perception de leurs missions et des attentes des personnes auprès desquelles ils interviennent. Nous avons également pu faire remonter les écarts auprès de l'encadrement qui, à partir de leur propre perception de la problématique, affinaient les orientations du travail d'exploration et de réduction des écarts, comme l'illustre la figure 2 schématisant le dispositif de recherche-action.

## 2. CADRAGE ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

Cette recherche-action, comme toutes celles s'inscrivant dans ce paradigme, non seulement vise une intelligibilité des situations étudiées, mais également leur transformation. Notre recherche répond par conséquent à trois finalités distinctes mais interdépendantes, caractérisant ce type de démarche scientifique (Goyette & Lessard 1987).

La première est de produire des connaissances généralisables, mais qui tiennent compte du caractère indéterminé du fait social (Liu 1997), c'est à dire que la capacité prédictive que l'on peut obtenir grâce à la reproduction de phénomènes qu'engendre l'existence de règles établis, ne s'applique que difficilement dans le cas des événements sociaux. Cela à cause du caractère complexe de la réalité d'une part, et à cause du degré d'autonomie des individus d'autre part, puisqu'ils conscientisent les règles sociales et qu'ils évoluent continuellement dans leurs motifs pour agir. Dans les sciences humaines et sociales les faits s'établissent essentiellement a posteriori et non a priori comme le demande la volonté de changement de la recherche-action.

La deuxième est de générer des transformations de la situation, à travers une transformation des pratiques professionnelles, mais aussi indirectement une transformation des comportements de leurs organismes interlocuteurs.

Cette transformation, deuxième caractéristique, présuppose la troisième, qui est l'apprentissage chez les participants à la recherche. En effet, tout changement profond et durable des comportements et des fonctionnements repose sur des personnes (Braccini & Finck 2023). Leur implication apparaît donc incontournable, sachant qu'elles sont conscientes de cette nécessité. Cela implique pour elles d'être à la fois les objets et les sujets de la recherche. La transformation de la situation vécue par les personnes dépend en partie du changement durable de leurs représentations, de leurs croyances, de leurs connaissances. Cette transformation de la situation dépend également du degré d'adaptation possible de l'organisation (Braccini 2023). N'oublions pas que l'organisation et son encadrement constituent un cadre contraignant, potentiellement incompatible avec les changements des professionnels, pourtant nécessaires à l'atteinte des transformations visées.

Afin de tenir ces trois finalités simultanément, et ce, dans le cas d'une organisation professionnelle, nous nous sommes fondés sur le courant sociotechnique de la recherche-action (Liu 1997). Celui-ci considère que la démarche doit être guidée par une « heuristique locale », un cheminement porté simultanément par le groupe de sujets-objets de la recherche et les chercheurs, de sorte à engendrer un processus adapté au caractère dynamique et complexe du réel, différent par essence des modèles. Une approche particulièrement pertinente lorsque ce réel est instable. De cette manière, il est possible de construire une théorie spécifique de leur situation à partir des théories générales. Et dans un second temps, il sera possible d'interroger les théories générales à partir des résultats des actions établies selon la théorie spécifique.

Ce besoin d'implication des participants dans l'élaboration de cette heuristique locale explique notre choix dans la conception du dispositif de formation présenté en deuxième partie, pour l'analyse du travail et de ses principes d'une part, agencé à une démarche d'enquête sociologique d'autre part. Ce choix demande d'assurer une bonne traçabilité de l'ensemble du processus et de ses résultats afin de préserver une mémoire objective du groupe concernant son travail de description, de problématisation, de décisions... mais aussi pour que les chercheurs puissent analyser à froid les difficultés et les questions clés soulevées dans les débats, tout comme pour opérer la synthèse des témoignages et des productions réalisés durant les échanges en présence.

Ainsi, chacune des onze séances prévues bénéficie d'enregistrements audios des séquences les composant, en rapport avec l'objet de recherche. Une plateforme collaborative a été mise en place, pour recueillir et partager les écrits réalisés par les professionnels à propos de leur métier, des difficultés rencontrées sur le terrain ou de leurs analyses collectives des situations. Cet outil de travail collaboratif permet de partager les comptes-rendus d'enquête des chercheurs à partir desquels sont animés les confrontations. C'est enfin sur cet espace numérique que sont mises à disposition des ressources reprenant les théories générales à partir desquelles les professionnels problématisent leur situation professionnelle. Enfin l'espace possède un fil de discussion propice aux échanges du groupe constitué pour la recherche-action, concernant aussi bien sa forme que son fond. La séparation complète de cet espace d'avec celui du travail permet de protéger la parole du risque d'inhibition inhérente aux systèmes hiérarchiques.

En plus des rapports d'enquêtes, des retranscriptions des confrontations et des analyses collectives, s'ajoutent pour les chercheurs, les retranscriptions des réunions de pilotage menées avec l'encadrement des CMSN et des CA. Enfin, de manière plus traditionnelle, les chercheurs tiennent également à jour un carnet de bord personnel.

En croisant l'ensemble de ces sources, nous reconstituons régulièrement le déroulé chronologique des événements, de sorte à pouvoir nous pencher aussi bien sur le processus global que sur les résultats qu'il produit. Dans le cadre de cet article, nous croisons deux types de données produites en 2023 par notre dispositif, à savoir celles issues de l'enquête de terrain, ainsi que celles provenant des enregistrements des débats tenus lors des sessions de formation.

Concernant les données de l'enquête de terrain, nous avons utilisé les cinq entretiens de la phase exploratoire menés auprès d'un médecin coordonnateur, d'une psychologue, d'un directeur de maison d'accueil spécialisée, d'un médecin généraliste et d'un cadre de la CNSA. S'ajoute à ce premier volet, les sept entretiens de la première phase d'investigation du secteur des ESMS. Ils concernaient des cadres d'organismes gestionnaires au sein desquels se trouvent des ESMS accompagnant des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées dépendantes.

Concernant les données issues des enregistrements des débats de l'équipe, notamment à l'occasion de sa confrontation aux données d'enquêtes, nous nous sommes fondés plus spécifiquement sur la retranscription de trois séquences de trois heures chacune, répartie sur les six premières journées de formation en présence. Ces séquences étaient dédiées à la construction de l'objet de recherche.

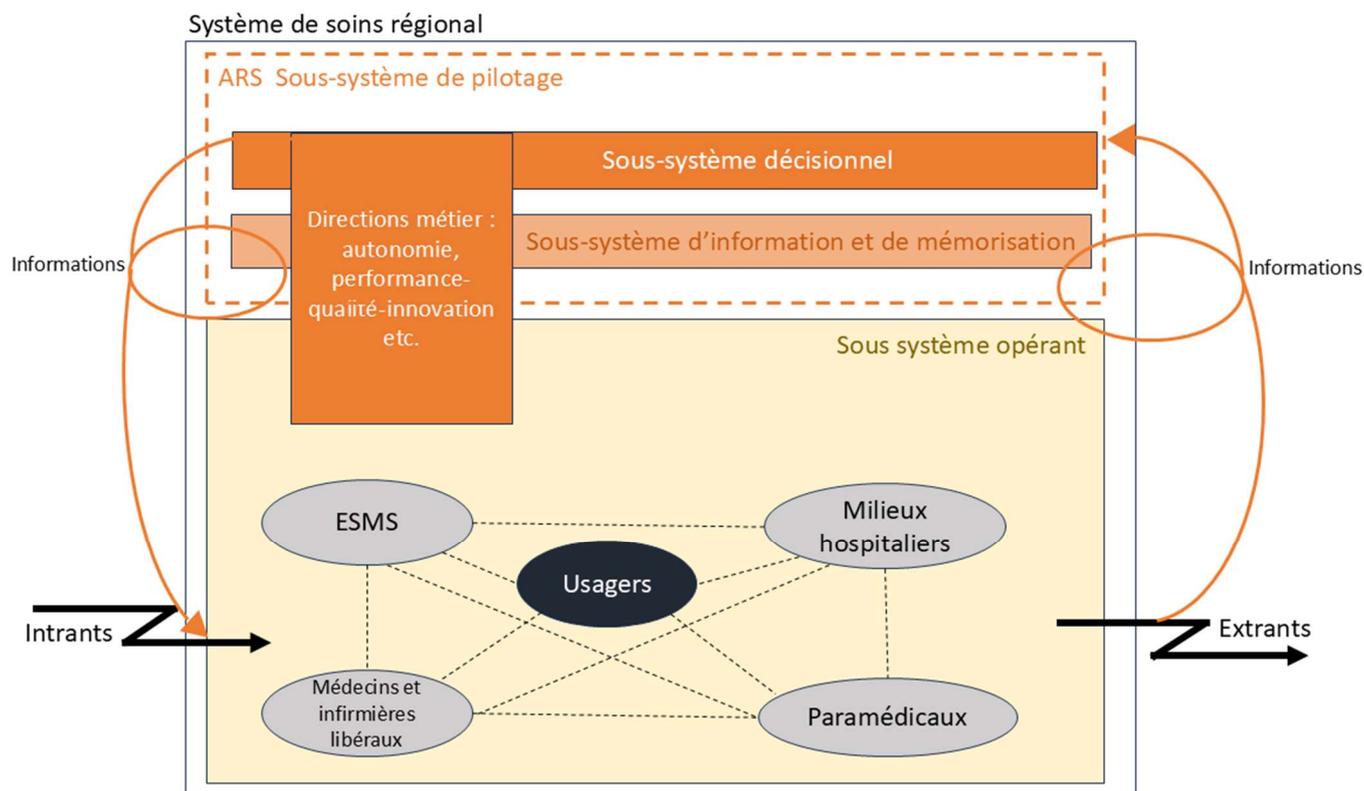
### **3. PREMIERS RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE DE FORMATION PAR LA RECHERCHE-ACTION**

#### **3.1. Première ébauche de modélisation systémique : innovation en santé dans le système de soins régional**

Nous proposons ici une première ébauche de modélisation d'un système d'actions, partant des questions soulevées par Le Moigne (Lugan 2009, p. 102) : Qu'est-ce que ça fait ? Qu'est-ce que ça produit ? Quelles sont les fonctions et les transformations ? Cette approche nous permet de rendre compte à la fois des finalités du système et des sous-systèmes qui le composent, autant que du processus d'innovation au cœur de nos investigations.

Il fallait donc, pour ce début de modélisation, que nous options pour un niveau de système capable de se réguler en fonction de sa finalité, soit un système de sixième niveau de complexité dans la théorie générale des systèmes (Le Moigne 1990). Dans ce type de système on trouve un sous-système d'action qui, pour agir, dépend des ordres d'un sous-système de décision. Ce dernier s'appuie d'une part sur la rétroaction du sous-système d'action qui prend la forme de remontées d'informations, et d'autre part, sur un second sous-système de mémorisation chargé de conserver les références à partir desquelles le sous-système de décision peut évaluer la situation rencontrée par le sous-système d'action. Il peut s'agir de textes légaux, de réglementations, de rapports d'analyse, d'évaluations d'expériences antérieures etc. Le sous-système de mémorisation conserve également la trace des commandes sous la forme d'une structure d'objectifs au service de la finalité du système. Cette structure intègre les temporalités, les critères ainsi que les indicateurs nécessaires au pilotage de l'action. C'est-à-dire, réguler l'action à l'aune de l'évaluation de l'écart entre l'état de la situation projetée – si rien n'est modifié dans la situation en cours – et l'état caractérisant la situation visée.

Nous avons appliqué ce modèle de système à l'étude des moyens organisationnels et stratégiques mis en place pour assurer la continuité et la qualité des prestations de santé médicale et médico-sociale (Fig. 3). Cela nous a conduit à considérer l'échelle de la région du Grand Est comme limite du système de soins étudié. En effet, la définition d'un système dépend de l'intention du modélisateur du système, or cette échelle nous permet de considérer les ESMS, les milieux hospitaliers, etc., comme les constituants du sous-système d'action du système de soins régional, avec les usagers en son centre. Cette échelle nous paraît adaptée puisque ce sont ces structures qui gèrent les soins et forment en ce sens un système d'action, et que la qualité des soins dépend des interactions entre ces structures.



**Figure 3. Système de soins régional**

Dans ce modèle, l'ARS recouvre le sous-système d'action par l'intermédiaire de ses agents qui interagissent avec les structures. Elle recouvre également les fonctions mémorielles et informationnelles puisqu'elle est garante des finalités et des objectifs à l'échelle de la région. Elle recouvre enfin les fonctions décisionnelles, si l'on considère les choix qu'opère la direction de l'ARS dans le cadre de sa charge de planification sanitaire et médico-sociale sur le territoire. Les intrants correspondent entre autres aux consignes, injonctions et informations issues de l'échelle ministérielle (règlements, recommandations, informations nationales consolidées, objectifs...), tandis que les extrants correspondent aux remontés d'informations vers le ministère, qu'elles soient formelles ou informelles<sup>6</sup>. L'ARS agit via ses directions métiers, qui interagissent directement avec les établissements. Nous avons représenté les liens entre les usagers et hôpitaux, ESMS, etc. en pointillés et non sous la forme de flèches, pour exprimer le caractère compliqué et parcellaire de la coordination souvent décrit (cf. notamment Anchisi et al. 2014). C'est précisément cette coordination parcellaire qui justifie le déploiement des outils Ségur, que nous représentons ci-après (fig. 4).

Nous retrouvons ici le même système de soins, au prisme cette fois d'une trajectoire d'innovation, par le déploiement des outils Ségur numérique. Nous représentons le GRADeS PULSY et les CMSN, en charge d'accompagner le déploiement de ces outils, au plus proche des acteurs du sous-système d'action, en lien étroit avec la direction de la qualité, de la performance et de l'innovation pour les CMSN. Ces derniers font remonter les retours du terrain, notamment ceux concernant les raisons de l'empêchement de l'atteinte des objectifs. Les flèches entre ESMS, hôpitaux, usagers, etc., sont cette fois représentées en traits pleins, pour souligner la visée des outils Ségur qui est d'optimiser les liens entre organisations et acteurs, de sorte à améliorer la coordination et le suivi du parcours patient.

6. Précisons que nous sommes dans une schématisation dans laquelle nous choisissons délibérément de ne pas tenir compte des autres institutions du territoire constituant des collaborateurs et donc d'autres intrants, tels que : en particulier la caisse primaire d'assurance maladie, mais aussi la maison départementale des personnes handicapées, et autres instances départementales...

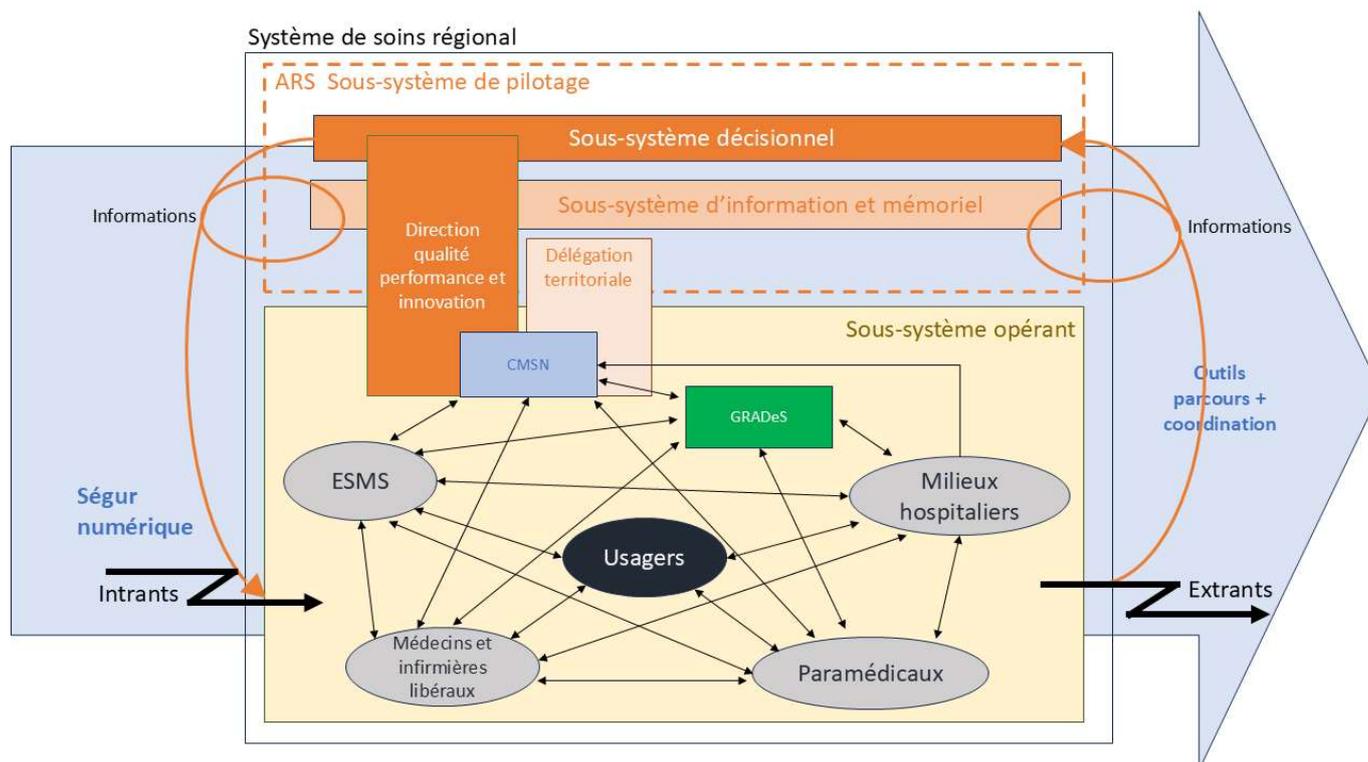


Figure 4. Effet du Ségur sur le système de soins régional

### 3.2. Typologie des attentes à l'égard de l'innovation numérique en santé

Afin de mieux saisir et évaluer la nature des interactions au sein du système, nous avons procédé à une exploration des attentes de divers acteurs de terrain avec lesquels le dispositif CMSN est en contact direct. L'analyse des entretiens menés auprès des professionnels sanitaires et médico-sociaux, nous amène à identifier trois principaux types d'attentes, dans lesquels nous repérons des sous-catégories. Il s'agit de mieux piloter l'action de soins en équipe interprofessionnelle et interorganisationnelle, d'améliorer la communication interne dans l'intérêt des usagers et d'améliorer et de faciliter le pilotage institutionnel.

#### 3.2.1. Pilotage entre professionnels

L'enjeu du pilotage entre professionnels consiste à renforcer le partenariat pluriprofessionnel dans les établissements et dans les services, mais aussi entre ceux-ci. Ce faisant, l'objectif de ces partenaires est de mieux communiquer, afin d'optimiser le suivi des parcours de soins et d'améliorer la qualité des soins, en augmentant quantitativement les échanges et en rendant ces derniers accessibles en ligne.

Au sein des établissements et services, cette amélioration de la communication répond également au besoin de « faire équipe », afin de défendre une position institutionnelle commune et limiter les contradictions génératrices de difficultés et de conflits. Cela ressort nettement des propos de ce directeur de maison d'accueil spécialisée, lequel s'exprime au sujet de situations de fin de vie difficiles à gérer :

*« On s'aperçoit aussi que... même si on prépare, si on discute, si le médecin intervient et appelle la famille... La souffrance elle est toujours là. Et après, certaines personnes vont dire quelque chose à un éducateur, vont dire autre chose au médecin, vont dire une troisième chose à un autre. Chacun va avoir son propre son de cloche. Et ça, si on ne le met pas noir sur blanc, ça peut créer des « bisbilles » d'équipes ».*

Ainsi, le SI permet à chacun de bénéficier d'une « mémoire partagée » des échanges avec ses collègues.

Il est également attendu de ces outils qu'ils octroient aux professionnels des gains de temps, ou du moins qu'ils n'en fassent pas perdre. Cela ressort très nettement des propos d'une psychologue d'EHPAD pour qui : « sans l'outil informatique, ça prendrait deux fois plus de temps, parce qu'il faudrait aller jusqu'au bureau, trouver le dossier, etc. ». En revanche, un nombre certain d'aides-soignantes et d'éducateurs apparaissent bien plus réticents, car ils

considèrent au contraire que l'utilisation des outils informatiques leur font perdre du temps, dans le sens où celui-ci ne peut plus être consacré à la relation avec les usagers.

### **3.2.2. Mieux communiquer dans l'intérêt des patients**

Nous retrouvons chez certains acteurs, la volonté de donner plus de pouvoir aux usagers et aux familles, ce pourquoi les outils Ségur constituent un levier. C'est ce que souligne un chargé de mission e-santé, ancien directeur d'établissement dans le champ du handicap : « *L'intérêt que j'y vois c'est la transparence, c'est la communication avec les personnes accompagnées et leurs familles et leurs aidants qu'ils se saisissent de ce qu'on sait et de ce qui est fait pour eux. C'est quelque chose dont on se saisit beaucoup à l'association* ». Cela suppose néanmoins la mise en œuvre d'un accompagnement des proches et, si possible, des usagers, dédié à l'appropriation de ces outils numériques.

Pour certains autres qui perçoivent une mauvaise prise en compte de la sensibilité d'une partie des informations transmises, la sécurisation des flux informationnels constitue un enjeu fort : « *Moi si mes informations étaient transmises comme elles le sont actuellement pour les personnes qu'on accompagne, franchement je serais pas ravi...* » (Directeur des ressources d'un organisme gestionnaire).

### **3.2.3. Faciliter et améliorer le pilotage institutionnel**

Automatiser le recueil des données constitue encore une autre attente importante recueillie. Il s'agit là d'un enjeu que nous avons retrouvé tant du côté institutionnel, dans les propos d'un cadre de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, que du côté des professionnels de terrain tel que des cadres associatifs. Le recueil des données de fonctionnement et leur remontée, vise à optimiser le pilotage au niveau de l'établissement lui-même (à l'échelle nationale pour le cadre de la CNSA mentionné). Mais il s'agit surtout d'une exigence des institutions de tutelle. Selon une responsable qualité dans le champ du handicap : « *Après ça sert aussi, et on ne va pas se voiler la face..., ça sert aussi quand on a des enquêtes pour l'ANAP à remplir... si ce dossier-là est bien rempli on a plus qu'à appuyer sur le bouton et à extraire nos données. Alors qu'aujourd'hui ça reste encore très compliqué, malgré le fait qu'on ait cet outil, on continue à avoir nos petits tableaux Excel pour aller recueillir de l'information* »

## **3.3. Pilotage technocratique vs pilotage par le sens : impact de l'action des CMSN**

La mise en perspective des attentes recueillies durant notre intervention fait émerger la nécessité d'un double pilotage de l'innovation qui a été exploré à l'occasion de l'entretien avec Claude<sup>7</sup>. Ce dernier est le directeur des ressources d'un organisme gestionnaire comprenant plusieurs structures dans le champ du handicap, dont des établissements et services d'accompagnement par le travail, que nous nommons ici OG1. Il nous précise travailler avec un autre organisme gestionnaire, plus petit, au sein d'une « grappe »<sup>8</sup>. Celui-ci nous précise lors de l'entretien :

« *On a eu un très bon feeling avec les équipes de [OG2], ils sont un peu comme nous, ils ont le même type d'établissement sur l'insertion pro. [...] Une rencontre humaine aussi, des fois ça tient à des choses qui ne sont pas forcément rationnelles. Une bonne dynamique, une envie réciproque de bosser ensemble et de partager des choses* ».

C'est Claude qui est le porteur de projet identifié pour le déploiement des outils Ségur au niveau de la grappe, constituée par OG1, soit son organisme gestionnaire, et d'OG2, représenté par Sandrine, responsable qualité et ancienne cheffe de service éducatif. Lors de l'entretien, Sandrine se montre globalement plus inquiète que Claude quant à l'innovation en cours. Elle n'est notamment pas sûre de parvenir à fédérer les équipes éducatives et soignantes :

« *Parce que moi j'ai tenté, j'ai essayé aussi de leur planifier un temps spécifique pour aller chaque jour sur l'outil. Et on constate qu'ils n'y vont pas forcément. Le temps est utilisé autrement, mais pas forcément pour aller sur l'outil*

---

7. Tous les prénoms mobilisés sont des pseudonymes

8. Les organismes gestionnaires dans le champ du médico-social sont appelés à se constituer en « grappes », c'est-à-dire à s'allier pour la demande de financement, l'acquisition des logiciels et le pilotage de l'innovation. Ces derniers étant très nombreux autant que dispersés sur le territoire, la constitution de grappes vise à optimiser le travail d'accompagnement à l'acquisition de logiciel et à l'usage par les CMSN, tout en facilitant leur identification et le suivi des indicateurs d'usage a posteriori.

*alors ça va être une question, je pense, de sens !!! De bien donner le sens aussi ! Donc là on a pu travailler aussi. Et aujourd'hui, via le programme ESMS numérique, et ben on rentre pas forcément par la question du sens, mais par une injonction... [...] On est obligés maintenant d'entrer dans un dispositif où on va recevoir aussi de l'argent de nos tutelles, qui vont venir vérifier par des indicateurs ce qu'on a fait. Et ben, on va devoir donc aussi, nous, répondre à tous ces indicateurs [...] donc finalement là c'était une injonction quelque part... ».*

Son inquiétude porte ainsi sur deux facteurs, le premier étant la difficulté à « enrôler » (Akrich & al. 2006) ses équipes comme précisé. Le second facteur porte sur l'obligation liée à renseigner des indicateurs d'usage selon les attentes de l'ARS<sup>9</sup>, les deux facteurs énoncés étant directement corrélés, car des équipes non convaincues n'utiliseront pas les SI. A l'issue de l'entretien, cette personne reconnaît de manière informelle et sur le ton de l'humour, se questionner sur la possibilité de générer de faux usages, en écrivant des messages factices copiés-collés dans les dossiers numériques des usagers (leurs DUI). In fine, elle craint ce que Vincent de Gaulejac a nommé une « dérive quantophrénique », sorte de schizophrénie sociale se manifestant par la volonté de tout quantifier, au détriment de ce qui fait le sens de la vie en société, précisément parce que nos sociétés sont « malades de la gestion » (De Gaulejac 2005). Selon Claude, le directeur des ressources de l'OG1 :

*« En fait ça devrait être dans le package, c'est-à-dire que : bah ouais, les chargés de mission PULSY ou les CMSN, pour moi la logique devrait être que, à la fin, ou pendant... qu'il y ait une formation des professionnels, des aidants, des personnes accompagnées sur la prise en main... Parce que on vend ça comme Mon Espace Santé : ça vous permet ça... vous permet ça... vous permet ça... mais derrière : Comment ? ça devrait être inclus... C'est pas que technocratique ou bureaucratique... ».*

Le déploiement des services socles du Ségur par l'ARS, avec ce que cela suppose en termes de remontées d'indicateurs à des fins de contrôle, est perçu comme contraignant, vécu comme une injonction par Sandrine, évoqué comme une démarche technocratique par Claude. Pour l'un comme pour l'autre, il importe que tous les acteurs trouvent du sens à une innovation, tant les dirigeants et encadrants que les opérateurs de première ligne. Or, une innovation pilotée de manière descendante, n'a pas forcément de sens de prime abord pour les opérateurs. Et a fortiori, si les cadres ne perçoivent pas le sens que l'on peut donner à ces outils dans le cadre de l'innovation, ils ne parviendront pas à accompagner leurs équipes dans leur appropriation. L'enjeu pour ces deux cadres, est de faire d'une innovation numérique, un levier d'empowerment pour les usagers et leur famille, en écho à l'une des catégories d'attentes évoquées ci-avant. Il s'agit de faire en sorte que la formule « mettre l'utilisateur au cœur du système », issue de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, ne soit pas qu'une vague formule, mais puisse se concrétiser dans le fonctionnement de l'organisation et dans le travail des personnes. C'est en ce sens que Sandrine nous précise :

*« Donc nous là, on travaille quand même avec les CMSN, qui sont très à l'écoute et se rendent très facilement disponibles, pour qu'elles viennent présenter le DMP aux personnes accompagnées et on va former aussi les professionnels. Donc, on travaille déjà dans ce sens-là... ».*

On perçoit nettement ici l'impact de l'intervention des CMSN. Par les interventions qu'ils viennent prodiguer au sein des ESMS de ces deux organismes gestionnaires, ils participent à favoriser un « pilotage par le sens », lequel ne se substitue pas au pilotage technocratique, mais vient le compléter en contrecarrant en partie les craintes d'une dérive quantophrénique, évoquée ci-avant.

### **3.4. Effets de la boucle récursive continue entre production de connaissances et action**

Les résultats d'enquête, produits régulièrement par les chercheurs concomitamment aux activités de description, d'analyse et de problématisation du métier, ont bien entendu vocation à être réintroduits auprès du groupe des professionnels au fil des sessions formelles de formation. L'intérêt de cette confrontation à ces résultats est de pouvoir rendre compte de la dynamique des attentes des acteurs, tout comme l'impact des attentes insatisfaites à leur égard, mais aussi de l'impact des interventions des professionnels s'appropriant plus moins les effets de ces attentes et de ces insatisfactions.

---

9. L'ARS tente de s'assurer, via cette remontée d'information, que les dispositifs déployés et financés sont bien utilisés par les ESMS.

C'est ainsi que dans cette boucle récursive continue, les observations développées ci-avant ont fait écho à une difficulté ayant émergé lors de l'une des sessions d'analyse de pratique. Il s'agissait de la difficulté de ne pas pouvoir apporter de réponse claire à des cadres de structures faisant face à des questionnements concernant le type d'usage des outils à adopter qui leur apparaissaient incertains<sup>10</sup>. Plusieurs CMSN avaient une impression d'inachevé et de gêne face à l'impossibilité d'apporter une réponse à ces demandes, qui dépend avant tout de la situation et du contexte des demandeurs. Cette difficulté apparaît d'autant plus prégnante quand on sait qu'un grand nombre d'acteurs du médico-social restent démunis face à l'émergence des outils Ségur. Alors que l'usage du cahier de consignes papier a toujours cours parmi certains d'entre eux, il est aisé de comprendre que l'introduction d'outils numériques devienne une source d'incertitudes sur des enjeux majeurs. En effet, ces outils offrent une grande diversité dans les utilisations possibles et charrient par là-même un grand nombre de questions pratiques, organisationnelles, techniques, éthiques, identitaires etc. qui ne peuvent être résolues simplement. Par exemple, comment utiliser les outils en mobilité lorsque le déploiement du wifi est bloqué par la disposition du bâti ? Comment identifier précisément ce qui peut et ce qui doit être écrit dans ces outils, et selon quel degré de confidentialité, sachant que les acteurs les plus proches des patients sont les moins qualifiés ? Les exemples soulevés par les professionnels et par nos observations sont très nombreux, et expliquent la fréquente incertitude qui touche plus particulièrement le secteur des ESMS.

Les travaux passés du second auteur (Humbert 2020), portant sur un SI précurseur des outils dont il est question ici, montraient déjà que ce type de dispositif numérique permettant un échange décloisonné entre acteurs du sanitaire, du social et du médico-social générait beaucoup d'incertitudes, voire d'inquiétudes (voir aussi dans ce même numéro Perrin & Braccini 2024). Ils montraient ainsi que les normes communicationnelles se négociaient au cas par cas, selon les acteurs connectés et appelés à interagir pour chaque dossier-patient. Ils montraient enfin qu'un même professionnel n'échangeait pas les mêmes données selon la composition et les configurations d'acteurs connectés autour d'une même interface numérique d'usager-patient. Les observations conduites tout au long de cette recherche-action confortent ces analyses.

Aussi, afin d'alimenter la boucle récursive entre la réflexivité des professionnels et l'investigation de terrain, et pour faire écho à ces difficultés de gestion des incertitudes, nous avons fait part des craintes exprimées par les cadres concernant la gestion de la tension entre, d'une part, l'obligation de mener un pilotage par indicateurs de la numérisation des pratiques de soins perçue comme technocratique ; et d'autre part, l'enjeu pour ces cadres d'initier un pilotage par le sens afin de préserver leur implication propre et celle de leur équipe, ainsi que le bon fonctionnement de leur service et de leur structure. Précisons que le sentiment d'obligation n'apparaît pas comme découlant de contraintes juridiques et financières, mais de la compréhension de l'enjeu sous-jacent à ce pilotage technocratique qui est l'effectivité de la fluidification des échanges. En effet, les cadres apparaissent conscients que pour qu'une telle fluidification advienne, il convient qu'un maximum d'acteurs fassent usage de ces outils. Sans quoi, il en résulte une quantité d'interactions insuffisantes pour justifier auprès des professionnels et des usagers leur maintien à moyen et long terme, puisque la potentielle amélioration de la coordination des soins se perd dans ces conditions :

*« C'est les craintes qu'on a par rapport à tout ce qu'on a mis en place si tout le monde y participe et met des informations transmet et cetera oui. Mais si l'un ou l'autre ne participe pas, ça va être une charge de travail supplémentaire. Du coup, on se retrouve à nous à remplir à faire, et à pas avoir de retour donc on va être plus perdantes qu'autre chose quoi »* (Cadre infirmière en service de soins infirmiers à domicile).

Cette confrontation aux résultats d'enquête a poussé le groupe de CMSN à débattre des enjeux pour leur métier, et de l'identification du sens que prennent ces outils pour les acteurs de terrain. Et sur la base de cette réflexion, le groupe de recherche a conçu des démarches permettant aux ESMS bloqués dans le déploiement de leur DUI, d'interroger leurs usages à venir en la matière. Ce travail a mis en évidence l'importance de définir en amont ce qui fait sens pour les acteurs rencontrés, comme l'a exposé l'une des CMSN présente :

*« Je trouve moi, typiquement, que de faire ça en tout cas, je pense que ça apporterait beaucoup à l'accompagnement des porteurs de grappe. Ils me demandent de plus en plus d'intervenir auprès des équipes pour faire une*

---

10. Nous restons ici délibérément approximatifs, au sens où la précision du problème évoqué impliquerait de développer en détail le fonctionnement de plusieurs des services socles liés au Ségur numérique. Il nous semble que cela alourdirait considérablement la description, sans apporter d'éléments nouveaux significatifs pour notre propos.

