LATEC

LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE TECHNIQUES ÉCONOMIQUES

U.R.A. 342 C.N.R.S.

DOCUMENT de TRAVAIL



UNIVERSITE DE BOURGOGNE

FACULTE DE SCIENCE ECONOMIQUE ET DE GESTION

4, boulevard Gabriel - 21000 DIJON - Tél. 80 39 54 30 - Fax 80 39 56 48

ISSN : 0292-2002

n° 9607

Réseaux et systèmes de santé

Sophie BEJEAN*
Maryse GADREAU*

juin 1996

*LATEC (UMR 5601 - CNRS), Université de Bourgogne

RÉSUMÉ

La notion de réseau a connu rapidement un certain succès dans la littérature économique tant généraliste que spécialisée en économie de la santé. Cependant la notion de réseau ne va pas de soi : les conceptions du réseau sont aussi diversifiées que leurs domaines d'application.

Dans une première partie ce papier propose une grille de lecture de la notion de réseau : le réseau peut tout d'abord être conçu comme une *structure* d'organisation des activités économiques (tels les réseaux d'infrastructure), ou comme une *modalité de coordination*, alternative au marché et à la hiérarchie.

Dans une seconde partie, ce papier propose d'analyser les mutations récentes du système de santé (relations de coopération inter-hospitalières, constitution de réseaux ville-hôpital...) à partir de la notion de réseau et de ses propriétés présentées précédemment.

MOTS-CLÉS : Réseaux d'infrastructure - réseaux innovateurs - coûts de transaction - théorie évolutionniste - réseaux de soins.

ABSTRACT

The network concept has been successful in the economic litterature and in the health care economics litterature. However the network concept is not easy to define.

In the first part, this paper suggests a framework for network conceptions analysis : first, network can be conceived as a structure of economic organisation (such as infrastructure networks), or as a coordination mode, alternative and different from market or hierarchy coordination.

In the second part, this paper analyses recent mutations in the health care system (such as cooperation relationships between several hospitals and private clinics, networks between hospitals and ambulatory medical care...) from the network concept and its properties.

KEY-WORDS : infrastructure networks - innovative networks - transaction costs - evolutionnary theory - health care networks.

Depuis le milieu des années 80, l'économie de la santé s'est orientée vers la recherche d'outils théoriques et méthodologiques pour analyser le fonctionnement du système de santé, dans le cadre d'une pure logique de la discipline économique en rupture avec la logique du domaine qui avait prévalu jusqu'alors. Les avancées théoriques se sont développées dans diverses directions (cf. le recensement de ces directions proposé par J.C. Sailly 1994) ; elles ont en particulier conduit à rechercher une conceptualisation alternative à l'analyse néoclassique en termes de marché, qui proposait en médecine ambulatoire un modèle du producteur-consommateur, et pour le secteur hospitalier un modèle de l'hôpital-entreprise amendé toutefois d'un statut à but non lucratif pour le secteur public. Les développements de l'analyse du système de santé à l'aide des concepts de la théorie de l'agence (dont les premiers apports peuvent être attribués dès 1986 à M. Mougeot et L. Rochaix) ont permis de renouveler considérablement la problématique théorique du domaine de la santé tout en fournissant des implications importantes en matière d'aide à la décision pour la politique de santé. Plus récemment s'est développée une littérature théorique inspirée d'une part des théories des organisations, et d'autre part de la nouvelle économie industrielle, qui recherche des modes alternatifs de coordination dans le système de santé, au delà du marché et du contrat (en témoigne pour le domaine de la santé le thème d'un des derniers séminaires des économistes français de la santé : "De nouveaux modes de coordination interne et externe à l'hôpital : quels outils d'analyse ?" janvier 1994, avec notamment les contributions de I. Durand-Zaleski, Ph. Bierling et N. Curien, S. Jacobzone, P. Huard et J.P. Moatti, V. Fargeon et M. Kerleau, A. Branciard, P. Huard et Ph. Mossé, P. Bouvier-Patron et J. Dumoulin)[1]. Cette littérature propose notamment un nouveau concept théorique, si ce n'est une nouvelle problématique : *le réseau.*

La notion de réseau, apparue récemment tant dans la littérature économique que dans la littérature consacrée à l'analyse du système de santé, a connu rapidement un certain succès. Il apparaît en effet que, dans le domaine de la santé, certaines mutations récentes nécessitent d'avoir recours à de nouveaux cadres théoriques pour analyser la constitution de structures de coopération en réseaux dont les modalités de coordination sont décentralisées et non marchandes. L'émergence des réseaux ville-hôpital de prise en charge des patients atteints du Sida, ou de prise en charge des personnes âgées, la redéfinition et l'externalisation des activités logistiques dans le secteur hospitalier, la constitution de conventions de coopération interhospitalière pour l'utilisation de certains équipements, le développement des pratiques de

[1] La recherche de nouveaux concepts théoriques pour analyser la coordination dans le système de santé s'est également engagée récemment sur le chemin de l'économie des conventions (Ph. Batifoulier 1990 et 1992, S. Béjean 1994, S. Béjean et M. Gadreau 1992), que nous ne développerons pas ici.

groupe de médecins en médecine libérale... conduisent en effet à repenser l'opposition et la concurrence entre secteurs public et privé, la dichotomie traditionnelle entre la médecine libérale et l'hôpital, ainsi que les régulations de type incitatif ou quasi-marchand sur lesquelles débouchent l'approche contractuelle du système de santé[2]. La notion de réseau peut alors constituer un cadre interprétatif fructueux. Il convient toutefois de préciser quelle(s) conception(s) du réseau : l'utilisation de cette notion est variée que ce soit en termes de domaines d'application ou en termes de conceptions.

Dans une première partie, ce papier propose une grille de lecture des diverses conceptions et acceptations de la notion de réseau. En tant que *structure* d'organisation des activités économiques, la notion de réseau trouve ses origines dans l'analyse des réseaux d'infrastructure, puis débouche sur la conception évolutionniste des réseaux-innovateurs. L'approche transactionnelle fournit les premières légitimations théoriques du réseau, comme *modalité de coordination* et d'allocation des ressources. C'est dans une perspective différente, celle d'une économie de création de ressources, que la notion de réseau prend une dimension propre, celle d'une forme alternative de coordination collective, résultant d'une dynamique organisationnelle capable de créer des ressources spécifiques ; dans cette perspective, la coordination repose principalement sur des relations de confiance.

Dans une seconde partie, nous analyserons, dans une perspective positive, les mutations récentes du système de santé autour de relations de coopération et de la constitution de réseaux, à partir de la grille de lecture que nous aurons donnée de la notion de réseau dans la première partie.

I - Le réseau : quelles conceptions ?

Le succès de la notion de réseau est manifeste, mais la notion de réseau ne va pas de soi : l'utilisation de ce concept est variée, que ce soit par la diversité des disciplines qui y ont recours (physique, sociologie, économie), ou par la variété de ses domaines d'application (en économie, ce sont ne sont pas seulement les analyses des "réseaux" techniques de type télécommunication, qui ont recours à cette notion, mais aussi l'analyse de "réseaux" de services, des "réseaux" de distribution, des "réseaux" de soins...), ou encore par la diversité des conceptions du réseau (réseau technique, technico-économique, social, organisationnel...). *Si tout est réseau, alors rien n'est réseau !...* et cette notion perd son pouvoir explicatif et prédictif.

---

2 Ce type de régulation incitative et quasi-marchande est présentée notamment par M. Mougeot (1994).

Quelle grille de lecture peut-on proposer des différentes conceptions du réseau recensées dans la littérature économique[3] ? Il nous semble que ce terme peut en fait revêtir une double acceptation : soit on conçoit le réseau comme *une structure*, une "forme émergente" (selon la terminologie de M. Callon 1992) d'organisation des activités économiques dont on peut donner une définition minimale en soulignant que cette structure implique l'existence d'entités et de relations entre ces entités ; soit il s'agit d'un concept économique chargé de décrire une nouvelle modalité de coordination, au delà de la coordination marchande (ou externe) et de la coordination hiérarchique (ou interne) ; il convient alors d'en clarifier le statut par rapport aux formes alternatives de coordination : le réseau est-il une forme intermédiaire de coordination interindividuelle, entre le marché et la hiérarchie, ou une forme de coordination collective d'un niveau supérieur qui intègre le marché et la hiérarchie ?

1.1 Réseau et structure

L'analyse économique des réseaux constitue un domaine scientifique en construction qui trouve son origine dans l'analyse économique *des réseaux d'infrastructure* de type télécommunications ou transports : l'utilisation d'une technologie de réseau caractérise certaines entreprises faisant alors l'objet d'une analyse économique spécifique. Le concept d'entreprise de réseau s'est alors étendue à des activités économiques variées (distribution commerciale, services bancaires...) caractérisées par des interconnections de nature diverse, non nécessairement technique. L'économie de ces activités en réseau met l'accent sur l'analyse de leur organisation fonctionnelle et industrielle : elle met alors en évidence certaines propriétés propres à caractériser l'existence une structure en réseau des activités économiques.

Dans une autre perspective, la conception évolutionniste des innovations technologiques montre l'importance des structures de réseau et de leurs propriétés pour expliquer l'adoption, la diffusion et la création d'innovations technologiques. Le réseau est alors le plus élémentairement conçu comme un ensemble de relations reliant des entités non définies *a priori*, pas plus que ne le sont les relations. Ce sont donc les propriétés du réseau qui permettent de le caractériser comme structure particulière propre à favoriser la sélection et la création de technologies.

11.1 Réseau d'infrastructure et économie industrielle

Dans sa forme la plus élémentaire, la notion de réseau rend compte d'un ensemble d'entités données reliées entre elles par un ensemble de relations également données. Pour

---

3 Cette grille de lecture ne se veut pas exhaustive dans ses références à la littérature économique relative à la notion de réseau. Pour un revue de la littérature plus complète, on pourra se référer à M. Bellet, B. Boureille et N. Massard (1994), et A. Grandori et G. Soda (1995).

l'ingénieur, le mot réseau évoque l'interconnexion d'équipements complémentaires coopérant entre eux afin de transporter des flux de matière, d'énergie ou d'information. Pour l'économiste, le réseau est un *support technique d'intermédiation économique* entre des fournisseurs et des consommateurs de certains biens et services (N. Curien 1993) ; il devient un instrument d'allocation des ressources.

En tant que supports techniques de circulation des ressources et de produits divers, les réseaux d'infrastructure de type réseau de transports, réseau de télécommunication (Gensollen M. 1990), réseau d'électricité... constituent les premiers réseaux objets d'analyse économique (N. Bellet, B. Boureille et N. Massard 1994) : c'est ici l'utilisation d'une technologie de réseau qui confère aux entreprises concernées une spécificité remarquée par l'analyse économique.