*information concernant Mon espace santé. C'est-à-dire à dire que j'arrive... je leur présente les référentiels et puis le lien direct avec Mon espace santé en parlant en fait du déploiement, de tout ce qu'il va y avoir dans la mesure où ça leur permet de se projeter et de comprendre. Et ça leur laisse du temps de réflexion pour mieux anticiper les cas d'usage. Et là ça marche plus, c'est venu d'eux en fait c'est eux qui m'ont demandé au fur et à mesure des échanges là, qu'on puisse intervenir auprès des équipes auprès de la direction et cetera ».*

La tension entre les types de pilotage de l'innovation numérique en santé converge avec les travaux de Livian (2005) en sciences de gestion qui montre que le pilotage descendant d'une innovation managériale – ici induite par l'innovation numérique – risque de générer, soit des réactions frontales en cas de forte opposition, soit de la passivité en cas de faible adhésion au changement. Tel que formulé par cette CMSN, il conviendrait dès lors de faire aussi en sorte que le changement « vienne du bas », c'est-à-dire que ses interventions soient sollicitées par les acteurs, et non imposées par son propre agenda. Il s'agirait alors d'impulser un double paradigme de déploiement de l'innovation à l'échelle des territoires : l'un descendant, depuis l'ARS vers les acteurs du soin et de santé, et l'autre, remontant, émergeant de chaque grappe d'organismes gestionnaires par l'intermédiaire des porteurs de projet Ségur. Un accompagnement du changement participatif, qui pourrait reposer sur des processus collaboratifs comparable aux approches mobilisées dans les recherches intervention ou les recherche-action à l'image de celles fondées sur l'*expansive learning* dans le cas de réforme du milieu hospitalier ou judiciaire finlandais (Engeström 2021).

Cela renvoie à ce que nous avons proposé d'appeler un double pilotage, reprenant pour le désigner les termes indigènes apparus sur le terrain, déjà évoqués : pilotage technocratique et pilotage par le sens. La journée ayant suivi cette session d'analyse de pratiques, nous avons présenté nos résultats de recherche, tels qu'ils apparaissent dans les parties 4) et 5) du présent article. Cela a conduit le groupe à vouloir travailler collectivement à l'élaboration d'un guide d'entretien pour les CMSN à destination du suivi des porteurs de projets de grappe. L'enjeu de cet outil consiste à « faire émerger le sens » chez les acteurs des grappes, de sorte à provoquer chez eux l'anticipation des futurs usages et d'éviter autant que faire se peut les blocages en cours de déploiement, ou les abandons d'usage a posteriori.

Nous matérialisons là le type d'action que peuvent engendrer des chercheurs sur le groupe de professionnels en formation. Une fois ce guide élaboré, celui-ci a été expérimenté sur le terrain par une CMSN volontaire. Le retour n'ayant pas été concluant, cela a donné lieu à une analyse collective des raisons de l'échec, afin d'affiner le guide<sup>11</sup>. Ce retour constitue une rétroaction du terrain sur la recherche via la CMSN expérimentatrice. Par cet exemple concret, nous montrons comment le dispositif CMSN peut devenir, par son accompagnement, un catalyseur pour l'instauration d'un processus d'innovation organisationnelle de type *bottom-up*, les acteurs faisant évoluer les pratiques organisationnelles en s'appropriant l'outil et en définissant les normes d'usage selon leurs besoins propres. L'action des CMSN chargés de mettre en œuvre le programme descendant, font remonter le point de vue des acteurs porteurs de l'innovation pour transformer leurs modalités d'accompagnement de l'innovation.

Par son action et ses effets, notre démarche de formation par la recherche-action, à son modeste niveau, devient momentanément une partie intégrante du système de soins dans la région concernée qui pourrait potentiellement soutenir l'émergence de ce double paradigme de déploiement de l'innovation en santé. Mais divers indices nous montrent la soumission de cette intention à un certain nombre de conditions que les évaluations finales ne manqueront pas de préciser. Comme l'illustre la figure 5, la recherche-action génère un processus d'itérations cherchant à faire évoluer *in situ* la démarche conduite de sorte à répondre aux besoins du terrain tout en se rapprochant des objectifs institutionnels.

Notre démarche vise ainsi à contribuer à la réflexivité du « dispositif CMSN »<sup>12</sup>, au travers des retours que nous faisons du terrain comme nous l'avons développé ici, articulés à d'autres temps formels, comme les analyses de pratiques dont un cas a été présenté succinctement ci-avant. Ce faisant, nous ambitionnons, en plus d'œuvrer à la professionnalisation des stagiaires, d'impacter le pilotage de l'innovation dans le système de soins du Grand Est, contribuant à renforcer les liens entre les organisations et acteurs du sous-système d'action : Usagers, ESMS, milieux hospitaliers, etc.

---

11. Pour une présentation de la version remaniée du guide, voire annexe

12. Ainsi que celui constitué par les chargés d'affaires de PULSY, qui apparaissent sur le schéma mais que nous avons délibérément occulté, comme précisé en introduction.

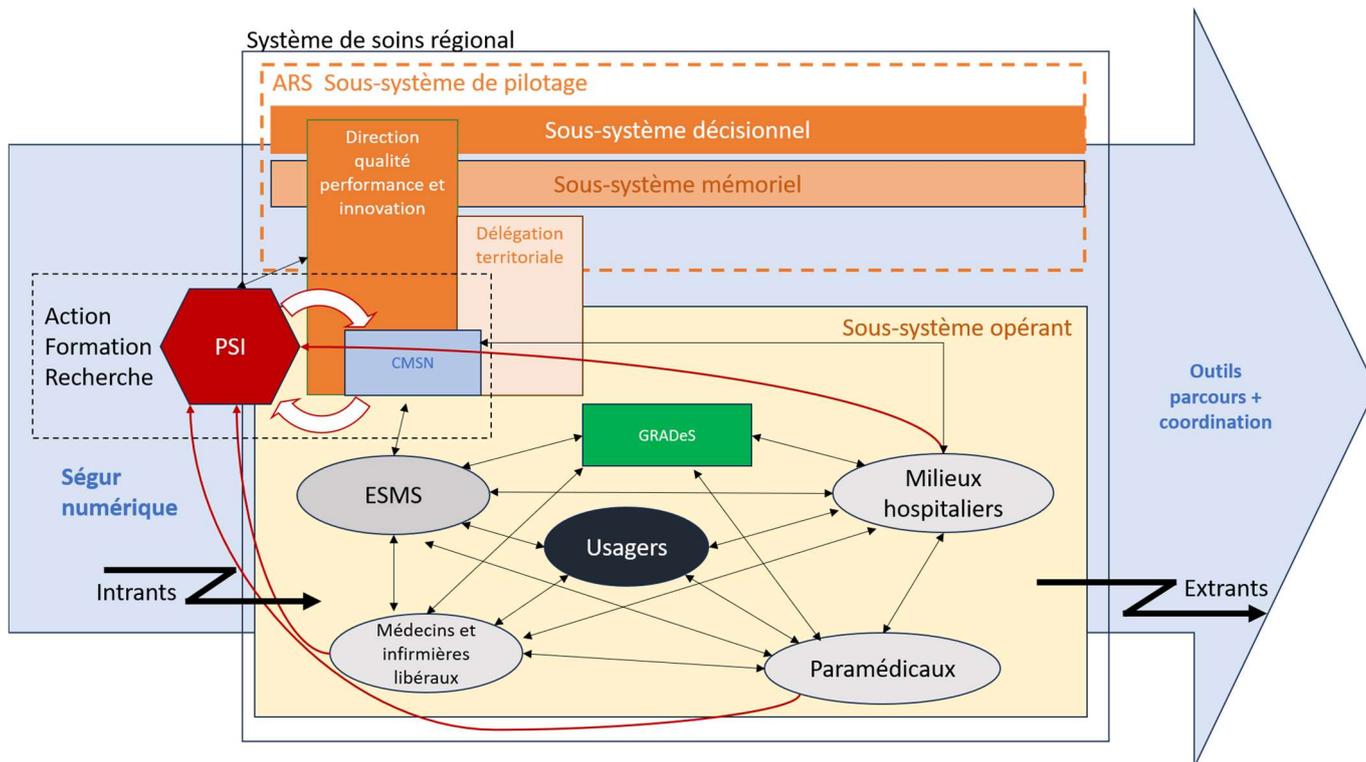


Figure 5. Système de soins/Séguir/PSI

## 4. DISCUSSION ET PRÉCONISATIONS

### 4.1. Les CMSN, des ambassadeurs et accompagnateurs pertinents du Séguir numérique à l'échelle régionale

En préambule, il nous faut commencer par un premier constat : l'ensemble des attentes des acteurs de terrains du système de soins n'est pas foncièrement différent des finalités institutionnelles : optimiser la qualité des soins, l'efficacité, gagner de temps, permettre un meilleur maillage entre professionnels et faciliter le pilotage institutionnel. Néanmoins, nous observons que chaque acteur enquêté pris séparément, ne développe que rarement la totalité des attentes identifiées, ce qui sous-tend une perception partielle des finalités du système de soins et ses enjeux.

Ensuite, notre deuxième constat concerne le modèle systémique qui a émergé de cette recherche. Il met en évidence l'importance d'une appréhension globale du système et des interactions de ses sous-systèmes décisionnels et d'actions, pour mener une innovation visant l'amélioration et l'optimisation de la continuité des parcours de soins. Ce modèle rend également compte du rôle que peuvent jouer des acteurs CMSN dans ce travail de mise en relation entre les divers niveaux de sous-système et entre les composantes d'un même sous-système. C'est dans cette mise en relation que se matérialise l'accompagnement par les CMSN du déploiement de l'innovation, notamment dans leur rôle de soutien à la prise en compte de l'émergence du sens par les équipes opérationnelles au sein des structures du sous-système d'action. C'est ce que nous avons appelé un « pilotage par le sens ».

Mais pour mener à bien ce déploiement, et ce peut-être de manière plus efficace, il apparaît indispensable d'être capable d'accompagner les cadres de ces structures à faire en sorte que l'innovation réponde aux attentes et besoins des équipes opérationnelles ou de « première ligne ». Nous avons vu que ces attentes sont corrélées aux finalités du système de soins, mais que les différents acteurs ne s'approprient qu'une partie variable de ces finalités, selon leurs statuts et parcours professionnels respectifs. Il y a donc un premier travail d'accompagnement des acteurs du terrain du système de soins à mener, consistant à leur permettre de conscientiser individuellement et collectivement les besoins du système, des structures, des professionnels et des bénéficiaires de la prise en soins.

Ce premier travail apparaît comme le préambule à la mise en place d'un pilotage par le sens sans lequel il semble difficile d' enrôler les équipes (Akrich & al. 2006) Or, sans les équipes, il est impossible de déployer l'innovation puisque ce déploiement se matérialise dans les usages qu'elles vont en avoir, et que ces usages dépendent du sens que les équipes mettent dans l'innovation. Autrement dit, l'instauration des usages, entendus comme l'investissement d'un sens subjectif dans l'utilisation d'un dispositif donné (Mallein & Toussaint 1994), dépend de la capacité de l'innovation à répondre aux besoins des équipes. Ces dernières répondent à la préoccupation d'agir efficacement tout en respectant leurs perceptions des normes et des valeurs auxquelles elles adhèrent concernant leur métier et leur organisation.

Mais nous avons souligné dans nos résultats, que ce pilotage par le sens n'était pas suffisant, car les outils numériques servent à entrer en interaction et en communication non uniquement en interne, mais avec d'autres structures ou acteurs extérieurs, comme des médecins avec lesquels peu d'échanges existaient jusqu'alors. Il y a donc une interdépendance entre les acteurs des structures déployant des outils liés au Ségur numérique, à savoir la quasi-totalité selon les finalités du programme concerné. Ces outils doivent ainsi être déployés et surtout utilisés dans des proportions suffisantes, de sorte à rendre pleinement effective la coordination des parcours de soins, de santé et de vie, en équipes de soins élargies<sup>13</sup>. C'est bien en cela que les indicateurs de pilotage technocratique, sont nécessaires même si insuffisants. Par exemple, une cadre infirmière d'un SSIAD nous précise dans son entretien que l'appropriation de la messagerie de santé n'a de sens pour elle que si les médecins du territoire répondent à ses sollicitations, sans quoi l'utilisation est une peine perdue.

Les CMSN apparaissent alors comme de potentiels ambassadeurs et accompagnateurs vis-à-vis de l'innovation à déployer, et non uniquement comme des administrateurs. Ambassadeurs car d'après l'enregistrement de leurs débats et de nos entretiens avec la hiérarchie, les CMSN doivent promouvoir l'intérêt pour le système de soins, des patients et des professionnels, du déploiement des outils numériques. Ils doivent désamorcer les craintes et faire évoluer les fausses représentations. Accompagnateurs, car chaque structure se caractérise par des spécificités et des singularités déterminantes dans la construction des usages. Seules les structures sont donc à même de déterminer les finalités auxquelles répondront leurs propres usages. Le rôle des CMSN consiste donc à cheminer aux côtés des structures médico-sociales et à les accompagner dans les diverses phases, depuis l'acquisition des logiciels jusqu'aux usages, sans imposer. Nos résultats suggèrent que les CMSN pourraient avantageusement constituer la pierre angulaire de ce double pilotage, « technocratique » et « par le sens ». Mais plusieurs aspects viennent interroger cette opportunité, son effectivité et sa généralisation.

## 4.2. Quelques préconisations pour faciliter ces fonctions

Tout d'abord, il nous faut revenir sur le dialogue de gestion, une pratique managériale au sein du service de la DQPI qui permet dans une certaine mesure d'exposer et négocier les objectifs opérationnels à atteindre pour l'équipe des CMSN vis-à-vis des différentes phases de déploiement du Ségur Numérique. C'est durant cette activité qu'une partie des intrants et des extrants du système circulent entre les niveaux décisionnels, mémoriels et d'actions. Mais l'élaboration du sens parmi les équipes utilisatrices de l'innovation qui ne concernerait pas l'un des indicateurs de ce pilotage technocratique, reste à la marge des sujets du dialogue de gestion. Cela laisse les questions et les difficultés que cette élaboration de sens suscite, principalement à la responsabilité individuelle des CMSN, qui décident ou non de s'en emparer. Il est important de souligner que le service et la hiérarchie dont dépendent les CMSN sont eux-mêmes évalués à partir du degré d'atteinte des objectifs fixés par ce dialogue de gestion. C'est sans doute la raison pour laquelle le poids des attentes institutionnelles en charge de piloter la politique publique du Ségur numérique reste prépondérante et laisse peu de latitude aux CMSN. Nous observons que ces derniers tendent de ce fait à se focaliser sur l'atteinte des indicateurs et qu'ils ont globalement des difficultés à « sortir de ce cadre », même si en définitive, aucune prescription formelle ne leur interdit de le faire.

Cela questionne les possibilités du dispositif CMSN de favoriser le déploiement de l'innovation visé. En effet, le rythme des phases du programme Ségur, qui nourrit les dialogues de gestion successifs, vient en contradiction avec

---

13. Par exemple, pour une personne âgée bénéficiant d'aides et des soins infirmiers à domicile, cela suppose, idéalement : le médecin traitant, l'infirmière libérale, l'infirmière coordinatrice du service de soins infirmiers, la responsable du service d'aide, etc. Voir les aides-soignantes et auxiliaires de vie, ce qui est plus complexe à mettre en œuvre, en raison de leur turnover et d'un manque de formation à l'échange en équipes élargie (Humbert 2023).

le rythme des phases d'appropriation des outils numériques par les structures du système de soins. Comme le montre notre modélisation du système de soins, l'ensemble des acteurs sont importants, tant du côté opérationnel (hôpitaux, ESAT, EPHAD, libéraux...) que du côté institutionnel (ARS, CPAM, GRADeS etc.), puisque l'enjeu du Ségur numérique est de renforcer les interactions au sein du système de soins. Aussi, la priorisation des attentes et des besoins du pilotage technocratique tend à se faire au détriment des besoins des acteurs de première ligne des ESMS, ou du moins ceux-ci sont-ils présumés suivre une logique centralisatrice et « par le haut » du pilotage de l'innovation. De manière pragmatique, en évaluant principalement les CMSN à l'aune des attentes institutionnelles, il est compréhensible que le rôle d'ambassadeur et d'accompagnateur puisse passer au second plan, derrière l'atteinte des indicateurs liés aux attentes institutionnelles émanant du ministère.

Pour illustrer le propos, revenons sur le cas d'une CMSN qui a tenté de prendre du temps pour renforcer les liens techniques et institutionnels avec la CPAM de son secteur. Son objectif était d'optimiser l'implication des professionnels de santé libéraux, dont l'appropriation des outils numérique va déterminer les usages de ceux-ci dans les établissements médico-sociaux d'un territoire fortement rural<sup>14</sup>. Mais le programme de déploiement du Ségur numérique impose de travailler à la dotation des équipements dans le cadre de groupes de structures coordonnées (grappe) créés pour l'occasion afin notamment de minimiser les coûts de suivi du déploiement. La CMSN ne peut alors qu'abandonner sa stratégie locale élaborée pour son territoire, faute de temps pour assumer simultanément les deux types d'objectifs. En perdant son objectif local qui était au service du pilotage par le sens, elle nuit à sa capacité d'assumer pleinement son rôle d'accompagnatrice à l'échelle de son territoire. Ce manque de temps pour cumuler deux pilotages se comprend d'autant mieux si l'on considère l'effectif de ces professionnels qui pourrait doubler au vu des milliers de structures d'une région devant numériser leurs pratiques.

La maturation de ces postes et de leurs fonctions vient se heurter à une autre caractéristique structurelle du pilotage de l'innovation qui est l'incertitude quant à la pérennité de ces postes et des finalités premières de leur mission. Dans une logique de contrôle des dépenses publiques, nous présumons que l'idée sous-jacente à la création des postes de CMSN était d'investir momentanément sur des postes chargés d'autonomiser les acteurs du système dans le recours collectif et partagé à des outils numérique à l'échelle des territoires. Le but était certainement que le système puisse se passer d'eux à terme. Les CMSN feraient ainsi partie des métiers sensés œuvrer à leur disparition.

Mais le caractère systémique du fonctionnement des parcours de soins laisse entendre que le développement d'usages, surtout à une telle échelle, devra sans-doute s'actualiser et se réinventer régulièrement. Nous pourrions parler d'un écosystème d'acteurs capables de soutenir les évolutions continues que vont introduire le croisement des perfectionnements technologiques et l'évolution de la diversité des besoins et des attentes que les usages engendrent à travers des phases d'appropriation et de réappropriation. Il est donc fort probable que la fonction d'accompagnement de l'innovation numérique reste un besoin à long terme, car il s'agira de continuer à générer des usages pour les acteurs du sous-système d'action tout en poursuivant l'actualisation de leur coordination avec le reste du système.

Ainsi, la durée des postes induite par le financement du Ségur Numérique introduit une incertitude importante à court et à moyen terme. Des contrats d'une année reconductibles limitent la capacité de ces nouveaux professionnels à atteindre le niveau d'ancrage dans leur territoire, nécessaire selon nous à l'accompagnement de la conscientisation par les acteurs de la totalité des attentes identifiées, à la structuration du maillage des acteurs et au déploiement d'usages au service d'une meilleure qualité de la prise en soins. Un tel accompagnement repose bien sur la construction de relations durables avec l'ensemble des acteurs des différents niveaux du système, relations grâce auxquelles une vision homogène des nombreux enjeux et difficultés peut s'élaborer à l'échelle des régions et des territoires. Un tel ancrage territorial demande inexorablement du temps. Or, ce dernier restant difficile à percevoir du fait de la précarité des postes et des missions, mais aussi de leur nombre trop restreint au regard de l'étendue du système de soins et ses 3 600 structures. Dans ces conditions, il apparaît délicat pour les professionnels de se projeter et donc de s'investir dans ces rôles d'ambassadeurs et d'accompagnateurs d'une innovation continue des pratiques de soins que le décloisonnement visé nécessite pourtant.

---

14. Comme déjà précisé, les professionnels du médico-social seront plus prompts à faire usage des outils, s'ils ont des retours des médecins, pour le dire simplement.

Le temps n'est pas seulement un vecteur pour l'ancrage territorial, il est également un vecteur conditionnant le double décloisonnement inter et intra institutionnel qui, selon les professionnels, passe par une démarche « d'acculturation » au nouveau paradigme du numérique en santé. Il s'agit là de deux autres conditions au déploiement d'innovation numérique en santé que souligne le caractère systémique de la modélisation proposée et son objectif de renforcement des interactions de ses composantes.

Concernant le décloisonnement intra institutionnel, ne perdons pas de vue que les ARS sont des institutions de très grande taille comprenant de nombreuses Délégations territoriales (DT) qui abritent divers services en département. Ces DT sont chargées de mettre en œuvre les orientations de la Délégation régionale, qui elle-même décline les orientations nationales. Par ailleurs, les Délégations territoriales sont en contact avec l'ensemble des acteurs du système de soins de leur territoire, mais avec des services référents totalement ou partiellement différents selon la nature de l'activité desdits acteurs. Ainsi piloter l'innovation à une échelle aussi importante implique aussi une coordination inter-service, entre ARS et DT, mais également au sein même des DT dans notre cas.

Venons-en maintenant aux relations inter-institutions. Le décloisonnement s'applique également aux acteurs du sous-système de décisions composé de plusieurs institutions différentes. Une partie des acteurs du sous-système d'action ne dépendent pas de l'ARS mais sont en relation avec d'autres acteurs qui en dépendent. Les professions de santé libérales, les professions paramédicales libérales dépendent de l'Assurance Maladie, mais restent des acteurs clés pour un grand nombre d'ESMS encadrés par les ARS. Ainsi la performance des CMSN dans la prise en charge de leur fonction d'ambassadeur et d'accompagnateur, dépend également d'un ancrage et d'un maillage institutionnel, sans lequel il reste difficile de limiter les effets de silo inter-service et interinstitutionnel que la mise en relation des acteurs de soins supporte mal.

L'ensemble de ces éléments nous ramène aux réflexions de Pierru (2020) qui rappelait la difficulté pour les ARS d'être des organes déconcentrés de l'État, et de ce fait, d'être soumis à une logique de conduite des politiques publiques allant du haut vers le bas, alors que ces politiques sont souvent dépendantes des configurations locales. Comment mener alors des politiques publiques nationales, visant le déploiement d'innovations numériques au service des parcours et de la coordination des soins, tout en tenant compte, condition sine qua non, des caractéristiques et des dynamiques territoriales ?

## 5. PROPOS CONCLUSIFS ET PISTES D'ACTIONS

Pour conclure temporairement, sachant que la démarche exposée ici est toujours en cours, il convient de revenir sur la problématique posée au début de cet article. Celle-ci consistait à définir dans quelle mesure le dispositif CMSN est approprié pour piloter l'innovation numérique dans le système de soins du Grand Est. Nous ambitionnions par ailleurs de mettre en exergue les leviers à activer pour faire évoluer ce système CMSN, afin d'adapter au mieux l'action aux attentes et besoins des acteurs de terrain, tout en tenant compte des exigences institutionnelles, régionales et nationales, concernant le déploiement des outils Ségur numérique.

Mais avant cela, il nous faut rappeler notre posture particulière de formateurs-chercheurs financés par l'ARS. Cette position ne nous permet pas d'apporter une réponse tranchée aux deux aspects de la problématique annoncée. Il n'est d'ailleurs pas exclu que d'autres dispositifs soient plus (ou moins) adaptés à ces intentions, selon que l'on retient tels ou tels autres critères pour en rendre compte, entre mesurer son efficacité, ou son impact sur la performance du système de soins, etc. De fait, comme nous venons de le voir, nous sommes positionnés à la fois en tant que chercheurs mais aussi en tant qu'acteurs, donc participant de l'objet étudié (Braccini 2022). À ce titre, il nous faut rester prudents quant à la portée de nos observations et de nos analyses.

Cela étant dit, concernant la première partie de la problématique, nous avons pu montrer que la posture « interface » des CMSN, à la fois proche du terrain et implantée dans les différentes délégations territoriales de l'ARS, en fait des acteurs potentiellement pertinents. Notamment pour s'inscrire dans la perspective d'un pilotage par indicateurs pour répondre à une logique technocratique, et simultanément d'un pilotage par le sens, pour répondre aux exigences du processus de développement des usages dans le cadre d'une innovation dans les organisations médico-sociales. Deux types de pilotage qui correspondent respectivement à une fonction d'ambassadeur et d'accompagnateur en plus de celle plus usuelle d'administrateur qui intègre le contrôle du respect des règles de fonctionnement de l'action publique.

Mais la grande fragilité de ce métier dû à sa récence, prend corps dans les incertitudes sur la définition de ses fonctions, mais également sur les perspectives d'avenir de ces postes quant à la forme et la durée de leur maintien, perspectives à partir desquelles se définissent les financements à allouer, lesquels conditionnent le dispositif CMSN dans la prise de ces fonctions et dans le remplissage de sa mission. Cette définition plus précise des fonctions et des moyens à y consacrer ne peut s'opérer qu'à la condition de trouver les temps de mutualisation permettant à ces professionnels à la fois de partager une prescription du travail commune, sans pour autant perdre leur capacité de singulariser leurs interventions en fonction des caractéristiques structurelles et dynamiques des échelles régionale, territoriale et organisationnelle du sous-système d'actions. Cela ne va pas de soi car le temps des CMSN est contraint. Les ARS, au même titre que les secteurs sanitaire et médico-social, sont concernées par les restrictions budgétaires de cette période d'austérité que nous traversons à l'échelle nationale (Pierru 2020).

Concernant notre seconde intention, notons que notre approche visant à élaborer des pistes d'actions pour faire évoluer le dispositif CMSN grâce à un va-et-vient entre théorisation et action, reste à évaluer. Mais plusieurs éléments observés lors des sessions de formation, comme la création d'outils nouveaux ou l'apparition de perceptions partagées jusqu'ici inexistantes, sont autant d'indices qui laissent supposer l'apparition d'effets proches de ceux escomptés. Par ailleurs, les éléments de notre discussion fondés sur nos observations formelles et nos investigations tendent à montrer que les missions des CMSN seraient pour le moment focalisées sur la mise en œuvre d'une intentionnalité ministérielle, sans qu'il ne soit pleinement possible pour les acteurs concernés d'y intégrer les fonctions utiles à un pilotage par le sens de l'innovation recherchée. Or nous avons mis en évidence l'existence de l'interdépendance entre les intentions et les besoins des différentes parties et niveaux du système qui doivent de ce fait se coordonner, confirmant la logique à l'origine des ARS. C'est pourquoi il nous apparaît que le déploiement de l'innovation numérique en santé et le développement d'une dynamique pérenne d'élaboration et de réélaboration d'usages (De Vaujany 2006) demanderait de réviser la logique des postes des CMSN de ce système de soins. Il s'agirait d'orienter explicitement ces postes comme des chargés de développement territorial soutenant l'élaboration de liens, l'instauration d'habitudes de travail et d'actions collectives interprofessionnelles et interinstitutionnelles qu'introduisent les outils numériques de santé.

À cette condition non exclusive, il apparaît que le dispositif CMSN pourrait constituer un catalyseur du fonctionnement du système régional de soins numérisés. Mais ce rôle de catalyseur, rendu possible par des fonctions cumulées d'ambassadeur et d'accompagnateur, ne peut être tenu par les personnes exerçant ce métier, que si elles sont bien intégrées dans le système et si elles le connaissent de manière approfondie, de sorte à pouvoir être connues et reconnues en retour par l'ensemble des autres acteurs du système de soins. La stabilisation du métier à moyen et long terme serait sans doute une action concrète pour rendre plus poreuses les frontières internes entre le sous-système de décision et d'actions.

Sur le plan de la production des connaissances scientifiques, il apparaît que notre tentative de modélisation du système de santé régional pourrait constituer une porte d'entrée intéressante pour faciliter l'appréhension du spectre de ses enjeux et de ses intentions de sorte à pousser plus facilement les acteurs du terrain à problématiser leur situation d'acteurs sociaux. Ainsi ils seraient probablement plus à même de définir les leviers d'actions disponibles à leur échelle pour contribuer à l'évolution et l'adaptation du système dont ils font partie, dans une logique d'auto-organisation. La portée de cette modélisation n'est donc pas de prédire fidèlement les évolutions du système décrit, mais de servir à une démarche heuristique participative, inséparable du traitement de toutes situations complexes posant des difficultés et impliquant des risques multiples. Un outil certainement utile dans cette période d'accroissement de la pression des attentes en matière d'efficacité et d'efficience de l'action publique.

#### Références :

- Allenbach M., Frangieh B., Merini C. & Thomazet S. (2021), Le travail collectif en situation d'intermétiers. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 92, 6, p.87-104. DOI : <https://doi.org/10.3917/nresi.092.0087>.
- Akrich M., Callon M. & Latour B. (eds.) (2006), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Paris, Presses de l'école des Mines.
- Anchisi A., Kuhne N., Debons J. & Follonier M.-C. (2014), Situations de soins à domicile : discontinuité des trajectoires, *Recherche en soins infirmiers*, 118, 3, p. 26-37.

- Bonneville L. & Grosjean S. (2007), Les défis que soulève l'informatisation de la pratique médicale sur le plan de l'innovation technologique, *Canadian Journal of Communication*, 32, p. 435-456.
- Boullier D. (2016), *Sociologie du numérique*, Paris, Armand Colin.
- Braccini V. (2022), L'observateur dans la recherche-action, *Cahiers de systémique*, 1, p. 31-37. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.7447800>
- Braccini V. (2023), Le pentaèdre des apprentissages : un modèle pour accompagner le développement du caractère apprenant des organisations, *Cahiers de systémique*, 2, p. 41-60. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.10047925>
- Braccini V. & Finck S. (2023), La question de l'apprentissage dans les approches systémiques, *Cahiers de systémique*, 2, p. 9-20. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.10057135>
- Boyer R. (2019), How Scientific Breakthroughs and Social Innovations Shape the Evolution of the Healthcare Sector, in Lechevalier S. (ed.), *Innovation Beyond Technology. Science for Society and Interdisciplinary Approaches*, New York, Springer, p. 89-119.
- Corbillon M. & Rousseau P. (2005), Réflexions autour de la position singulière des différents acteurs dans la recherche-action. *Travail et pratiques d'enseignants*, 38, 4, p. 15-29.
- De Gaulejac V. (2005), *La société malade de sa gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Le Seuil.
- De Vaujany F.-X. (2006). Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage. *Management & Avenir* 9, 3, p. 109-126. DOI : <https://doi.org/10.3917/mav.009.0109>.
- Durampart M. & Guyot B. (2008), Interroger l'organisation à la lumière des systèmes d'information, *Société Française des Sciences de l'Information et de la Communication*, Colloque de la Société Française des Sciences de l'Information et de la Communication « *Les sciences de l'information et communication, émancipation et pluralité* ». En ligne : <https://www.sfsic.org/evenements-sfsic/congres-sfsic/congres-sfsic-compiegne-2008-les-sciences-de-linformation-et-communication-emanicipation-et-pluralite/>
- Engeström, Y. & Sannino A. (2021). Des actions de travail aux coalitions hétérogènes : quatre générations d'études théoriques de l'activité de travail. In *L'activité en théories : regards croisés sur le travail*, Tom II. Octarès, 2021, p. 241-280.
- Gaglio G. (2018), *Du neuf avec des vieux ? Télé médecine d'urgence et innovation en contexte gériatrique*, Toulouse, Presses Universitaires du Midi.
- Gaglio G. & Mathieu-Fritz A. (2018), Les pratiques médicales et soignantes à distance. La télé médecine en actes, *Réseaux*, 1, 207, p. 9-24.
- Girault A. & Minvielle E. (2015), Performance et qualité des établissements de santé, in Fermon B. (éd.), *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Paris, Dunod, 2015, p. 91-104.
- Goulinet-Fité G. (2016), Optimiser la communication interne, *Gestions hospitalières*, 522, p. 58-62.
- Goyette G. & Lessard-Hébert M. (1987), *La recherche-action : ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Humbert C. (2020), *Dépendance, innovation et coordination gérontologique. Des dispositifs socio-techniques pour l'autonomie des personnes âgées ?* thèse de doctorat en sociologie, Strasbourg, Université de Strasbourg.
- Humbert C. (2022), Le déploiement d'un Système d'Information pour la coordination gérontologique de proximité dans le Haut-Rhin : une expérience encore perfectible, *Network and Communication Studies*, 36, 3-4, DOI : <https://doi.org/10.4000/net-com.7251>.
- Humbert C. (2023), Évolutions d'un métier du care dans l'innovation en coordination gérontologique, *Gérontologie et société*, 45, 172, p. 115-133. DOI : <https://doi.org/10.3917/gq1.172.0115>.
- Le Moigne J.-L. (1990), *La modélisation des systèmes complexes, afcet systèmes*, Paris, Dunod.
- Liu M. (1997), *Fondements et pratiques de la recherche-action*. Paris, L'Harmattan.
- Livian Y.-F. (2005), Changement et gestion des ressources humaines, in Weiss D., *Ressources Humaines*, Paris, Les Editions d'Organisation.
- Lugan J. (2009), *La systémique sociale*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Mallein P. & Toussaint Y. (1994), L'intégration sociale des technologies d'information et de communication : une sociologie des usages, *Technologie de l'information et société*, 4, p. 315-335.
- Mathieu-Fritz A. & Esterle L. (2013), Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches, *Revue française de sociologie*, 54, 2, p. 303-329.
- Miège B. (2004), *L'information-communication, objet de connaissance*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2004.