Sous l'angle de l'intermédiation économique, la notion de réseau perd de son univocité traditionnelle et se réfère à des techniques d'interconnexion diverses dans le cadre d'une variété accrue de services : dans les réseaux de distribution commerciale, des connections entre producteurs, distributeurs et consommateurs permettent de faire circuler des marchandises ; les réseaux bancaires relient prêteurs et emprunteurs et remplissent des fonctions d'intermédiation financière. Ces exemples[4] en appellent d'autres et montrent que des activités économiques qui ne relèvent pas forcément d'une interconnexion technique peuvent être analysées en termes de réseaux : on peut alors se demander si toute activité économique ne relève pas du concept de réseau et les activités de santé, comme les autres.

Il convient alors de préciser l'organisation fonctionnelle d'une entreprise qui permette d'identifier l'existence d'un réseau. Il convient ensuite de comprendre le fonctionnement de ces entreprises de réseaux dans le cadre d'une dynamique de marché.

L'organisation fonctionnelle des entreprises de réseaux :

L'organisation fonctionnelle des réseaux peut être représentée en trois couches principales d'activités (N. Curien 1993) :

— la couche inférieure est constituée d'infrastructures matérielles ou immatérielles selon les réseaux ;

— la couche centrale, sorte d'infostructure, est constituée des services intermédiaires de contrôle et de pilotage de l'infrastructure en vue d'effectuer l'intermédiation promise par le réseau, ces services étant intermédiaires au sens économique du terme dans la mesure où ils sont autoconsommés par le réseau ;

---

4 Ces exemples sont issus de l'ouvrage collectif "Économie et management des entreprises en réseau" sous la direction de N. Curien 1992.

— la couche supérieure des services finals a pour la fonction d'offrir aux utilisateurs des biens et services différenciés.

Cette représentation des activités de réseaux est fructueuse, toutefois l'analyse de différents réseaux d'activité (télécommunications, transports aériens...) montre que le partage des trois couches et leur importance relative est variable selon les cas (N. Curien 1992 et 1993).

L'organisation industrielle des entreprises de réseaux [5]*:*

Cette représentation est également importante pour comprendre l'insertion des entreprises de réseaux dans une dynamique de marché. Traditionnellement, les réseaux d'infrastructure concernent des secteurs caractérisés par une forte concentration, si ce n'est par une structure de marché monopolistique, privée ou publique.

La couche inférieure du réseau correspond à la construction et à l'exploitation d'infrastructures souvent caractérisées par des rendements croissants et des *économies d'échelle* qui justifient une position de monopole naturel au sens de la théorie traditionnelle de la concurrence : ce résultat est souhaitable dans la mesure où le monopole peut tirer parti des économies d'échelle.

La strate des infrastructures implique souvent des *investissements spécifiques* et des coûts difficilement recouvrables en cas de cessation d'activité ; ici encore la position de monopole est justifiée, elle est en outre incontestable au sens de la nouvelle théorie de la concurrence ou théorie des marchés contestables (W. Baumol, R. Panzar et R. Willig 1982) : dans la mesure où il existe des *coûts irrécupérables et donc irréversibles*, l'entrée de compétiteurs potentiels est freinée et justifie alors une réglementation publique pour restaurer l'efficacité et freiner le comportement malthusien qui caractérise le comportement d'un monopole privé incontestable.

La couche centrale du réseau, contrairement au cas des infrastructures correspond à des composantes de type logiciel plutôt que matériel ; ces composantes sont alors reconfigurables et transposables à d'autres activités, ce qui serait plutôt un argument en faveur d'une configuration concurrentielle de ces activités.

Cependant, la présence d'*externalités positives* liées à la sécurité et à la compatibilité des opérations de commande justifie une centralisation du contrôle de ces activités et donc une

---

[5] Les développements de ce paragraphe sont principalement inspirés des contributions de N. Curien (1993), N. Curien et M. Gensollen (1987) et de l'ouvrage collectif "Économie et Management des entreprises de réseau", sous la direction de N. Curien (1992).

concentration du marché, si ce n'est un contrôle de ces activités par les pouvoirs publics, conformément aux enseignements de l'économie publique.

En outre, c'est à ce niveau des activités de réseau que l'on trouvera l'existence de coûts variables communs à plusieurs services impliquant des *économies d'envergure ou de gamme* qui justifient l'existence d'une structure monopolistique. Dans le cas des firmes multiproduits, la présence d'économies d'envergure liées à une complémentarité dans la production de différents biens implique l'existence d'une fonction de coût sous-additive : le coût unitaire associé à la production d'un ensemble de biens par une seule entreprise est inférieur à celui de la production du même ensemble de biens par plusieurs entreprises ; la présence de synergies de production justifie alors également la position de monopole du réseau.

Finalement, c'est dans *la couche supérieure du réseau*, où sont offerts des services différenciés à caractéristique plutôt commerciale que technique, qu'une structure de marché concurrentielle pourrait être prônée : les coûts fixes sont peu importants et parfaitement reconfigurables à d'autres activités.

Pourtant, c'est à ce niveau du réseau que vont apparaître des caractéristiques propres aux activités de réseau : des externalités positives résident dans le fait que la valeur de la connexion au réseau augmente lorsque le nombre d'usagers, ou d'abonnés, est croissant (la valeur de la connexion à un réseau téléphonique ou télématique augmente avec le nombre d'abonnés ou le nombre de services offerts) ; il existe alors un effet "club", ou ce qu'on appelle encore des *externalités de réseau*, directes si elles sont liées au nombre d'abonnés au réseau, ou indirectes si elles dépendent du nombre de services offerts.

Enfin, c'est également à ce niveau que peuvent apparaître des *subventions croisées* entre les différents services offerts ou entre les différentes catégories de clientèle ; dans la cas d'une ouverture de ces activités de réseau à la concurrence, les bénéficiaires de ces subventions croisées seraient menacés d'"écrémage", ce qui impliquerait soit l'exclusion de certaines catégories de clientèle des services du réseau, soit l'abandon de certains services auparavant bénéficiaires de ces subventions croisées ; finalement la mise en concurrence de ces services conduirait à la disparition de ces subventions croisées.

Cette analyse des activités de réseau plaide plutôt en faveur d'une structure monopolistique et verticalement intégrée. Cependant, les activités de réseaux s'ouvrent aujourd'hui à davantage de concurrence et les monopoles publics sont confrontés à une déréglementation de leurs activités. Ces déréglementations sont alors fondées, du point de vue économique, sur une analyse de l'organisation industrielle des différents maillons du réseau : c'est en général au niveau de la couche inférieure que l'on trouve des activités de type monopolistique et réglementé et au niveau de la couche centrale et de la couche supérieure que

l'on trouve des activités pouvant être produites dans le cadre d'une structure plus concurrentielle.

11.2 Réseau, conduite collective et innovation

L'analyse économique des réseaux, en tant que structures élémentaires de relations entre des entités, s'est développée ensuite dans le cadre de la conception évolutionniste des innovations technologiques (B. Arthur 1989, P.A. David 1992, D. Foray 1989, 1990, 1994, P.A. David et D. Foray 1995). La définition minimale du réseau comme forme émergente devient alors un outil de description et d'analyse de toute réalité (M. Callon 1995). En effet, les relations entre les entités ne sont *a priori* pas qualifiées, pas plus que ne le sont ces entités, ce qui implique que le réseau devient une notion permettant de décrire n'importe quelle réalité comme un faisceau de relations ; or si toute réalité peut être décrite comme un réseau, alors cette notion perd de son pouvoir analytique. En fait, ce sont les propriétés particulières du réseau qui transforment cet outil de description en outil d'analyse.

La conception de *réseaux innovateurs* (P.A. David 1992, P.A. David et D. Foray 1995) se situe dans une perspective dynamique et évolutionniste pour expliquer les processus de sélection et de création d'innovations, de technologies ou de standards. Le réseau est conçu comme un ensemble de relations qui relie des entités : ces entités peuvent être des individus ou des groupes d'individus, et les relations peuvent être de nature variée ; elles traduisent l'existence d'une interdépendance plus ou moins forte entre les membres du réseau (cette interdépendance peut être réduite au fait d'être usager d'un même service, tel que celui de la télécopie). Dans cette perspective qui utilise les concepts d'apprentissage, d'irréversibilité et de contrainte de sentier, le réseau possède des propriétés qui lui confèrent une conduite collective (D. Foray 1994) qui ne peut être appréhendée sur la base de la seule analyse des décisions individuelles et intentionnelles des membres du réseau.

On retrouve alors certaines propriétés caractéristiques d'une organisation d'activités en réseau (cf. § 1.1), mais ces propriétés s'insèrent ici dans une perspective dynamique : les *externalités de réseau* expriment l'idée que la valeur de l'appartenance au réseau augmente avec le nombre d'"abonnés". Dans le cas de technologies concurrentes, c'est l'action même d'adopter l'une d'entre elles qui la rendra plus attractive, augmentant ainsi ses chances d'être adoptée par la collectivité dans le cadre d'un mécanisme d'auto-renforcement (D. Foray 1990). Des mécanismes d'apprentissage (notamment par l'usage) sont, avec les externalités de réseau, à l'origine de *rendements croissants d'adoption* ou de *rétroactions positives* qui impliquent que l'une des solutions (technologies, normes, standards...) voit sa performance et sa valeur augmenter avec le nombre d'"adopteurs" ; ceci accroît la probabilité pour qu'un seuil soit atteint

(la masse critique du réseau) dans un phénomène de percolation (ou d'agglomération des décisions d'adoption), et pour que l'adoption de cette solution devienne *irréversible* pour la collectivité du réseau (D. Foray 1995). Les irréversibilités successives peuvent conduire à une situation bloquée de monopole technologique (*lock-in*) qui conduit tous les membres du réseau à choisir la même technologie indépendamment de leurs préférences initiales (P.A. David et D. Foray 1995). C'est finalement l'accumulation de "petites décisions" associée aux propriétés d'externalités de réseau et de rétroactions positives, qui conduit à des transformations irréversibles non anticipées[6] par les individus qui ont initialement pris ces "petites décisions" : c'est le phénomène initialement étudié par A. Khan (1966) sous le nom de "tyrannie des petites décisions". Il y a en quelque sorte un comportement global du système - une conduite collective du réseau - qui s'impose aux individus indépendamment de leurs intentions initiales.

C'est précisément la mise en évidence de cette conduite collective du réseau, non réductible à l'agrégation des décisions individuelles intentionnelles, qui confère au réseau une dimension propre. Ces mécanismes dynamiques d'externalités de réseau, de rétroactions positives et d'irréversibilités conduisent à la sélection d'une technologie, d'un standard, d'une norme... Le résultat de ce processus dynamique de sélection dépend du chemin suivi, de l'histoire au sens de la *contrainte de sentier* (path-dependancy) : parmi plusieurs alternatives possibles, la solution sélectionnée résulte d'un ensemble de décisions séquentielles, d'un enchaînement de rétroactions positives et d'irréversibilités ; à un instant donné de l'histoire (du sentier), le choix d'un des membres du réseau dépend de la distribution des choix antérieurs, et ce choix détermine en outre la probabilité pour que chaque alternative soit choisie ultérieurement.

Le concept de réseau au sens des réseaux-innovateurs est particulièrement riche pour expliquer la diffusion et la création d'innovations technologiques : il peut également être appliqué à l'analyse du processus de sélection et de création de standards, de normes de comportement, de conventions, d'innovations organisationnelles, d'institutions... et rejoint alors, comme nous le verrons, la conception du réseau en tant que modalité de coordination.

---

6 La question de l'impossible anticipation par les premiers adopteurs de la solution qui sera finalement retenue pose le problème du type de rationalité sous-jacente à la prise de décision en incertitude et plus précisément à l'arbitrage individuel entre flexibilité de la décision, dont le coût est appelé valeur d'option, et la stabilité de cette décision qui ne peut être assurée que par un pré-engagement, un comportement conséquentialiste (R. Strotz 1956, P. Hammond 1976 et 1988) pour garantir une cohérence intertemporelle du choix. Nous avons discuté ce problème dans M. Gadreau et S. Béjean (1994). On en trouvera également une présentation dans P. Cohendet et P. Llerena (1993) et dans D. Foray (1995).

1.2 Réseau et coordination

Traditionnellement, la coordination des activités économiques entre acteurs, individus ou entreprises, est analysée à partir de la dichotomie marché/hiérarchie : le marché (la coordination externe) implique une coordination des décisions individuelles sur la base de transactions marchandes dans la cadre de structures plus ou moins concurrentielles ; la hiérarchie (coordination interne ou organisationnelle) implique l'internalisation dans l'organisation, ou l'intégration verticale dans l'entreprise, de relations économiques d'échange et de production de ressources[7].

La démarche fondatrice de O.E. Williamson (1975 et 1985), reprenant les travaux précurseurs de R.H. Coase (1937), ouvre l'analyse sur une forme hybride ou intermédiaire de coordination économique entre le marché et la hiérarchie : la coopération, la quasi-intégration ou le réseau[8] qualifient les transactions ni strictement marchandes, ni strictement hiérarchiques.

Dans la voie ainsi ouverte, se sont développées différentes approches de cette nouvelle forme de coordination, *le réseau*, qui peut être défini en première analyse comme un ensemble d'organisations ou d'individus engagés réciproquement dans des transactions récurrentes régulées selon un mode de coordination ni strictement marchand, ni strictement hiérarchique. Son statut au regard des deux formes extrêmes que sont le marché et la hiérarchie est variable : pour certaines approches, il ne s'agit que d'une forme intermédiaire ou hybride de coordination économique, pour d'autres il s'agit d'une forme de coordination alternative à celles du marché ou de la hiérarchie. Nous distinguerons tout d'abord les approches du réseau en tant que mode d'allocation des ressources, puis celles qui confèrent au réseau une dimension nouvelle, dynamique, de création de ressources. Enfin, nous analyserons la nature des relations qui s'établissent dans le réseau afin d'en préciser le statut théorique par rapport à la coordination externe du marché et la coordination interne de la hiérarchie.

---

7 Le contrat, entendu au sens de la théorie de l'agence, est également une forme de coordination économique : lorsqu'il lie des contractants en dehors de l'organisation, le contrat peut être assimilé à une forme de marché étendu ; lorsqu'il lie des contractants à l'intérieur de l'organisation, le contrat est l'un des éléments constitutifs de la hiérarchie.

8 L'utilisation de l'une ou l'autre des terminologies adoptées pour cette forme de coordination intermédiaire est reliée au domaine d'analyse : lorsqu'il s'agit de relations interindividuelles simples, entre deux individus, deux entreprises ou deux organisations, le terme de coopération est généralement retenu, lorsqu'il s'agit d'étudier la restructuration d'entreprises et la désintégration verticale de certaines activités, le terme de quasi-intégration est choisi, enfin lorsqu'il s'agit de relations complexes et interactives entre plusieurs individus ou organisations aux fonctions multiples, c'est le terme de réseau qui semble le plus approprié. Nous retiendrons ce dernier terme, en le considérant comme le cas général.

12.1 Réseau et allocation des ressources[9]

Les travaux de O.E. Williamson (1975) reprenant ceux de R.H. Coase (1937) sont connus principalement pour leur apport à l'analyse de la firme et de l'organisation : ils appliquent la rationalité économique de l'entrepreneur néoclassique standard au choix entre le recours au marché et à son système de prix qui implique des relations externes à la firme, et le recours à la hiérarchie et à l'intégration verticale de certaines activités qui implique des relations internes à la firme.

Le recours au marché implique des *coûts de transaction* élevés pour certaines activités qu'il est alors avantageux d'internaliser. Parallèlement, l'internalisation de certaines activités entraîne des coûts de contrôle et de management inhérents aux relations internes à l'entreprise (qu'on peut appeler coûts de transaction internes par rapport aux précédents qui seraient alors qualifiés d'externes).

La notion d'*actifs spécifiques* permet d'expliquer les variations de coûts entre les différentes transactions particulières. Ces actifs humains ou physiques sont spécifiques soit en raison de leur caractère complémentaire à d'autres actifs, soit pour leur caractère non redéployable ou spécialisé ; un actif engagé dans une transaction particulière est donc spécifique s'il ne peut être réalloué à une autre transaction sans une augmentation substantielle des coûts de transaction[10]. Ces actifs spécifiques ont une valeur d'usage supérieure à leur valeur d'échange (E. Brousseau 1993).

L'existence de ces actifs spécifiques a des conséquences importantes non seulement sur les coûts de transaction mais aussi sur la nature du produit, du service ou de la technologie qui feront l'objet de la transaction : plus l'actif est spécifique à une relation entre deux partenaires, plus l'un et l'autre seront prêts à s'investir dans une relation de long terme et dans des décisions d'avant-garde en termes de technologies pouvant à terme leur permettre de compenser le coût lié à la rupture de la transaction.

Le choix économique de l'entrepreneur consiste donc à arbitrer entre coûts de transaction externes et coûts de transaction internes à l'entreprise en tenant compte de l'existence éventuelle d'actifs spécifiques dont la valeur d'usage augmente avec la fréquence et

---

[9] Nous laisserons volontairement de côté les approches de la coordination contractuelle (théorie de l'agence) : en effet, ces approches étudient plus spécifiquement des relations bilatérales entre deux agents économiques et négligent les relations multilatérales ; de ce fait, elles ne parviennent pas à fournir une représentation cohérente et réaliste des organisations (cf. la critique qui en est donnée dans S. Béjean 1994 ou Ph. Batifoulier 1990), et rencontreraient les mêmes difficultés à représenter une coordination d'activités en réseau ; la conceptualisation d'un réseau de contrats bilatéraux pose sans doute d'autres problèmes que celle d'un contrat (E. Brousseau 1993) ; par ailleurs nous nous centrerons ici sur des approches plus positives que normatives du fonctionnement des organisations et de la coordination économique.

[10] On notera la proximité de la notion d'actif spécifique de Williamson et de celle d'investissement spécifique précédemment mobilisée : la notion de Williamson est cependant différente dans la mesure où ce sont les conséquences en termes de coûts de transaction qui permettent de mesurer l'intensité de la spécificité des actifs, et non pas celles en termes de coûts de production traditionnels.

la durée de la relation. Lorsque les coûts de transaction marchande sont faibles et qu'il n'y pas d'actifs spécifiques liés à la relation, l'entrepreneur a intérêt à opter pour la flexibilité que lui offre le marché. Lorsque, au contraire, les coûts de transaction sont élevés sur le marché et que la transaction mobilise des actifs spécifiques, alors l'entrepreneur opte pour la stabilité de la transaction assurée par son internalisation.

Pour répondre à certaines critiques, O.E. Williamson envisage cependant (1985 et 1994 pour la traduction française) l'existence d'une forme hybride de transaction entre le marché et la hiérarchie, de type alliances, sous-traitances, coopérations ou contrats et débouche sur trois formes organisationnelles possibles pour réaliser la transaction : le marché, qui est le plus flexible, la hiérarchie qui assure une stabilité dépourvue de flexibilité, et une forme hybride de coopération, qui offre un compromis entre stabilité et flexibilité de la relation.

Pour Williamson, cette catégorie hybride de transaction entre marché et hiérachie est en fait transitoire et ne peut que conduire à l'internalisation (P. Bouvier-Patron 1993) : en effet, lorsqu'une forme de coopération hybride lie un fournisseur et son client sans que la remise en cause de ce contrat ne soit effectuée régulièrement par une mise en concurrence, l'actif spécifique investi au départ prend une valeur d'usage de plus en plus importante avec la fréquence et la durée des transactions ; le client peut alors devenir prisonnier de son fournisseur dans le cadre d'une telle coopération et les coûts de transaction liés à la protection du risque de rupture de la relation atteignent un tel niveau pour le client qu'il a alors intérêt à internaliser la transaction, c'est-à-dire finalement à s'assurer d'une plus grande stabilité de la relation.

Cette conception de Williamson d'une forme hybride de coordination entre le marché et la hiérarchie constitue les prémisses d'une conceptualisation de la coopération interentreprises et la première légitimation théorique du concept de réseau en tant que modalité de coordination, dont il faudrait montrer cependant qu'il s'agit d'une forme stable contrairement au point de vue de Williamson (cf. sur ce point P. Bouvier-Patron 1993).

L'approche transactionnelle des formes de coordination reste cependant relativement statique en accordant à l'entrepreneur une fonction d'*allocation* de ressources (éventuellement spécifiques)[11], alors qu'il s'agit aussi d'une *création* de ressources spécifiques, non transférables sur le marché (J.L. Gaffard 1990). C'est précisément en passant d'une analyse statique de l'allocation des ressources par différents modes de coordination (marché, hiérarchie et formes hybrides) à une analyse dynamique de la création de ressources que l'on débouchera sur une conception du réseau satisfaisante.