- Perrin E. & Braccini V. (2024), L'appropriation du Dossier Patient Informatisé par des infirmier.e.s d'un service de réanimation, *Cahiers de systémique*, 4, p. 9-22. DOI : : <https://doi.org/10.5281/zenodo.14826957>.
- Pierru F. (2020), Agences régionales de santé : mission impossible, *Revue française d'administration publique*, 174, 2, p. 385-403. DOI : <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0089>.
- Romeyer H. (2008), TIC et santé : entre information médicale et information de santé », *tic&société*, 2, 1. DOI : <https://doi.org/10.4000/ticetsociete.365>.
- Savoli A., Barki H. (2017), Effective use of patient-centric health information systems : The influence of patient emotions, *Systèmes d'information & management*, 22, 1, 2017, p. 71-96.
- Schmoll P. (2022), Lever le paradoxe de l'observateur. Ouvertures méta-systémiques, *Cahiers de systémique*, 1, p. 63-82. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.7447858>.
- Tine M.-A. (2008), Une critique du processus d'informationnalisation du système de santé français, *tic&société*, 2, 1. DOI : <https://doi.org/10.4000/ticetsociete.330>.
- Verspieren M.-R. (2002). Quand implication se conjugue avec distanciation : le cas de la recherche-action de type stratégique. *Études de communication. Langages, information, médiations*, 25. DOI : <https://doi.org/10.4000/edc.658>.





# L'amélioration du système de santé à travers l'implication du patient partenaire : l'enrichissement du Modèle de Montréal au prisme des différentes phases du cycle des politiques publiques

**Kossi Eden Andrews ADANDJESSO**

Auxiliaire de recherche, PhD, Centre d'analyse des politiques publiques, Université Laval, Québec  
[kossi.adandjesso@umontreal.ca](mailto:kossi.adandjesso@umontreal.ca)

**Léger Félix NTIENJOM MBOHOU**

Chercheur postdoctoral, VITAM Centre de recherche en santé durable, Québec

**Marie-Pascale POMEY**

Médecin et Professeur titulaire  
Carrefour de l'innovation, centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal  
Département de gestion, évaluation et politique de santé de l'École de santé publique  
& Département de médecine de famille de la Faculté de médecine, Université de Montréal

## Résumé

Le Modèle de Montréal postule une gouvernance partenariale du système de santé qui intègre pleinement le patient dans le processus d'accès aux soins (niveau micro), dans la définition du mode de gouvernance et la mise en place des programmes et services de santé (niveau méso) et dans l'élaboration des politiques de santé (macro) (Pomey & al. 2015). Au niveau macro, ce modèle permet d'analyser la participation citoyenne ou des patients à travers l'implication de ceux-ci dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. En examinant ce cadre d'analyse à l'aune des différentes phases des politiques publiques, cet article propose un élargissement de l'engagement des patients aux cinq étapes du cycle des politiques afin de compléter le Modèle de Montréal et le rendre plus opérationnel. L'article décrit également différents rôles que pourraient jouer les citoyens à chaque étape. Il contribue ainsi à enrichir le niveau macro du continuum de l'engagement des patients partenaires.

## **Abstract – Improving the Healthcare System through Patient-Partner Involvement: Enriching the Montreal Model through the different Phases of the Public Policy Cycle**

The Montreal Model postulates a partnership-based governance of the healthcare system that fully integrates the patient in the process of access to care (micro level), in the definition of the mode of governance and the implementation of healthcare programs and services (meso level) and in the elaboration of healthcare policies (macro level) (Pomey & al. 2015). At the macro level, this model makes it possible to analyze citizen or patient participation through their involvement in the design, implementation and evaluation of health policies. By examining this analytical framework in the light of the different phases of public policy, this article proposes an extension of patient involvement to the five stages of the policy cycle, to make the Montreal Model more comprehensive and operational. The article also describes different roles that citizens could play at each stage. It thus contributes to enriching the macro level of the patient's engagement continuum.

## Mots-clés

Système de santé – Modèle de Montréal – Patient partenaire – Cycle de politiques publiques – Participation

## Keywords

Health System – Montreal Model - Patient Partner - Public Policy Cycle - Participation

## INTRODUCTION

En 2015 a été publié un modèle pour mieux appréhender les différents niveaux d'implication des patients et citoyens dans le système de santé, la santé publique, la formation et la recherche, appelé le Modèle de Montréal (Pomey, Flora & al. 2015). Ce modèle basé sur le concept du patient partenaire s'inscrit dans la logique de la démocratie sanitaire en réponse aux limites du modèle paternaliste médical (Adandjesso 2024). En faisant du patient un partenaire incontournable du système de santé, ce modèle postule que le patient doit être impliqué à tous les échelons du système de santé à travers un continuum d'engagement qui va du niveau micro (prestation de soins dans les services de santé et médico-sociaux) au niveau macro (élaboration et mise en œuvre des politiques publiques de santé) en passant par le niveau méso (organisation des services sur la base d'une gouvernance partenariale) (Carman & al. 2013, Karazivan & al. 2015, Pomey & al. 2021). La mobilisation de cette approche dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques permet d'examiner la participation des patients à travers leur implication dans la conception, l'implantation et l'évaluation des politiques de santé (Pomey, Flora & al. 2015). Ce modèle de partenariat est défini comme « l'engagement des patients à la fois dans leur processus de soins et dans l'amélioration de la qualité des soins et des services » (Pétre & al. 2018, p. 621), de la formation, de la recherche et en santé publique (Pomey, Flora & al. 2015). Il est perçu par un pan important de la littérature comme un levier social (humanisation des soins de santé, reconnaissance scientifique des savoirs expérientiels du patient, autodétermination) et économique (réduction de la consommation de soins et diminution des dépenses inhérentes à la santé) permettant de dynamiser le système de santé et médico-social, en contribuant par ricochet à l'amélioration générale de la santé populationnelle ainsi qu'à la qualité et à la sécurité des soins (Brosseau & Verma 2011, Karazivan & al. 2015, Pomey & al. 2015).

Le modèle de Montréal met en exergue une seule phase du cycle des politiques publiques dans le cadre desquelles l'engagement des patients citoyens s'opère. Il s'agit de l'élaboration. Or, en prenant en compte le cycle des politiques qui comprend cinq étapes (la mise à l'ordre du jour d'un problème, la formulation de solutions, la prise de décision, la mise en œuvre et l'évaluation) (Anderson 1979, Jones 1984), il est légitime de se demander si l'engagement du patient ou du citoyen n'a pas vocation à s'appliquer à toutes les phases du cycle des politiques publiques. Cette limite potentielle constitue en soi une restriction de la participation des patients et des citoyens au cycle complet des politiques de santé ; c'est-à-dire au niveau macro. Ainsi, la question de recherche qui oriente cet article est celle de savoir : comment l'enrichissement du modèle de Montréal à travers la prise en compte des différentes phases du cycle de politiques publiques permet-il d'améliorer la participation des patients partenaires aux politiques favorables à la santé ?

Pour répondre à cette question de recherche, l'article poursuit l'objectif d'enrichir la participation au-delà de la première phase de la mise en œuvre des politiques publiques. Il propose, d'une part, d'étendre la participation des patients à l'ensemble du cycle des politiques et, d'autre part, d'identifier les rôles que pourraient jouer les patients ou citoyens impliqués à chaque étape du cycle. Cet enrichissement du cadre d'analyse de la participation des patients partenaires aux politiques de santé vise à rendre le modèle de Montréal plus global et, par conséquent, davantage opérationnel pour l'analyse des politiques publiques.

Pour ce faire, cet article se compose de trois parties. Dans la première, nous présentons notre démarche méthodologique (1.). La deuxième partie expose la revue de la littérature (2.) portant sur les thématiques suivantes : l'évolution historique du concept de patient partenaire (2.1.); sa contribution à l'amélioration du système de santé (2.2.); les phases de politiques publiques (2.3.); et la participation citoyenne (2.4.). La dernière partie plante le décor et met en lumière le nouveau cadre d'analyse proposé (3.). Elle décrit succinctement la place et les rôles que les patients citoyens pourraient jouer en matière de politiques publiques, notamment dans ses différentes phases.

## 1. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La méthodologie employée ici est orientée autour de deux axes. Premièrement, une revue narrative de la littérature portant sur le modèle du partenariat (plus spécifiquement en rapport avec le cadre d'analyse de la participation des patients et des citoyens aux politiques de santé), sur les cycles de politiques publiques et la participation citoyenne. Deuxièmement, une analyse de contenu qui mobilise une série de documents de politiques publiques. Ces

documents concordent avec la littérature pour démontrer l'effectivité du déploiement des cinq phases du cycle des politiques publiques. Notre grille d'analyse porte essentiellement sur les principales variables d'analyse extraites à travers la revue de la littérature et qui permettent d'apporter une amélioration du niveau macro du cadre d'analyse de la participation des patients et citoyens partenaires aux politiques de santé. L'objectif de l'analyse de contenu est d'arrimer la théorie à la pratique en montrant que les cinq phases du cycle de politiques publiques se trouvent aussi bien dans la littérature théorique que pratique. À titre illustratif, le tableau 1 donne à voir deux politiques publiques comportant les cinq phases susmentionnées en contexte français et québécois.

<b>Les politiques publiques</b>	<b>Politique de la dépendance (France) (Caradec 2020)</b>	<b>Politique gouvernementale « Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale » (Québec 1995)</b>
Mise à l'agenda	Longtemps considérée comme du ressort des familles, la dépendance est devenue une question publique dans les années 1980 (p. 118)	Au début des années 1970, des militantes féministes ont suscité une réflexion sur le caractère social du phénomène de la violence conjugale. Leurs actions pour soutenir les femmes victimes de violences ont été reconnues et appuyées par le gouvernement en 1997.
Formulation	Débats sur les modalités de la prise en charge autour de la question de la possible création d'un nouveau champ de la protection sociale prenant en charge le risque de perte d'autonomie, quel que soit l'âge (p. 118)	Responsabilités conjointes, complémentaires et étroitement liées.  Riches de l'expérience des dernières années, pour être durables et efficaces, les solutions doivent également être conjointes, complémentaires et étroitement liées.
Adoption	Solutions générales et spécifiques pour la prise en charge notamment des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés (p. 118)	Politique d'intervention en matière de violence conjugale adoptée.
Mise en œuvre	La mise en œuvre des mesures spécifiques mises en place (p. 118-119)	Leadership reconnu au gouvernement en la matière gage de la réussite de la mise en œuvre de cette politique (p. 72)
Évaluation	Explication de l'échec de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) et du succès de la l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	Coordination des services, concertation des partenaires des différents secteurs d'intervention et formation adéquate des gestionnaires et du personnel de ces secteurs basées sur l'évaluation systématique des services et des programmes en vue d'ajustements nécessaires (p. 64).

**Tableau 1**

*Illustration des étapes du cycle des politiques publiques dans le cadre de deux politiques de santé*

## **2. REVUE DE LA LITTÉRATURE : ENTRE DROIT À LA PARTICIPATION ET AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Cette section propose de présenter quatre axes de la littérature. Le premier axe porte sur l'évolution socio-historique du patient partenaire : les différents cadrages institutionnels (2.1). Après, nous présenterons le cadre d'analyse de la participation des patients partenaires aux politiques de santé, notamment dans sa dimension relative à l'élaboration des politiques de santé (2.2). Le troisième axe exposera le cycle des politiques publiques (2.3) avant d'aborder la question de la participation citoyenne en rapport à la gouvernance du système de santé (2.4).

## 2.1. Évolution socio-historique du patient partenaire : les différents cadrages institutionnels

La question de l'implication des patients comme acteurs dans le système de santé a été traitée en France à partir de l'arrêt Mercier du 20 mai 1936. Cet arrêt fait obligation au médecin de fournir des informations complètes et nécessaires au patient concernant son état de santé, les diagnostics et les soins envisagés, afin de favoriser son consentement libre et éclairé (Hoerni & Bouscharain 2001). Cette obligation juridique a été réitérée par le Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 (Bertezene 2024). Il convient également de mentionner la loi Huriet-Sérusclat de décembre 1988 votée dans le cadre bioéthique de la médecine et qui mettait l'accent sur la nécessité d'une protection spécifique des patients ainsi que des sujets sains lors de la mise en œuvre d'une recherche biomédicale (Jaillon & Demarez 2008). Ces dispositifs politico-juridiques s'inscrivent dans deux dynamiques. La première met en lumière les informations médicales à communiquer au patient dans l'optique d'obtenir son consentement. La seconde met en exergue l'idée de protection du patient afin de garantir son intégrité physique, morale et psychologique. La véritable notion de démocratie en santé qui a comme principe directeur la participation et l'implication effective du patient dans tout le processus afin d'améliorer ultimement la qualité des soins et services de santé ainsi que l'amélioration globale du système sanitaire n'intervient que dans les années 2000. En effet, « c'est la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui reconnaît pour la première fois l'expertise des usagers aux côtés de celle des professionnels » (Bertezene 2024, p. 15). C'est à partir de cette institutionnalisation de la participation du patient au système de santé qu'est née la notion de démocratie en santé. En effet, cette loi pose les jalons nécessaires pour la réorganisation de nos sociétés afin qu'elles reconnaissent la place et le rôle du patient dans le système de santé. Elle exige que l'organisation de la société soit basée sur la reconnaissance des droits de chacun à connaître, décider et à agir en matière de santé pour tous (Tabuteau & Laude 2016). Par ailleurs, il paraît important de souligner qu'aboutir à la démocratie en santé est loin d'être un processus linéaire. En effet, dominés par le paternalisme médical, les acteurs de la santé étaient réticents par rapport à la reconnaissance des savoirs du patient et son rôle contributif à la prestation des soins et services de qualité (Bouznah 2020, Tourette-Turgis 2010). Cette réticence avait suscité des mobilisations et des actions de militantisme de la part de plusieurs groupes et associations de patients, notamment le groupe Act'up (Batifoulier, Domin & Gadreau 2008, Desclaux 2003).

Au Canada, précisément dans la province de Québec, la démocratie en santé a émergé en 2010 sous l'appellation du Modèle de Montréal et a été récemment institutionnalisée en 2023 par le Gouvernement du Québec (Adandjesso 2024). C'est ce qui est l'objet central du présent article.

## 2.2. Le modèle patient partenaire comme moyen d'amélioration du système de santé

Parmi les modèles axés sur l'implication des patients dans le système de santé, l'approche « patient partenaire » est considérée comme la plus aboutie pour favoriser l'engagement partenarial entre le patient et le personnel du système de santé. Si la littérature présente un large consensus sur le modèle patient partenaire en ce qui concerne sa contribution irréfutable à l'amélioration du système de santé, il nous semble important de cerner cette contribution dans une perspective transversale : micro, méso et macro (Baumann & al. 2020, Flora & al. 2016, Pomey & al. 2015). Par ailleurs, bien que l'enseignement et la recherche ne soient pas au centre de nos réflexions, la mobilisation des données probantes produites par leur biais soutiennent aussi les améliorations observables et observées par l'entremise de ces différents niveaux (Karazivan & al. 2015, Pomey & al. 2015).

Ainsi, l'implication des patients et des citoyens partenaires dans l'optique d'améliorer le système de santé est analysée dans la littérature à travers ces différents niveaux (les niveaux micro, méso et macro du système de santé, l'enseignement, la recherche et la santé publique). Ici, nous analysons la littérature sur les trois niveaux au prisme du Modèle de Montréal proposé par Pomey & coll. (2015) (tableau 2).

Comme mentionné plus haut, nous nous intéressons dans cet article aux niveaux micro, méso et macro. Nous considérons que l'enseignement et la recherche sont des dimensions transversales à ces trois niveaux de manière itérative, puisqu'ils permettent de produire des savoirs et connaissances qui en retour enrichissent les processus en cours dans les trois niveaux.

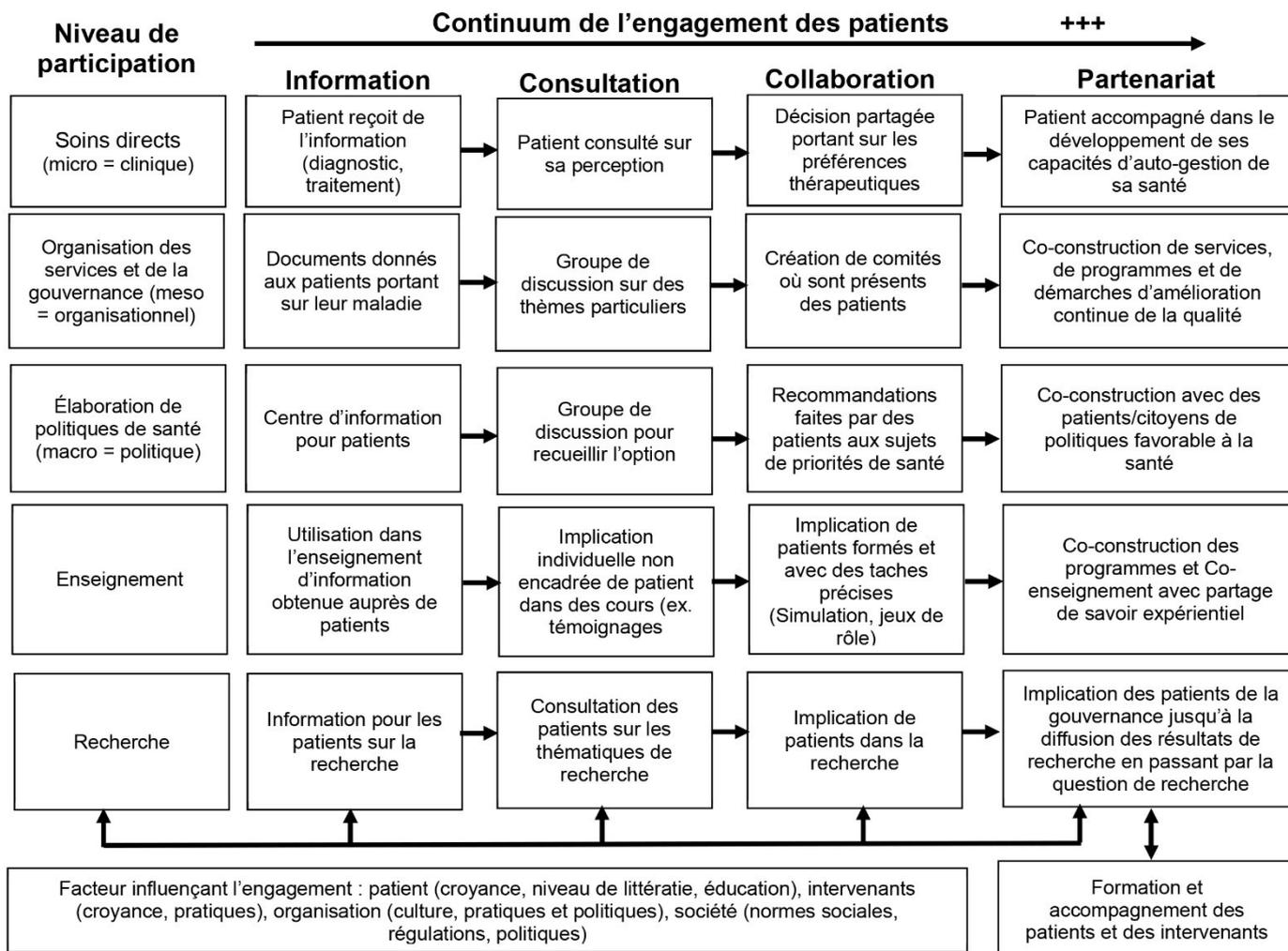


Tableau 2

Cadre d'analyse de la participation des patients partenaires aux politiques de santé (Pomey, Flora et al. 2015)

### 2.2.1. Patient partenaire et amélioration du système de santé au niveau micro

L'appréhension du système de santé au niveau micro prend généralement en considération le fonctionnement des cliniques, des hôpitaux, ainsi que le personnel médical qui y œuvre pour répondre aux besoins sanitaires des usagers appelés ici « patients », et ce, à travers l'administration des soins de santé (Bousquet & Ghadi 2017, Contandriopoulos & al. 2001, Robert & Ridde 2016). À cet égard, l'adoption du modèle du patient partenaire implique l'idée selon laquelle les usagers sont considérés comme acteurs faisant partie intégrante de l'équipe clinique en vue d'améliorer la santé et les soins administrés (Bourmaud, de Villars & Renault-Teissier 2022, Michel & al. 2020, Tourniaire & al. 2023). En effet, en faisant partie de l'équipe clinique, les patients ont donc la possibilité de participer activement et effectivement au processus décisionnel lié au diagnostic et aux soins de traitements, en valorisant non seulement leurs choix et préférences de manière libre et éclairée, mais aussi leurs connaissances expérientielles afin d'améliorer leur état de santé (Boivin & al. 2017, Saraga 2018).

Si nous portons un regard analytique sur cette littérature à l'égard du Modèle de Montréal, il paraît judicieux de souligner la pertinence des variables d'analyse empirique proposées par ces auteurs. Les quatre grands axes d'analyse (information, consultation, collaboration et partenariat/co-construction) sont pertinents pour un véritable ancrage théorique et empirique favorable à l'établissement d'un réel partenariat et engagement entre soignant et soigné. Cela

s'explique d'abord par le fait que le patient est informé du diagnostic et des traitements disponibles pour la résolution de son problème de santé (*informations*). Après la réception de l'information, le patient mobilise ses connaissances et expériences pour interagir avec le soignant en mettant en lumière ses perceptions et choix ainsi que ses préférences (*consultation*). Puis, vient la décision partagée qui est un moment de dialogue entre les deux acteurs afin de déterminer ensemble et consensuellement le choix thérapeutique optimal (*collaboration*). Enfin, les deux acteurs, dans une logique partenariale, mutualisent leurs savoirs, leurs expériences et leur vécu permettant le développement d'une capacité d'autogestion de la santé du patient avec le soutien des professionnels de la santé (*partenariat*). Ainsi, se dégage nettement la dynamique processuelle du partenariat entre les deux types d'acteurs. Alors, tel que théorisé, les variables d'analyse permettant de cerner le partenariat patient-soignant nous semblent pertinentes par rapport à l'amélioration du système de santé au niveau micro. Au niveau méso, le processus théorique prend une autre forme et tient compte d'autres variables d'analyse.

### **2.2.2. L'amélioration du système de santé au niveau méso à travers le Modèle de Montréal**

Le niveau méso du système de santé fait référence à « l'organisation des services et à la gouvernance dans les établissements de santé » (Baumann & al. 2020, p. 4). Sans trop entrer dans les détails, il est à noter que l'organisation des services passe par la disponibilité des services et soins prioritaires en temps et lieu ainsi que la mise en place d'une gouvernance impliquant toutes les parties prenantes, notamment le patient afin de s'assurer d'un meilleur fonctionnement organisationnel et structurel (Godrie 2016). La finalité visée est sans doute la reconnaissance des attentes des patients, y compris leurs besoins au sens global dans des situations particulières (Lefèvre & al. 2014). L'importance de prioriser les services et soins de santé se justifie par la rareté des ressources sous toutes ses formes face aux besoins de santé illimités (Nakhli 2000). Si la priorisation des services de santé s'avère importante à cause de la limitation des ressources, les questions suivantes se posent : qui définit les services prioritaires au niveau organisationnel (méso) ? Selon quels critères ? Pour quelles finalités ? Il ressort clairement qu'aucune réponse crédible à ces questions ne pourrait occulter l'implication des patients. À titre d'exemple, les services et soins prioritaires ne peuvent être établis sans l'implication des patients. Ces derniers connaissent mieux leurs besoins en santé (Graham & Brookey 2008, Snow, Humphrey & Sandall 2013), et cette meilleure connaissance est capitale dans la définition des services prioritaires. À cet effet, il serait contreproductif d'établir des priorités en santé sans impliquer les patients partenaires. Ce raisonnement s'applique également à la deuxième question portant sur les critères qui sous-tendraient les priorités. Concernant la dernière question relative à la finalité, il suffit de se référer au travail de Lefèvre et ses collègues (2014), pour comprendre que la finalité de l'organisation de services de santé est la satisfaction des attentes et besoins des patients. Alors, peut-on connaître les attentes et besoins de ceux-ci sans les associer au processus ? La réponse est sans aucun doute négative. C'est ainsi que le patient représente un acteur central dans la gouvernance organisationnelle du système de santé (Karazivan & al. 2015, Pomey & al. 2015, 2021).

La littérature que nous venons de présenter permet de porter valablement un regard critique sur la pertinence de l'ancrage théorique proposé par Pomey & coll. (2015). Relativement au modèle proposé, le niveau méso permet premièrement de fournir aux patients des documents contenant des informations liées à leur état de santé (*information*). Deuxièmement, du moment où chaque patient possède des connaissances suffisantes sur son état de santé, le processus offre aux uns et aux autres des possibilités d'interaction par le biais de groupes de discussion sur des thématiques diverses et variées (*consultation*). Après leurs discussions collectives, les patients sont invités en troisième lieu à siéger dans un comité de travail avec d'autres parties prenantes (*collaboration*). Par le biais de cette collaboration, les patients avec d'autres acteurs coconstruisent enfin des services et programmes prioritaires dans une perspective d'amélioration continue des soins de santé (partenariat). Ce cadrage théorique est très bien ancré dans la littérature mobilisée qui justifie l'implication du patient au niveau méso dans le but de répondre à ses attentes et besoins (Lefèvre & al. 2014). Si les sous-variables d'analyse proposées à travers le Modèle de Montréal sont pertinentes pour appréhender l'implication des patients et l'amélioration du système de santé aux niveaux micro et méso, nous décelons cependant quelques lacunes au niveau macro. La section suivante discutera de ces lacunes qui justifient par ailleurs la pertinence de cet article.

### **2.2.3. L'implication des patients partenaires au niveau macro : les limites du Modèle de Montréal**

Partant de l'implication des patients partenaires, il convient de préciser qu'aujourd'hui, en France tout comme au Québec, des patients autonomes sont capables de participer à tout processus décisionnel portant sur leur santé.

Cependant, soulignons le cas des patients en situation d'incapacité et de dépendance. Ces derniers sont accompagnés quotidiennement par des personnes proches aidantes qui leur apportent le soutien nécessaire pour répondre à leurs besoins sanitaires et de participation aux décisions afférentes à leur santé. La définition du Québec par rapport à la personne proche aidante clarifie le rôle que jouent les proches aidants afin de soutenir les patients en situation de dépendance et d'incapacité. Selon le Gouvernement du Québec, est considérée comme personne proche aidante :

*« Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. Le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révoquable, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée et le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services. Il peut également entraîner des répercussions financières pour la personne proche aidante ou limiter sa capacité à prendre soin de sa propre santé physique et mentale ou à assumer ses autres responsabilités sociales et familiales »* (Gouvernement du Québec 2021, p. 4).

Ainsi, en nous référant à ce rôle qui leur est officiellement reconnu, les personnes proches aidantes peuvent participer à toutes les phases du cycle des politiques publiques à la place des personnes en situation d'incapacité afin de contribuer à leur garantir un égal accès à des soins de qualité, et ce, à travers la prise en compte de leurs valeurs et préférences dans les décisions ayant trait à leur santé.

Pour ce qui est de leur implication en soi, il est à noter que l'intervention des patients et des citoyens partenaires au niveau macro se réfère à leur participation à l'élaboration des politiques favorables à la santé (Baumann & al. 2020, Pomey & al. 2015). À ce niveau, le Modèle de Montréal présente quelques limites. Elles sont classées en trois catégories. Premièrement, le niveau de participation le plus abouti du Modèle de Montréal est la phase partenariale entraînant la co-construction ou la co-élaboration des politiques publiques favorables à la santé. Par conséquent, cela limite la participation des patients et des citoyens à une seule phase des politiques publiques (Adandjesso 2024). Or, une politique publique comporte généralement cinq phases : la mise à l'agenda, la formulation d'une politique publique (la seule phase prise en considération dans le Modèle de Montréal), l'adoption d'une politique publique relative au processus décisionnel, la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique publique (Anderson 1979, Jones 1984). Les deux dernières lacunes découlent de la première. Donc en deuxième lieu, le Modèle de Montréal ne permet pas d'entrevoir la manière dont il faut impliquer les patients et citoyens partenaires dans ces différentes phases (leur place dans le processus). Dans la même veine, le modèle ne définit pas les rôles ou tâches que les patients et citoyens devraient jouer ou exercer dans chacune des phases. L'objectif de cet article est donc de densifier ces aspects en proposant un nouveau modèle théorique et pratique plus robuste pouvant mieux analyser la participation des patients partenaires en matière de politiques publiques favorables à la santé, d'une part, mais surtout dégager des pistes d'intervention en faveur d'une participation plus effective et globale des patients et citoyens dans les processus de politiques publiques, d'autre part.

### **2.3. Le cycle des politiques publiques comme matrice d'ajustement du modèle patient partenaire**

Le cycle des politiques publiques s'articule en cinq phases que nous présenterons succinctement dans cette section.

#### **2.3.1. La mise à l'agenda d'un sujet ou d'un problème**

L'agenda gouvernemental est défini comme « la liste des sujets ou problèmes auxquels les acteurs gouvernementaux et les personnes évoluant à proximité du gouvernement accordent une sérieuse attention à un moment donné » (Kingdon 1995, p. 27). Dans ce processus de mise à l'agenda, la question principale que beaucoup de chercheurs se posent (Hassenteufel 2011, de Maillard & Kübler 2016) est de savoir : pourquoi certains problèmes retiennent l'attention des autorités gouvernementales alors que d'autres non ? Pour étudier ce processus, plusieurs modèles d'analyse ont été proposés. Cependant, parmi les 5 modèles proposés par Garraud (1990) – les modèles

de l'offre politique, de l'anticipation, de la mobilisation, de la médiatisation et de l'action corporatiste silencieuse –, les trois derniers paraissent fructueux pour bâtir un ancrage théorique pouvant documenter les interactions entre les patients ou citoyens partenaires et d'autres entrepreneurs politiques à cette étape de la mise sur l'agenda. Précisons que le modèle de la mobilisation fait référence à l'action collective de groupes organisés, groupes d'intérêts socio-professionnels ou groupes de cause qui « portent » un enjeu et cherchent à contraindre les autorités à le prendre en charge par diverses démonstrations et pressions. Clairement, ce modèle offre aux patients citoyens la possibilité de participation à ce processus de mise à l'agenda, car les patients citoyens sont aujourd'hui présents aussi bien dans plusieurs groupes organisés que dans des groupes d'intérêts socioprofessionnels. Dans la même veine, le modèle de la médiatisation s'ouvre au champ médiatique et permet à certains médias de déployer une stratégie favorisant la communication et la diffusion de certains enjeux ou problèmes communs qui leur sont profitables en termes d'audience. La mobilisation sociale est néanmoins faible. Cependant, l'attention publique est forte, et les intérêts des autorités politiques et gouvernementales se trouvent activés. Par l'entremise de la médiatisation, les patients citoyens auront à leur disposition une multiplicité de canaux favorables à leurs interactions avec les acteurs de médias pour une plus grande mobilisation sociale autour des enjeux sanitaires. Enfin, le modèle de l'action corporatiste silencieuse se penche sur des groupes d'intérêts (les groupes de soutiens des patients/citoyens) qui pourraient mobiliser un groupe de lobbying efficace et capable de convaincre les autorités politico-administratives afin que ces dernières puissent agir sur un certain enjeu ou problème de santé. À cette première phase, ces différents éléments sont intéressants pour théoriser la participation du patient citoyen au processus de politique publique.

### **2.3.2. La formulation d'une politique publique favorable à la santé**

Cette deuxième phase est un champ très dominé par les acteurs politico-administratifs. Rappelons que la première phase consistait à mettre en place des moyens et stratégies obligeant les autorités gouvernementales à prêter une attention particulière à un enjeu public de santé. Cette deuxième phase « renvoie au processus d'élaboration de solutions pertinentes et acceptables pour traiter le problème pris en charge par les autorités publiques (Hassenteufel 2021, p. 34). Ici, il est question de réfléchir à comment impliquer les patients citoyens et les rôles précis qui seront les leurs dans le processus d'élaboration des solutions.

### **2.3.3. L'adoption d'une politique publique ou le processus décisionnel**

L'adoption d'une politique est perçue comme un moment au cours duquel les parties prenantes à la décision font « un choix d'une solution endossée par les autorités publiques » (Hassenteufel 2021, p. 34). En matière de processus décisionnel, trois postulats pourraient justifier la place des patients citoyens et les rôles qui seraient les leurs. Le processus décisionnel implique les idées selon lesquelles :

1. Les acteurs participant à ce processus s'appuient sur un système de choix et de préférences explicites et sans ambiguïté. Ils définissent clairement des options, des buts poursuivis et des résultats escomptés dans une perspective comparative.

2. Ils mettent en lumière toutes les alternatives possibles et s'assurent que toutes les informations à leur possession sont transparentes et crédibles afin que la solution adoptée puisse leur permettre d'entrevoir les conséquences plausibles en termes de perspective ancrée dans le futur.

3. La seule finalité à viser est de trouver des solutions optimales au problème pour lequel la politique de santé est élaborée. Cette solution optimale favorise la maximisation des gains et la minimisation des pertes. C'est cette solution adoptée à travers le processus décisionnel qui constituera le programme qui sera mis en œuvre.