---

11 La conception de Williamson est particulièrement ambiguë, notamment en raison de sa position complexe vis-à-vis de la représentation de l'avenir et de sa conception de l'incertitude, non probabilisable mais endogène au sens de F. Knight (1921), et pour sa position quant à la rationalité des individus, non substantielle mais limitée au sens de H.A. Simon (1978), positions qui ne l'empêchent toutefois pas de se référer à un critère d'optimalité que l'on a du mal à concevoir dans le cadre de cette position méthodologique (E. Brousseau 1993).

12.2 Réseau et création de ressources

Contrairement à l'approche transactionnelle, G.B. Richardson (1972) montre que la coordination à l'intérieur de la firme et entre les firmes ne répond pas aux mêmes besoins que la coordination par le marché. Les relations intra-firme et inter-firmes ont pour objet de développer et d'utiliser des capacités particulières pour produire et créer des ressources, alors que les relations marchandes permettent d'échanger des biens déjà produits et donc d'allouer des ressources. Richardson rejette la dichotomie marché/hiérarchie, car ces deux catégories de coordination économique ne répondent pas aux mêmes besoins : le marché répond à un problème d'allocation des ressources, la hiérarchie à un problème de création de ressources. Il fonde ainsi une théorie de l'organisation industrielle qui met en avant l'existence de relations de coopération interentreprises, comme mode de coordination répondant à un besoin de création de ressources. C'est une autre distinction, entre deux types d'activités, *similaires* (qui utilisent les mêmes ressources et capacités) et *complémentaires* (qui relèvent de différentes phases d'un processus de production), qui fonde l'approche des différentes structures de l'organisation productive (J.L. Ravix 1990). Il est à noter que la coordination créatrice d'activités complémentaires dépasse la seule intégration verticale de ces activités pour déboucher sur des relations de partenariat entre les entreprises (P. Bouvier-Patron 1993). Ici réside l'une des justifications théoriques de la notion de réseau d'entreprises, dans la perspective d'une analyse de la création de ressources.

Les premiers apports de Richardson sont complétés par ceux de certains auteurs évolutionnistes[12] (notamment G. Dosi, D. Teece et S. Winter 1990) qui montrent que les capacités et les compétences nécessaires à la production et à la création de richesses ne préexistent pas ; au contraire les actifs physiques, mais aussi les connaissances et les compétences spécifiques indispensables à la production doivent être eux-mêmes créés. Le problème de coordination n'est alors pas seulement de se procurer des ressources par l'échange marchand ou d'accéder à des actifs spécifiques par l'internalisation des activités, mais aussi de créer et d'organiser des savoirs et des savoir-faires pour rendre ces ressources productives.

La notion d'*apprentissage* est alors au cœur de la problématique de l'organisation productive : la répétition et l'expérimentation de certaines tâches impliquent que celles-ci sont réalisées plus efficacement et deviennent sources de compétences accrues ; ces compétences

---

12 Nous retrouvons le courant évolutionniste : il s'agit ici de mettre l'accent sur son apport quant à la compréhension de la notion de réseau en tant que mode de coordination, et non pas en tant que structure propre à expliquer des processus de sélection d'innovations (cf. 11.2). Comme nous le verrons, ces deux approches évolutionnistes de la notion de réseau peuvent être tout à fait complémentaires.

sont cumulatives et de nature plus collective ou organisationnelle qu'individuelle (même si le rôle de l'apprentissage sur les compétences individuelles n'est pas négligeable).

Le choix de l'organisation de la production et en particulier le choix d'internalisation ou d'externalisation des activités repose alors sur la mobilisation et la création de savoirs et de compétences : l'entreprise cultive un apprentissage organisationnel à partir de la constitution d'un ensemble de compétences technologiques, d'*actifs complémentaires* (dont la valeur est augmentée lorsqu'ils sont utilisés conjointement) et de *routines* résultant des connaissances antérieures accumulées, qui interviennent comme des modèles de comportement dans l'organisation en réduisant ainsi l'incertitude liée à la prise de décision pour l'organisation (B. Coriat et O. Weinstein 1995).

Dans cette perspective, l'incertitude est de nature endogène (F. Knight 1921 ; C. Ménard 1989), radicale ou épistémique (A. Orléan 1989) : elle tient au processus même de création de ressources qui exclut la définition *a priori* des états de la nature nécessaire à la représentation d'un avenir risqué probabilisable. La réduction d'une incertitude non probabilisable ne peut passer par le critère de maximisation de l'utilité espérée. La rationalité sous-jacente est une rationalité procédurale et non pas substantielle, qui implique une approche résolument positive (et non pas normative) de la régulation. Cette régulation passe par l'apparition de normes, routines et conventions, qui sont autant la conséquence de l'évolution du système que la condition de sa régulation[13].

Les choix d'internalisation ou de coopération des entreprises, leurs investissements, et leurs expériences antérieures impliquent une forte dimension temporelle et confèrent un caractère *irréversible* aux choix passés : ce processus dynamique insère les entreprises dans une *trajectoire technologique* (Dosi 1988) qui limite leurs possibilités de choix futurs : on retrouve la *contrainte du sentier* (*path-dependancy*) où l'histoire ne compte pas seulement pour expliquer les choix présents mais aussi pour contraindre les choix futurs ; les individus sont dans l'incapacité de réallouer leurs ressources à chaque période, dans la mesure où elles sont immobilisées dans des actifs physiques ou dans des compétences, sous forme d'investissements dont les coûts sont irrécouvrables et rendent les décisions antérieures irréversibles.

G. Dosi, D. Teece et S. Winter (1990) montrent à partir de ce cadre théorique que différentes structures d'organisation productives sont susceptibles de se réaliser en fonction de l'interaction entre apprentissage, contraintes de sentier et complémentarité des actifs... Une typologie des types d'organisation productive peut alors être dressée : une organisation en réseau sera source d'un apprentissage rapide au sein d'un "écheveau dense de relations interentreprises" où des contraintes de sentier s'entrecroisent.

---

13 En ce sens, l'approche évolutionniste du réseau est proche de celle de l'économie des conventions (cf. notamment le numéro spécial de la Revue Économique, vol. 40, n°2, mars 1989).

Dans la perspective dynamique et évolutionniste de G. Dosi, D. Teece et S. Winter (1990), le réseau est le résultat d'une dynamique organisationnelle capable de créer des ressources spécifiques (K. Bouabdallah et D. Dufourt 1994) grâce à des routines, acquises par les agents au cours de leurs interactions, qui permettent une cohérence collective des décisions individuelles. Dans cette perspective, ce sont les routines qui assurent la cohérence du réseau, à la fois collection d'individus et entité possédant un comportement propre (B. Coriat et O. Weinstein 1995), une conduite collective[14].

12.3 Réseau et confiance

En se situant également dans une perspective de création de ressources et de création d'innovations, M. Callon (1991) dépasse les raisonnements précédents en qualifiant les relations qui s'instaurent dans le réseau : ce sont des relations informelles de proximité, des *relations de confiance* ; la confiance[15] intervient alors comme modalité de coordination entre les membres du réseau, au delà de la coordination marchande et de la coordination hiérarchique.

La conception du *réseau technico-économique* au sens de M. Callon (1991) utilise les concepts d'apprentissage, d'irréversibilité et de contrainte de sentier pour étendre la sphère innovatrice au-delà de la firme. Mais celle-ci et les autres entreprises ne sont pas les seules composantes du réseau innovateur ; sont prises en compte également les relations informelles entre des individus ou des groupes d'individus insérés dans l'environnement et la société (entreprises, laboratoires publics, utilisateurs...).

Le réseau n'est plus fondé ni sur des relations marchandes, ni sur les relations d'autorité qui interviennent au sein de la hiérarchie : ce sont des *relations de confiance* (M. Callon 1990), des relations informelles (de voisinage, de cercles, d'habitués, d'équipes...) qui caractérisent les réseaux ainsi conçus. Ces relations informelles se distinguent des relations marchandes ou hiérarchiques en ce qu'elles ne supposent pas un engagement bilatéral des deux parties, dont la rupture pourrait être sanctionnée légalement ; elles reposent sur un ensemble de pratiques communes, d'habitudes, de règles implicites, de conventions tacites, de routines...

Dans une telle approche, il existe en fait trois modalités de coordination au niveau collectif : le marché, la hiérarchie et le réseau (fondé sur des relations personnelles, de voisinage, d'amitié, de confiance...). En fait, dans la réalité, les relations interindividuelles sont des assemblages de ces trois catégories de coordination. M. Callon (1995) propose alors de

---

14 On retrouve finalement la caractéristique principale du réseau-structure, au sens des évolutionnistes.

15 Le statut accordé à la confiance qui caractérise les relations informelles qui s'établissent au sein du réseau doit être précisé : la confiance, et la coopération qui en découle, ne résultent pas ici d'un calcul intéressé de l'individu. Ici encore, on retrouve une proximité entre la conception de la confiance dans un réseau (M. Callon 1990) et celle de l'économie des conventions (conception de la confiance dont nous avons discuté l'application au domaine de la santé dans S. Béjean 1994 et M. Gadreau 1992).

donner une autre conception du réseau, fondée sur une conception atomiste de la coordination. En concevant la coordination au niveau de l'unité de base du réseau, à savoir le maillon ou la relation qui lie deux membres du réseau, on peut qualifier cette relation par la modalité de coordination qui la caractérise, et cela pour chacun des maillons (qui ne sont pas nécessairement qualifiés par la même modalité de coordination). Les modalités de coordination respectives de chacun des maillons peuvent être déterminées à partir trois idéaux types de coordination, à savoir la relation marchande, la relation d'autorité et la relation de confiance, ou à partir d'un assemblage de ces trois idéaux. En outre, la conception d'une coordination atomiste permet de souligner l'importance du caractère décentralisé de la coordination.

M. Callon (1995) montre alors la complémentarité des approches du réseau en tant que "forme émergente" et celle du réseau en tant que modalité de coordination : en définissant la modalité de coordination au niveau de chaque maillon élémentaire, on peut en effet conserver la diversité des modalités de coordination au sein du réseau, et retrouver les propriétés dynamiques d'externalités, de rétroactions positives et d'irréversibilité qui assurent une conduite collective au réseau-structure.

Dans cette optique, le réseau n'est ni une catégorie alternative qui se substitue à la notion de marché ou à celle de hiérarchie, ni une forme intermédiaire, stable ou instable, entre ces deux formes extrêmes. C'est une méta-catégorie, par rapport aux trois formes de coordination que sont le marché, la hiérarchie et la confiance.