### **2.3.4. La mise en œuvre**

La mise en œuvre d'une politique publique permet de caractériser un moment de l'action publique ou la décision se confronte à la réalité à travers l'application des directives gouvernementales (Hill & Hupe 2008). À cette phase, plusieurs concepts théoriques sont mobilisés pour comprendre l'effectivité de la mise en œuvre (il s'agit par exemple de la mise en œuvre à échelon multiple, le contenu de la décision, la nature des ressources ou moyens de mise en œuvre). Dans le cadre de cet article, nous considérons que l'insuffisance des ressources peut possiblement impacter la meilleure coordination de la mise en œuvre dans la mesure où les politiques favorables à la santé sont souvent implantées à plusieurs niveaux administratifs (la mise en œuvre à échelon multiple) (Ogien 1998). À cet égard, les

patients citoyens partenaires pourraient être mobilisés dans la mise en œuvre comme étant des ressources humaines complémentaires. Après le processus de mise en œuvre, l'étape suivante est l'évaluation.

### **2.3.5. L'évaluation d'une politique publique de santé**

Selon Steve Jacob, évaluer une politique publique consiste à mesurer les effets propres à cette politique et, en fonction de critères bien définis (ex. : efficacité, efficience, etc.), à porter un jugement de valeur sur ces effets, qu'ils soient voulus ou pervers, directs ou indirects, induits à court ou à long terme (Jacob 2009). En matière de santé, la phase évaluative fait souvent référence à une évaluation participative (Ridde 2006, Simard 2005) impliquant « les principales parties prenantes (stakeholders) au processus d'évaluation. Ces principales parties prenantes sont généralement les décideurs publics, les opérateurs, les bénéficiaires directs et indirects (les patients citoyens partenaires ici) de l'action publique évaluée et des représentants de la société civile (Plottu & Plottu 2009). L'évaluation participative est un moment au cours duquel les patients citoyens partenaires peuvent faire valoir leurs expériences à l'égard de l'ensemble du processus et susciter des ajustements pertinents aux politiques et programmes.

## **2.4. La participation publique et la gouvernance du système de santé**

La participation publique est généralement définie par l'engagement des citoyens dans le processus d'élaboration des politiques publiques et par le regroupement des procédures ayant comme dénominateur commun l'obtention du point de vue des citoyens par les fonctionnaires (Boucher 2017). Parce qu'elle matérialise l'action des citoyens et des associations citoyennes qui prennent part aux décisions collectives au sein du gouvernement, d'une institution publique ou d'un organisme de la société civile (Thibault 2007), la participation publique est perçue comme un moyen efficace d'atteindre des valeurs démocratiques clés telles que la légitimité, la justice et l'efficacité dans la gouvernance (Fung 2015). Il s'agit d'un « espace-temps de liberté et de délibération inscrit dans le processus des décisions publiques » et dont l'existence dépend autant des organisations que des citoyens à travers un échange volontaire où les organisations reconnaissent un certain degré de pouvoir aux personnes qu'elles touchent tandis que ces personnes acceptent en retour un certain degré de mobilisation en faveur des organisations (Godbout 1983).

La littérature a identifié quatre dimensions correspondant à quatre questionnements qui sont essentielles dans toute démarche de participation citoyenne :

- Les intentions eu égard à la participation (Pourquoi participer?)
- Les enjeux de la négociation (À quoi participe-t-on?)
- La représentation des intérêts (Qui participe?)
- Le processus de délibération (Comment participe-t-on?)

Les éclairages sur ces quatre dimensions ou les réponses à ces quatre questions sont les clauses fondamentales d'un « contrat de participation citoyenne » (Tremblay 1999, 2006). En tant qu'acte de démocratie, la participation publique doit obligatoirement répondre à un certain nombre de conditions. Pour Thibaut (2007), toute participation doit être publique, délibérative, orientée vers le bien commun, régulée, dotée d'un pouvoir clairement défini et soutenue par une information complète et accessible. Bouchard (2016) quant à elle a identifié les conditions d'une participation authentique :

– Le respect des délais ou *timeliness* : la notion de temps est associée à la période comprise entre l'établissement de l'agenda, la formulation et l'adoption de politiques alors que la notion de *timeliness* concerne une participation se rapprochant de la période associée à l'établissement de l'agenda politique. Ainsi, si le public n'est invité qu'en fin de processus, la participation sera jugée non authentique.

– La représentativité : Les critères de composition du public participant et du caractère intégrateur du processus participatif déterminent une participation authentique. Ainsi, le critère de composition fait référence à des préoccupations d'ordre méthodologique quant à leur reproductibilité et le critère d'inclusion est associé à une préoccupation d'équité sociale.

– Une information sensée et impartiale : Les participants/citoyens devraient recevoir de l'information de qualité, sensée et contestable afin d'entrer dans le débat public en pleine connaissance de cause.

– La transparence : Les participants/citoyens devraient être conscients de comment leur contribution a pu informer les décideurs publics vers une décision finale par un processus ouvert et transparent.

Les modèles de participation publique sont divers et peuvent varier selon les contextes, les enjeux et les objectifs poursuivis mais également selon la qualité de la délibération, la durée ou le choix des participants (Tremblay 2006). Aucun modèle n'est parfait, encore moins complet ; d'où la suggestion que fait la littérature de combiner les différentes techniques, selon les objectifs, les ressources disponibles, le contexte, etc. (Forest & al. 2003). Sans prétention à l'exhaustivité et à titre illustratif, l'on peut citer : la participation électorale et le référendum, les sommets, les états généraux et les commissions d'étude, les forums, les livres blancs, les budgets participatifs, les comités de parties prenantes, les cercles d'études, les audiences publiques, les groupes de discussion et les sondages d'opinion, les conseils, les commissions, les comités et les forums « permanents », les conférences de consensus, les tables rondes de citoyen et les jurys de citoyens, les consultations en ligne, des formules mixtes telles que les sondages délibératifs et les dialogues délibératifs (Coleman & Gøtze 2001, Tremblay 2006). Il va de soi que la place et le rôle des patients citoyens partenaires peuvent varier suivant le type de participation proposé. Toutefois, leur implication en amont, au cours et en aval du mécanisme détermine l'authenticité du cadre participatif.

Au Québec, le développement social et économique est la finalité du système de santé et de services sociaux. À cet égard, les citoyens sont amenés à être des acteurs et auteurs de leur santé et des moyens de vaincre les maladies dans la mesure où leur participation dans la façon de rendre les services et d'orienter le système détermine la capacité de ce dernier de devenir un instrument de développement de la santé sociale et personnelle (Thibault 2007). Garantir la santé des citoyens commande au système de santé et de services sociaux que ceux-ci soient des acteurs de premier plan. La participation publique concourt par conséquent à dynamiser la société par un accroissement du capital social et des interactions entre ses membres afin de réaliser l'impact recherché par le système de santé et de services sociaux, à savoir des individus et des communautés en capacité de se prendre en main économiquement et socialement (Thibault 2007).

Depuis plusieurs décennies, la participation publique occupe une place significative dans la culture politique de la société québécoise contribuant de ce fait à l'émergence d'une société civile organisée et autonome qui se déploie à la confluence de l'espace privé des individus et de la sphère de l'État. Plusieurs Commissions (Castonguay, Clair, Rochon) tout comme la Loi sur les services de santé et les services sociaux ont défini la place, le rôle et les pouvoirs des citoyens dans la gouvernance du système socio-sanitaire québécois (Gauvin & al. 2009). De ce fait, la participation citoyenne en matière de santé, en tant que l'une de ses facettes, s'inscrit dans la gouvernance démocratique globale (Tremblay 2006) d'une part, et promeut les droits humains à travers le droit à la santé et le droit à la participation aux décisions publiques en matière de santé d'autre part (Caniard 2000). Même si l'on note une variété et une diversité des instances de participation citoyenne dans la gouvernance des services de santé et de services sociaux au Québec, l'on constate également la faible quantité d'évaluations permettant de connaître l'impact des modalités mises en œuvre par l'État pour soutenir la participation citoyenne dans le système de santé et de services sociaux d'une part, et si cette participation citoyenne est adéquate et effective afin de garantir une participation démocratique, utile et crédible (Thibault, Lequin & al. 2000).

### **3. RÉSULTATS DE L'AJUSTEMENT DU CADRE D'ANALYSE DU CONTINUUM D'ENGAGEMENT DES PATIENTS PARTENAIRES AUX DIFFÉRENTES ÉTAPES DU CYCLE DES POLITIQUES PUBLIQUES**

Pour préciser et bonifier le Modèle de Montréal, ce cadre prend en considération les cinq phases du cycle des politiques publiques. Il mobilise les quatre dimensions de participation qui sous-tendent le continuum de l'engagement des patients partenaires dans les politiques de santé. Ainsi, chaque phase est détaillée à l'aune de chacune de ces dimensions (information, consultation, collaboration, partenariat) à travers une définition et une clarification de ce que pourrait être la place ainsi que les rôles/responsabilités des patients citoyens partenaires à tous les niveaux du processus. Le tableau 3 synthétise les développements de cette section.

Phase Variables	Mise à l'agenda	Formulation	Adoption	Mise en œuvre	Évaluation
<b>Information</b>	Informations et données sur l'enjeu de santé	Droit à une information complète, impartiale, accessible, crédible et contestable	Informations sur les options, buts poursuivis et les résultats escomptés (objectifs généraux et spécifiques de la politique ou du programme)	Mise à la disposition des patients des informations sur les activités à mener ainsi que sur les qualifications/compétences requises	Mise en place d'un centre d'information pour les patients pour un suivi évaluatif de la politique ou du programme
<b>Consultation</b>	Discussions avec les professionnels de santé, experts, organisations communautaires	Prise en compte des choix, préférences, valeurs et objectifs de santé des patients partenaires	Discussions entre patients partenaires pour décider du choix optimal répondant le mieux à leurs valeurs et objectifs de santé	Désignation par les patients de pairs disposant des qualifications/compétences requises et susceptibles d'être impliqués dans les activités de mise en œuvre	Implication des patients dans l'élaboration du mandat de l'évaluation (définition des objectifs, de la finalité et des méthodes évaluatives) ainsi que pour le choix de l'évaluateur
<b>Collaboration</b>	Synergisation des informations et mobilisation avec d'autres acteurs (médias, lobbies, chercheurs, organisations communautaires, professionnels de santé...)	Examen participatif des différentes options de politiques sur la base de la confrontation Informations reçues vs. Choix, préférences, etc.	Discussion entre toutes les parties prenantes pour aboutir à un consensus par rapport à la meilleure solution à adopter	Implication des patients partenaires désignés par leurs pairs dans toutes les activités prévues et à tous les niveaux	Implication des patients comme répondants (en tant que bénéficiaires et parties prenantes de la mise en œuvre) Rétroaction concernant le rapport préliminaire d'évaluation
<b>Partenariat</b>	Construction d'une coalition dominante	Co-élaboration des pistes de solutions envisageables	Implication des patients partenaires dans le processus de prise de décision, d'élaboration du contenu de la politique et de choix de l'instrument de politique	Participation des patients à la coordination de la mise en œuvre de la politique ou du programme Implication des patients dans l'atteinte des objectifs généraux et spécifiques	Implication des patients dans le processus d'adoption du rapport Implication des patients dans l'apprentissage social et l'amélioration de la politique et des processus

**Tableau 3**  
*Cadre d'analyse de l'engagement des patients partenaires aux politiques publiques*

### 3.1. La mise à l'agenda

À cette première phase, il convient de mobiliser les travaux de Roger Cobb et Charles Elder (1972) pour distinguer l'agenda institutionnel de l'agenda systémique. Selon ces auteurs, l'agenda systémique fait référence à un ensemble d'enjeux perçus par les entrepreneurs politiques comme étant des problématiques méritant une attention particulière. Alors que l'agenda institutionnel/formel rassemble préalablement un certain nombre de problèmes ayant déjà reçu une attention significative de la part des élites politiques (Cobb & Elder 1972). Cette précision distinctive se justifie par le fait que la participation des patients citoyens en matière de politique publique ne pourrait démarrer à partir de la mise à l'agenda que si et seulement si l'enjeu de santé dont il est question n'a pas encore fait l'objet d'une attention particulière de la part des autorités publiques. En d'autres termes, dans l'hypothèse d'un agenda institutionnel, la participation des patients citoyens partenaires débiterait à partir de la deuxième phase du cycle des politiques publiques à savoir la formulation. Abordons à présent les dimensions de la participation.

#### 3.1.1. Information

Dans un processus de construction d'un problème de santé, notre cadre d'analyse responsabilise entièrement les patients citoyens partenaires qui vivent directement ou indirectement le problème; sans oublier de mentionner la possibilité pour eux d'avoir le soutien ou de se faire représenter par un groupe d'intérêts plus structuré et plus influent

par rapport à l'enjeu en question. En les considérant comme étant les premiers responsables de l'amélioration de leur propre condition sanitaire, les patients citoyens partenaires ont le rôle de documenter objectivement leur situation en lien avec l'enjeu, en mettant en relief toutes les informations inhérentes aux anormalités vécues par rapport à l'enjeu. La documentation du problème vécu (niveau de gravité et d'anormalité) et toutes les informations objectives et fiables que les patients citoyens auront à leur disposition constituent des données que ces derniers pourront mobiliser pour crédibiliser leurs discours et actions afin d'avoir la légitimité auprès des autres entrepreneurs politiques. Ainsi, ils pourraient solliciter en toute légitimité le soutien des autres acteurs sociopolitiques dans un cadre de consultation.

### **3.1.2. Consultation**

L'étape de la consultation permet de donner à l'enjeu, une dimension sociale à travers laquelle les patients citoyens partenaires auront d'abord pour rôle de mobiliser d'autres acteurs (les experts universitaires qui travaillent sur l'enjeu, les groupes d'intérêts formels qui défendent la cause liée à l'enjeu). Ensuite, ils définissent clairement leurs objectifs par rapport à cette consultation : faire valider les informations documentées, avoir les avis des experts en ce qui concerne l'anormalité de l'enjeu vécu; en outre, solliciter en toute transparence le soutien de ces groupes d'acteurs. La demande de soutien à cette étape de consultation s'inscrit dans une dynamique de collaboration entre plusieurs groupes d'acteurs afin d'avoir une grande capacité de mobilisation sociale.

### **3.1.3. Collaboration**

À ce niveau, fort du soutien et de la collaboration des autres parties prenantes (experts, chercheurs, professionnels de la santé, acteurs militants incluant les associations et autres organisations défendant la cause touchée par l'enjeu, les lobbies, les médias), les patients citoyens partenaires jouent un rôle capital dans la mise en place d'une synergie d'action et de mobilisation. Les autres acteurs contribuent à la dissémination de l'enjeu dans leurs milieux respectifs. Par exemple, les médias ont la capacité de conduire une mobilisation grand public autour de l'enjeu qui prendrait de ce fait une dimension nationale significative.

### **3.1.4. Partenariat**

À ce niveau, il s'agit de mettre en place une coalition en capacité de porter l'enjeu sur l'agenda des décideurs politiques (Jenkins-Smith & Sabatier 1994, Lemieux 1998, Sabatier 2014, Smith 2000). La centralité de la place et du rôle des patients citoyens partenaires à ce niveau est un enjeu important. Une telle coalition doit définir clairement une cause commune (Jenkins-Smith & Sabatier 1994, Sabatier 2014) autour de laquelle les actions des uns nourriront et renforceront celles des autres par le biais d'une stratégie de pression politique. Par exemple, tandis que les lobbies interagiraient directement avec les autorités publiques, des débats dans les médias mobiliseraient les chercheurs, les experts, les professionnels de la santé, les patients citoyens et tout autre acteur mobilisé par l'enjeu. La finalité doit consister à accroître la co-construction de politique. Par ailleurs, d'autres formes de manifestations publiques mobilisant les patients citoyens partenaires et d'autres acteurs notamment du milieu associatif participeraient également du partenariat à construire pour la mise sur agenda de l'enjeu.

Enfin, la publicisation de l'enjeu repose également sur la capacité de la coalition à susciter un débat médiatique ou de toute autre nature, avec les responsables administratifs et politiques de tous bords, et de ce fait, les amener à prendre ouvertement position sur l'enjeu.

## **3.2. Formulation des solutions**

À titre de rappel, cette phase du cycle des politiques publiques a pour but de définir toutes les alternatives (les solutions plausibles) pouvant apporter une réponse au problème. Nous examinerons ce que pourrait être la place et le rôle des patients citoyens partenaires dans cette étape relativement aux quatre dimensions de la participation.

### **3.2.1. Information**

Le processus de formulation des solutions est généralement placé sous le leadership des acteurs politico-administratifs. Les patients citoyens partenaires sont pleinement engagés dans ce travail qui est participatif et mobilise toutes les parties prenantes concernées par l'enjeu. À cet égard, les patients citoyens partenaires pour jouer

pleinement leur rôle à ce niveau ont droit à une information complète, impartiale, accessible, crédible et contestable afin d'entrer dans le débat public en pleine connaissance de cause. Ces informations peuvent être relatives à la capacité du gouvernement d'allouer des ressources financières, humaines, matérielles suffisantes pour faire face à l'enjeu. Afin de tenir une place centrale et jouer un rôle pertinent dans la formulation des solutions, les patients citoyens partenaires sont attentifs aux principes, valeurs, normes et cultures organisationnelles des autres parties prenantes (l'État, représenté par les acteurs politico-administratifs, les experts, les organismes communautaires, etc.). En effet, ces différents éléments ont généralement la capacité d'orienter et de formater les solutions politiques (Schärlig 1985, Surel 1998, Surel 2000). Il est donc capital pour les patients citoyens partenaires d'être en mesure d'anticiper les différents positionnements des autres acteurs et de se préparer efficacement au débat d'idées et aux controverses qui nourrissent souvent la formulation d'une politique publique (Faure 1995, Jobert 1992).

### **3.2.2. Consultation**

Pour cette étape, les patients citoyens partenaires occupent une place centrale au sein de l'espace de discussion et de travail collaboratif mis en place, dans la mesure où la formulation des pistes de solution au problème doit prendre en compte les choix, valeurs, préférences et objectifs généraux de santé de ceux-ci. À cet égard, les patients citoyens partenaires doivent clarifier ces différents éléments dans le cadre d'une discussion entre eux pour construire une position commune et partagée. Ce cadre de travail restreint peut être néanmoins élargi par les patients citoyens partenaires eux-mêmes, à des personnes ressources pouvant apporter des connaissances ou alors procéder à une médiation pour parvenir à un consensus dans les situations de divergences. En se basant sur cette position commune, les patients citoyens partenaires définissent des scénarios reflétant leurs choix, valeurs et préférences qu'ils feront valoir dans la collaboration avec les autres parties prenantes.

### **3.2.3. Collaboration**

La collaboration permet aux patients citoyens partenaires d'interagir avec les autres parties prenantes dans le but d'élaborer les différentes solutions à soumettre aux décideurs en vue de la résolution du problème. À cette étape, les patients citoyens partenaires participent à l'examen des différentes options de politiques sur la base de la confrontation de leur position avec celles des autres acteurs, notamment sur la base des informations reçues. Ils concourent à l'élaboration d'un consensus qui se rapproche le plus possible des scénarios arrêtés dans le cadre de leurs consultations.

### **3.2.4. Partenariat**

Le travail partenarial permet à toutes les parties prenantes, notamment les patients citoyens partenaires de co-élaborer les différentes options de solution. Ici, toutes les pistes envisagées sont formulées de manière participative et reflètent une collaboration effective entre toutes les parties prenantes.

## **3.3. Prise de décision**

Cette étape du cycle des politiques publiques a pour objectif l'adoption d'une solution parmi celles formulées à l'étape précédente. La place et le rôle des patients citoyens partenaires sont également à clarifier en rapport avec les variables information, consultation, collaboration et partenariat. L'engagement des patients citoyens à ce stade renforce la transparence du processus participatif en permettant aux patients de voir comment leurs contributions ont pu informer les décideurs publics vers une décision finale.

### **3.3.1. Information**

Les patients citoyens partenaires appelés à participer au processus de prise de décision doivent disposer de toutes les informations sur les options, les buts poursuivis, les résultats escomptés (objectifs généraux et spécifiques de la politique ou du programme), et les instruments de politique susceptibles d'être utilisés dans le cas d'espèce.

### **3.3.2. Consultation**

Prenant en compte les solutions possibles co-élaborées avec les autres acteurs et en les confrontant avec les options, buts poursuivis, résultats escomptés présentés sur la table de prise de décision, des discussions entre

patients citoyens partenaires permettront à ceux-ci de décider du choix optimal répondant le mieux à leurs valeurs, préférences et objectifs de santé. Ceux-ci pourraient faire appel à des personnes dans leur cadre restreint de discussion afin de mieux formuler leur choix décisionnel optimal (une décision optimale qui se rapprocherait le mieux du scénario idéal et dont les avantages seraient supérieurs aux inconvénients).

### **3.3.3. Collaboration**

Le cadre collaboratif de prise de décision regroupant toutes les parties prenantes offre aux patients citoyens partenaires la possibilité de faire valoir leur solution optimale. L'objectif d'une prise de décision consensuelle renforce le rôle des patients citoyens partenaires qui peuvent dès lors mieux défendre leur choix, et s'assurer par la même occasion que la décision finale reflète au mieux leurs valeurs, leurs préférences et les objectifs attendus eu égard de l'enjeu.

### **3.3.4. Partenariat**

Pour que le partenariat décisionnel soit effectif et authentique, les patients citoyens partenaires doivent être impliqués dans le processus de prise de décision, dans l'élaboration du contenu de la politique et dans le choix de l'instrument de politique. Cela suppose qu'en cas de vote par exemple, la voix des patients citoyens partenaires devrait être aussi prépondérante que celles des acteurs politico-administratifs pour ne parler que de ceux-ci qui très souvent assurent le leadership dans les processus de prise de décision.

## **3.4. Mise en œuvre**

La mise en œuvre d'une politique est le moment où la décision prise se confronte à la réalité du terrain (Hill & Hupe 2008). Les patients citoyens partenaires sont des ressources pertinentes et complémentaires susceptibles de contribuer à une mise en œuvre efficiente et effective des politiques de santé.

### **3.4.1. Information**

Pour que les patients citoyens partenaires occupent une place significative et jouent un rôle pertinent dans la mise en œuvre des politiques de santé, ils disposent de toutes les informations relatives aux activités à mener ainsi que sur les qualifications/compétences requises pour les différents postes au sein des équipes mobilisées à cet effet. Les patients citoyens partenaires sont, certes, des bénéficiaires des politiques de santé. Toutefois, ils peuvent être également des partenaires dans la mise en œuvre des politiques. Pour ce faire, l'accès à l'information est une donnée capitale.

### **3.4.2. Consultation**

Dans l'optique de participer aux activités de mise en œuvre des politiques de santé, les patients citoyens partenaires peuvent se consulter entre eux et désigner des pairs disposant des qualifications/compétences requises et susceptibles d'être impliqués dans les activités de mise en œuvre.

### **3.4.3. Collaboration**

La dimension collaborative de la mise en œuvre des politiques de santé peut être matérialisée par l'implication des patients citoyens partenaires (désignés lors de la consultation) dans toutes les activités prévues dans le cadre de l'implantation de la politique. Cet engagement des patients citoyens partenaires doit se faire à tous les niveaux de la mise en œuvre.

### **3.4.4. Partenariat**

À ce niveau, le partenariat se concrétise par la participation des patients citoyens partenaires à la coordination de la mise en œuvre de la politique ou du programme d'une part, et leur implication dans l'atteinte des objectifs généraux et spécifiques d'autre part.

### 3.5. Évaluation

L'évaluation participative est déjà une pratique ancrée dans le domaine des soins de santé (Ridde 2006, Simard 2005). En matière de politique publique, les patients citoyens partenaires sont des parties prenantes incontournables dans le processus d'évaluation. À cet égard, leur place est indéniable dans le processus et ils ont, de ce fait, un rôle majeur à jouer.

#### 3.5.1. Information

Afin de permettre aux patients citoyens partenaires de faire un suivi évaluatif de la mise en œuvre d'une politique de santé et de repérer les avancées, les stagnations ou régressions éventuelles, il est indiqué de mettre en place un centre d'information pour les patients et citoyens. Ce centre regroupe toutes les informations concernant la mise en œuvre de la politique et documente toutes les autres étapes antérieures. Il peut prendre une forme virtuelle comme, par exemple, un site internet avec une dimension interactive.

#### 3.5.2. Consultation

À ce niveau, les patients citoyens partenaires sont impliqués dans l'élaboration du mandat de l'évaluation (définition des objectifs de l'évaluation, de la finalité et des méthodes évaluatives) ainsi que pour le choix de l'évaluateur.

#### 3.5.3. Collaboration

Dans le processus d'évaluation, les patients citoyens partenaires s'impliquent comme répondants soit en tant que bénéficiaires, soit en tant que parties prenantes de la mise en œuvre. Dans la même veine, ils sont amenés à réaliser une rétroaction par rapport au rapport préliminaire d'évaluation. Ces voies d'engagement des patients citoyens partenaires dans l'évaluation de la politique de santé permettent par exemple à ceux-ci de percevoir l'impact de leur participation à la mise en œuvre de la politique.

#### 3.5.4. Partenariat

En tant que partenaire et partie prenante à part entière, les patients citoyens partenaires sont impliqués dans le processus d'adoption du rapport. Cela permet un apprentissage social dont l'objectif est l'amélioration de la politique et des processus inhérents aux différentes phases du cycle des politiques publiques.

## CONCLUSION

Cet article apporte des éclairages supplémentaires par rapport aux contributions potentielles du Modèle de Montréal à l'amélioration du système de santé et de services sociaux. Sur le plan micro, les différentes variables d'analyse proposées par Pomey & coll. (2015) permettent d'examiner l'engagement continu entre le personnel soignant et le patient qui devient de ce fait à la fois un acteur incontournable du système de soins et un membre de l'équipe de soins. En prenant en compte les choix, préférences et valeurs du patient ainsi que ses savoirs expérientiels en matière santé, cette interaction entre patient et personnel soignant contribue à l'amélioration du système de santé. Sur le plan méso, le modèle propose des axes d'analyse portant sur l'implication du patient citoyen partenaire dans la gouvernance des établissements hospitaliers et des administrations de santé, notamment en ce qui concerne la mise en place des services et soins de santé et médico-sociaux. La prise en compte des besoins, attentes et objectifs de santé des patients et des citoyens concourt à une meilleure organisation des soins et services, à l'amélioration de la qualité des services sanitaires et *in fine* à l'amélioration de la santé des populations.

L'implication du patient partenaire au niveau macro, c'est-à-dire au niveau des politiques publiques, constitue la problématique centrale de cet article. L'examen du niveau macro du Modèle de Montréal montre que la co-construction ou la co-élaboration s'apparente à une seule des cinq phases du cycle de politique publique à savoir l'étape de la formulation. Certes, les auteurs, dans leurs développements, ont mentionné des termes tels que « développement (élaboration) », « mise en œuvre » et « évaluation ». Toutefois, ces termes n'apparaissent pas dans le modèle. Dans la même veine, la place et/ou le rôle que pourraient occuper et/ou jouer les patients partenaires dans le cadre de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques de santé ne sont pas clarifiés. Cela prête à confusion dans la mesure

où cela supposerait que la co-construction d'une politique publique regroupe son développement, sa mise en œuvre et son évaluation. Ce qui amène à considérer que la seule phase du cycle des politiques publiques qui a été présentée dans le Modèle de Montréal est celle de la formulation (élaboration).

Cet apport justifie la pertinence de cet article qui propose un enrichissement du niveau macro du Modèle de Montréal de manière à le rendre plus en phase avec le cycle des politiques publiques qui s'articule autour de cinq étapes à savoir la mise sur agenda, la formulation, l'adoption, la mise en œuvre et l'évaluation.

Le postulat qui oriente cet article part de l'idée selon laquelle l'implication du patient partenaire dans les politiques publiques de santé ne peut être intégrale et optimale que si l'engagement des patients citoyens est effectif dans les cinq phases du cycle. Cet engagement continu tout au long du cycle est susceptible de contribuer à l'amélioration du système de santé. C'est de ce postulat que découle l'ajustement proposé au niveau macro du modèle avec notamment la définition de la place que pourrait occuper le patient partenaire ainsi que le rôle que celui-ci pourrait dans les cinq phases.

Enfin, cet article apporte deux contributions théoriques majeures. La première réside dans l'enrichissement et le renforcement du niveau macro du Modèle de Montréal. En effet, après avoir montré que les variables d'analyse de la participation du patient aux politiques publiques (niveau macro) sont simplistes et réductrices, nous proposons un ajustement du modèle d'analyse pour le rendre plus inclusif, plus global et plus favorable à la participation des patients au cycle de vie complet d'une politique publique. À cet égard, notre proposition prend en considération les cinq phases du cycle de politiques publiques. La deuxième contribution consiste à définir clairement la place et le rôle du patient tant au niveau de chaque phase que par rapport aux différentes dimensions de participation (information, consultation, collaboration et partenariat).

## Références

- Adandjesso K-E-A. (2024), L'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé au Québec : entre modèle patient partenaire et gouvernance intersectorielle. » *Revue des Sciences de Gestion*, 3, 327, p. 31-41.
- Anderson, J-E. (1979), *Public Policy-Making*. 2d ed. New York, Holt, Rinehart and Winston.
- Batifoulier P., Domin J-P., Gadreau M. (2008), Mutation du patient et construction d'un marché de la santé : L'expérience française, *Revue française de socio-économie*, 1, p. 027-046.
- Baumann M., Chauvel L., Odero A., Paccoud I., Le Bihan E., Baumann-Croisier P. (2020), *Orienter les soins vers le patient partenaire*. Un livre blanc pour la Grande Région, Liège, INTERREG APPS.
- Bertezene S. (2024), Introduction au dossier spécial. Démocratie en santé et pouvoir d'agir des usagers, *La Revue des Sciences de Gestion* 327, 1, p. 15-16.
- Boivin A., Flora L., Dumez V., L'espérance A., Berkesse A., Gauvin F-P. (2017), Co-construire la santé en partenariat avec les patients et le public : historique, approche et impacts du modèle de Montréal, *La participation des patients*. Paris : Éditions Dalloz, collection Normes Juridiques et Éthique Biomédicale, p. 11-23.
- Bouchard N. (2016), The dark side of public participation: Participative processes that legitimize elected officials' values », *Canadian Public Administration* 59, 4, p. 516-37.
- Boucher A. (2017), Power in elite interviewing: Lessons from feminist studies for political science, *Elsevier*, 62, p. 99-106 in Vol. 62.
- Bourmaud, A., Piot de Villars E., Renault-Teissier E. (2022), Patient partenaire et éducation thérapeutique en oncologie, *Bulletin du Cancer*, 109, 5, p. 588-97.
- Bousquet F., Ghadi G. (2017), La participation des usagers aux systèmes de santé : un tour d'horizon international. *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 116-27.
- Bouznah S. (2020) La médiation transculturelle : Pratiques et fondements théoriques, *L'Autre*, 21, 1, p. 20-29.
- Brousseau M. & Verma J. (2011), Engaging patients to improve healthcare quality, *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)* 14(3) :16-18.
- Caniard E. (2000), *La place des usagers dans le système de santé*, Paris, Secrétariat d'État à la santé.
- Caradec V. (2020), La politique de la dépendance. In Le Berre R. (dir) *Manuel de soins palliatifs*. Vol. 5e éd., *Guides Santé Social*, Paris, Dunod. p. 115-25
- Carman K-L., Dardess P., Maurer M., Sofaer S., Adams K., Bechtel C., Sweeney J. (2013), Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies, *Health affairs*, 32, 2, p. 223-31.

- Cobb, R. W., et C. D. Elder. 1972. *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-building*. Allyn and Bacon.
- Coleman S., Götze J. (2001). *Bowling together: Online public engagement in policy deliberation*. Hansard Society London.
- Contandriopoulos A-P, Denis J-L., Touati N., Rodriguez C. (2001) Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 8, 2, p. 38-52.
- Desclaux A. (2003), *Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ?* UNESCO.
- Faure A. (1995), La construction du sens dans les politiques publiques : débats autour de la notion de référentiel », Paris, Le Harmattan.
- Flora L., Berkesse A., Payot A., Dumez V., Karazivan P. (2016), L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé, *Journal international de bioéthique*, 27, p.59-72.
- Forest P-G., Abelson J., Gauvin J-P., Martin E, Eyles J. (2003), Participation et publics dans le système de santé du Québec. *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux, Québec, Les Presses de l'Université Laval*, p. 175-200.
- Fung A. (2015), Putting the public back into governance: The challenges of citizen participation and its future, *Public administration review* 75, 4. p. 513-22.
- Garraud P. (1990) Politiques nationales : Élaboration de l'agenda. *L'Année sociologique*, 40, p. 7-41.
- Garraud P. (2014), Agenda/Émergence, in Boussaguet, L., Jacquot, S., Ravinet, P. (dir), *Dictionnaire des politiques publiques*. Vol. 4e éd., Paris, Presses de Sciences Po, p. 58-67
- Gauvin F-P., Martin E., Forest P-G., Abelson J. (2009), L'expérience citoyenne dans la gouvernance du système de santé et de services sociaux au Québec, *Santé, société et solidarité*, 8, 2, p.45-50.
- Godbout J. (1983), *La participation contre la démocratie*. Éditions coopératives A. Saint-Martin.
- Godrie B. (2016), Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale, *Revue française des affaires sociales*, 2, p.89-104.
- Gouvernement du Québec. (2021), Reconnaître pour mieux soutenir plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026.
- Graham S., Brookey J. (2008), Do patients understand? *The permanente journal* 12,3, p.67.
- Hassenteufel P. (2011), *Sociologie politique : l'action publique*. Paris, Armand Colin.
- Hassenteufel P. (2021), *Sociologie politique de l'action publique-3e éd*. Paris, Armand Colin.
- Hill M., Hupe P. (2008), *Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance*, Sage Publications.
- Hoerni B., Bouscharain J.-P. (2001), Arrêt Teyssier de la Cour de cassation, 28 janvier 1942 : quelques remarques sur une décision oubliée, *Histoire des sciences médicales* 35,3, p. 299-304.
- Jacob S. (2009), Opération chloroforme ou la réinvention de l'État rationnel : l'évaluation et les données probantes, *Criminologie* 42, 1, p. 201-23.
- Jaillon P., Demarez J-P. (2008), L'histoire de la genèse de la loi Huriet-Sérusclat de décembre 1988-Loi sur la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, *Médecine/sciences* 24,3, p. 323-27.
- Jenkins-Smith H.-C., Sabatier A.-P. (1994), Evaluating the Advocacy Coalition Framework, *Journal of Public Policy* 14, 2, p. 175-203.
- Jobert B. (1992), Représentations sociales controversées et débats dans la conduite des politiques publiques, *Revue française de science politique*, p. 219-34.
- Jones C.-O. (1984), *An introduction to the study of public policy*, Brooks/Cole Pub. Co., Monterey, Calif.
- Karazivan P., Dumez V, Luigi F., Pomey M.-P; Del Grande C., Ghadiri D.-P, Fernandez N., Jouet E., Las Vergnas O., Lebe P. (2015), The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition, *Academic Medicine*, 90, 4, p. 437-41.
- Kingdon J.-W. (1995), *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2nd Edition. New York: Harper & Collins.
- Lefèvre T., d'Ivernois J. F., De Andrade V., Crozet C., Lombrail P., Gagnayre R. (2014), What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 62, (5), p. 305-14.
- Lemieux V. (1998), *Les coalitions : liens, transactions et contrôles*, Paris, Presses universitaires de France.
- de Maillard J., Kübler D. (2016). Les processus de mise à l'agenda in *Analyser les politiques publiques*, Presses universitaires de Grenoble, p. 23-47.

- Michel P., Brudon A., Pomey M.-P., Durieu I., Baille N., Schott A. M., Dadon I., Saout C., Kouevi A., Blanchardon F. (2020), Approche terminologique de l'engagement des patients: point de vue d'un établissement de santé français, *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 68, (1), p. 51-56.
- Nakhli N. (2000), *La limitation des ressources et son impact sur le droit à l'accessibilité aux services de santé*, Montréal, Université de Montréal.
- Ogien A. (1998), *Les conditions de la mesure de l'efficacité en matière de santé. Une analyse de la mise en œuvre des références médicales opposables*, Paris, MIRE.
- Pétre B., Scholtes B., Voz B., Ortiz Halabi I., Gillain N., Husson E., Guillaume M., Bragard I. (2018), L'approche patient partenaire de soins en question, *Revue Médicale de Liège*, 73, 12, p. 620-625.
- Plottu B., Plottu E. (2009), Contraintes et vertus de l'évaluation participative, *Revue française de gestion*, 192, (2), p. 31-58.
- Pomey M.-P., Bush P. L., Demers-Payette O., L'Espérance A., Lochhead L., Ganache I., et Roy D. (2021), Developing recommendations for the diagnosis and treatment of Lyme disease: the role of the patient's perspective in a controversial environment, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 37, (1).
- Pomey, M.-P., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M.-C., Débarges B., Clavel N., Jouet E. (2015) Le Montréal model : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé, *Santé Publique*, S1, (HS), p. 41-50.
- Québec (1995), *Prévenir, dépister, contrer la violence conjugale : Politique d'intervention en matière de violence conjugale*, 2, Ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Justice, de la Sécurité publique et de l'Éducation et secrétariats à la Condition féminine et à la Famille.
- Ridde V. (2006), Suggestions d'améliorations d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative, *Canadian Journal of Program Evaluation*, 21, (2), p. 1-23.
- Robert E., Ridde V. (2016), Quatre principes de recherche pour comprendre les défis des systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu, *Canadian Journal of Public Health*, 107, p. 362-365.
- Sabatier P. A. (2014), Advocacy Coalition Framework (ACF), in *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 49-57.
- Saraga M. (2018), Transparence, transfert et patient partenaire, *Psycho-Oncologie*, 12(1), p. 24-28.
- Schärlig A. (1985), *Décider sur plusieurs critères : panorama de l'aide à la décision multicritère*, EPFL Press.
- Simard P. (2005), *Perspectives pour une évaluation participative des villes et villages en santé*, Institut national de santé publique du Québec. Canada, <https://coilink.org/20.500.12592/vttzrn>, consulté le 24 août 2024.
- Smith A. (2000), Policy Networks and Advocacy Coalitions: Explaining Policy Change and Stability in UK Industrial Pollution Policy? *Environment and Planning: Government and Policy* 18, (1), p.95-114.
- Snow R., Humphrey C., Sandall J. (2013), What happens when patients know more than their doctors? Experiences of health interactions after diabetes patient education: a qualitative patient-led study, *BMJ open*, 3, (11).
- Surel, Y. (1998), Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques, *Pouvoirs*, p. 161-78.
- Surel, Y. (2000), L'intégration européenne vue par l'approche cognitive et normative des politiques publiques, *Revue française de science politique*, 50, (2), p. 235-54.
- Tabuteau, D., Laude A. (2016), *Les droits des malades*, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? » n° 4015.
- Thibault, A. (2007), La participation publique et la gouvernance du système de santé et de services sociaux, *Le système socio-sanitaire au Québec*, p. 417-29.
- Tourette-Turgis, C. (2010), Savoirs de patients, savoirs de soignants : la place du sujet supposé savoir, *Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé*, 1, (58-59), p.137-53.
- Tourniaire N., Leseur J., Roy A., de la Motte Rouge A., Pougheon Bertrand D. (2023), Comment intégrer un patient partenaire dans une équipe de soins ? *Santé publique* 35, (3), p. 285-295.
- Tremblay, M. (2006), Les quatre dimensions du « contrat de participation citoyenne » pour définir, orienter et évaluer la contribution du public, *Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation*, p. 431-50.
- Tremblay, M. (1999), Une démocratie en santé : utopie ou réalité, in Fortin, P. (dir.), *La réforme de la santé au Québec*, Montréal, Fides, p. 77-131.



# Faut-il jeter le bébé avec l'eau du bain ?

## Une analyse du rapport de l'IGAS sur la qualité de l'accueil et la prévention de la maltraitance dans les crèches (2023)

---

### **Mylène BAPST**

Chargée de recherche en psychologie, PSInstitut & Crèche de l'Observatoire, Strasbourg  
Chercheuse associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

[mylene.bapst@gmail.com](mailto:mylene.bapst@gmail.com)

### **Daria DRUZHINENKO-SILHAN**

Chargée de recherche en psychologie, PSInstitut  
Chercheuse associée SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

### **Sahika PAT-HERRMANN**

Chargée de recherche en sciences sociales, PSInstitut & Crèche de l'Observatoire, Strasbourg

### **Patrick SCHMOLL**

Psychologue et anthropologue, Directeur scientifique PSInstitut

#### **Résumé**

L'article effectue une relecture du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la qualité de l'accueil et la prévention de la maltraitance dans les crèches (2023). Il en analyse la méthodologie, en reprend les conclusions et les préconisations, souligne une pertinence limitée par le périmètre de l'étude (qui écarte notamment les contraintes économiques pesant sur les établissements), et identifie les pistes de recherche permettant d'envisager des solutions pour un meilleur accueil du jeune enfant.

#### **Abstract**

*Should we throw the Baby out with the Bathwater? An Analysis of the IGAS Report on the Quality of Child-care Facilities and the Prevention of Mistreatment in Nurseries (2023)*

This article reviews the report by the french General Inspectorate of Social Affairs (IGAS) on childcare facilities and the prevention of mistreatment in nurseries (2023). It analyses the methodology, takes up the conclusions and recommendations, highlights the limited relevance of the scope of the study (which, in particular, ignores the economic constraints weighing on establishments), and identifies avenues of research that could lead to solutions for better care for young children.

#### **Mots-clés**

Établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) – IGAS – Maltraitance – Prévention – Méthodologie d'enquête – Co-éducation

#### **Keywords**

Childcare Facilities – IGAS – Mistreatment – Prevention – Investigation Methodology – Coeducation

Le 22 juin 2022, la petite Lisa, 11 mois, meurt empoisonnée par une employée de la crèche qui l'employait à Lyon. Cet événement dramatique propulse sur le devant de la scène médiatique la gestion des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et suscite l'émotion des professionnels du secteur et des nombreux parents qui leur

confient leurs enfants. L'évènement fait écho, par surcroît, aux réactions qu'avaient suscité quelques mois plus tôt la publication d'une enquête journalistique sur les maltraitances à l'égard d'un autre public vulnérable, celui des personnes âgées<sup>1</sup>.

Au-delà du fait divers isolé, impliquant la personnalité ou la situation particulière d'une employée, l'évènement interroge en effet le fonctionnement général de l'accueil du jeune enfant en France. La crèche où travaillait l'employée est une micro-crèche privée, affiliée à un réseau de crèches franchisées, fonctionnant sous le régime du décret n° 2010-613 du 7 juin 2010 instaurant la possibilité pour des opérateurs privés d'ouvrir des établissements accueillant des enfants dans de petites unités. La question est d'une certaine façon la même que pour les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : les contraintes d'une gestion marchande sont-elles compatibles avec un accueil de qualité de publics fragiles ?

C'est dans ce contexte qu'un mois après, par lettre de mission du 25 juillet 2022, le ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées demande à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'effectuer une évaluation des processus et des mesures mis en œuvre afin de garantir la sécurité et la bienveillance des enfants accueillis en EAJE. L'enquête est menée au cours du second semestre 2022 et l'IGAS rend son rapport en mars de l'année suivante (IGAS 2023).

Le rapport décrit une qualité d'accueil « très disparate », une situation pouvant entraîner des « carences dans la sécurisation affective et dans l'éveil » des tout-petits. Malgré des formulations prudentes, qui admettent notamment les limites de la représentativité de l'enquête, les préconisations sont affirmées : l'IGAS recommande notamment un renforcement du taux d'encadrement des enfants, une montée en qualification des professionnels, une subordination du financement à des contrôles plus fréquents. Cependant, ces recommandations ne tiennent pas compte du surcoût qu'impliquerait éventuellement leur application pour les établissements aussi bien que pour la Protection maternelle et infantile qui manque déjà de moyens. Elles sont formulées dans un contexte où il manque en France encore 200 000 places d'accueil, situation qui ne peut qu'encourager une extension du secteur privé, et qui a déjà conduit le gouvernement à augmenter de 10 à 12 enfants la capacité d'accueil maximale autorisée des micro-crèches (décret n° 2021-1131 du 30 août 2021) ; contexte dans lequel, par surcroît, le personnel fait défaut dans près de la moitié des crèches, ce qui a motivé le gouvernement à assouplir les conditions de diplômes pour exercer en crèche (arrêté du 29 juillet 2022 publié au JO le 4 août 2022). Ce rapport suscite les réactions des organisations représentatives du secteur<sup>2</sup>, qui insistent pour que ne soit pas jetée l'opprobre sur l'ensemble des établissements : les dysfonctionnements alarmants ne concerneraient qu'une proportion infime des acteurs. Ces acteurs de la profession ne peuvent qu'accueillir favorablement les propositions, puisqu'elles vont dans le sens d'une meilleure qualité de l'accueil et de la prévention des risques, mais ils soulignent les contraintes qui pèsent déjà sur le secteur, et souhaitent en conséquence que soient interrogées les politiques publiques dans leur ensemble... et que, bien sûr, les financements suivent.

PSInstitut déploie depuis quelques années un axe de recherche en psychologie et en sciences sociales dans le champ du développement de l'enfant, à travers différents programmes sur contrat : sur l'obésité, avec un accent sur l'obésité infantile (Druzhinenko-Silhan & Schmoll 2023b) ; sur les violences familiales (Metz & Druzhinenko-Silhan 2021, Metz & al. 2022, Le Corre 2023, Bapst & al. 2024) ; plus récemment sur les parentalités précoces. La société a par ailleurs participé à la création en 2019 d'une micro-crèche, la Crèche de l'Observatoire à Strasbourg, en réseau avec deux autres crèches indépendantes. Elle s'est donc sentie directement interpellée par la publication de ce rapport et a souhaité contribuer à la réflexion dans le champ de l'accueil du jeune enfant, par une démarche de recherche.

Le présent article constitue une première étape de cette recherche. Il propose d'effectuer une relecture du rapport de l'IGAS pour en analyser la méthodologie, en reprendre les conclusions et les préconisations, souligner une pertinence limitée par le périmètre de l'étude (qui écarte notamment les contraintes économiques pesant sur les

- 
1. V. Castanet (2022), *Les Fossoyeurs. Révélation sur le système qui maltraite nos aînés*, Paris, Fayard. Ouvrage publié en janvier 2022 à la suite d'une enquête de trois ans mettant en cause les EHPAD du groupe Orpea, et plus généralement les contradictions entre recherche de profits et qualité des soins due aux résidents.
  2. <https://lesprosdela petiteenfance.fr/rapport-igas-sur-les-creches-les-premieres-reactions-du-secteur-de-la-petite-enfance>

établissements), et identifier les pistes de recherche permettant d'envisager des solutions pour un meilleur accueil du jeune enfant.

## L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DU RAPPORT DE L'IGAS

Bien que l'enquête soit missionnée un mois après un évènement dramatique, le rapport de l'IGAS n°2022-062R intitulé « *Qualité de l'accueil et de la prévention de la maltraitance dans les crèches* » n'est pas commandé que par l'actualité. Il s'inscrit dans la continuité des préoccupations autour de l'accueil du jeune enfant. Quelques années plus tôt, le *Rapport Giampino* (Giampino 2017) et le *Texte cadre national pour l'accueil du jeune enfant*<sup>3</sup> posaient les bases et les principes d'un accueil de qualité dans le domaine de la toute petite enfance. L'objectif de la mission est d'évaluer les dispositifs garants de la sécurité et de la bienveillance des enfants accueillis dans les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE). En 2021 en France, 18% des enfants de moins de 3 ans sont gardés au sein d'un EAJE et 74% des parents sont « pleinement satisfaits » des conditions d'accueil (DREES 2021). Néanmoins, le constat du rapport IGAS est que la qualité d'accueil est hétérogène sur le territoire français. Certains établissements de qualité sont portés par une réflexion pédagogique et d'autres ont une qualité très dégradée. Or, on sait que la dégradation de la qualité a des répercussions sur le développement psycho-affectif de l'enfant (Violon & Wendland 2021). Durant l'enquête de l'IGAS, de nombreux faits de violences, de maltraitances ou de négligence sont pointés par les professionnels et les directeurs des crèches.

La méthodologie adoptée par l'IGAS a été multidimensionnelle et comprenait plusieurs axes d'investigation. Les annexes fournies avec le rapport offrent une transparence qu'il faut souligner, elle permet de comprendre la méthodologie employée et de reprendre les résultats bruts.

Le premier axe méthodologique comprend des auditions et des rencontres. L'équipe de la mission a auditionné une vaste gamme d'acteurs nationaux comprenant des administrations, des fédérations, des syndicats, des gestionnaires de crèches, des chercheurs et des experts. Ces interactions ont permis de collecter des avis diversifiés sur la situation actuelle de l'accueil des jeunes enfants. La diversité des personnes rencontrées est intéressante, tant elle permet une lecture d'ensemble de ce qui est nommé « la qualité de l'accueil » du petit enfant dans les EAJE.

Le deuxième axe concerne des visites de terrain. La mission s'est rendue dans huit départements différents pour rencontrer les administrations locales et visiter un échantillon d'EAJE. Malgré l'impossibilité d'assurer une représentativité des crèches du territoire français, ces visites ont permis une immersion directe et une observation des pratiques sur place. Ce point fort du rapport offre une perspective inédite de première main sur la réalité du terrain.

Le troisième axe méthodologique est la passation de questionnaires. À partir des observations sur le terrain, trois questionnaires ont été construits en impliquant, dans la rédaction des questions, les experts issus du public visé. Cela a permis de bien cerner les préoccupations de chacun des trois échantillons (direction, personnel, parents). Les trois questionnaires ont été diffusés à l'échelle nationale, et ont reçu respectivement 5 275 réponses de la part des directeurs d'établissements, 12 545 des professionnels de l'accueil, et 27 671 des parents. Ces questionnaires ont été conçus pour aborder des aspects spécifiques de la gestion quotidienne, des interactions avec les enfants et des pratiques éducatives. Ils permettaient aux informateurs de rédiger leurs observations, qui ont donc pu servir de matériau qualitatif pour compléter l'approche quantitative et enrichir l'analyse des types de dysfonctionnements dans les crèches. Bien que n'ayant pas été conçus pour permettre une représentativité statistique, ils offrent un aperçu précieux des perceptions et des expériences des différents acteurs impliqués.

Enfin, l'analyse des données a intégré une approche qualitative pour identifier des motifs récurrents et des tendances significatives. Les thèmes fréquents ont été explorés en profondeur pour comprendre les variations dans la qualité de l'accueil et les risques de maltraitance.

---

3. Publié en 2017 : [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/accueil\\_jeune\\_enfant\\_cadre\\_national.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/accueil_jeune_enfant_cadre_national.pdf)

## PRINCIPAUX RÉSULTATS ET PRÉCONISATIONS

Le rapport de l'IGAS souligne l'hétérogénéité de la qualité de l'accueil dans les EAJE, avec des exemples de très bonnes pratiques ainsi que des cas où la qualité est fortement compromise. Or, « la dégradation de la qualité peut entraîner des carences dans la sécurisation affective et dans l'éveil des enfants, autant qu'un épuisement des professionnels, qui ne parviennent plus à accueillir les enfants dans les conditions requises » (IGAS 2023, p. 4). Le rapport note en particulier ce qu'il qualifie de « facteur aggravant », et dont on devra se demander s'il n'est pas plus précisément un facteur causal : « La pénurie de professionnels qui touche le secteur constitue un facteur aggravant autant qu'un symptôme. Les faibles niveaux de rémunération, la qualité de vie au travail, le sentiment de ne pas pouvoir accorder à l'enfant le temps dont il a besoin ne permettent pas d'attirer et de fidéliser le personnel » (*ibid.*).

Considérant que la mission des EAJE est l'accueil de « personnes en situation d'extrême vulnérabilité et d'extrême dépendance », le rapport estime que ce type d'activités implique des conditions de travail adaptées, un temps nécessaire à l'accompagnement de ces personnes, une attention portée à la formation des personnels, à la prévention des risques, à l'évaluation et au contrôle. Les auteurs du rapport dégagent donc sept axes stratégiques nécessaires à la montée en qualité du secteur :

1. *Faire du développement et de la sécurité affective de l'enfant un objectif prioritaire de la politique d'accueil du jeune enfant* : l'accroissement quantitatif de l'offre est nécessaire (il manque des places en crèches) mais il doit se faire sous condition d'un renforcement de la qualité de l'accueil.

2. *Inscrire dans les objectifs de la branche famille une trajectoire vers des standards de qualité, distinct des standards de sécurité* : cette proposition plaide pour un rehaussement du niveau des normes d'encadrement (actuellement 1 professionnel pour 5 enfants qui ne marchent pas ou 8 qui marchent) et de qualification des professionnels.

3. *Œuvrer à une montée en qualification globale des professionnels, en lien avec le secteur de la recherche*. Le rapport décline cet axe selon trois directions : renforcer la formation continue, faire monter les diplômés du niveau CAP vers le niveau IV (brevet professionnel), et associer aux centres de formation les laboratoires de recherche spécialisés dans la petite enfance.

4. *Faire de la qualité le point central du financement*. Les auteurs du rapport ne formulent pas de préconisation précise sur ce point, qui revient pourtant à conditionner le financement à la qualité de l'accueil.

5. *Renforcer et rénover le contrôle et l'évaluation*. Les mesures de cet axe impliquent un renforcement des effectifs des PMI qui en seraient chargées.

6. *Structurer le pilotage du secteur au niveau local et national* : le rapport suggère que les comités départementaux de service aux familles soient investis d'une mission de pilotage et d'animation de la qualité.

7. *Penser la question de la maltraitance dans les établissements et renforcer la prévention des risques*. L'hypothèse de l'ensemble du rapport est que le renforcement de la qualité permet de diminuer les risques de maltraitance.

Le maître-mot du rapport est la « qualité de l'accueil ». Le terme n'est pas défini précisément, mais les rapporteurs s'appuient sur les avancées de la recherche scientifique dans le champ de la petite enfance, qui ont permis l'émergence d'un modèle d'éveil et d'éducation appuyé sur la singularité de l'enfant et de ses besoins (notamment le « Rapport des 1000 premiers jours »<sup>4</sup>). La qualité d'accueil doit s'évaluer à partir de la reconnaissance de l'enfant « *comme une personne vulnérable et dépendante qui ne peut être manipulable comme un objet de soin mais doit être considérée comme un sujet de relation* » (IGAS 2023, p. 18), du respect du rythme de l'enfant, de la motricité libre, de l'accompagnement à l'autonomie, de l'intention pédagogique centrée sur l'éveil de l'enfant et de l'accompagnement de ses expérimentations dans des milieux divers. Cette attention implique une présence suffisamment effective et sécurisante auprès des enfants, par l'amélioration des normes relatives aux taux d'encadrement et à la qualification des professionnels, l'amélioration du bâti et des aménagements des crèches, un renforcement des contrôles, et un aménagement des modes de financement.

---

4. Publié en 2020 : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

## LES POINTS FAIBLES DE LA MÉTHODOLOGIE : UNE SOURCE DE BIAIS

Les préconisations du rapport visent à établir un cadre plus robuste pour l'accueil des jeunes enfants en France, en mettant l'accent sur une amélioration continue de la qualité et une prise en compte plus systématique des risques de maltraitance. Si dans l'ensemble le rapport est réalisé de manière très rigoureuse avec une attention particulière aux facteurs qui peuvent influencer sur la qualité d'accueil et contribuer à la maltraitance dans les crèches, un certain nombre de questions méthodologiques peuvent néanmoins être soulevées.

1. Le paragraphe [3] de la synthèse du rapport résume la manière dont l'investigation a été conduite, mais on remarquera que les termes « méthode » ou « méthodologie » sont absents de l'ensemble du texte. Comme précisé plus haut, l'enquête a consisté en des rencontres avec des responsables et professionnels d'un certain nombre d'établissements, et dans la diffusion de trois questionnaires à destination, respectivement, des directeurs d'établissements, des professionnels assurant l'accueil des enfants, et des parents. Il n'est pas très clair que le dépouillement des données recueillies permette de distinguer entre les différentes catégories d'informateurs, permettant de rapprocher tels propos de tel type d'informateur.

2. *Les entretiens* ont sollicité des cadres d'institutions et d'organisations représentatives du secteur, des dirigeants de réseaux de crèche, des dirigeants et professionnels de crèches. La liste des personnes rencontrées figure en fin de rapport.

Comment les interlocuteurs ont-ils été sélectionnés ? En particulier, par quel canal les responsables et professionnels des crèches ont-ils été contactés ? Ne risque-t-on pas d'avoir une sur-représentation d'interlocuteurs identifiés *a priori*, en raison de leur poids dans la profession ? Les micro-crèches appartenant à un réseau de franchise n'avaient-elles pas davantage de probabilités que des micro-crèches indépendantes d'être contactées à la suite d'un entretien avec les dirigeants du réseau ? La répartition des crèches selon leur taille est globalement proche de la répartition nationale, à l'exception des très grandes crèches qui sont sur-représentées. Les problèmes organisationnels dont peuvent témoigner les professionnels ne sont pas les mêmes dans un multi-accueil ou une crèche municipale d'une certaine taille et dans une micro-crèche ; ils ne sont pas les mêmes non plus dans une micro-crèche franchisée et dans une micro-crèche indépendante ; et ils ne sont pas les mêmes du point de vue du dirigeant et du point de vue des salariés.

Les entretiens n'ont pas sollicité de parents : c'est une donnée qualitative qui aurait pu être précieuse.

3. *Les questionnaires* sont-ils représentatifs des populations concernées ?

La diffusion d'un questionnaire en ligne ou par internet pose le problème du biais désormais classiquement relevé les concernant. On sait les différences de culture numérique dans la population, qui peuvent affecter les questionnaires adressés aux parents. Mais le biais principal est dans la diffusion de ces questionnaires, qui s'est nécessairement effectuées par le haut : partis des organisations professionnelles du secteur et des directions de réseaux de franchisés, ils ont été communiqués aux dirigeants de crèches, qui ensuite en ont informé leur personnel et les parents. Les blocages possibles aux différentes étapes de cette circulation de l'information sont multiples, et probablement plus sensibles dans les petites organisations que dans les grandes, la gestion au quotidien d'une micro-crèche étant davantage prise par les urgences du quotidien.

Les questionnaires eux-mêmes proposent des questions fermées pour permettre une quantification. Ils laissent toutefois la place à des possibilités pour l'informateur de s'exprimer en rédigeant des observations. Le matériel recueilli est précieux, les verbatim expriment une large gamme de témoignages et d'opinions. Mais on doit rappeler que, l'initiative étant laissée à l'informateur, ce ne sont pas les mêmes personnes qui ont des facilités à s'exprimer par écrit et oralement ; et que la méthode convient souvent davantage à celles qui ont des opinions négatives à exprimer qu'à celles qui, au fond, n'ont pas grand-chose à dire d'une prestation de service qui les satisfait.

Par ailleurs, la collecte de données s'est déroulée sur une période définie, ce qui assure leur cohérence, mais les réponses pourraient être influencées par des événements spécifiques survenus pendant cette période. Les résultats

risquent par exemple d'avoir été influencés par la période COVID, qui eut avoir eu des répercussions particulières sur les répondants<sup>5</sup>.

Le rapport est prudent sur la représentativité des échantillons, mais après avoir formulé cette réserve, il ne discute pas plus avant la fiabilité et la validité des questionnaires. Ces aspects sont cruciaux pour évaluer la qualité des outils de mesure utilisés. On retrouve à cet égard les effets de flou entourant les notions principales que sont la « maltraitance » et la « qualité d'accueil », pour lesquelles, selon les interlocuteurs, des interprétations différentes peuvent être proposées.

#### 4. Les données qualitatives sont sous-exploitées.

L'analyse des données semble se concentrer sur les mesures quantitatives. Les données qualitatives qui ont été recueillies, malgré les réserves que nous venons d'énoncer, pourraient fournir des informations supplémentaires importantes. Il est assez surprenant de constater que les données qualitatives n'ont pas été analysées en profondeur. L'analyse de ce matériau représente certes un travail long, qui, possiblement, n'aurait pu être réalisé dans le temps imparti, mais le choix des rapporteurs est regrettable, car ce matériel aurait pu fournir une compréhension plus nuancée du vécu de chaque catégorie de répondants.

Il serait ainsi utile de savoir comment les réponses incomplètes ou les non-réponses ont été traitées dans l'analyse. En effet, on constate que les réponses fournies ne représentent qu'une partie des répondants. Une autre partie, tout en répondant aux questionnaires, a choisi de ne répondre qu'à certaines questions et cela n'est pas interrogé. Le traitement des non-réponses n'est pas clair alors que dans certaines rubriques leur nombre avoisine 50%<sup>6</sup>. Le questionnaire pour les professionnels de la crèche dans la rubrique « Prévention de la maltraitance » est assez direct : on peut s'interroger sur la pertinence de questions qui risquent de susciter des réponses convenues ou des non-réponses, quand on connaît le fonctionnement des résistances chez les répondants. La variation du nombre de non-réponses d'une rubrique à l'autre n'est pas interprétée non plus. Enfin, on doit constater que les rapporteurs choisissent de parler d'un résultat mais de ne pas mettre en lumière les implications d'un autre<sup>7</sup>.

On peut donc craindre, en résumé, que les orientations de l'analyse et des préconisations, dans les silences couverts par ces quelques faiblesses méthodologiques (et malgré un rédactionnel d'ensemble qui se tient), ne soit influencées par le contexte médiatique et politique qui a suscité la commande de ce rapport.

## LE PÉRIMÈTRE FLOU DE LA MALTRAITANCE

Le rapport de l'IGAS, dans son titre même, établit une équation entre deux termes aux contours qui restent flous : la « qualité de l'accueil » contribue à prévenir la « maltraitance ». Comme il n'est guère contestable que la prévention de la maltraitance, aussi bien que la qualité de l'accueil, doivent être au principe même d'un établissement accueillant un public vulnérable, « en situation de grande dépendance », l'équation n'est pas discutée, et ses termes pas davantage.

Il est important de rappeler que le signifiant « maltraitance » ne revêt pas nécessairement le même sens pour tous les acteurs de la petite enfance : les professionnels (éducatifs pour les uns, gestionnaires pour les autres) et les parents. Les rapporteurs en sont conscients, ils discutent en particulier la notion de « douces violences » (Schuhl 2003, 2014), qui permet d'éclairer les enjeux entre ces différents acteurs. Ces violences subtiles, souvent invisibilisées (punitions humiliantes, propos dévalorisants, et jusqu'au défaut d'explications accompagnant les gestes à

---

5. [https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/05/08/les-creches-a-l-epreuve-du-covid-19-notre-metier-a-perdu-de-son-essence-avec-la-crise-sanitaire\\_6079555\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/05/08/les-creches-a-l-epreuve-du-covid-19-notre-metier-a-perdu-de-son-essence-avec-la-crise-sanitaire_6079555_3224.html)

6. Dans la rubrique « Prévention de la maltraitance » chez les professionnels (Tome 3, p.128) le nombre de non-réponses atteint 48% mais on ne sait pas de manière générale comment les non-réponses sont traitées alors que cela peut représenter un biais important dans l'analyse des données.

7. Par exemple, dans le Tome 3, nous découvrons que, pour 40% des parents, la période d'adaptation ne s'est pas bien passée mais cette donnée n'est pas interrogée (p. 23) ; ou que 60 % des parents ne sont pas attentifs aux conseils donnés par les professionnels des crèches, et l'on ne sait pas pourquoi (p. 60) ; etc.

l'endroit de l'enfant) posent le problème du dilemme fréquent entre valeurs éducatives, impliquant de prendre du temps, et efficacité recherchée dans la gestion des groupes d'enfants. Comme l'indique le rapport, la notion même de « douces violences » a pu contribuer à euphémiser les difficultés en distinguant ces écarts de la maltraitance proprement dite : certains dirigeants de crèche considèrent que les « douces violences » sont regrettables mais ne sont pas de la maltraitance, ce qui conduit à les banaliser. Mais si, en sens inverse, l'absence de critère objectif de la maltraitance conduit à une définition extensive de celle-ci, comment éviter que soit laissé à chacun le soin d'y mettre sa propre définition, tout devenant possiblement maltraitance et chacun étant susceptible d'en être l'auteur ?

Les rapporteurs soulignent également les facteurs organisationnels. La maltraitance n'est pas que le fait des seuls professionnels en charge pris individuellement, d'où l'on déduirait une individualisation des réponses en termes, notamment, de formation initiale et continue, d'actions de prévention à destination des personnels, etc. Les témoignages recueillis évoquent les contraintes règlementaires et de rentabilité qui pèsent sur l'organisation, et impactent les conditions de travail. L'espace de travail, l'organisation des tâches, les pressions de la direction, les faibles niveaux de rémunération, etc. engendrent la fatigue et peuvent être la source structurelle de maltraitances, d'abord sur le personnel, et par suite sur les enfants.

Les relations de causes à effets sont cependant évaluées par les rapporteurs à l'aune de la mission qui leur a été confiée, laquelle comporte un filtre. Comme l'indique la synthèse dès ses premières lignes, les différents facteurs, dont le fonctionnement organisationnel et les modalités de financements, n'ont été envisagés que « *en tant qu'ils pouvaient avoir une incidence sur la qualité de l'accueil et sur la prévention de la maltraitance* » (IGAS 2023, p. 3). Par exemple, la pénurie de personnel qui touche le secteur est considérée comme « *un facteur aggravant autant qu'un symptôme. Les faibles niveaux de rémunération, la qualité de vie au travail, le sentiment de ne pas pouvoir accorder à l'enfant le temps dont il a besoin ne permettent pas d'attirer et de fidéliser le personnel* » (id., p. 4). Cette pénurie est ainsi considérée davantage comme un effet de conditions de travail et de rémunération peu attractives, mais elle n'est pas interrogée plus avant.

Une lecture davantage systémique permettrait de modéliser l'état du secteur en révélant des boucles de rétroaction entre différents facteurs, mais une telle lecture impliquerait de mettre le doigt notamment sur le classique « nerf de la guerre » qu'est l'argent.