L'approche socio-économique des réseaux fournie par M. Granovetter rejoint l'approche de M. Callon, dans la mesure où elle met également l'accent sur le rôle des relations personnelles de confiance pour assurer la coordination. Cette approche dépasse cependant celle de M. Callon : en effet, pour M. Granovetter, l'activité économique, comme toute activité est en fait socialement située ou insérée (*embedded* ; M. Granovetter 1985 et 1994) dans des réseaux de relations personnelles. Le réseau est alors conçu, non pas comme un support technique d'intermédiation économique, ou comme un réseau innovateur, ou encore comme un ensemble de relations de coopération entre des entreprises, mais comme un *réseau social* reliant des individus ou des groupes sociaux, avec pour fonctions, parfois celle d'une intermédiation économique (au sens le plus traditionnel renvoyant à la notion d'échange et de création de ressources), mais surtout *des fonctions de transmission, de diffusion, de transformation et de création d'informations, de normes, de conventions, de technologies ou même d'institutions...*

Le réseau social est alors un ensemble de relations économiques, mais aussi de relations sociales. Les activités économiques sont insérées dans des réseaux de relations personnelles de confiance et de relations sociales dont le fonctionnement donne forme aux institutions sociales et économiques, en fonction de contraintes qui dépendent de l'histoire, de la société, du

politique, du marché, de la technologie... C'est la notion de contrainte de sentier étendue au cas des réseaux sociaux (R. Sweeberg et M. Granovetter 1992).

Le passage d'une conception du réseau comme structure organisationnelle, à celle du réseau comme mode de coordination, conduit finalement à montrer les complémentarités de ces deux conceptions (M. Callon 1995). La richesse du concept de réseau est alors étendue : ce concept permet désormais de rendre compte de modalités de coordination diverses, en mettant l'accent en particulier sur le rôle de la confiance et de la coordination décentralisée, tout en montrant que les structures organisationnelles en réseau possèdent des propriétés dynamiques qui confèrent au réseau une conduite collective et un comportement propre. C'est en référence aux différents concepts et aux différentes représentations du réseau que nous analyserons le fonctionnement du système de santé.

II - Le concept de réseau et les mutations du système de santé

Le succès de la notion de réseau (ou de concepts proches tels que celui de "coopération" ; V. Fargeon et M. Kerleau 1994) est manifeste en économie de la santé : en tant que forme organisationnelle ou en tant que modalité de coordination économique, elle a inspiré différentes approches du système de soins ciblées respectivement sur des problèmes ou des phénomènes particuliers (cf. par exemple certaines des contributions de la 15ème Journée des Économistes Français de la Santé : S. Jacobzone, P. Huard et J.P. Moatti, V. Fargeon et M. Kerleau, A. Branciard, P. Huard et Ph. Mossé, P. Bouvier-Patron et J. Dumoulin ; M.O. Frattini, N. Ribet et M.L. Pibarot ; A.S. Poisson et M. Bungener ; 1994).

L'organisation de la prise en charge de certaines pathologies dans le cadre de réseaux spécifiques (notamment des réseaux ville-hôpital), la redéfinition et l'externalisation de certaines activités (en particulier logistiques) du secteur hospitalier public, la mise en œuvre de dispositifs de coopération interhospitalière (notamment les conventions d'utilisation d'équipements spécifiques), le renouvellement de l'organisation de la pratique libérale (notamment de pratiques en groupes), la mise en place de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS)... sont en effet significatifs d'une dynamique endogène de mutation du système de soins autour de réseaux de coopération.

Nous souhaitons ici retrouver et compléter les apports des premières approches des notions de réseau et de coopération dans le domaine sanitaire, au regard de la grille de lecture que nous avons donnée du concept de réseau.

Nous verrons tout d'abord quels peuvent être les apports d'une part de l'économie industrielle des réseaux d'infrastructure, et d'autre part de l'approche transactionnelle, pour répondre à la question de la délimitation de l'unité productive à l'hôpital. Nous verrons ensuite

dans une perspective résolument positive, inspirée des approches évolutionniste et socio-économique, que c'est surtout en tant que modalité de coordination que la notion de réseau peut être pertinente pour expliquer la constitution de réseaux de coopération médicaux.

2.1 La délimitation de l'unité productive à l'hôpital

21.1 Les apports de l'économie industrielle des réseaux d'infrastructure

Les concepts et les outils d'analyse de l'économie industrielle des réseaux d'infrastructure (cf. § 11.1) ont inspiré certains travaux récents en économie de la santé. L'analyse du fonctionnement de l'hôpital par S. Jacobzone (1994) et celle de la production d'un service médical particulier, celui de la transfusion sanguine, par I. Durand-Zaleski, P. Bierling et N. Curien (1994) mobilisent ces concepts et ces outils pour expliquer le fonctionnement de la production de soins. En nous inspirant librement de ces analyses, nous ciblerons le fonctionnement de l'hôpital public pour analyser la pertinence de l'application de l'économie des activités de réseau à l'analyse du système de santé.

Organisation fonctionnelle et productive

Le modèle de l'organisation fonctionnelle des entreprises de réseau en trois couches (N. Curien 1993) peut permettre d'identifier différentes strates dans la production de soins hospitaliers. En effet, l'hôpital est une firme multiproduits, d'une part dans la mesure où il offre des services médicaux différenciés, prévention, examens diagnostics, actes spécialisés de médecine ou de chirurgie..., mais aussi parce qu'il est producteur de produits d'une autre nature, liées aux fonctions de recherche et de formation (pour les CHU), ainsi qu'aux activités logistiques d'accueil et d'hébergement des patients. Ces différentes activités ne relèvent pas toutes du même type de services au sens de la "théorie des couches", et l'analyse de leur organisation industrielle doit être différenciée.

L'ensemble du plateau technique de l'hôpital et des compétences spécialisées nécessaires à son utilisation et à la réalisation d'actes médicaux constitue l'infrastructure matérielle et immatérielle qui relève de la couche inférieure d'un réseau. En particulier dans les CHU et les CHR, des économies d'échelle sont liées à la mise en œuvre et à l'utilisation du plateau technique et d'équipements spécialisés. En outre, ces infrastructures constituent des investissements spécifiques dont les coûts seraient difficilement récupérables en cas de cessation d'activité ; il n'existe pas de marché de l'occasion dans ce domaine, dans la mesure où le progrès technique et médical rend rapidement obsolètes certaines techniques ou certains

équipements et conduit les hôpitaux à toujours choisir l'équipement ou la technique la plus récente.

Les services médicaux et paramédicaux d'une part et les services logistiques liés à l'accueil et l'hébergement d'autre part, reposent sur cette infrastructure.

Les services logistiques, par leur caractère reconfigurables et transposables à d'autres activités appartiendraient plutôt aux couches centrale ou supérieure du réseau. Cependant ces services ne possèdent pas les caractéristiques propres aux activités d'infostructure d'un réseau : ni externalités positives, ni économies d'envergure ; les activités logistiques ne possèdent pas non plus les propriétés propres aux activités de réseau : ni effet "club", ni subventions croisées.

En revanche, les services médicaux et paramédicaux sont généralement non reconfigurables ou transposables à d'autres activités, mais possèdent les propriétés dont sont en principe dotés à la fois les services d'infostructure, et les services différenciés de la couche supérieure d'un réseau. Des externalités positives sont liées à la nature même de certains services médicaux (de prévention par exemple), et des économies d'envergure sont inhérentes à la complémentarité de la production de différents services médicaux et/ou paramédicaux. C'est également au niveau des services médicaux, ou plus précisément au niveau de la qualité de ces services, que l'on trouverait un effet "club" (un hôpital soignant un plus grand nombre de patients doterait ses médecins d'une plus grande expérience et donc d'une plus grande compétence ; S. Jacobzone 1994). Enfin, il existe d'une part des subventions croisées entre les patients inhérentes au financement socialisé des dépenses de santé, et d'autre part des subventions croisées entre les différentes activités médicales, dans la mesure où les services de prestige et les services "lourds" sont implicitement financés par les services moins coûteux, du fait du système de financement de l'hôpital public par enveloppe globale[16].

Organisation industrielle et dynamique de marché

Cette analyse semble montrer que l'hôpital public (en particulier) peut être interprété et analysé dans les mêmes termes que les réseaux traditionnels d'infrastructure, même si la répartition des activités en trois couches ne semble pas aussi nette que dans d'autres domaines. Cette analyse plaide alors en faveur d'une organisation monopolistique verticalement intégrée des activités d'infrastructure (activités de recherche et de formation, utilisation de plateau et d'équipements techniques aux coûts irrécupérables) et des activités médicales et para-médicales liées à l'utilisation de cette infrastructure. Les coûts irrécupérables de l'infrastructure constituent des barrières à l'entrée qui justifient la position de monopole incontestable de l'hôpital et

16 L'utilisation de la tarification à la pathologie pour la détermination de l'enveloppe globale impliquerait des subventions croisées, non plus entre services, mais entre pathologies.

légitiment le caractère public et réglementé des établissements hospitaliers présentant de telles caractéristiques.

Dans le cas des services médicaux et paramédicaux, la présence de synergies de production, d'externalités et de subventions croisées justifie une intégration verticale de l'établissement hospitalier.

En revanche, les activités logistiques pourraient être produites dans un cadre plus concurrentiel, c'est d'ailleurs un phénomène que l'on peut observer : ces services logistiques sont parfois externalisés et confiés à des tiers, ce qui permet à l'hôpital public d'obtenir la réalisation de ces services pour un coût moindre ; de même les services médicaux dits "détachables" sont parfois reportés sur des structures privées pour ne pas peser sur l'enveloppe globale allouée à l'établissement (S. Jacobzone 1994).

Cette analyse du fonctionnement de l'hôpital public à partir des fondements et concepts de l'économie des entreprises de réseau conduit, comme dans d'autres domaines, à redéfinir les limites entre activités verticalement intégrées dans une structure monopolistique, et activités pouvant être produites dans un cadre concurrentiel. Le phénomène de spécialisation de l'hôpital public autour des activités liées à l'utilisation d'infrastructures aux coûts irrécupérables implique des mécanismes de complémentarité plutôt que de concurrence entre les établissements hospitaliers publics et les établissements privés (O. Choquet 1991 ; C. Guyomar 1993). Pourtant cette position de monopole verticalement intégré et cette délimitation des activités monopolistiques et concurrentielles ne sont pas toujours aussi claires. En effet, les hôpitaux ne sont pas toujours en mesure d'utiliser ces infrastructures à leur pleine capacité de production, de façon à pouvoir bénéficier des économies d'échelle liées à ces équipements, et sont donc parfois amenés à établir des conventions de co-utilisation de ces équipements avec des structures privées ou des médecins libéraux. Par ailleurs, l'externalisation de certaines activités logistiques et médicales conduit à des relations entre les tiers producteurs de ces activités et l'hôpital, nécessitant plus de flexibilité que des relations internalisées, mais aussi une relative stabilité que n'offre pas la remise en cause systématique de ces transactions par des mécanismes concurrentiels de marché.