Le rapport de l'IGAS, en mettant l'accent sur les priorités que personne ne peut contester, la qualité de l'accueil et la prévention de la maltraitance, propose des axes de réflexion et d'amélioration sans envisager vraiment que toute mesure de changement fait peser un coût supplémentaire sur l'ensemble du système. Par exemple, il serait effectivement souhaitable que l'effectif salarié d'une crèche soit renforcé, mieux formé, mieux rémunéré, dispose de davantage de temps pour s'occuper des enfants, etc. De meilleures conditions de travail contribueraient ainsi à prévenir les maltraitances. Pour ce faire, il faudrait que les établissements puissent augmenter le chiffre de leurs recettes, et donc, à capacité d'accueil plafonnée (12 enfants au maximum en simultané dans une micro-crèche), qu'ils puissent augmenter leurs tarifs. L'augmentation des tarifs impliquerait une dépense plus importante pour les parents, qu'il faudrait donc aider en augmentant les allocations et/ou les subventions de la CAF, sauf à envisager des modes de garde à deux vitesses, selon les revenus des familles. Or, pour le moment, les tarifs sont plafonnés règlementairement, les établissements doivent fonctionner sur un plafond de recettes, avec des marges qui restent serrées. Les mesures préconisées par les rapporteurs, si elles ont une traduction effective en termes de conditions mises à l'ouverture d'une crèche (investir davantage dans l'aménagement de l'espace), de renforcement des taux d'encadrement, d'élévation des niveaux de formation pour des salaires qui resteraient proches du SMIC, etc. pourraient ainsi avoir un effet contraire à celui recherché : soit que s'accroisse la pression aux économies et à la rentabilité, impliquant une moindre qualité de vie au travail et des risques accrus de maltraitance ; soit que de nombreux établissements en viennent à fermer, accroissant ainsi le déficit de places en EAJE. Etc.

En résumé, on comprend qu'une approche systémique de l'état des EAJE étendrait le périmètre de l'analyse des risques de maltraitance jusqu'à englober décisionnaires économiques et politiques et les antagonismes de valeurs entre solidarité, éducation, libéralisme économique, esprit d'entreprise... Telle n'était pas la mission confiée aux rapporteurs, mais tels sont a contrario les effets d'un découpage de l'objet d'étude.

## UNE PISTE DE RECHERCHE : LA CO-ÉDUCATION ?

En attendant que soit envisagée une approche plus holistique du système général de l'accueil du jeune enfant, et donc en raisonnant à recettes et dépenses constants, les équipes de recherche conjointes de PSInstitut et de sa filiale, la Crèche de l'Observatoire (Strasbourg), ont commencé à travailler sur une des questions susceptibles de faire évoluer les conditions de l'accueil, à savoir les relations entre parents et professionnels.

Les différents acteurs de la prise en charge de l'enfant ont été approchés par le rapport de l'IGAS à travers les questionnaires mais rien n'est dit sur le renforcement du lien parents-enfant-professionnels dans les conclusions, alors que les relations entre parents et professionnels, en la forme des « transmissions » qui se font en fin de journée, ont fait partie des questions posées. Si l'on suppose que les crèches de manière générale sont des établissements où la maltraitance peut survenir quotidiennement, alors l'analyse des échanges réciproques d'informations entre les parents et l'équipe de la crèche est nécessaire pour mieux comprendre les besoins de l'enfant et assurer un accueil réussi (Koliouli, Pinel-Jacquemin & Zaouche-Gaudron 2021). La co-éducation pourrait devenir l'organisatrice du lien parent-professionnels-enfant.

Les principes de la co-éducation, présentée comme outil de prévention de la maltraitance, et en lien direct avec les travaux sur la qualité de l'accueil en petite enfance (Sellenet 2008, Scheu 2010, Coutu & Cantin 2018), sont peu explorés dans l'enquête de l'IGAS. Le rapport cite le terme à deux reprises seulement, en formulant le souhait d'une « implication des parents dans un modèle de co-éducation » (IGAS 2023, p. 19) et en signalant que, pourtant, le thème émerge des questionnaires adressés aux directeurs d'établissements (id., p. 27). La collecte de données n'offre pas un terrain propice à l'examen du lien entre la qualité de l'accueil et la relation parent-professionnel. L'identification des risques de maltraitance et des dysfonctionnements potentiels, qui constitue l'objet principal du rapport, ne remet pas en question les projets de grande qualité menés dans certains établissements ni le haut niveau d'engagement de nombreux professionnels. Néanmoins, la coéducation initialement définie comme un pilier fondamental de la bientraitance (Herman 2007), est examinée de manière superficielle.

On peut certes s'interroger sur le sens que l'ensemble des répondants met sur ce concept ? Par ailleurs, une évaluation insuffisante des besoins de l'enfant et des parents ne permet pas d'établir une pratique communicative adéquate entre les acteurs de la petite enfance (Bouve & Rayna 2013). Le rapport omet de traiter le statut et la nature des espaces de possibilités offrant des opportunités de coéducation. Pourtant, ces lieux d'accueil pour enfants et parents, en tant qu'espaces de coéducation et d'éducation, jouent un rôle essentiel dans l'établissement de cette communication. Selon Scheu (2010), la concrétisation des projets co-éducatifs dépend des besoins et des interactions des acteurs. Il est donc pertinent d'analyser ces besoins dans le contexte d'un accueil co-éducatif. Le rapport pose que les projets d'établissement de qualité intègrent l'ensemble des processus de qualité, néanmoins leur mise en œuvre effective reste incertaine. La conception de ces projets témoigne d'une réflexion approfondie sur les principes d'éveil et de développement de l'enfant, en mettant l'accent sur le respect du rythme individuel, la motricité libre, et la stimulation de l'enfant.

Les réponses aux questionnaires révèlent que les équipes participent activement à la construction et à l'actualisation du projet pédagogique, et que le degré de réflexion pédagogique est perçu comme bon, voire élevé. Cependant, les répondants reprennent les principes généralement admis dans le secteur, lesquels peuvent parfois être peu adaptés à la réalité quotidienne des établissements, de sorte que leur impact sur les pratiques est limité. Les services de PMI, enquêtés par la mission, signalent que de nombreux projets soumis pour autorisation ne tiennent pas compte de l'architecture et de l'aménagement de l'établissement ou du profil des équipes, et peuvent ainsi refléter des discours stéréotypés sur les besoins de l'enfant, posant des questions quant à leur application concrète.

Cette situation est exacerbée dans les grands réseaux associatifs ou commerciaux, qui tendent à diffuser des projets uniformisés recourant à des pédagogies populaires sans nécessairement représenter une approche collectivement pensée par les professionnels. Par exemple, dans le cas des crèches se présentant comme « bilingues », la mission a découvert qu'aucun professionnel ne parlait une langue étrangère, le bilinguisme se limitant à la diffusion d'enregistrements audio en anglais. Ce cas de figure révèle une absence de contact direct entre les parents et les professionnels de la crèche, limitant les échanges qui devraient se nourrir des questions cruciales pour comprendre le fonctionnement et la mise en œuvre du bilinguisme. Cette situation nécessite d'être abordée régulièrement avec

les parents. Un constat similaire a été fait par la DGCCRF<sup>8</sup> en ce qui concerne d'autres activités pédagogiques : elle a déjà mis en évidence le caractère trompeur des activités et des références pédagogiques énumérées dans les projets de certains établissements, utilisées principalement comme arguments commerciaux. Le rapport reconnaît que la qualité des processus est entravée par des contraintes de personnel et d'organisation, et que l'application des principes pédagogiques sans réflexion collective suffisante peut rigidifier les pratiques et nuire à la qualité. Sans les moyens réels pour les mettre en œuvre, cela risque d'entraîner des effets contraires à ceux recherchés, voire de constituer un risque de maltraitance institutionnelle. Les établissements où les principes pédagogiques améliorent la qualité de l'accueil sont ceux où une réflexion pédagogique régulière et des moyens adéquats, y compris en termes d'infrastructures, soutiennent le travail des équipes au quotidien. Il serait donc pertinent de souligner que la contribution des parents à cette réflexion revêt une importance notable, aspect qui est insuffisamment étudié dans le rapport.

## CONCLUSION

Nous avons souligné, à la suite des conclusions du rapport de l'IGAS, que parmi les nombreux facteurs qui assurent la qualité de l'accueil, les interactions individuelles et la sécurisation affective de l'enfant sont influencées par les contraintes organisationnelles de l'établissement. Les contraintes de gestion, de personnel et de structure réduisent d'abord le temps consacré au lien individuel avec l'enfant, limitant ainsi les interactions verbales et non verbales stimulantes. Ces contraintes peuvent mener les professionnels à travailler de manière mécanique. Les interactions jouent un rôle essentiel, entre professionnels et enfants, et entre professionnels et parents, notamment afin de discuter du rythme individuel de l'enfant. Bien que ce principe soit inclus dans presque tous les projets, la pratique actuelle est séquencée et très contrainte, laissant peu de place aux différences de rythme des enfants. Les rapporteurs considèrent que le respect du rythme individuel relève souvent du discours promotionnel dans les projets éducatifs, alors que les contraintes structurelles et les pratiques organisationnelles sont incompatibles avec leur mise en œuvre effective. Actuellement, le rythme de l'enfant tend à se conformer aux contraintes d'organisation et de personnel plutôt que l'inverse.

Les familles sont des systèmes complexes où les interactions entre parents, enfants, et autres membres influencent mutuellement leurs comportements et leur bien-être. Une approche systémique permet de comprendre ces interactions et d'intervenir de manière plus holistique et efficace. La parentalité est influencée par une variété de facteurs sociaux, économiques, culturels, et psychologiques. Prendre en compte ces différents facteurs et leurs interrelations offre ainsi des solutions plus complètes et adaptées. Plutôt que de se concentrer uniquement sur les symptômes ou les problèmes individuels, une approche systémique cherche à identifier et à traiter les interactions au sein d'un système qui est à la fois individuel, collectif, familial, social...

Dans un rapport plus récent (IGAS 2024), l'IGAS aborde spécifiquement les questions soulevées par l'organisation et le financement des micro-crèches, ouvrant ainsi une possibilité d'approcher sous cet angle les problèmes de qualité de l'accueil et des risques de maltraitance. Il nous faudra y revenir.

## Références

- Bapst M., Metz C., & Thevenot A. (2024). Exploration des liens fraternels chez des femmes victimes de violences conjugales, *Recherches familiales*, 21(1), p. 79-90. DOI : <https://doi.org/10.3917/rf.021.0079>.
- Baumeister A.E.E., Rindermann H. & Barnett W.S. (2014). Crèche attendance and children's intelligence and behavior development. *Learning and Individual Differences*, 30, p. 1-10.
- Ben Soussan P. (2023). Une casserolade pour la création d'un service public de la petite enfance ?, *Spirale*, 105(1), p. 11-14.
- Bosse-Platière S. (2020). Les relations des professionnelles de la petite enfance avec les parents, *Le sociographe*, 71(3), IX.
- Bouve C. & Rayna S. (2013). *Petite enfance et participation*, Toulouse, Érès.
- Coutu S. & Cantin G. (2018). Présentation du dossier. Relations familles-milieus de la petite enfance : Défis et enjeux, *Revue internationale de l'éducation familiale*, 42(2), p. 13-18.

---

8. Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes

- DREES (2021). *La part des enfants de moins de 3 ans confiés principalement à une assistante maternelle ou une crèche a presque doublé entre 2002 et 2021*. Rapport publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- Druzhinenko-Silhan & Schmoll P. (dir.) (2023a). *Faire famille : autour de l'enfant ?* Dossier des *Cahiers de systémique*, 3, Strasbourg, Éditions de l'ill. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.10438691>
- Druzhinenko-Silhan & Schmoll P. (2023b). L'enfant obèse et sa famille : une approche homéodynamique, *Cahiers de systémique*, 3, p. 5-18. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.8196837>.
- Giampino S. (2017). *Refonder l'accueil des jeunes enfants*, Toulouse, Érès.
- Marshall C. & Rossman G.-B. (2006). *Designing Qualitative Research*, Londres, SAGE.
- Metz C. & Druzhinenko-Silhan D. (2021). L'enfant exposé aux violences conjugales : une maltraitance destructrice et insidieuse, *Dialogue*, 232, p. 115-134. DOI : <https://doi.org/10.3917/dia.232.0115>
- Metz C., Druzhinenko-Silhan D. & Thevenot A. (2022). Le confinement de la covid-19 : quelques conséquences psychologiques chez les enfants exposés aux violences conjugales, *Dialogue*, 237, p. 69-88. DOI : <https://doi.org/10.3917/dia.237.0069>
- Herman B. (2007). CAPTA and Early Childhood Intervention: Policy and the Role of Parents, *Children et Schools*, 29(1), p. 17-24.
- IGAS (2023). *Qualité de l'accueil et prévention de la maltraitance dans les crèches*. Rapport publié par l'Inspection générale des affaires sociales.
- IGAS (2024). *Micro-crèches : modèles de financement et qualité d'accueil*. Rapport publié par l'Inspection générale des affaires sociales.
- Koliouli F., Pinel-Jacquemin S. & Zaouche-Gaudron C. (2021). Relation entre mères et professionnelles dans les structures d'accueil de petite enfance inclusives, *Dialogue*, 234(4), p. 181-200.
- Moisset, P. (2019). *Accueillir la petite enfance : le vécu des professionnels*, Toulouse, Érès.
- Pat-Herrmann S. (2023). Le dialogue entre parents immigrés et professionnels en crèche. L'enfant au point de rencontre de deux systèmes culturels, *Cahiers de systémique*, 3, p. 27-34. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.10419431>
- Scheu H. (2010). La coéducation dans les lieux d'accueil enfants-parents : Du côté des accueillants, in Scheu H., Rubio M.N. & Rayna S., *Parents-professionnels : La coéducation en questions*, Toulouse, Érès, p. 71-85.
- Schuhl Ch. (2003). *Vivre en crèche. Remédier aux douces violences*, Lyon, Chronique Sociale.
- Schuhl Ch. (2014). Les douces violences dans les structures d'accueil de la petite enfance, in Coutanceau R. & Smith J. (dir.), *Violences psychologiques : comprendre pour agir*, Malakoff, Dunod, p. 194-201.
- Sellenet C. (2008). Coopération, coéducation entre parents et professionnels de la protection de l'enfance, *Vie sociale*, 2(2), p. 15-30.
- Violon M. & Wendland J. (2021). Les enjeux de la référence en crèche selon les professionnelles de la petite enfance et les parents : Éclairage de la théorie de l'attachement, *La psychiatrie de l'enfant*, 64(1), p. 97-117.



# Le futur a-t-il un avenir ? Vers un renouveau de la prospective

---

**Patrick SCHMOLL**

Psychologue et anthropologue, Directeur scientifique  
PSInstitut Strasbourg

[patrick@schmoll.fr](mailto:patrick@schmoll.fr)

## Résumé

La prospective a fortement influencé la décision politique, la planification économique et la gestion des grandes organisations jusqu'à la veille des années 2000. Elle connaît depuis une éclipse en tant que domaine de recherches et d'interventions identifié, alors même que les problèmes environnementaux ou les conflits internationaux donnent toute leur actualité à des études régulièrement alarmantes sur l'état de la planète, comme les rapports du GIEC. Cette situation étonnante d'une prospective qui ne dit plus son nom semble l'expression d'une distorsion : entre un besoin en scénarios sur le futur qui reste très prégnant du côté des dirigeants politiques, mais aussi des entreprises ; et des productions (de recherches, d'études, d'interventions...) qui hésitent à expliciter leur portée prospective, comme s'il était devenu délicat, politiquement aussi bien que scientifiquement, de se projeter dans le futur et/ou d'affirmer une capacité prédictive de la recherche et des études. L'article revient sur l'histoire de ce domaine de recherches et d'interventions, pour éclairer le moment de son émergence par le contexte sociétal qui le motive, identifier les tensions, voire les paradoxes, qui structurent le champ et expliquent ses apories, avant d'envisager (dans une approche prospective sur lui-même) dans quelles directions il est susceptible d'évoluer, et à travers quelles formes et méthodes.

## Abstract

### Does Tomorrow have a Future? History and Evolution of Foresight

Until the eve of the 2000s, foresight had a major influence on political decision-making, economic planning and the management of large organisations. Since then, however, it has been eclipsed as an identified field of research and intervention, even though environmental problems and international conflicts have given rise to regularly alarming studies on the state of the planet, such as the IPCC reports. This astonishing situation of a foresight that no longer assumes its name seems to be the expression of a distortion: between a need for scenarios about the future that is still very prevalent among political leaders, as well as among businesses; and productions (of research, studies, interventions, etc.) that are reluctant to make their foresight scope explicit, as if it had become politically as well as scientifically delicate to project oneself into the future and/or to assert the predictive capacity of research and studies. This article looks back at the history of this field of research and intervention, to shed light on the moment of its emergence through the societal context that motivates it, to identify the tensions, and even the paradoxes, that structure the field and explain its aporias, before considering (in a forward-looking approach to itself) in what directions it is likely to evolve, and through what forms and methods.

## Mots-clés

Prospective – Systémique – Capacité prédictive – Théorie des jeux – Homéodynamique – Attracteurs

## Keywords

Foresight – Systems Theory – Predictive Capacity – Game Theory – Homeodynamics – Attractors

## INTRODUCTION

Des questions d'actualité majeures requièrent aujourd'hui des approches systémiques en raison de la complexité et de l'enchevêtrement des situations économiques, sociétales, environnementales, psychologiques, et ces approches comportent inévitablement une portée prospective :

– les risques d'effondrement de nos sociétés fortement prédatrices de l'écosystème planétaire, impliquant des crises qu'il faut se préparer à traverser ;

– l'expérience de la pandémie de CoViD-19, qui annonce de futures pandémies, certaines plus graves, exigeant des modélisations pour s'y préparer ;

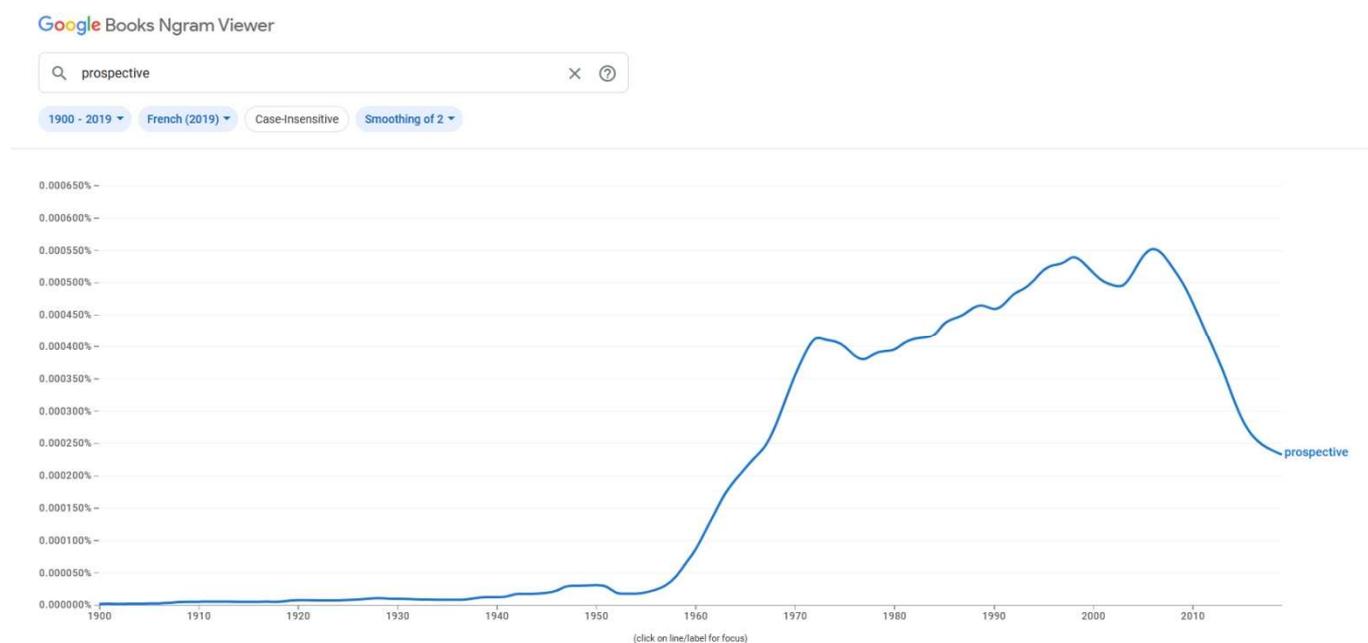
– la guerre, désormais aux portes de l'Europe, dont il nous faut comprendre les enjeux et la dynamique pour en anticiper les issues ;

– l'évolution démographique de la planète, avec des disparités entre pays pauvres et jeunes et pays riches et âgés, qui ajoutées aux perturbations du climat et aux guerres, impliquent des mouvements migratoires problématiques ;

– les avancées dans les technologies numériques et de réseaux, la massification des données, l'intelligence artificielle, qui dessinent une société bientôt entièrement interfacée par leurs applications<sup>1</sup>.

Mais les décideurs et le public s'intéressent-ils vraiment au futur ? Y a-t-il, pour formuler la question en termes brutaux, un « marché » pour la prospective ?

Il est intéressant de solliciter l'application Ngram Viewer proposée par Google, qui permet d'observer la fréquence à travers le temps d'un ou plusieurs mots ou groupes de mots dans les sources imprimées de sa base de données textuelles. Le substantif « prospective » proposé par Gaston Berger à partir de 1955 pour désigner une science de « l'homme à venir » connaît une évolution étonnante de sa diffusion.

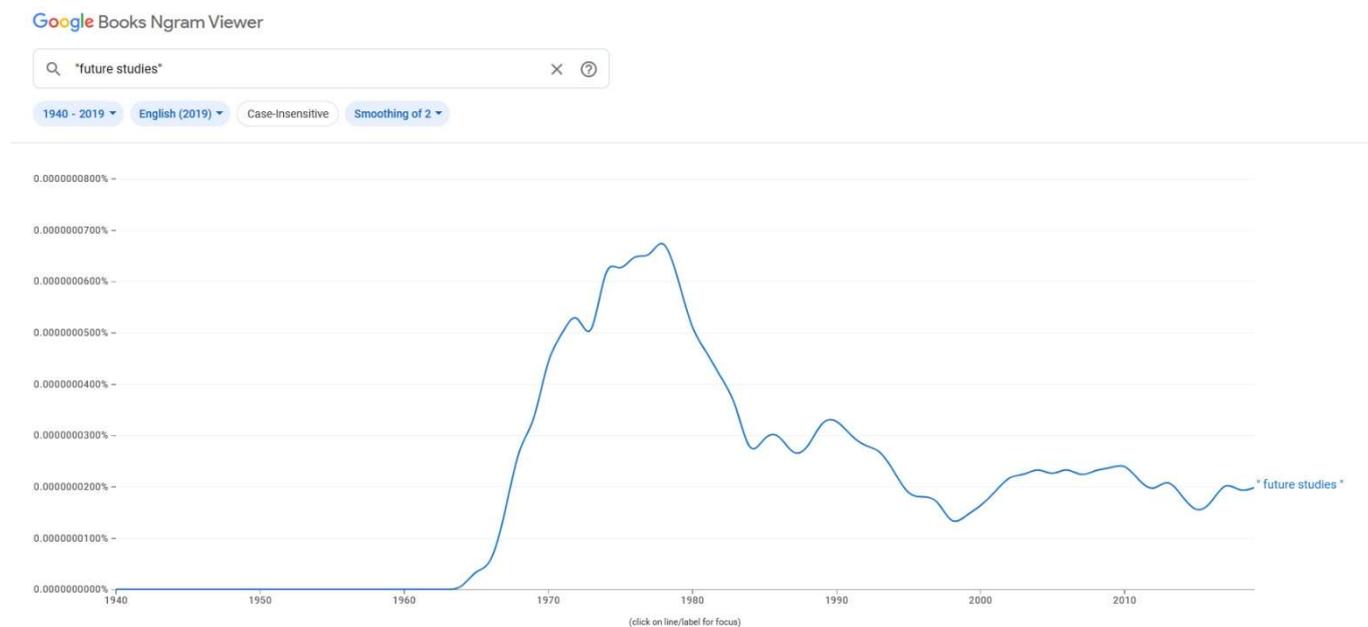


On observe que le terme rencontre un écho régulièrement grandissant jusqu'au début des années 1970, avec un palier, puis une reprise de sa fréquence des années 1970 jusqu'au milieu des années 2000, mais que, depuis, il est en chute libre. Ce déclin du terme est d'autant plus net si l'on prend en considération qu'il touche non seulement le substantif désignant spécifiquement un domaine de recherche, mais également l'adjectif qualifiant, dans les textes de la base de données, plus généralement une vision du monde ou d'un travail en cours.

L'équivalent anglophone de la prospective, les « future studies », n'est pas mieux servi. On observe un décrochage de la fréquence du terme à la fin des années 1970, qui semble correspondre au palier signalé plus haut pour le terme « prospective ».

---

1. Nous ne pouvons manquer de renvoyer, dans ce domaine, à nos travaux sur la « Société Terminale » (Schmoll 2011, 2012, 2014), que nous évoquons plus loin pour illustrer l'un des axes possibles de réflexion autour d'un renouvellement des approches prospectives.



La prospective cesserait-elle d'être à la mode depuis la fin des années 1970, alors que précisément à la même époque paraît le rapport Meadows sur les limites de la croissance, qui va donner naissance à l'écologie politique et va trouver son prolongement dans les rapports du GIEC, désormais bien connus du public, et les théories de l'effondrement des sociétés ?

Ces graphiques indiquent sans doute une crise de la prospective en tant que champ de recherches et d'interventions tel qu'il a pu être identifié autour de revues telles que *Futurible*. Pourtant, le besoin en études et en prestations d'aide à la décision et d'accompagnement du changement n'a jamais été plus important qu'en cette période d'inquiétude sur l'avenir et le futur de la planète. Il nous semble qu'il faille lire cette situation comme l'expression d'une distorsion : entre un besoin en scénarios sur le futur qui reste très prégnant, et des productions (publications, rapports, actions de conseil et de formation) qui hésitent manifestement à expliciter leur portée prospective, comme s'il était devenu délicat, soit de se projeter dans le futur, soit scientifiquement d'affirmer une capacité prédictive des travaux.

Est-ce que la recherche scientifique, notamment en sciences humaines et sociales, a simplement renoncé à faire des hypothèses sur le devenir des phénomènes étudiés, en raison de leur complexité qui rendrait leurs évolutions totalement imprédictibles ? Les sociologues, déjà il y a un siècle, s'éloignant de la position déterministe de Durkheim, étaient prudents, voire timorés sur la question, comme le déploraient pourtant une partie d'entre eux, tels Max Horkheimer en 1933 à l'occasion d'un congrès international (Horkheimer 1933 [2020]). Ou bien, est-ce que nous manquons de visions, non pas du futur (celui-ci ne cache pas qu'il se présente mal), mais de l'avenir (de quelle manière agir) ? Ou bien encore, sommes-nous en présence d'une dissonance cognitive : nous savons que nous allons dans le mur, mais nous préférons l'ignorer, ne pas en parler, car le changement dans nos habitudes de vie qu'impliquerait l'effort pour l'éviter représente un prix que personne ne veut payer ?

Pour renouveler les approches prospectives, nous proposons dans les lignes qui suivent de revenir brièvement sur l'histoire de ce domaine de recherche, afin d'éclairer le moment de son émergence par le contexte sociétal qui le motive, et d'identifier les tensions, voire les paradoxes, qui structurent ce champ et expliquent ses apories. Nous envisagerons à la suite (dans une approche prospective sur lui-même) les directions dans lesquelles ce domaine est susceptible d'évoluer, et à travers quelles formes et méthodes de recherches, d'études et d'interventions.

## 1. DÉFINITION

C'est dans une conférence à la Société des études philosophiques du Sud-Est en 1955 que Gaston Berger introduit l'idée d'une « anthropologie prospective » (Berger 1955), qui par substantivation de l'adjectif va devenir « la prospective ». Désigner cette dernière comme relevant de l'anthropologie n'est pas indifférent : Gaston Berger est philosophe de formation, et il voit dans la prospective, science de « l'homme à venir », une éthique de l'action autant qu'une démarche scientifique : il s'agit de penser ses actions en ayant à l'esprit leurs conséquences futures, et donc de préparer le futur, pas seulement de le prédire.

Cette précision conduit à distinguer la prospective de son équivalent anglophone, les *future studies*, du moins dans leurs projets initiaux. Les *future studies*, qui sont parfois désignées par les termes de *foresight* ou de *futureology* visent à décrire le futur tel qu'il va se produire. Elles insistent sur la prévision, ce que traduit littéralement le terme *foresight*. Elles font appel aux méthodes mathématiques pour prévoir, avec une marge d'incertitude contrôlée, des événements dont, suivant ce principe, il n'est guère possible de modifier le cours. Alors que la prospective, dans l'esprit de son fondateur, laisse une plus grande place à l'imagination pour décrire des futurs possibles et suscite la mobilisation des acteurs pour agir dans le sens des scénarios souhaitables. Elle se confond à la limite avec la planification, qui choisit un futur parmi plusieurs et coordonne l'action pour y parvenir.

En pratique, l'évolution du domaine a fini par atténuer ces différences de projets entre prospective et *future studies*, car les approches associent le plus souvent la prévision, la stratégie d'action, la planification et les outils de mobilisation des parties prenantes.

La distinction entre prévision et action permet cependant de pointer d'emblée un biais, peut-être consubstantiel de l'approche prospective. Prévision et action paraissent indissociables, elles sont les deux faces d'une même médaille, puisque l'une informe l'autre. Mais la prévision a une prétention scientifique : dans son principe, si la prédiction est forte, elle devrait décrire un futur qui découle d'un enchaînement de causes et d'effets (même si cet enchaînement est complexe et comporte des boucles de rétroaction), et ce futur sur lequel il n'y a donc que peu de prises est inévitable et ne se prête pas à des actions de changement. Nous reviendrons plus loin sur ce paradoxe que, meilleure est la prévision, mieux elle est censée informer la décision, et plus elle ruine l'idée même de décision et démobilise l'action.

Un autre problème qui se dessine est celui de la place des calculs mathématiques et statistiques, et aujourd'hui des potentialités offertes par le traitement de grandes bases de données. La prévision forte recourt à des modélisations mathématiques, là où la prospective telle que l'envisageait Gaston Berger est davantage « imaginative ». On repérera dans l'évolution historique de la prospective l'usage et la place des mathématiques selon les écoles et les époques, comme un analyseur permettant de situer et suivre les enjeux.

## 2. LES ENJEUX

Les *future studies* sont initiées aux États-Unis à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, en écho aux incertitudes suscitées par la gestion de l'arme nucléaire dans un contexte de guerre froide entre URSS et pays occidentaux. Une préoccupation du même type anime Gaston Berger quand il titre sa conférence de 1955 « L'homme et ses problèmes dans le monde de demain », même si cette préoccupation est davantage éthique que stratégique (il s'agit de choisir son futur, et non de s'adapter à un futur apparemment inévitable). L'enjeu est le même : il s'agit de se confronter au futur d'un monde devenu dangereux.

La naissance de la prospective et des *future studies* accompagne l'évolution de la société moderne vers ce que le sociologue allemand Ulrich Beck appellera plus tard (Beck 1986) la « société du risque » : une société devenue complexe, dans laquelle les risques ne viennent plus seulement de l'extérieur (catastrophes naturelles), mais sont engendrés par les évolutions sociétales elles-mêmes. Les sciences et les techniques ne cessent de produire des effets négatifs inattendus. Le risque est difficile à appréhender car il présente un versant objectif, le danger, et un versant émotionnel lié aux peurs et aux angoisses de chacun. Par ailleurs, il articule deux dimensions, également délicates à évaluer : la probabilité que l'évènement redouté se produise, et la gravité des conséquences de cet évènement. Enfin, ce n'est plus seulement l'individu qui est menacé, mais la société entière.

L'émergence d'un domaine de recherches et d'interventions portant sur le futur est fortement déterminée par un contexte international, les prémises de ce que l'on ne nomme pas encore « mondialisation » mais qui est déjà là, dès le lendemain de la Seconde Guerre mondiale, avec la mise en place d'une organisation économique internationale (OCDE, FMI, Banque Mondiale...) dans cette idée que nous vivons dans un espace planétaire fermé, dans lequel les actions de quelques-uns ont des effets sur tous. La prospective est une réponse scientifique et éthique à cette situation inédite, elle fait le pari que les risques peuvent être contrôlés parce que le futur dépend de lois qui déterminent que les causes présentes ont un effet demain, de même qu'aujourd'hui résulte des actions d'hier : il y a donc un ordre du monde.

Cependant, le versant objectif du danger et le versant émotionnel des peurs et inquiétudes, de même qu'ils désignent deux aspects différents du risque, déterminent des visions différentes des actions à entreprendre, et par suite, des recours divergents à la prévision pour les soutenir. Contrôler le danger objectif implique une démarche rationnelle, adossée à la prévision scientifique. Contrôler l'inquiétude implique essentiellement de produire un discours sur l'avenir, une prophétie éventuellement auto-réalisatrice, une eschatologie, qui n'a pas besoin d'être scientifique : il suffit qu'elle emporte l'assentiment du collectif, qu'elle fabrique de la croyance (Schmoll 2020).

Cette perception éventuellement ambiguë des enjeux de la prospective nourrit ainsi un risque de biais. Si l'on pose que la prospective doit informer l'action, qu'elle elle doit permettre de mobiliser les acteurs pour orienter l'avenir, elle prend constamment le risque de verser, de la description raisonnée des possibles, vers la fabrique de la prophétie alimentée par la projection de peurs et d'espoirs. Ce sont des critiques qui n'ont pas manqué à l'endroit des scénarios catastrophiques.

A contrario, le risque inverse existe que la prévision la plus étayée par les chiffres ne suffise pas à mobiliser les décideurs et le public, par un effet de dissonance cognitive qui veut que l'on a du mal à renoncer à des croyances établies, surtout si les changements ont un coût, non seulement cognitif, mais pragmatique, en termes financiers ou de perte de confort (Servigne & Stevens 2015, Schmoll 2020).