Cette analyse ne conduit donc pas à tracer une frontière stricte entre activités monopolistiques et activités concurrentielles et d'autres formes de relations entre les hôpitaux et leurs partenaires se tissent : ce sont des relations de coopération, qui ne sont ni marchandes et concurrentielles, ni hiérarchiques et internes à une structure hospitalière verticalement intégrée ; ces relations permettent de satisfaire conjointement aux exigences de stabilité et de flexibilité. Elles peuvent alors être analysées comme des relations de coopération réticulaires, ce qui rejoint alors la conception du réseau-modalité de coordination.

21.2 Les apports de l'approche transactionnelle

L'analyse du fonctionnement du système de santé, et en particulier de l'hôpital public, à partir de l'approche transactionnelle (O.E. Williamson 1985 et 1994) complète l'analyse que nous en avons faite précédemment : le choix de modalités de coordination économique entre intégration hiérarchique, externalisation des transactions marchandes et relations de coopération résulte d'un arbitrage entre coûts de transaction externes et coûts de transaction internes à l'organisation ; la présence d'actifs spécifiques justifie l'internalisation des activités mobilisant ces actifs.

A l'hôpital, par exemple, le savoir médical mobilisé pour utiliser certains équipements techniques constitue un actif humain spécifique dans le sens où il est complémentaire de l'actif physique que constitue le plateau technique. Une forte spécificité des actifs implique une intégration de l'activité dans l'organisation ; c'est en général le cas pour l'hôpital où ce sont les praticiens hospitaliers spécialisés (possédant ces actifs humains spécifiques) qui utilisent les équipements techniques, actifs physiques complémentaires. Pourtant, l'hôpital peut parfois chercher à mobiliser ailleurs qu'à l'hôpital des compétences spécifiques complémentaires de certains équipements techniques qui ne sont pas pleinement utilisés par les médecins possédant ces mêmes compétences spécifiques au sein de l'hôpital. Il établit alors des relations de coopération avec des tiers, médecins libéraux ou établissements privés. La question de la mobilisation d'actifs spécifiques permet donc de compléter la première analyse que nous avons donnée de ces conventions de co-utilisation en termes de partage de coûts irrécouvrables et de recherche d'économies d'échelle.

Au contraire, pour certains actes médicaux, on ne retrouve pas de caractère spécifique au sens où ils ne sont pas toujours complémentaires des actifs physiques spécialisés de l'hôpital : ces actes peuvent alors faire l'objet de relations marchandes ou de relations de coopération avec des structures médicales privées, ce sont les actes "détachables" identifiés précédemment. Il en est de même pour les activités logistiques qui peuvent être également externalisées.

Ces stratégies de désintégration de certaines activités médicales ou logistiques ou de conventions de co-utilisation à l'hôpital public peuvent ainsi être analysées en termes de coûts de transaction et de mobilisation d'actifs spécifiques. Cependant, le contexte institutionnel et la pression d'un système de financement par enveloppe globale jouent un rôle non négligeable : l'externalisation de certaines activités implique que le financement de ces actes médicaux soit assuré par un paiement à l'acte, ce qui réduit alors la charge qui pèse sur le budget global de l'hôpital ; parallèlement, les conventions de co-utilisation des équipements permettent à l'hôpital d'obtenir des ressources hors enveloppe globale. Ces stratégies répondent sans doute plus à une nécessité de "gérer le rationnement", qu'à un véritable arbitrage entre coûts de transaction internes et externes. En revanche, la notion d'actifs spécifiques paraît tout à fait

pertinente pour comprendre que l'hôpital cherche à stabiliser une relation de coopération pour l'utilisation de ses actifs physiques.

A ce stade de l'analyse, il s'avère que l'approche traditionnelle de l'économie publique et celle de l'économie industrielle des réseaux d'infrastructure (cf. § 21.1) sont plus pertinentes pour comprendre les stratégies d'intégration et de désintégration verticales à l'hôpital public, que l'approche en termes de coûts de transaction, qui ne fournit pas d'éclairages véritablement différents ; en fait, c'est surtout pour la notion d'actifs spécifiques que la conception transactionnelle de l'organisation doit être mobilisée pour analyser ces stratégies.

Si, en revanche, on cherche à analyser le développement et le fonctionnement des relations de coopération interhospitalières, celui des pratiques libérales de groupes en médecine ambulatoire, ou l'émergence de réseaux ville-hôpital, le recours aux concepts et aux propriétés de la coopération en réseau, en particulier ceux qui relèvent d'une approche évolutionniste, fournit un cadre interprétatif fructueux.

2.2 La constitution de réseaux de coopération médicaux

Le constat du développement massif de formes de coopération interhospitalières[17] et de formes de pratiques libérales non plus individuelles mais collectives, l'émergence de véritables réseaux regroupant des acteurs aux fonctions diverses, non seulement médicales et para-médicales, mais aussi sociales ou appartenant à la sphère domestique, dans le cas de la prise en charge de certaines pathologies (le Sida) ou de certaines catégories de personnes (les personnes âgées), conduit à s'interroger sur les éléments significatifs de la constitution et du fonctionnement de ces différents réseaux. La conception des réseaux comme mode de coordination dans une perspective évolutionniste et socio-économique fournit à cet effet un cadre explicatif adapté à l'analyse de la constitution de ces réseaux de coopération médicaux.

Si chaque cas particulier de convention interhospitalière ou de réseau ville-hôpital peut conduire à mobiliser des raisons diverses, notamment liées aux contextes institutionnels, et faire l'objet d'une analyse à part entière, on peut cependant tenter d'identifier quelques éléments représentatifs de l'émergence de ces formes de coopération. Il s'agit donc bien de retrouver les éléments constitutifs du *réseau-modalité de coordination*, que nous regrouperons en quatre fondements majeurs : a) la recherche de complémentarités, b) la volonté de réduire l'incertitude c) la diffusion d'informations et de connaissances et d) le rôle des relations informelles de confiance.

---

17 En 1991, la Fédération Hospitalière de France recensait plus de 2600 actions de coopération dont 1500 environ concernaient des activités médicales et médico-techniques (C. Bonhomme 1992 cité par V. Fargeon et M. Kerleau 1994).

a) La recherche de complémentarités

La recherche de complémentarités, que ce soit au sens de la notion d'activités complémentaires (et similaires) de G.B. Richardson (1972) ou au sens de la notion d'actifs complémentaires de G. Dosi, D. Teece et S. Winter (1990), est à l'origine de la plupart des structurations de coopération en réseaux.

Dans le cadre de relations de coopération interhospitalières, nous l'avons vu, les conventions de co-utilisation d'équipements techniques permettent de répondre à un problème de partage des coûts (éventuellement non recouvrables) et de mobilisation d'actifs spécifiques en cas de disponibilité insuffisante de compétences à l'hôpital pour permettre une pleine utilisation des capacités de ces équipements. Mais si on resitue ces activités dans un contexte de création de produits ou de services et non plus de partage ou d'allocation de ces produits et services, on constate que les activités qui font généralement l'objet de ce type de conventions permettent la réalisation d'examens techniques qui s'inscrivent dans une séquence d'investigation dont l'objectif est la production d'un diagnostic. La réalisation de certains examens techniques constitue donc une activité complémentaire à d'autres dans le processus de production de diagnostic (V. Fargeon et M. Kerleau 1994).

Dans le cadre des réseaux dits "ville/hôpital" dont l'objet est de prendre en charge par exemple les patients atteints du Sida, ou d'organiser celle des personnes âgées, on retrouve, sans doute de façon encore plus forte, la recherche de complémentarités. Les problèmes à traiter, que ce soit dans le cas du Sida ou dans le cas des personnes âgées, nécessitent le recours à des compétences et des équipements diversifiés. Dans le cas du Sida, la création ou l'existence d'un service hospitalier spécialisé offre des activités médicales qui permettent de prendre en charge certains aspects de la pathologie ; pour d'autres, ces services hospitaliers s'avèrent inadaptés (P. Huard et J.P. Moatti 1994) ; les médecins libéraux, notamment les généralistes, offrent alors une prise en charge différente et complémentaire de celle de l'hôpital. La coopération entre médecins hospitaliers et médecins libéraux est alors nécessaire pour permettre à cette complémentarité de devenir créatrice, plus efficace et plus complète pour une prise en charge globale des patients.

Au delà de la coopération strictement médicale, la recherche de complémentarités s'exprime également en termes de coordination de fonctions différenciées : que ce soit dans le cas du Sida ou dans celui des personnes âgées, la prise en charge doit recourir à toute une gamme de fonctions et de services différents, allant des activités médicales et para-médicales aux activités d'assistance sociale et psychologique (A. Branciard, P. Huard et Ph. Mossé 1994).

b) La volonté de réduire l'incertitude

La volonté de réduire l'incertitude liée à la prise de décision dans un univers complexe en évolution est également à l'origine de la constitution de réseaux de coopération.

Le système de soins est caractérisé par de fortes incertitudes irréductibles à des risques probabilisables. Dans sa dimension objective, l'incertitude sanitaire est de nature événementielle et probabilisable, liée aux facteurs de risque nosologiques et environnementaux que l'épidémiologie étudie. Mais la dimension subjective du besoin de santé couplée avec le rôle essentiel que joue le médecin dans la révélation de ce besoin introduit des éléments d'incertitude épistémique dans la mesure où le patient ne peut prévoir les différentes configurations de traitement et de prescriptions que peut lui offrir le médecin.

Le médecin, lui aussi, est confronté à cette incertitude épistémique : le savoir médical n'est pas figé dans le temps, il est transitoire et en perpétuelle transformation ; l'innovation technologique et médicale fournit des informations nouvelles qui remettent en cause les savoirs antérieurs et la décision médicale ne peut donc résulter d'un simple calcul probabiliste. En particulier dans le cas de pathologies encore mal connues, comme le Sida, pour lesquelles le corps médical n'a que peu d'informations quant à l'efficacité des traitements et prescriptions lorsqu'ils existent, l'incertitude est liée à l'état des connaissances et de la science et comporte une dimension résolument radicale (S. Béjean 1994, M. Gadreau et S. Béjean 1994).

Face à des problèmes perçus comme complexes, tel celui de la prise en charge des patients atteints du Sida, ou celui de la prise en charge des personnes âgées, le corps médical dans son ensemble, médecins hospitaliers ou libéraux, ainsi que les patients eux-mêmes ou leur entourage, cherchent à réduire l'incertitude radicale à laquelle ils sont confrontés. La constitution de réseaux ville-hôpital est alors l'occasion d'une confrontation des points de vue et des expériences, favorable à *l'établissement de "routines"*, au sens de G. Dosi (1988), de normes de pratiques, de "modèles" de comportement, qui réduisent l'incertitude liée à la prise de décision.

Par ailleurs, en deçà de la prise en charge des patients, les médecins sont aussi confrontés à l'incertitude de leur avenir professionnel en relation avec le choix de leur mode d'exercice. Pour réduire cette incertitude, qui caractérise plus particulièrement l'activité libérale, les médecins optent pour des formules intégrées de travail en groupe, de coopération avec les structures hospitalières, d'insertion dans des réseaux professionnels... Une forme d'activité collective s'établit ainsi au sein même de la pratique libérale, avec un objectif non plus de maximisation du revenu, mais d'obtention d'un revenu satisfaisant (A. Branciard, P. Huard, Ph. Mossé 1994). Dans ce contexte, les routines prennent la forme de normes de réciprocité entre les différents membres du collectif.

c) La diffusion d'informations et de connaissances

La diffusion d'informations et de connaissances caractérise le fonctionnement des réseaux de soins et des relations de coopération : en effet, la constitution de réseaux permet de mettre en commun des savoirs et des savoir-faires, et donc de diffuser une information et des savoirs parcellisés. Ce processus de diffusion devient alors créateur de nouvelles compétences et de nouvelles connaissances.

En outre, l'accès à l'information permet de réduire l'incertitude à laquelle les individus sont confrontés dans leur prise de décision. Ainsi l'information est-elle un antidote de l'incertitude, même si elle ne permet pas de la réduire totalement. La question de la recherche d'informations et de connaissances est donc étroitement liée à celle de la réduction d'incertitude (les normes ou les routines peuvent être également interprétées comme productrices d'informations sur les pratiques à mettre en œuvre ou sur le mode de coordination entre agents) : nous les distinguons cependant pour mettre en évidence le processus d'apprentissage favorable à la création de savoirs et de savoir-faires.

Dans les réseaux ville-hôpital de prise en charge du Sida, l'association de médecins libéraux et de médecins hospitaliers permet en particulier aux médecins libéraux d'accéder à une meilleure connaissance de la pathologie. En témoigne le rôle que joue la formation consacrée au Sida dans ce type de réseaux (P. Huard et J.P. Moatti 1994). Mais ce n'est pas seulement en termes de transmission de savoirs, d'informations et de connaissances, mais aussi en termes de création de compétences et de connaissances que les réseaux jouent un rôle important pour traiter ce type de problème. La spécialisation des intervenants autour de la prise en charge d'une pathologie implique un *mécanisme d'apprentissage*, où les savoirs et les savoir-faires se développent et s'accroissent. Les compétences accrues ainsi acquises sont de nature individuelle (chaque médecin acquiert des connaissances) mais aussi de nature organisationnelle ou collective, dans la mesure où la spécialisation du réseau conduit, par un processus d'apprentissage collectif à une organisation plus performante.

De même, dans les relations de coopération interhospitalières, la coopération qui s'établit dans une perspective de recherche de complémentarités, permet une mise en commun des savoirs et des savoir-faires, source d'accroissement des compétences individuelles et collectives par le biais de l'apprentissage.

d) Le rôle des relations informelles de confiance

L'approche de M. Callon (1990) permet de compléter l'interprétation évolutionniste de la constitution de réseaux de coopération : la préexistence de relations informelles de confiance

préside à l'établissement spontané de réseaux de collaboration, dont le fonctionnement rétroagit sur ces relations pour en assurer un caractère stable et durable.

En effet, c'est peut-être pour consolider des relations qui ne soient précisément ni marchandes, ni hiérarchiques, mais des *relations informelles de confiance*, fondées sur l'expérience et l'habitude que des individus, médecins, personnels paramédicaux, patients..., s'engagent dans des réseaux de coopération. La coordination d'activités économiques dans le domaine sanitaire peut-elle relever d'une autre logique que celle du marché, ou celle de la hiérarchie ? Sans doute, si l'on en croit l'observation que l'on peut faire du fonctionnement des diverses formes de coopération ou de réseaux qui s'établissent au sein du système de santé.

Les réseaux ville-hôpital pour la prise en charge des personnes âgées, ou des patients atteints du Sida se sont constitués sur la base de relations informelles déjà existantes entre les différents partenaires, sur la base d'une expérience de coopération (M.O. Frattini, N. Ribet, M.L. Pibarot 1994). La constitution du réseau conduit à structurer des relations préexistantes, qui se développent ensuite autour de cette structure de coopération.

Dans le cas de la prise en charge du Sida, les relations entretenues entre le patient et le médecin (souvent le médecin généraliste) sont fondées sur des relations de confiance préexistantes qui se renforcent lorsque le médecin participe au réseau de prise en charge. Ces relations ne peuvent pas être interprétées comme le résultat d'un simple marchandage entre un médecin "entrepreneur" et un patient consommateur, ni même comme celui d'une délégation de pouvoir entre un profane et un expert (S. Béjean 1994). L'existence du réseau, peut-être aussi la spécificité de la pathologie, favorisent un rapprochement entre professionnels et patients, qui permet une meilleure appréhension des besoins et des préférences du patient et qui, en contrepartie, permet la mobilisation de l'entourage du patient (parents, amis, associations...) qui constitue un potentiel de moyens susceptibles d'améliorer la prise en charge.

Dans le cas des pratiques libérales de groupe, ou dans le cas des coopérations interhospitalières, les relations entre les différents partenaires sont moins éloignées des relations marchandes ou hiérarchiques, mais elles offrent cependant un compromis particulier entre flexibilité et stabilité qui nécessite l'engagement des partenaires dans la relation de complémentarité, le respect de normes de réciprocité et le partage d'un savoir commun et de compétences accrues grâce à la coopération.

L'approche socio-économique des réseaux par M. Granovetter (1985) permet de porter un regard plus global sur les mutations de l'organisation du système de soins précédemment analysées. Les différents intervenants au sein du système de soins (producteurs et usagers), mais aussi en marge du système de soins (travailleurs sociaux, associations...) appartiennent à des réseaux de relations personnelles dont le fonctionnement donne forme aux institutions médicales, sociales et économiques : l'émergence et la constitution de réseaux de coopération

doit alors être analysée comme résultant de "la contrainte du sentier", c'est-à-dire de l'interaction entre le fonctionnement de ces relations personnelles et le poids de contraintes qui dépendent de la société, du marché, de la technologie... On retrouve également certains des éléments identifiés ci-dessus : des relations informelles de confiance et de coopération sont à l'origine de la constitution des réseaux et des relations de coopération ; le rôle de la transmission et de la création d'informations, de connaissances, de normes, de routines... est particulièrement important dans le processus endogène de constitution des réseaux du système de santé ; l'importance du rapprochement de certaines fonctions médicales et sociales par exemple dans le cadre des réseaux gérontologiques (le traitement médical de la prise en charge des personnes âgées ne peut être déconnecté de son traitement social) illustre le fait que l'activité médicale, comme toute autre activité économique, est insérée dans son environnement et dans un écheveau de relations sociales.

Cette analyse permet de retrouver les principaux éléments constitutifs des réseaux, et les propriétés qui en découlent, dans une perpective évolutionniste et socio-économique ; elle permet également de mettre en évidence leurs rôles dans certains cas particuliers de formes nouvelles de coopération et de structuration en réseau au sein du système de santé. La recherche de complémentarités conduit les différents intervenants du système de santé à rechercher un compromis entre flexibilité et stabilité en s'engageant réciproquement dans une forme de coopération collective. La réduction de l'incertitude liée à des problèmes complexes passe par l'établissement de routines, de normes, de conventions, qui sont à la fois le résultat d'une coopération des acteurs dans le cadre de réseaux, et la condition de cette coopération. L'accroissement des compétences, des savoirs et des savoir-faires, la diffusion et la création d'innovations technologiques et médicales, se réalisent dans le cadre d'un processus d'apprentissage où le caractère collectif de ces savoirs ou de ces compétences joue un rôle majeur. Enfin, les réseaux médicaux se constituent et se stabilisent autour de relations informelles de confiance, favorables à la recherche d'un intérêt commun dans le cadre de projets collectifs.

Conclusion

Les mutations du système de soins, à partir d'une redéfinition de l'unité productive, avec une ouverture de l'hôpital sur son environnement et l'instauration de relations de coopération tant avec les structures d'hospitalisation privée, qu'avec des médecins libéraux, des entreprises offrant des services logistiques, mais aussi des professionnels du secteur social, remettent en cause l'opposition traditionnelle entre privé et public, hôpital et médecine de ville. Le concept de réseau fournit un cadre d'analyse cohérent pour les appréhender. Au sens des approches évolutionnistes et socio-économique, l'ébauche de réseaux de collaboration apparaît comme le résultat (toujours provisoire, en évolution permanente...) d'un processus endogène de recomposition des structures organisationnelles du secteur sanitaire. L'accumulation de ces changements qui restent pour l'instant marginaux, atteindra-t-elle un seuil d'irréversibilité qui déboucherait sur une innovation majeure des modes de coordination du secteur sanitaire, à savoir une *coordination collective et décentralisée autour de réseaux de coopération élargis et renforcés* ?[18].

Dans l'hypothèse d'un scénario de généralisation des modalités de coordination collective et décentralisée en réseau, se pose alors la question de la redéfinition du rôle des pouvoirs publics. Les interventions publiques de régulation sont traditionnellement effectuées du centre (les autorités de tutelle) vers la périphérie (les producteurs de soins), au niveau sectoriel (médecine libérale, secteur hospitalier privé, secteur hospitalier public...). Or, la dynamique endogène du système de santé remet en cause les frontières sectorielles et les actions de coopération et de structuration en réseaux se réalisent à un niveau décentralisé. Si les organismes de tutelle sont parfois associés à ces actions (les conventions de co-utilisation d'équipements techniques, par exemples sont tripartites entre établissements hospitaliers, médecins libéraux et caisses d'assurance maladie), ils n'en sont pas les initiateurs. Il conviendrait donc d'analyser les modalités récentes d'intervention des pouvoirs publics afin d'identifier les éléments propres à favoriser la constitution de réseaux de coopération, et les éléments qui au contraire tendent à renforcer la centralisation des modalités de régulation du système de santé[19].

---

18 Tel est l'objectif du programme de recherche du LEST qui s'attache à analyser les modifications du système sanitaire en tant que processus endogène de mutation (A. Branciard, P. Huard et Ph. Mossé 1994).