### 3. PRÉCURSEURS

Il n'est pas inutile de rappeler ce qu'a été la prospective avant la prospective, dans la mesure où se dessinent déjà chez les précurseurs les tendances, voire les contradictions et paradoxes, qui structurent le champ.

Les sociétés les plus anciennes vivent un rapport au temps rythmé par les retours réguliers du jour et de la nuit, des phases de la lune, des saisons : c'est un temps cyclique, qui incite à penser qu'un événement qui se répète a toutes les chances de se reproduire dans le futur. Ce qui n'empêche pas que, pour s'en assurer, il y faille des rites propitiatoires adressés aux puissances invisibles. Le devin, le chaman, l'augure répondent à des questions sur l'avenir concret déterminé par ces rythmes : pleuvra-t-il demain ? la récolte sera-t-elle bonne ? En fonction des réponses, on se prépare à l'inévitable.

De l'observation des cycles temporels émerge logiquement une conception du temps qui soumet les événements à un ordre immuable. Rapporté à l'individu, au groupe social, à la société entière qui vivent ces événements sans pouvoir en modifier le cours, cet ordre prend la forme du destin, collectif ou individuel, qu'énoncent la prophétie ou l'oracle.

Remarquablement, les Anciens n'ignorent pas le paradoxe que constitue la connaissance de son avenir par l'intéressé, qui du coup peut chercher à le modifier, contredisant ainsi la prédiction. Cette contradiction possible entre la prévision et l'action visant à changer le destin trouve sa solution dans la formulation énigmatique de la prédiction : l'énigme n'est résolue qu'une fois la prédiction réalisée. C'est typiquement le cas d'Œdipe, qui se fait prédire par l'oracle de Delphes qu'il va tuer son père et épouser sa mère. Il ne sait pas que les roi et reine de Corinthe qui l'ont élevé ne sont pas ses vrais parents. La vérité lui est dissimulée par la formulation de l'oracle, de sorte que l'intéressé ne peut modifier son destin : il s'éloigne de ses parents adoptifs, et c'est par méconnaissance qu'il va tuer son vrai père et épouser la femme de celui-ci. L'oracle évite ainsi que le jeune homme puisse réagir adéquatement, ce qui fausserait la prédiction : issue intolérable dans une culture qui repose sur l'intangibilité du futur et donc sur la possibilité de le prévoir.

À l'inverse de ces traditions premières, les religions monothéistes ont une conception linéaire du temps, lequel est compris entre une création et une destruction du monde qui n'ont lieu qu'une seule fois. Elles introduisent une idée révolutionnaire, celle de la liberté de choix de l'individu par rapport à son devenir, et rejettent en général, à la fois l'idée d'une destinée immuable, et les pratiques de prévision du futur. Les astrologues, tireuses de cartes, voyants etc. sont condamnés. Les prophètes ne sont reconnus qu'en ce qu'ils transmettent la volonté divine.

Il faut attendre l'époque moderne pour que le temps cesse de n'être que la mesure de la durée dans un monde qui ne change pas. La modernité invente le changement et le progrès, c'est-à-dire l'idée que le futur peut être différent du passé. De là, s'ouvre un monde des possibles, compatible avec les religions monothéistes en ce qu'il confirme la liberté de choix de l'individu, mais aussi en ce qu'il s'avère plus nettement imprédictible, et donc inquiétant. Dès lors que le temps devient séparable entre un passé, un présent et un futur qui ne sont pas la répétition les uns des autres, mais l'expression d'un changement que chacun peut observer et commenter, il s'offre à la réflexion. Le temps se présente de ce fait comme une des thématiques importantes de la modernité. Cette thématisation du temps conduit à se représenter le futur possible comme un espace autre, celui de l'utopie (terme forgé par Thomas Moore en 1516), qui désigne une société idéale, avant que certaines de ces utopies finissent par devenir des projets de société réelle à venir, comme le Phalanstère de Charles Fourier en 1830.

La fiction d'anticipation peut être considérée comme la forme première des tentatives de se projeter dans le futur (Schmoll 2024) en décrivant dans le détail le devenir plus ou moins proche ou lointain de la société, dans un récit qui tire sa plausibilité de la cohérence interne de la description autant que de l'extrapolation de certaines tendances du présent. Ce qui pourrait n'être considéré que comme une œuvre de l'imaginaire n'ayant que position de précurseur de la prospective scientifique, persiste dans ce champ du fait même de cette cohérence interne. Depuis plusieurs années, la science-fiction est sollicitée par les entreprises, les *think tanks* et les gouvernements pour anticiper l'avenir (Michaud 2011). Prenant acte de la pertinence de ces descriptions, de Jules Verne à Aldous Huxley et George Orwell, le projet *Red Team* de l'armée française a eu recours depuis 2020 à une dizaine de spécialistes chargés de rédiger des scénarios sur les conflits menaçant la France dans les trente prochaines années (Michaud 2023). On en retiendra que l'imaginaire peut contribuer à la prospective au point de vue des méthodes.

#### 4. QUATRE-VINGTS ANS DE PROSPECTIVE, EN TROIS PÉRIODES

La prospective comme domaine de recherche scientifique naît au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, dans un contexte géopolitique entièrement nouveau. La victoire des Alliés révèle la suprématie économique d'une grande puissance, les États-Unis, sur le reste du monde. Cette domination est disputée par un « challenger » idéologique, l'Union soviétique, et l'antagonisme entre les deux pôles va structurer les relations internationales pendant quarante ans. Depuis Hiroshima (1945), les calculs stratégiques sont profondément modifiés par la menace de l'arme nucléaire. L'effort de reconstruction en Europe après la guerre, le plan Marshall, suscitent une organisation internationale du développement économique, à travers l'OCDE et ses agences, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international. L'apparition d'entreprises multinationales dont le poids économique est comparable à celui de petits États annonce la mondialisation des échanges économiques, culturels et de personnes. Le monde se découvre peu à peu comme un seul ensemble, vaste et complexe, et cependant clos sur lui-même.

L'incertitude d'un tel monde l'oblige à se penser lui-même, à défaut de quoi il risque de disparaître. Cette situation inédite dans l'histoire de l'humanité concourt à faire émerger la démarche prospective presque simultanément aux États-Unis et en France. Le gouvernement américain crée en 1948 la RAND Corporation (« Research ANd DeveLopment »), qui a pour objectif d'améliorer la gouvernance par la recherche appliquée et l'analyse stratégique. L'institution, qui travaille d'abord pour le gouvernement américain, élargit assez vite ses activités à destination d'autres gouvernements, et à des organisations internationales, fondations et entreprises privées. Elle développe des méthodes issues de la dynamique des systèmes, et notamment des outils de simulation par le jeu. Elle est surtout connue pour la méthode de prévision à dire d'expert DELPHI que nous évoquerons plus loin.

Gaston Berger introduit le terme « prospective » en France en 1955. Sa perspective, comme nous l'avons signalé, est davantage tournée vers l'action que vers la prévision proprement dite. Il s'agit de rompre avec la raison historique, qui voit dans le futur un prolongement des tendances du passé, alors que dès son époque l'on constate une

accélération des changements, facteurs de ruptures. Tandis que la prévision propose plusieurs scénarios possibles à partir du passé et de l'existant, la prospective étudie les fonctionnements plus en profondeur pour anticiper ce que la seule prévision (déduite du passé) ne voit pas. Elle tente de discerner les « tendances lourdes », à partir desquelles, plutôt que de décrire des scénarios possibles, il s'agit essentiellement d'en imaginer un qui est souhaitable et de mobiliser l'action pour sa réalisation. Le champ de la prospective s'organise en France, après la disparition de Gaston Berger (1960), surtout autour du groupe Futuribles initié par Bertrand de Jouvenel, constitué en association en 1967, et qui publie sa revue éponyme à partir de 1975.

Nous pouvons distinguer trois périodes au cours des quatre-vingts années d'histoire de la prospective, scandées par les événements internationaux qui déterminent des retournements de pensée et de méthodes.

**4.1.** Une première période, partant de la fin de la Seconde Guerre mondiale, correspond aux « Trente Glorieuses » : pendant une trentaine d'années, le monde connaît une croissance continue, qui autorise à anticiper une évolution de la planète sur la pente d'un progrès indéfini, avec une amélioration du niveau de vie, une réduction progressive des inégalités entre pays riches et pauvres et une extension de la démocratie. Dans un tel contexte, la prévision paraît aisée : les méthodes peuvent s'appuyer sur les chiffres des années précédentes pour en déduire une progression future exponentielle.

Le premier choc pétrolier en 1973 met fin à cette vision optimiste d'un monde évoluant vers un meilleur niveau de vie et convergeant vers une société future mondiale dans laquelle les disparités, et donc les conflits, disparaîtraient. Le cas du pétrole révèle la situation plus générale d'un monde dans lequel les ressources sont limitées, certaines non renouvelables, et diversement réparties, impliquant la possibilité de crises et de conflits, et une croissance économique irrégulière, si ce n'est la fin même de la croissance.

**4.2.** La prospective cesse alors de considérer le monde comme un système ouvert en expansion indéfinie, et les premières modélisations tablant sur un système-monde fermé aux ressources finies sont publiées au cours des années 1970. C'est l'époque où les ordinateurs commencent à permettre des calculs complexes à partir de données chiffrées liées entre elles : démographie, ressources naturelles, niveau de vie, etc. Le rapport Meadows pour le Club de Rome révèle la possibilité de scénarios d'effondrement au XXI<sup>e</sup> siècle (Meadows & al. 1972). La conflictualité potentiellement contenue dans les scénarios à long terme conduit l'étude de Wassily Leontief (1977) pour l'ONU et celle de Jacques Lesourne (1979) pour l'OCDE à rechercher les meilleurs chemins dans un délai plus court, à l'horizon de l'an 2000, susceptibles de mener à une progression concertée. À la même époque, en effet, la fin de la Détente et le regain de tensions entre l'Union soviétique et les États-Unis, marqué par la crise des Euromissiles, inquiètent le monde, et ces études sont commanditées par des organisations internationales dans la perspective de réduire les disparités entre pays riches et pauvres et les divergences entre Est et Ouest.

Cette seconde période s'achève avec la chute du Mur de Berlin en 1989 et la décomposition de l'URSS. Pierre F. Gonod et Jean-Luc Gurtler énoncent qu'« aucun prospectiviste n'avait imaginé ce scénario » (Gonod & Gurtler 2002, p. 318). En fait, notre propre essai de prospective, passé inaperçu à l'époque, l'avait prédit (Schmoll 1983) et comme le rappelle Serge Fink (2022), les études de prospective précitées permettaient d'anticiper cette issue en intégrant le calcul des acteurs ayant des intérêts divergents dans un jeu non-coopératif. Mais une des caractéristiques des scénarios de cette époque est précisément de faire l'impasse sur la conflictualité dans un monde complexe.

**4.3.** La fin de l'Union soviétique révèle à partir des années 1990 un monde multipolaire instable qui rend les scénarios prévisionnels incertains. S'ouvre ainsi une troisième période qui correspond au déclin, signalé en introduction, de l'usage du terme « prospective » au tournant des années 2000. Cette situation, qui est celle que nous connaissons, est paradoxale puisque, dans le même temps, l'inquiétude suscitée, y compris dans l'opinion publique, par le réchauffement climatique relance les études fondées sur des modélisations, comme celles du GIEC, qui d'ailleurs confirment la capacité prédictive du rapport Meadows.

Mais la victoire des économies libérales sur les économies planifiées consacre désormais une pensée darwinienne généralisée, qui renonce à prévoir les évolutions sur de longues périodes et limite l'ingérence de l'État et de politiques publiques fondées sur de telles prévisions. Les sciences humaines et sociales elles-mêmes se détournent de l'idée qu'elles devraient avoir une capacité prédictive : le monde est trop complexe pour être prédit, la connaissance se contente de le décrire. Les méthodes de management, également, abandonnent la prévision au profit d'une

conception du futur à court-terme. Un mouvement d'idées se dessine sous la désignation paradoxale de « prospective du présent », qui ne prétend plus prévoir l'avenir, mais solliciter l'intelligence collective des acteurs pour le co-construire. Les modélisations systémiques et la consultation des experts font place à la recherche-action et aux méthodes d'accompagnement du changement (Gonod & Gurtler 2002).

## 5. IDENTIFIER LES CONTRADICTIONS DE LA PROSPECTIVE

L'oxymore de la « prospective du présent » exprime bien l'aporie à laquelle est rendue la prospective aujourd'hui. Celle-ci résulte, comme on le voit dans l'évolution historique du domaine, de plusieurs tensions : entre la prévision et l'action, entre les approches des systèmes fermés et ouverts, entre les positionnements extérieur ou impliqué de l'observateur. La prospective, fortement influencée par les approches systémiques, subit les évolutions et l'impasse auxquelles ces dernières sont confrontées.

Une première tension est contenue dans le projet même de la prospective, dès lors qu'avec son fondateur, Gaston Berger, celle-ci se distingue de la seule prévision et intègre l'action. La prévision est rigoureusement le versant scientifique de la prospective, mais celle-ci, intégrant l'action, est également éthique et politique. Le problème est que la prévision, si elle est fiable, ne laisse pas de prise à l'action, ou alors c'est que l'on initie une action dans l'intention de modifier la prévision, ce qui la rend caduque. Cette contradiction interne est entretenue par une conception de l'humain et des sociétés, héritée du christianisme et de l'humanisme, qui rejette éthiquement que ces derniers soient entièrement prédictibles, puisque par principe ils disposent d'une liberté de choix. Or, inversement, l'action sans prévision est erratique. On serait tenté de dire que le prospectiviste s'accommoderait volontiers d'une prévision imparfaite, parce que dans les incertitudes de la connaissance sur l'avenir, les choix sont plus nombreux, la liberté est préservée, la politique est possible.

On repère bien l'évolution de cette contradiction dans les étapes de l'histoire de la prospective. Les approches prévisionnelles reposent sur des modèles du système-monde qui considèrent celui-ci comme un système fermé, ce qui autorise effectivement des projections comme celles du rapport Meadows, lesquelles prouvent aujourd'hui, à cinquante ans de distance, leur capacité prédictive. Le caractère incontournable du destin d'un système fermé fait cependant le désespoir du décideur, qui préfère se replier sur des horizons plus courts, des périmètres d'action plus resserrés, qui autorisent encore des marges de choix pour la décision.

Cette tension est une source de biais, autant dans la prévision que dans l'action. La prospective étant tournée vers l'action, la tentation est d'intégrer le souhaitable dans les projections. À la limite, on verse alors dans la planification : fixer un objectif, puis trouver les moyens d'y parvenir. La prospective échappe difficilement à cette tentation. Cette tendance normative est présente chez Wassily Leontief (1977) par exemple, dont le rapport répond à une demande de l'ONU, soit une instance qui pose a priori un modèle souhaitable (économie de marché, démocratie, paix, réduction des inégalités, etc.) et demande au prospectiviste de construire des scénarios pour y mener. L'un des résultats, qui a d'ailleurs été l'objet de critiques, est que le modèle écarte les hypothèses qui contredisent cette vision d'un monde évoluant intelligemment, comme le paramètre migratoire ou la concurrence politique entre États, et d'une façon générale les sources de conflits, qui passent alors dans l'angle mort de la prévision.

On peut identifier dans l'actualité les effets de cadres de pensée qui imposent un « *cover up* » sur les études prévisionnelles. Aujourd'hui, ce sont les rapports du GIEC qui tiennent la place qu'occupait il y a cinquante ans le rapport Meadows, en prédisant un avenir que tous les étages du système, depuis les décisions politiques jusqu'à nos comportements individuels, en passant par les collectifs, essaient d'ignorer ou de contourner. Les modifications climatiques permettent de prédire au niveau mondial un certain nombre de catastrophes : inondation des terres basses, désertifications, pollutions dessinent une « tendance lourde », qui entraînera des mouvements de populations, et comme ce sont les populations les plus pauvres de la planète qui seront touchées, on doit se préparer à une catastrophe humanitaire. Cette prévision renforce donc celle des mouvements démographiques déjà annoncés dans les décennies précédentes en les actualisant. Dès à présent et pour les décennies qui viennent, le tableau démographique mondial oppose des continents pauvres et jeunes, surpeuplés, et des continents riches et vieux, où

la natalité s'effondre<sup>2</sup>. On retrouve les effets de cette perspective dans les clivages politiques de notre temps. D'un côté, il y a une collusion entre le mondialisme néolibéral qui a besoin de main d'œuvre bon marché et un discours de gauche humaniste pour dire que l'immigration et la diversité culturelle sont une « chance » pour l'occident. Les droites nationales et la majorité de la population craignent en revanche le choc culturel, parlent d'une nécessaire « immigration maîtrisée », tout en sachant que les politiques natalistes et la fermeture des frontières n'ont jamais eu d'efficacité. Mais personne n'évoque clairement l'inévitable : il y aura des morts dans un avenir proche, directement de faits de violences, soit à l'intérieur, soit aux frontières, ou indirectement du fait d'épidémies, de catastrophes naturelles, de famines. La description d'un avenir incontournable dérange, car les moyens d'action pour s'y préparer dérange également.

Un point commun des visions prospectives est qu'elles font confiance aux élites scientifiques et aux gouvernants pour choisir les bons scénarios. On peut prendre pour exemple le rapport *Interfuturs* (Lesourne 1979), qui proposait plusieurs scénarios pour l'an 2000 et mettait en exergue le plus favorable pour toutes les régions du monde en termes de revenu par habitant. Notre critique à l'époque (Schmoll 1983) avait précisément porté sur l'irénisme d'une vision qui excluait les divergences entre décideurs nationaux et régionaux à la lecture de ces différents scénarios. Les antagonismes régionaux conduisaient au contraire logiquement à un jeu de calculs des acteurs les uns sur les calculs des autres, avec un risque de conflit international (Finck 2022), qui de fait ne fut évité que par le « phénomène Gorbatchev » (Schmoll 2023). Les scénarios de la plupart des rapports de prospective n'envisagent que les bonnes issues, des scénarios tellement souhaitables que leurs auteurs estiment sans doute qu'il n'est pas possible qu'ils ne soient pas collectivement souhaités. Le conflit, la violence, la guerre, sont régulièrement évacués du souhaitable. L'immigration est présentée comme une chance parce que les élites ont besoin d'une main d'œuvre à bon marché, la transition écologique est possible parce que tout le monde y aspire, les discours qui tentent d'affronter le problème sont assez facilement qualifiés de xénophobes ou complotistes.

On saisit que l'aporie ne peut être dépassée que sous condition d'une interrogation des cadres de pensée sous-jacents aux approches prospectives. L'une des issues concerne le dépassement du paradoxe de l'observateur : le prospectiviste fait partie du système qu'il observe et dont il essaie de prédire le comportement, a fortiori s'il propose des actions pour changer l'avenir qu'il prétend ne faire que prévoir (Schmoll 2022). En réalité, le prospectiviste est toujours engagé, qu'il soit lui-même un décideur, ou plus généralement un expert qui « ne fait que » conseiller le prince, mais qui espère bien, par vocation, marquer le monde de son empreinte intellectuelle. Le monde qu'il prétend ne faire que décrire est en fait celui qu'il souhaite ou qu'il craint, auquel il essaie de faire adhérer son lecteur. Nous avons-nous-même été critiqué sur ce point, quoiqu'entre les lignes, par le premier préfacier de notre essai sur les risques de conflit mondial dans les années 1980 : Jacques Beauchard était tenté de nous ranger dans le courant des récits millénaristes annonçant la fin du monde pour l'an 2000 (Beauchard 1983).

Intégrer les dynamiques conflictuelles à l'œuvre au sein des systèmes sociaux, économiques, politiques étudiés par la prospective procède d'une approche systémique relativement innovante, par rapport à une conception qui serait celle de la recherche par les systèmes d'un équilibre en quelque sorte homéostatique. Les systèmes ouverts sont portés, non à l'équilibre, mais à l'expansion, au conflit avec leur environnement, et dans un espace aux ressources limitées, plus ou moins condamnés à l'effondrement (Petitjean & al. 2024).

## 6. DÉPASSER LES CONTRADICTIONS : UNE SYSTÉMIQUE DE TROISIÈME GÉNÉRATION ?

L'aporie d'un système que l'on voudrait à la fois prétendre décrire et sur lequel en fait on souhaite agir pour en modifier le destin, est étroitement liée au paradoxe de l'observateur. Nous avons tenté ailleurs de décrire les pistes logiques de la levée de ce paradoxe (Schmoll 2022). Elles impliquent une modification de nos approches des systèmes complexes. Les approches systémiques classiques considèrent le système comme un tout relativement stable, délimité par des frontières et en interaction avec un environnement, et ce système recherche son homéostasie. Cette manière de penser est encouragée par le fait qu'il est plus facile de modéliser un système en quelque sorte solitaire dans son environnement, et proche de son état d'équilibre. Il est rare que l'on considère la dynamique

---

2. *World Population Prospects 2024. Demographic indicators by region, subregion and country*, New York, United Nations. Department of Economic and Social Affairs.

qui résulte 1. de l'enchâssement des systèmes les uns dans les autres, en systèmes concurrents et sous-systèmes, 2. et du fait que les systèmes ne recherchent pas réellement leur homéostasie, mais passent d'un état d'équilibre à un autre.

Ces sauts, d'un état d'équilibre à un autre du même système, ou d'un système à un autre, par émergence de l'un depuis l'autre, sous forme de crises ou de ruptures, sont plus difficiles à modéliser. Ils expliquent que l'on considère très généralement qu'une telle dynamique, loin de l'équilibre, est imprédictible. Mais en écartant leur étude et en se repliant sur des modélisations de systèmes stables ou en évolution régulière et continue, la prospective a aussi renoncé à rendre compte du réel dans ce qu'il a de complexe et de discontinu, ce qui a contribué à son éclipse.

Or, la complexité et la discontinuité des systèmes, ainsi que l'observation de leur dynamique, n'empêchent pas que l'on puisse en rendre compte, et même les prédire, au moins partiellement, à condition d'ouvrir le cadre paradigmatique de la théorie des systèmes.

## 6.1. L'enchâssement des systèmes

Un tel projet amène à envisager « l'environnement » d'un système donné, non comme un simple « extérieur » du système dans lequel il puise ses ressources, mais comme un méta-système qui a son propre fonctionnement, et au regard duquel le système considéré s'insère comme l'un de ses sous-systèmes. Cette perspective est rarement abordée, car par définition, le méta-système est ce qui échappe à l'observation depuis l'intérieur du système. La figure est celle du trafic de voitures dans lequel les conducteurs individuellement n'ont pas nécessairement une représentation globale de leur collectif, dont le comportement est pourtant cohérent, car leurs actions et réactions individuelles suffisent à l'émergence d'un fonctionnement d'ensemble : de leur point de vue, les autres voitures sont leur « environnement ». Pourtant, le collectif des voitures et leurs conducteurs pris dans le trafic est un méta-système émergent qui commande, régule les comportements des systèmes (des acteurs individuels en l'occurrence) qui le composent : on doit considérer qu'il opère comme un agent extérieur au système-conducteur individuel, et qui informe ce dernier en même temps qu'il l'agit.

De la même façon, l'observateur prospectiviste pris dans le système qu'il observe peut espérer surmonter le paradoxe de son implication en étant informé de l'extérieur. Nous avons qualifié (Schmoll 2022) ce type d'informations de « transcendantes » par rapport aux tentatives de ne faire reposer l'observation que sur les sources « immanentes » provenant de l'intérieur du système. Certes, le choix de cette terminologie pourrait suggérer que le prospectiviste doive, à l'instar du chaman ou du devin, se laisser informer par quelque intelligence extra-humaine. C'est presque ainsi que l'on pourrait considérer les choses, mais pour les présenter de manière plus rigoureuse, il nous faut revenir à ce que Heinz von Foerster nous dit des « machines triviales ».

Heinz von Foerster distingue machines « triviales » et « non triviales » au regard de leur prédictibilité (Koppel, Atlan & Dupuy 1987). Les *machines triviales* relient de manière immuable et sans faire de fautes des causes à des effets. Leur comportement est donc prédictible. À l'inverse, dans les machines non triviales, les opérations dépendent des états internes de la machine, qui sont eux-mêmes influencés par les états précédents. Même pour les plus simples de ces types de systèmes, il est presque impossible de faire, à partir de certaines grandeurs d'input, des prévisions fiables de grandeurs d'output. Edgar Morin (1990) applique notamment à la vie sociale cette « conjecture de von Foerster ». La vie sociale fait que nous nous comportons comme des machines triviales, même si nous n'agissons pas comme de purs automates. C'est dans les moments de crise, des moments de décision, que la machine devient non triviale : elle agit d'une façon que l'on ne peut pas prédire. Il donne notamment l'exemple du dirigeant soviétique Mikhaïl Gorbatchev, qui dans un moment de crise en 1987-89, se comporte comme une machine non triviale dont les initiatives inattendues, voire paradoxales, permettent d'éviter la précipitation du monde dans un conflit grave entre États-Unis et Union soviétique. Pour Morin, tout ce qui s'est passé dans l'histoire, notamment à l'occasion de crises, sont des événements non triviaux qui ne peuvent être prédits (id., p. 109).

Reprenant l'exemple de Gorbatchev, nous avons contesté cette affirmation (Schmoll 2023), et nous pouvons reprendre le raisonnement à l'intérieur de cette considération sur l'enchâssement des systèmes.

– D'une part, comme l'indique Morin, après von Foerster, un humain singulier paraît certes imprédictible mais il est tout de même trivialisé dans nombre de ses conduites quotidiennes par ses propres habitudes, par l'éducation, les mœurs, la société. C'est ce qui permet de prédire un comportement, même individuel, en fonction des milieux

d'appartenance de l'individu (catégorie socioprofessionnelle, âge, genre, religion, etc.). La société, ses institutions, les systèmes symboliques, le langage et la culture intégrés par l'usage de la langue opèrent comme un méta-système qui retrocontrôle et régule nos comportements et les rend prédictibles la plupart du temps, parce que nous agissons sans avoir à réfléchir. Une systémique qui s'intéresse, non au seul système de l'humain individuel apparemment libre de ses choix, mais à l'humain déterminé par ce méta-système, est prédictive.

– En sens inverse, si l'on s'intéresse aux interactions des agents au sein d'un système, donc à ses sous-systèmes, on observera qu'elles aussi conditionnent en retour le comportement d'ensemble du système. Il ne s'agit pas de trivialisat[i]on au sens de la conjecture de von Foerster, mais d'une réduction des scénarios par le jeu des calculs que font les acteurs ou les agents à l'intérieur du système sur les calculs que font les autres. Dans l'exemple du jeu des relations internationales à l'époque qui suit la première crise pétrolière, plusieurs scénarios de l'évolution du système-monde sont proposés par différentes études prospectives que nous avons déjà évoquées (Meadows & al. 1972, Leontief & al. 1977, Lesourne 1979). Nous montrons à l'époque (Schmoll 1983) que la multiplicité des scénarios n'empêche pas que les acteurs dirigeants en prennent connaissance et que cette connaissance détermine en retour leurs choix, qui va tenir compte de ce qu'ils anticipent du choix des autres dirigeants. Un recours à la théorie des jeux permet de réduire le nombre de scénarios possibles à un seul scénario, le plus probable. Quarante ans après, ce scénario démontre sa capacité prédictive (Finck 2022). Dans ce cas de figure, ce sont les sous-systèmes, plutôt que le méta-système, qui régulent le système et le rendent prédictible.

## 6.2. L'homéodynamique des systèmes

Revenant à la remarque d'Edgar Morin que dans les états de crise, les systèmes sont imprédictibles, on serait amené à faire la distinction entre les états stables du système (l'homéostasie en quelque sorte trivialis[e] le comportement du système) et les situations, en réalité innombrables, où le système s'écarte de l'équilibre, situations de crises, d'incertitudes, dans lesquelles les décisions seraient imprévisibles.

Les situations éloignées de l'équilibre ont fait l'objet des travaux de Grégoire Nicolis et Ilya Prigogine (1989) sur les structures dissipatives, qui ont montré que contrairement à ce que l'on croyait, dans certaines conditions, en s'éloignant de son point d'équilibre, le système ne va pas vers sa mort ou son éclatement mais vers la création d'un nouvel ordre, d'un nouvel état d'équilibre. La prise en compte de la réalité des systèmes, qui est qu'ils ne connaissent pas nécessairement un seul état d'équilibre vers lequel ils tendraient par homéostasie, mais plusieurs états par lesquels ils peuvent passer et éventuellement revenir, est un fait important en écosystémique, qui a conduit à la théorie des états stables alternatifs.

La théorie des états stables alternatifs a été initialement proposée par Richard C. Lewontin (1969), et plus largement développée par d'autres dont Crawford S. Holling (1973), à qui l'on attribue le modèle « *ball and cup* ». Un écosystème comme un lac peut rester stable indépendamment des contraintes de l'environnement (polluants, modifications climatiques...), mais dans certaines limites, qui dépendent de sa résistance ou de sa résilience. À partir d'un certain seuil de perturbation, l'écosystème bascule vers une autre organisation qui se présente comme un nouvel état stable. Le basculement d'un état à un autre se présente comme une crise, un moment d'instabilité, mais l'écosystème organise son homéostasie autour du nouvel état dans lequel il se trouve. Un même système peut donc présenter différents états stables, entre lesquels il passe par des chemins éventuellement différents (ce que désigne la notion d'hystérésis), ou des états stables successifs en fonction de son expansion ou de son effondrement : on peut présenter ainsi la succession des stades de développement en psychologie ou le franchissement de certains seuils dans le développement des organisations (Braccini & al. 2023). Nous avons proposé d'utiliser le terme d'homéodynamique pour désigner ces effets de crises et de bascules (Petitjean, Finck & Schmoll 2024).

Il est patent que le moment d'instabilité dans lequel va s'effectuer la bascule se présente comme incertain, voire imprédictible. On doit cependant se demander si le postulat de l'imprédictibilité n'est pas seulement une justification de l'abandon ou du désintérêt pour les études qui s'essaieraient à suivre et anticiper ces moments d'instabilité. Selon Crawford S. Holling, le manque de théories sur ce sujet serait dû au fait que l'on s'intéresse, dans les modèles habituels, plutôt au proxy de l'équilibre (parce que plus on s'en éloigne, plus il est difficile de modéliser quoi que ce soit). Il faudrait, selon Holling, se concentrer sur les frontières de domaines d'attraction plutôt que sur le proche équilibre afin de pouvoir caractériser les véritables équilibres des écosystèmes, notamment leurs capacités de résistance et de résilience (Holling & al. 1995).

Pour aller dans ce sens, nous pensons qu'une manière d'approcher les systèmes serait de déterminer quels sont les bassins d'attraction, non seulement du système dans l'état en cours d'observation, mais des bassins voisins. La notion « d'attracteur » serait à cet égard à travailler, car ces bassins d'attraction environnants se multiplient en situation loin de l'équilibre et définissent des points de bifurcation du comportement du système, générés par les attracteurs divergents, voisins du bassin principal d'attraction.

## 7. DES CONCEPTIONS ÉMERGENTES DE LA CAUSALITÉ ET DU TEMPS

Les pensées sont réelles (...). Les mots sont réels. Tout ce qui est humain est réel et parfois nous savons certaines choses avant qu'elles ne se produisent, même si nous n'en avons pas conscience. Nous vivons dans le présent, mais l'avenir est en nous à tout moment. Peut-être est-ce pour cela qu'on écrit (...). Pas pour rapporter des événements du passé, mais pour en provoquer dans l'avenir.

Paul Auster<sup>3</sup>, *La nuit de l'oracle*, trad. fr. 2004, Actes Sud, Le Livre de Poche 2007, p. 257-258.

Pour être complet dans notre vision des pistes qui s'ouvrent à la prospective de demain, il n'est pas inutile de prendre un peu de hauteur et d'évoquer, ne serait-ce que rapidement, la question scientifique qui est au cœur de la prospective, à savoir les relations de causes à effets et leur succession dans le temps.

La prospective, parce qu'elle s'inscrit dans une démarche scientifique, repose sur une conception classique du temps et de la causalité. La rationalité classique implique en effet des relations stables entre des causes et des effets (les mêmes causes entraînant les mêmes effets), et un enchaînement des unes aux autres le long d'une flèche du temps unidirectionnelle (les causes précèdent les effets, et non l'inverse). C'est ce qui permet de prédire un futur à partir de la description d'un présent, de la même manière que le présent se déduit du passé. Cette représentation des choses et du monde est si forte dans notre culture, depuis les philosophes grecs, qu'il est difficile de soutenir une démarche prospective qui s'écarterait de ce cadre de pensée sans se faire soupçonner de s'écarter de la démarche scientifique elle-même et de verser dans les approches magiques de ce que nous décrivions plus haut comme la « prospective avant la prospective ».

On ne peut cependant envisager le ou les futurs de la prospective sans envisager que cette dernière puisse évoluer en même temps que les cadres de la pensée scientifique sur la causalité et le temps. La prospective, pas davantage d'ailleurs que l'ensemble des sciences humaines et sociales, n'est vraiment affectée par l'évolution des idées en mathématiques et dans les sciences « dures », mais des théories scientifiques comme la mécanique quantique, la théorie de la relativité, la théorie des univers multiples d'Everett bousculent les cadres jusqu'alors fermes d'une pensée déterministe classique. Or, selon la conception que l'on a du temps, sinon de la causalité même, de nouvelles méthodes et outils sont susceptibles d'apparaître. D'autant plus qu'une conception déterministe stricte, confrontée à un environnement complexe, rencontre comme on l'a vu les limites de la capacité prédictive des modèles, limites qui expliquent la défection dont la prospective a pu faire l'objet, alors qu'une manière nouvelle de penser le temps, les liens entre passé, présent et futur, est susceptible de relancer l'intérêt pour la prévision autant que pour l'action prospective.

On ne pourra, dans les limites du présent article, que brosser un aperçu impressionniste, et sans doute non exhaustif, des ouvertures qu'offre une interrogation de la conception classique du temps. Il n'a pour objet que de montrer que d'autres tendances existent, qui restent à explorer.

– Il n'est pas inutile de rappeler, pour commencer, la conception du temps sur laquelle reposait la pensée grecque dont hérite la conception scientifique, laquelle pourrait y revenir. Les Grecs différenciaient trois types de temps :

---

3. Thoughts are real (...). Words are real. Everything human is real, and sometimes we know things before they happen, even if we aren't aware of it. We live in the present, but the future is inside us at every moment. Maybe that's what writing is all about (...). Not recording events from the past, but making things happen in the future. *Oracle Night*, New York, Henry Holt & Co, 2003.

*chronos*, qui est l'expérience commune que nous avons du temps, avec un présent, un passé et un futur ; *kairos* qui est le temps opportun, l'idée qu'il existe plusieurs futurs possibles et que certains moments permettent de choisir le meilleur parcours possible (c'est cette opportunité que recherchent les devins, les augures) ; et *eon*, qui est le temps tel que le voit le Démiurge, de l'extérieur du temps vécu, où il embrasse en une fois le passé, le présent et le futur. Le temps tel que nous nous le représentons classiquement, *chronos*, n'est de ce point de vue qu'une illusion dans laquelle nous sommes pris, alors que si nous pouvions nous extraire de celle-ci, nous comprendrions d'un seul coup d'œil le passé, le présent et le futur... et serions capables de saisir le *kairos*, le bon moment.

– Tout en restant dans une conception déterministe classique, il est possible de remettre en cause la limite qui s'en déduit, de l'imprévisibilité du futur dans un monde complexe. En effet le futur dépend en principe de l'ensemble des enchaînements causaux à partir du présent, et la complexité de ces enchaînements rend a priori impossible la prévision. Mais on peut aussi supposer que dans de nombreux cas, de multiples chemins mènent à un nombre limité de futurs possibles. C'est la figure du plateau de jeu d'échecs : un petit nombre d'ouvertures au départ déterminent une quantité grandissante d'options de coups, mais qui, à mesure qu'approche la fin de la partie, se resserre pour ne laisser qu'un seul chemin possible qui mène inéluctablement au mat. Par exemple, nous savons avec certitude que nous allons mourir ; ce qui est moins certain, c'est le parcours de vie que nous allons emprunter pour finalement parvenir à ce destin incontournable : la multiplicité des chemins possibles n'empêche pas qu'ils convergent, avec de moins en moins de variabilités à mesure de l'avancée dans le temps. D'une façon plus générale, et pour formuler cet exemple en termes systémiques, on sait que les systèmes pris dans un environnement aux ressources finies sont destinés à s'effondrer (Petitjean, Finck & Schmoll 2024) : on peut formuler cette affirmation comme une prévision. Les chaînes de cause à effet ne se dispersent donc pas sur un mode simplement entropique. Certaines convergent pour former des nœuds : c'est l'essence de la notion d'attracteur. Une partie de ces attracteurs dessine les tendances lourdes de l'environnement du système ou par la structure même du système qui l'empêche de s'échapper de l'état d'équilibre qui lui est propre. Une autre partie est constituée par les représentations partagées que les agents du système ont de celui-ci : les mœurs, les récits fondateurs, les utopies, les livres les plus lus, etc. Différentes méthodes, quantitatives, qualitatives ou documentaires permettent de décrire ces attracteurs, et possiblement d'en évaluer la force.

– Une autre manière d'approcher le futur, inspirée des théories physiques contemporaines, est de considérer que le passé, le présent et le futur existent déjà, ce qui est la manière contemporaine de formuler la notion grecque d'*eon*. Cette manière de voir n'est pas contradictoire avec le déterminisme classique, si l'on considère que rigoureusement, l'enchaînement des causes et des effets produit un futur, ou plutôt une quantité indéfinie de futurs, qui est « déjà là », contenu en programme dans le présent. L'impossibilité de prédire le futur serait seulement due à notre incapacité de le calculer. A contrario, rien n'exclut qu'une partie de l'information présente dans le futur (ou un futur possible) puisse remonter le cours du temps dans le sens inverse de la flèche de l'entropie : en d'autres termes, que le futur, parce qu'il est déjà là, nous communique des signaux. C'est aussi l'hypothèse que propose en physique quantique la théorie de la causalité inversée, ou rétrocausalité, qui fournirait une base théorique (quoique pour le moment indémontrable) aux conceptions préscientifiques des devins, et à des notions plus contemporaines comme la synchronicité introduite par Carl Gustav Jung.

– On pourrait prendre la position inverse et considérer qu'il n'y a pas de futur pré-écrit. Cette position, tout aussi extrême que celle d'un destin déjà écrit, implique un système chaotique, livré à l'indétermination. Dans ce cas, on doit se demander si l'engagement, la prise de décision, ne constitue pas le facteur d'ordre néguentropique qui construit le futur. Dans un monde livré à l'incertitude, la décision de celui que la pensée chinoise (dans le Yi-King par exemple) désigne par le « Grand Homme » constitue l'attracteur autour duquel le monde s'organise. Tant que personne ne bouge dans un collectif désorganisé, persistent l'hésitation, l'individualisation, la possibilité de se retirer, et même l'inefficacité de certaines initiatives quand il arrive qu'elles se présentent. Dès l'instant où un individu ou un groupe s'engagent sur un projet fort, l'expérience commune montre que la providence intervient elle aussi. Toute une série d'événements jaillissent de la décision, comme pour l'appuyer par toutes sortes d'incidents imprévus, de rencontres et de secours matériels, dont a priori on n'aurait pas rêvé qu'ils pussent survenir. C'est probablement, pour rester dans la référence à la pensée chinoise, ce que Sun Tzu désigne comme le Tao, l'un des cinq paramètres que le chef doit maîtriser, et qui recouvre un alignement de la pensée et des actes du décideur avec les attentes et les valeurs du collectif et l'ordre du monde en général (Schmoll 2019).

## 8. NOUVELLES ORIENTATIONS

Sur la base de ce qui précède, peut-on surmonter l'aporie à laquelle se confrontent les approches prospectives, pour dessiner les pistes par lesquelles celles-ci peuvent évoluer ? Les produits et services existants donnent une indication, entre les études globales (type GIEC) et les interventions spécifiques (type « prospective du présent »). Présentant de la sorte la gamme des prestations, on pourrait effectuer une sorte de « marketing prédictif » de l'offre de services en prospective, et ce terme lui-même devrait désigner un type de prestation s'inscrivant dans cette gamme.

Il y a lieu de distinguer les *études*, qui visent à *décrire* le futur, et les *interventions*, qui visent à le *prévenir*. Cette distinction recoupe celles dégagées plus haut : une étude pose le système à prédire depuis un observateur-expert extérieur, tandis que l'intervention implique cet observateur et, comme on l'a vu, pose le problème d'une situation que l'on contribue à faire évoluer. Chacun de ces deux types est appelé à se décliner dans ses formes et ses méthodes en fonction des contradictions qui lui sont propres.

D'un côté, les études portent sur des systèmes fermés, considérés comme des machines triviales au sens de von Foerster : c'est le cas, typiquement, comme on l'a vu, des études globales du système-monde. On devra se demander si les mêmes méthodes peuvent s'adapter à des systèmes ouverts comme des États ou des organisations. Et leur capacité prédictive pose la question de l'intervention puisque la prédiction, si elle est aussi incontournable qu'un bulletin météo de tempête, laisse peu de marge à l'action, autrement que pour s'y adapter.

De l'autre côté, les interventions portent sur des systèmes ouverts comme les États ou les entreprises, voire les individus, pris dans un environnement qui change, qu'ils doivent prendre en compte, et qui laisse une place à la stratégie, aux interventions de conseil et d'accompagnement. Mais en sens inverse ces interventions poseront la question de ce qui les spécifie comme prospectives, et en fait les distingue d'autres interventions de management du changement.

### 8.1. Le champ de la recherche et des études

Nous avons vu que ce champ a été dominé depuis les débuts de la prospective par les études globales du système-monde. L'approche prédictive convient logiquement à l'étude d'un système, la planète dans son ensemble, que l'on peut considérer comme un système fermé. Les rapports Meadows montrent cinquante ans après, à l'aune des chiffres réalisés, leur capacité prédictive alors que la méthode, réduisant les données (démographie, ressources, production, etc.) à quelques paramètres, était encore assez sommaire.

Dès que l'on décline la prédiction régionalement, chaque pays devient un système ouvert, soumis aux contraintes de ses relations aux autres et à l'ensemble. La prévision implique plusieurs scénarios, elle doit être stabilisée par des choix, dans le cadre notamment d'une planification. La prospective prédictive cède le pas à la décision politique et programmatique.

La démarche prévisionnelle reste pertinente au niveau global, elle a été relancée par des études régulières telles que les rapports du GIEC. Mais comment est appelé à évoluer ce champ s'il veut sortir du global pour aller vers le terrain et la demande de ses sous-systèmes qui ont besoin d'études les concernant en particulier pour asseoir la décision : les instances nationales, voire provinciales ou municipales, les organisations sectorielles, les entreprises et associations ?

Ce sont les méthodes, pour l'essentiel, qui sont susceptibles d'évoluer, sous l'effet d'une rupture des cadres épistémologiques.

On a vu que la prospective a évolué en trois moments. Une première époque a été marquée par l'optimisme des Trente Glorieuses. Les méthodes ont consisté à collecter et synthétiser les avis d'experts, c'est le temps de la fameuse méthode DELPHI qui consiste à regrouper des entretiens avec des experts, avec des retours itératifs jusqu'à ce que les visions individuelles, éventuellement divergentes au départ, finissent par converger. Un savoir collectif relativement robuste se construit comme un système dynamique avec des boucles de rétroaction. Cette approche, on l'a vu, est entrée en crise quand en 1972 on s'est rendu compte que les experts projetaient sur un monde en croissance indéfinie. Mais elle conserve une pertinence que l'on retrouve dans les démarches d'intelligence collective.

Une deuxième époque a été dominée par les modélisations informatiques recourant aux mathématiques : c'est le temps des rapports Meadows et du rapport Interfuturs coordonné par Jacques Lesourne. Les limites de ces modélisations tiennent à leur horizon temporel et, comme déjà souligné, à la difficulté de modéliser les systèmes ouverts : les prédictions à long terme du système-monde sont fiables, mais dès que l'on affine par régions et que l'on vise un horizon intermédiaire (vingt ans dans le cas du rapport Lesourne), on doit multiplier les scénarios possibles. Ce type d'approche a connu un coup d'arrêt quand, par surcroît, à partir de 1989, le monde structuré par l'antagonisme Est-Ouest a fait place à un monde multipolaire que la multiplication des acteurs décisionnaires rendait instable.

Toutefois, les méthodes évoluent elles aussi, et la constitution de très grandes bases de données explorées par de nouveaux algorithmes permet aujourd'hui d'envisager des modélisations à partir d'un nombre important de paramètres pour un objet et un périmètre de recherche délimités. Ces modélisations rejoignent le « marketing prédictif », permettant d'anticiper les comportements des clients par des prévisions basées sur des données et des probabilités de réussite. Le caractère prédictif repose sur des techniques d'exploration de données permettant de modéliser un comportement à un instant donné en fonction de données passées. Outre la segmentation et le ciblage qui caractérisent le marketing classique pour décrire les comportements actuels, des algorithmes spécifiques ont été mis au point pour pouvoir prédire et anticiper des comportements humains futurs.

La troisième époque qui est celle que nous connaissons manifeste une éclipse des approches prospectives, en raison du postulat qu'il serait impossible de prédire les systèmes complexes. Nous avons porté plus haut la critique de ce postulat à deux endroits.

– À l'intérieur du système, la théorie des jeux permet de considérer les scénarios proposés par les études prospectives comme une information qui fait partie du système, puisque les rapports à l'issue de ces études sont lus par des décideurs, et les acteurs font des calculs sur les calculs les uns des autres. Ces calculs croisés, itératifs, permettent de réduire les scénarios possibles à un seul qui est le plus probable.

– Si l'on tient compte de l'environnement du système, celui-ci se comporte également comme un système, avec ses propres états d'équilibre, qui opèrent comme des attracteurs externes concurrençant le bassin d'attraction principal. Certes, en période de crise, les parcours peuvent être multiples, la situation est instable, mais de multiples chemins mènent souvent à un nombre réduit de destinations. Il est possible de décrire ces destinations, soit qu'elles résultent de tendances objectives lourdes (les déséquilibres démographiques à vingt ans, par exemple, qui sont une donnée incontournable des décisions politiques présentes, quelles qu'elles soient), soit qu'elles soient constituées par des représentations partagées du collectif (différentes visions communes de l'avenir du pays ou de la planète, par exemple). En décrivant ces attracteurs, on peut prédire les points de convergence entre les parcours possibles du système.

Nous ne pouvons manquer de citer à titre d'exemple nos travaux sur la figure de la « Société terminale » (Schmoll 2011, 2012, 2014). Il s'agit d'observations de terrain et de réflexions autour de ce que l'on peut considérer comme une forme idéaltypique : celle d'une société dans laquelle le médium technique (les technologies infographiques et de réseaux notamment) finit par s'interposer massivement entre les individus, leur permettant à la fois de communiquer et de s'isoler les uns des autres par ses jeux de vitrine, de miroir et d'écran. Cette figure, qui fait écho à la fiction scientifique (on pense à la série des films *Matrix*), permet de déconstruire une famille de représentations collectives de la société présente et future, dans lesquelles les humains sont captifs d'un monde d'habitacles interconnectés. D'autres représentations du futur existent, qui sont concurrentes de celle-ci : monde post-apocalyptique des fictions de zombies ou à la Mad Max, monde durable permis par une écologie maîtrisée, etc. L'intérêt de ces idéaltypes, c'est qu'il est possible de les considérer comme autant de représentations partagées, parfois par les mêmes personnes, qui opèrent comme des attracteurs. On pourrait donc imaginer des projets d'enquêtes grand public qui viseraient à qualifier ces représentations et à évaluer leur poids, et donc leur capacité plus ou moins importante à attirer un collectif vers un futur particulier plutôt qu'un autre.

## 8.2. Le champ des prestations d'intervention

La crise des approches prospectives a conduit les intervenants auprès des dirigeants et des organisations, en stratégie, en accompagnement du changement et de l'innovation, etc., quelles que soient les dénominations qu'ils se donnent, à prendre leur distance d'avec les méthodes adossées à une prévision, dans un contexte où l'on affirme désormais que les systèmes complexes ne sont pas prédictibles. L'accompagnement de la décision publique comme

des dirigeants d'entreprises impliquait de toutes façons, a priori, que les modèles ne fussent pas à ce point prédictifs qu'ils empêchassent la liberté de décider. Considérer qu'ils ne sont pas prédictifs du tout laisse les mains libres à l'intervenant. Les interventions privilégient aujourd'hui des méthodes issues de la recherche-action ou des pratiques de créativité, et la mise en place de processus d'intelligence collective. En d'autres termes, puisque la prédiction est impossible dans un monde complexe et incertain, plutôt que de fonder une décision et une planification sur des études menées en amont, on propose une conception de la prospective associant l'ensemble des parties prenantes d'une organisation, qui coconstruisent une représentation de leur futur de manière à réduire l'incertitude (Bailly 1999). On ne s'adapte pas au futur, on le produit : le courant de pensée qui émerge des Rencontres de Cerisy, désigné comme « prospective du présent », plutôt que de se ranger à un futur incontournable, vise à penser et faire advenir un monde souhaitable (Heurgon 2014).

Le problème scientifique qu'exprime bien cet oxymore « prospective du présent », c'est que ces modes d'intervention introduisent certes louablement la participation des acteurs dans le processus de décision, mais que l'on doit se demander en quoi, au-delà d'un effet de « packaging », ils se distinguent des stratégies de projet dans des méthodologies déjà connues. S'il n'y a plus de prédiction du tout, mais seulement une intervention de management du changement, en quoi est-ce de la prospective ?

Il nous semble qu'il faille réserver le terme de prospective à des approches d'intervention de changement, de créativité qui s'appuient sur des études préalables effectuées de l'extérieur du système et non seulement coconstruites en interne par ses acteurs, et qu'il faille pour cela maintenir une distinction entre les deux temps, celui de l'étude et celui de l'intervention, quitte (c'est d'ailleurs au principe d'une démarche de recherche-action) à effectuer des va-et-vient entre les deux. On retrouve ce processus itératif, d'une certaine façon, dans la méthode DELPHI, mais aussi dans la manière dont, en théorie des jeux, les acteurs significatifs du système-monde se saisissent des différents scénarios du futur et prennent leurs décisions en fonction des calculs qu'ils font sur les calculs des autres. Certes dans un cas, la méthode DELPHI vise à faire converger les avis, tandis que le calcul stratégique d'acteurs interdépendants résulte d'intérêts divergents. Mais le processus itératif qui va du rapport d'expertise à la discussion sur le terrain et retour procède du même type de boucle systémique qu'on devrait retrouver dans des démarches d'intervention qualifiables de prospectives.

Dans de telles interventions, on peut poser que l'étude préalable, quelle que soit l'objectivité de sa méthode, est un scénario, une projection qui fait partie du système, de même que le dirigeant qui en prend connaissance, et l'expert, le consultant ou l'intervenant avec lui font également partie du système (Petitjean & Mast 2023). Le scénario et sa lecture par les acteurs, les échanges qu'il suscite, influent le système, provoquent des résistances ou produisent des prophéties autoréalisatrices. L'intervention agit à la fois sur la réalité et sur les représentations, les imaginaires, elle suscite des espoirs ou des craintes qui peuvent être fondées ou non mais contribuent à confirmer ou à modifier le futur.

À partir de ce préalable épistémologique, comment établit-on des données robustes qui permettent de soutenir et d'enclencher ce va-et-vient avec le terrain, et justifient qu'on puisse parler de démarche prospective, et pas seulement de quelque management participatif ?

Différentes formes et méthodes d'intervention illustrent une démarche d'ensemble, en se déclinant en fonction décroissante de la robustesse des connaissances issues de l'étude préalable. Le système (une institution, une organisation) est soumis à ses interactions avec un environnement plus ou moins contraignant, plus ou moins stable, plus ou moins connaissable.

– Si l'environnement est stable et connaissable, voire contraignant, il donne lieu à une étude classique, de type étude de marché, étude d'impact, étude d'opportunités, etc. que l'on met en regard d'un audit des ressources propres du collectif. Idéalement, cette étude devrait être prédictive. À partir de quoi, l'étude peut être mise en dialogue au sein du collectif, servir de ressource à des interventions de créativité, et finalement produire un projet qui à son tour peut faire l'objet d'une étude de faisabilité, voire d'une itération supplémentaire jusqu'à convergence entre les possibles et les souhaitables.

– Si l'environnement est incertain, il l'est généralement parce qu'en l'état présent de nos connaissances et de nos méthodes il ne nous est pas aisément accessible ou compréhensible. Toutefois, certaines tendances lourdes peuvent être identifiées à plus long terme et donc décrites pour éclairer les voies de passage vers des attracteurs, et les

obstacles entre lesquels passer. Igor Ansoff (1977, 1990) a développé le concept de « signaux faibles », annonceurs de menaces ou d'opportunités, et dont l'identification permet de détecter des discontinuités dans l'environnement organisationnel, pour ainsi comprendre la nature de changements à venir, leur ampleur et l'urgence d'une réponse. Dans un autre ordre d'idées, certaines approches, plus créatives, parfois inspirées des récits d'anticipation et de science-fiction, peuvent servir de base à des interventions qui, dans ce cas, laissent une plus grande latitude à la créativité des groupes de projet. Le projet *Red Team* de l'armée française, précédemment cité, fait partie de ce type de démarches (Michaud 2023).

– Si l'environnement est, à l'extrême, tout-à-fait incertain et imprévisible, et qu'en conséquence il ne semble pas que quelque étude prédictive soit pertinente pour l'action, celle-ci peut toutefois se placer dans la référence à la prospective, selon un point de vue qui nous semble original : c'est qu'il y a toutes les chances que l'environnement soit semblablement incertain et imprévisible pour les autres acteurs avec lesquels le collectif est en interaction. Dans cette situation, il s'avère que les collectifs qui sont les plus déterminés, qui ont une représentation partagée la plus claire de ce qu'ils veulent et ne veulent pas, sont ceux qui ont les meilleures chances d'arriver à leurs fins (puisque, pour commencer, ils connaissent ces fins et les partagent). En ce sens, l'intervention de type recherche-action ou projet d'entreprise qui permet à un collectif de mieux se définir autour de son « ethos » consiste à permettre à l'institution ou à l'organisme de se placer dans la course. C'est une démarche proche de ce que désigne le terme « prospective du présent », mais un peu différente, car il s'agit bien, pour le collectif, de ne pas seulement penser au présent, mais de définir son futur et de l'imposer à l'environnement. Ce que nous désignons provisoirement par le terme « d'éthos » ne renvoie pas nécessairement à la force de l'identité collective qui se dégagerait du consensus : dans le temps limité du projet, et pour ce projet seulement, un consensus local, mais intervenant dans un environnement peu structuré, caractéristique des réseaux sociaux contemporains, peut être très efficace. On peut renvoyer à cet égard à la fameuse étude de Mark Granovetter sur la force des liens faibles (Granovetter 1973).

– Enfin, on peut imaginer que, non seulement l'environnement est incertain et instable, mais que le collectif lui-même est divisé. Même dans cette situation, l'intervention prospective est possible, mais elle s'adresse alors au seul dirigeant, effectif ou potentiel, sous la forme du conseil personnel ou du coaching. Le cas de figure évoque ces situations de crise généralisée qui constituent une opportunité pour certains personnages que l'Histoire et la littérature ont retenu comme apparemment providentiels. Plus rigoureusement, il renvoie à la figure de ce que la pensée chinoise désigne par le « Grand Homme », le souverain qui assure le lien entre le Ciel, la Terre et les hommes, mais auquel chacun peut s'identifier : c'est la manière dont fonctionne la consultation du Yi King. Cette conception est au centre du traité de stratégie le plus ancien de l'humanité, *L'art de la guerre* de Sun Tzu. Dans cette conception, celui qui, en quelque sorte, réunit les hommes et les conduit vers leur futur, est celui qui est en harmonie avec le Tao, l'ordre du monde (Schmoll 2019). On pourrait ainsi imaginer des outils de type tests projectifs, utilisation du Yi-King ou de l'épreuve d'anticipation de Mario Berta (1999) au service de prestations visant à assister le dirigeant dans la détermination de son ethos (de ce qu'il veut et ne veut pas, en fonction de ses motivations et de ses valeurs, tout en se mettant en phase avec les attentes et les craintes du groupe). Car, pour le dirigeant comme pour le collectif, un ethos (une identité, un projet, des motivations...) incertain ou peu consistant dans un environnement contraignant fait de lui un système déterministe, prédictible, mais à son détriment. Tandis qu'un ethos fort dans un environnement mou le met à même de réunir autour de lui le collectif pour aller de l'avant : tout simplement parce que dans une situation où personne ne sait où il en est et où il va, les gens ont tendance à se tourner vers ceux qui leur donnent l'impression de savoir qui ils sont et où ils vont.

## CONCLUSION

Le choix de notre titre pour les réflexions qui précèdent relevait, au moment où il nous est venu à l'esprit, de la figure de style formulée par amusement. Pourtant, en faisant jouer l'un sur l'autre les deux termes « futur » et « avenir », on se rend compte que, bien que souvent employés indifféremment, ils ne sont pas synonymes, et que peut-être les nuances de sens qu'ils expriment s'avèrent résumer l'antagonisme entre des visions différentes de ce dont il est question dans le présent article, à savoir l'évolution d'un domaine de recherches et d'interventions.

Remarquablement, la langue française dispose de deux mots là où l'anglais n'en a qu'un (le mot « future »)<sup>4</sup>. L'Académie française situe la différence de sens entre les deux dans un éloignement différent dans le temps : « *Avenir* désigne une époque que connaîtront ceux qui vivent aujourd'hui, alors que *futur* renvoie à un temps plus lointain, qui appartiendra aux générations qui nous suivront. Employer en ce sens *futur* pour *avenir* est un anglicisme qu'il convient de proscrire. De la même manière, on n'emploiera pas le terme *futur* pour évoquer la situation à venir d'une personne, mais on parlera bien de son avenir »<sup>5</sup>. Cette dernière remarque nous paraît cependant devoir faire porter la différence, plus précisément, sur la personne que sur l'éloignement dans le temps. Dès lors que l'on considère une personne, c'est de son avenir que l'on parle, plutôt que de son futur, comme le montrent les exemples pris du même article : on dira « à l'avenir je serai plus prudent » ou « comme il a réussi son concours, son avenir s'éclaircit », et non « dans le futur je serai plus prudent » ou « son futur s'éclaircit ». Et certes, plus on se projette loin dans le temps, plus il y a de chance que la personne ne soit plus là : dans un siècle, le futur sera là, mais la personne n'a pas d'avenir dans ce futur-là.

Il est donc plus exact de dire que le futur est objectif, là où l'avenir est celui d'un sujet. De cette différence se déduisent deux visions du lendemain : le futur est abstrait pour nous, mais il existera forcément, indépendamment de nous ; alors que l'avenir nous est concret, il est ce qui peut se produire (ou pas) et sur quoi on peut agir.

De là aussi deux perspectives qui mettent en tension toute approche prospective, en ce que son objet est toujours double. Le futur est l'objet de la prévision, du calcul de ce qui va se passer quoi que nous fassions. L'avenir est en revanche affaire de décision, il implique des choix et des actions de notre part.

Pour en revenir à notre titre, par conséquent, se demander si le futur a un avenir, c'est bien sûr, en première approche, se demander si les études prospectives ont aujourd'hui un marché, en d'autres termes si les prévisions intéressent un public, mais aussi s'il existe des moyens aujourd'hui, pour ce public, d'agir pour préparer demain, voire pour le construire.

#### Références :

- Ansoff H.I. (1975), Managing surprise by response to weak signals. *California Management Review*, 18(2), p. 21-33.
- Ansoff H.I. (1990), *Implanting Strategic Management*, London, Prentice Hall International.
- Bailly J.P. (1999), *Demain est déjà là*, La Tour d'Aigues, L'Aube.
- Beauchard J. (1983), Misère de la stratégie, Préface à P. Schmoll, *La Guerre Demain*, Strasbourg, Éditions de l'III, p. 13-16.
- Berger G. (1955), *L'homme et ses problèmes dans le monde de demain. Essai d'anthropologie prospective*, Conférence inaugurale à la Société d'études philosophiques du Sud-Est, 12 novembre 1955 [*Les Études philosophiques*, 1956, XI, 1, pp. 150-151]. Repris in Berger G., de Bourbon Busset J. & Massé P. (2007), *De la prospective : textes fondamentaux de la prospective française, 1955-1966*, Paris L'Harmattan, p. 33-34.
- Beck U. (1986), *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Berlin, Suhrkamp. Trad. Par L. Bernardi (2001), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- Berta M. (1999), *L'épreuve d'anticipation. Test de l'imaginaire personnel*, Toulouse, Érès.
- Braccini V. (2022), L'observateur dans la recherche-action, *Cahiers de systémique*, 1, p. 31-37. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.7447800>
- Braccini V., Capelli F. & Petitjean H. (2023), Naissance et développement des organisations. Préface à la réédition de P. Schmoll, *L'Entreprise Inconsciente*, Strasbourg, Éditions de l'III, p. 9-24.
- Finck S. (2022), Prédire le système-monde à la lumière de la théorie des jeux, Préface à la réédition de P. Schmoll, *La Guerre Demain*, Strasbourg, Éditions de l'III, p. 7-11.
- Gonod P.F. & Gurtler J.-L. (2002), Évolution de la prospective, *OCL*, 9(5), p. 317-328. DOI : <https://doi.org/10.1051/ocl.2002.0317>
- Granovetter M.S. (1973), The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*, 78(6), p. 1360-1380.

---

4. La traduction anglaise de notre titre donne en première approche : « Does the future have a future ? ». Nous avons dû l'adapter pour rendre compte de la nuance.

5. <https://www.academie-francaise.fr/futur-pour-avenir>. Article du 4 juin 2015, consulté le 23 avril 2024.

- Heurgon É. (2014), Conception et prospective du présent. Pour penser et faire advenir des mondes souhaitables (l'exemple de Météor), in Hatchuel A. (éd.), *Les nouveaux régimes de la conception*, Paris, Hermann, p. 223-235. DOI : <https://doi.org/10.3917/herm.hatch.2014.01.0223>
- Holling C.S. (1973), Resilience and Stability of Ecological Systems, *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, p. 1-23.
- Holling C.S., Schindler D.W., Walker B.W. & Roughgarden J. (1995), Biodiversity in the Functioning of Ecosystems: An Ecological Synthesis, in Perrings C., Maler L.G., Folke C., Holling C.S. & Jansson B.O. (eds), *Biodiversity and Loss: Economic and Ecological Issues*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 44-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/cbo9781139174329.005>
- Horkheimer M. (1933 [2020]), Sur le problème de la prédiction dans les sciences sociales, traduction d'Emmanuel Chaput, *Variations*, 23. DOI : <https://doi.org/10.4000/variations.1543>
- Koppel M., Atlan H. & Dupuy J.-P. (1987), Von Foerster's Conjecture. Trivial Machines and Alienation in Systems, *International Journal of General Systems*, 13, p. 257-264.
- Leontief W., Carter A.P., Petri P. (1977), *The Future of the World Economy*, New York, Oxford University Press. Tr. fr. (1977), 1999 : l'expertise de Wassily Leontief : Demain. Une étude de l'ONU sur l'économie mondiale future, Paris, Dunod.
- Lesourne J. (ed.) (1979), *Interfuturs. Facing the Future. Mastering the Probable and Managing the Unpredictable*, OECD. En ligne: <https://www.oecd.org/futures/35393713.pdf>. Tr. fr. (1979), *Face aux Futurs : pour une maîtrise du vraisemblable et une gestion de l'imprévisible. Rapport final d'« Interfuturs »*, OCDE.
- Lewontin R.C. (1969), The Meaning of Stability, in G.M. Woodwell & H.G. Smith (eds), *Diversity and Stability in Ecological Systems*, Brookhaven National Laboratory Publication, 22, p. 13-23
- Meadows D. & D., Randers J., Behrens W.W. III (1972), *The Limits to Growth*, New York, Universe Books. Tr. fr. (1973), *Halte à la croissance ? Rapport sur les limites de la croissance*, Paris, Fayard.
- Michaud Th. (2011), *Prospective et science-fiction*, Paris, L'Harmattan.
- Michaud Th. (2023), *La science-fiction institutionnelle*, Paris, L'Harmattan.
- Morin E. (1990), *Introduction à la pensée complexe*, Paris, ESF.
- Nicolis G. & Prigogine I. (1989), *Exploring Complexity: an Introduction*, New York, W.H. Freeman. Tr. fr. (1992), *À la rencontre du complexe*, Paris, PUF.
- Petitjean H., Finck S. & Schmoll P. (2024), Expansion et effondrement des systèmes : une discussion du concept d'homéostasie, *Bulletin d'Histoire et d'Épistémologie des Sciences de la Vie*, 31, 2024/1, p. 85-120. DOI : <https://doi.org/10.3917/bhesv.311.0085>.
- Petitjean H. & Mast Ph. (2023), Le rôle du leadership dans le processus de co-création : une approche neuro-systémique, *Cahiers de Systémique*, 2, p. 61-73. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.10047945>.
- Schmoll P. (1983), *La guerre demain. Les risques de conflit mondial dans les années 80*, Paris, Réseaux. Nouvelle édition (2022), Strasbourg, Éditions de l'III.
- Schmoll P. & al. (2011), *La Société Terminale 1 : Communautés virtuelles*, Strasbourg, Néothèque. Nouvelle édition (2020), Strasbourg, Éditions de l'III.
- Schmoll P. & al. (2012), *La Société Terminale 2 : Dispositifs spectaculaires*, Strasbourg, Néothèque. Nouvelle édition (2020), Strasbourg, Éditions de l'III.
- Schmoll P. (2014), *La Société Terminale 3 : Amours artificielles*, Strasbourg, Néothèque. Édition revue et augmentée (2020), Strasbourg, Éditions de l'III.
- Schmoll P. (2019), Relire Sun Tzu à l'ère des réseaux et de la mondialisation. Préface à l'édition en ligne de Sun Tzu, *L'art de la guerre*, Strasbourg, Éditions de l'III, p. 16-39.
- Schmoll P. (2020), Perplexités eschatologiques. Savoir, croire et agir à l'approche de la fin du monde. In S. Deboos (ed.), *Entre sciences et croyances : des pratiques à la théorie*, Strasbourg, Éditions de l'III, p. 173-194.
- Schmoll P. (2022), Lever le paradoxe de l'observateur : ouvertures méta-systémiques, *Cahiers de systémique*, 1, p. 63-82. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.7447858>
- Schmoll P. (2023), Gorbatchev, l'Imprévu. Prédications et surprises dans le jeu des relations internationales, *Cahiers de systémique*, 2, p. 75-87. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.10048020>.
- Schmoll P. (2024), Article « Temps ». In G. Brougère & E. Savignac (dir.), *Dictionnaire des sciences du jeu*, Paris, Erès, p. 340-346.
- Servigne P. & Stevens R. (2015), *Comment tout peut s'effondrer. Petit manuel de collapsologie à l'usage des générations présentes*, Paris, Seuil.