19 On pourra se reporter à ce sujet aux analyses développées par le LEST (A. Branciard, P. Huard et Ph. Mossé 1994), ainsi qu'à une première approche de ces problèmes que nous avons proposée dans S. Béjean et M. Gadreau 1995).

Bibliographie

ARTHUR B. (1989). *"Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events"*, The Economic Journal, 99.

BATIFOULIER P. (1990). *"Incitations et conventions dans l'allocation des ressources. Une application à l'économie de la santé".* Thèse, Université Paris X.

BATIFOULIER P. (1992). *"Le rôle des conventions dans le système de santé".* Sciences Sociales et Santé, vol 10, n°1, mars, p 5-44.

BAUBEAU D. et MARREL Ph. (1994). *"Schémas régionaux d'organisation sanitaire et réseaux de soins".* Revue Prévenir, n°27, 2e semestre, p 45-52.

BAUMOL W., PANZAR R. et WILLIG R. (1982). *"Contestable markets and the theory of industry structure"*, Harcourt Brace Jovanovitch.

BEJEAN S. (1994). *"Economie du système de santé. Du marché à l'organisation"*, Economica.

BEJEAN S. et GADREAU M. (1992). *"Nouvelles approches théoriques des organisations publiques : leurs implications pour la politique hospitalière".* Politiques et Management Public, n°3, septembre-octobre 1992, p 1-30.

BEJEAN S. et GADREAU M. (1995). *"Réseaux et coordination : quels apports pour l'analyse du système de santé ?".* Communication au Séminaire International Economie de la Santé, Paris, 5-6-7 juillet 1995.

BELLET M., BOUREILLE B. et MASSARD N. (1994). *"Réseau : objet et/ou outil d'analyse en économie".* Textes réunis par B. Boureille et B. Guesnier : "Dynamique des activités et évolution des territoires". Université de Saint-Etienne, ASRDLF et ADICUEER.

BONHOMME C. (1992). *"Coopération hospitalière : le pari de la complémentarité".* Revue Hospitalière de France, mai-juin, vol.3, p 314--344.

BOUABDALLAH K. et DUFOURT D. (1994). *"Le problème de l'évaluation de la performance des arrangements institutionnels : l'exemple des réseaux".* Communication au XLIIIe Congrès annuel de l'Association Francaise de Science Economique, 29 sept.

BOUVIER-PATRON P. (1993). *"Les formes d'organisation des entreprises : limites de l'approche transactionnelle et génèse de l'inter-organisation".* Economie Appliquée, Tome XLVI, n°4, p 7-40.

BOUVIER-PATRON P. et DUMOULIN J. (1994). *"Les stratégies d'acquisition des médicaments par les hôpitaux".* Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

BRANCIARD A., HUARD P. et MOSSE Ph. (1994). *"Nouveaux modes de coordination de l'organisation productive : le cas du système de santé"*. Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

BROUSSEAU E. (1993). *"Les théories des contrats : une revue"*. Revue d'Economie Politique, vol.103, n°1.

CALLON M. (1991). *"Réseaux technico-économiques et irréversibilités"*, in *"Les figures de l'irréversibilité en économie"*, R. Boyer, B. Chavane, O. Godard Eds, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, p 195-230.

CALLON M. (1992). *"Variété et irréversibilité dans les réseaux de conception et d'adoption des techniques"*. In D. Foray et C. Freeman Eds : "Technologie et richesse des nations", Economica, Paris p 275-324.

CALLON M. (1995). *"Réseaux et coordination"*. Document de travail.

CHOQUET O. (1991). *"Le partage des soins hospitaliers entre le service public et le privé lucratif"*. Solidarité Santé.

COASE R. (1937). *"The nature of the firm"*. Economics, novembre.

COHENDET P. et LLERENA P. (1993). *"Apprentissage organisationnel et cohérence : l'importance économique du réseau"*, miméo, colloque : "Limitation de la rationalité et constitution du collectif", Cerisy, 5-12 juin.

CORIAT B. et WEINSTEIN O. (1995) *"Les nouvelles théories de l'entreprise"*, Le Livre de Poche, Paris, 218 p.

CURIEN N. (1992). *"Economie et management des entreprises de réseau"*. Paris, ENSPTT, Economica.

CURIEN N. (1993). *"Economie des services en réseaux"*, miméo, Leçon inaugurale au CNAM, mars.

CURIEN N. et GENSOLLEN M. (1987). *"De la théorie des structures industrielles à l'économie des réseaux de télécommunication"*. Revue Economique, vol.38, n°2, mars, p 521-578.

DAVID P.A. (1992). *"Dépendance du chemin et prévisibilité des systèmes dynamiques avec externalités de réseau localisées"*, In D. Foray et C. Freeman Eds : "Technologie et richesse des nations", Economica, Paris p241-274.

DAVID P.A. et FORAY D. (1995). *"Dépendance du sentier et économie de l'innovation : un rapide tour d'horizon"*. Revue d'Economie Industrielle, Numéro spécial : "Economie Industrielle : Développements récents", p 27-52.

DOSI G. (1988). *"Sources, procedures and microeconomic effects of innovation"*. Journal of Economic Litterature, sept., vol.26, p 1120-1171.

DOSI G., TEECE D. et WINTER S. (1990). *"Les frontières des entreprises : vers une théorie de cohérence de la grande entreprise"*. Revue d'Economie Industrielle, n°51, p 27-51.

DURAND-ZALESKI I., BIERLING Ph. et CURIEN N. (1994). *"Economie des services en réseau. Application à la transfusion sanguine"*. Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

FARGEON V. et KERLEAU M. (1994). *"Stratégies de coopération dans la branche santé : éléments d'un problématique"*. Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

FERMON B. (1991). *"Application de la théorie de l'agence à l'analyse de la production de soins"*. Thèse, Université de paris IX.

FORAY D. (1989). *"Les modèles de compétition technologique. Une revue de la littérature"*. Revue d'Economie Industrielle, n°48, 2e trimestre.

FORAY D. (1990). *"Exploitation des externalités de réseau versus évolution des normes : les formes d'organisation face au dilemme de l'efficacité, dans le domaine des technologies de réseau"*. Revue d'Economie Industrielle, n°51, p 113-140.

FORAY D. (1993). *"Les nouveaux paradigmes de l'apprentissage technologique"*. Revue d'Economie Industrielle, n°69, 3e trimestre, p 93-104.

FORAY D. (1995). *"La technique probable : réseaux et actions anti-héroïques dans l'évolution technologique"*. Document de travail.

FRATTINI M.O., RIBET N. et PIBAROT M.L. (1994). *"La construction d'un réseau gérontologique à partir de l'hôpital : du concept à la réalité"*. Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

GADREAU M. (1992). *"Ethique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires : de la théorie des contrats à l'économie des conventions"*. Document de travail LATEC.

GADREAU M. et BEJEAN S. (1994). *"Innovation, réseau et coordination dans le système de santé"*. Communication aux XVIèmes Journées des Économistes de la Santé :"L'innovation dans le secteur de la santé", Marseille - 17-18 novembre 1994.

GENSOLLEN M. (1990). *"Réseaux et télécommunications"*. In X. Greffe, J. Mairesse et J.F. Reiffers : "Encyclopédie économique", Economica, Paris, chapitre 48.

GRANOVETTER M. (1985). *"Economic action and social structure : the problem of embeddedness"*. American Journal of Sociology, vol 91, n°3, p 481-510.

GRANOVETTER M. (1994). *"Les institutions économiques comme constructions sociales : un cadre d'analyse"* . In A. Orléan Ed : "Analyse économique des conventions", PUF, Paris, p 79-94.

GUYOMAR C. (1993). *"Le partage de clientèle entre hôpital et clinique"*. Economie et Statistique, n°265.

HAMMOND P. (1976). *"Changing tastes and coherent dynamic choice"*, Review of Economic Studies, vol.43, p 159-173.

HAMMOND P. (1988). *"Consequentialism and the independance axiom"*, in *"Risk, decision and rationality"*, Ed B. Munier, D. Reidel Publishing Company, p 503-516.

HUARD P. et MOATTI J.P. (1994). *"Les réseaux de prise en charge des patients atteints par le VIH : éléments d'analyse"*. Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

JACOBZONE S. (1994). *"Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de l'hôpital public"*. Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

JACOBZONE S. (1995). *"Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public"*, Sciences Sociales et Santé, vol. 13, n°1, p 5-46.

KAHN A.E. (1966). *"The tyranny of small decisions"*. Kyklos.

KNIGHT F.H. (1921). *"Risk, uncertainty and profit"*. Boston New York, Houghton Mifflin Company.

MENARD C. (1989). *"Les organisations en économie de marché"*. Revue d'Economie Publique, n°6, p 771-796.

MOUGEOT M. (1986). *"Le système de santé"* Economica, Paris.

MOUGEOT M. (1994). *"Systèmes de santé et concurrence"*. Economica, Paris, 213 p.

ORLEAN A. (1989). *"Pour une approche cognitive des conventions économiques"*. Revue Economique, vol 40, n°2, p 241-272.

POISSON-SALOMON A.S. et BUNGENER M. (1994). *"Coordination des acteurs et services externes et internes à l'hospitalisation court-séjour : le cas des patients infectés par le VIH"*. Communication aux 15èmes Journées des Economistes de la Santé, Le Kremlin Bicêtre, 20-21 janvier 1994.

RAVIX J.L. (1990). *"L'émergence de la firme et des coopérations inter-firmes dans la théorie de l'organisation industrielle : Coase et Richardson"*. Revue d'Economie Industrielle, n°51, p 27-51.

Revue Economique (1989). *"L'économie des conventions"*, vol.40, n°2.

RICHARDSON G.B. (1972). *"The organization of industry"*. Economic Journal, sept., vol.82, p 883-896.

ROCHAIX L. (1986). *"Asymétries informationnelles et comportement médical"*. Thèse, Université de Rennes I.

SAILLY J.C. (1994). *"La recherche en économie de la santé. Réflexions sur un état des lieux"*. Journal d'Economie Médicale, T.12, n°2-3, p 137-157.

SIMON H.A. (1978). *"Rationality as process and as product of thought"*. American Economic Review, vol 68, n°2.

STROTZ R. (1956). *"Myopia and inconsistency in dynamic utility maximisation"*, Review of Economic Studies.

SWEEBERG R. et GRANOVETTER M. (1992). *"The sociology of Economic Life"*. Westview Press.

WILLIAMSON O.E. (1975). *"Market an hierarchies : analysis and anti-trust implications"*. The Free Press, New-York.

WILLIAMSON O.E. (1985). *"The economic institutions of capitalism"*. The Free Press, New-York.

WILLIAMSON O.E. (1994). *"Les institutions de l'économie"*. InterEditions, Paris.