



HAL
open science

Permanences et recompositions du secteur sanitaire

Olivier Borraz, Patricia Loncle

► **To cite this version:**

Olivier Borraz, Patricia Loncle. Permanences et recompositions du secteur sanitaire. Revue française de sociologie, 2000, 41 (1), pp.37 - 60. <10.2307/3322653>. <hal-01719428v2>

HAL Id: hal-01719428

<https://sciencespo.hal.science/hal-01719428v2>

Submitted on 12 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Olivier BORRAZ
Patricia LONCLE-MORICEAU

Permanences et recompositions du secteur sanitaire

Les politiques locales de lutte contre le sida

RÉSUMÉ

L'avènement du sida a été un facteur de désordre dans le secteur sanitaire. Selon une hypothèse courante, de ce désordre naîtrait une politique de santé publique en France. Selon une autre hypothèse, défendue dans cet article, les recompositions que l'on observe aboutissent à renforcer le poids de l'hôpital public au sein du système sanitaire français ainsi que le modèle curatif individuel sur lequel il repose. Pour étayer cette hypothèse, des politiques locales de lutte contre le sida ont été étudiées dans six départements à l'aune de la matrice institutionnelle dans laquelle ils s'inscrivent. Une matrice institutionnelle est constituée par un arrangement institutionnel, inscrit dans un territoire et relevant d'un secteur sociétal. S'agissant du sida, cette matrice se compose de trois pôles : sanitaire, politique et médico-social. Selon son degré d'intégration, cette matrice détermine la forme et le contenu des actions engagées, tant en matière de prévention que de prise en charge des patients. Elle aboutit dans la plupart des cas à résorber les contestations dont font l'objet la prise en charge médicale et le monopole de l'expertise légitime des praticiens hospitaliers, en imposant aux différents intervenants dans le champ de la lutte contre le sida l'adoption de règles institutionnalisées qui reproduisent les formes légitimes dominantes dans le secteur sanitaire. L'hôpital public sort renforcé de cette épreuve, mais ses modalités d'intervention évoluent, notamment vers la prévention et une ouverture en direction de son environnement – tandis que des approches relevant par exemple d'un modèle communautaire demeurent marginales ou isolées, sans capacité aucune à transformer en profondeur le secteur sanitaire en France.

L'étude des dispositifs de lutte contre le sida offre l'opportunité peu fréquente en sociologie d'appréhender les phénomènes d'ordre et de désordre dans les sphères sociale et politique. Rarement, de fait, un problème public aura à ce point suscité une mobilisation et entraîné de recompositions dans l'ordre social et dans l'ordre politique. C'est en effet le propre des catastrophes épidémiologiques que de toujours représenter « une mise à l'épreuve des pouvoirs » (Fassin, 1996a, p. 232).

Cette capacité que possède l'épidémie à introduire du désordre tient à sa singularité. Celle-ci se décline en quatre traits distinctifs : sa nouveauté, sa rapidité, le brouillage des frontières qu'elle entraîne, enfin son caractère intrinsèquement dynamique.

Le sida remet en cause l'idée communément admise d'une maîtrise définitive dans et par les sociétés occidentales des grandes épidémies. Dans un contexte où l'on pensait ces sociétés définitivement délivrées de tels fléaux, le sida vient prendre à défaut les systèmes sanitaires et les systèmes politiques (Steffen, 1995). La rapidité avec laquelle il émerge et bouscule ces systèmes contribue à accroître l'incertitude qui l'entoure. Elle souligne la difficulté de ces systèmes à gérer dans l'urgence des risques mal connus. Elle se traduit par une mobilisation sans précédent dans l'histoire de la médecine, qui va bien au-delà du seul milieu médical. L'incertitude qui caractérise le sida renvoie tant aux multiples inconnues qui entourent initialement la maladie qu'à la nécessité qu'impose l'épidémie de penser ensemble des éléments qui relevaient jusqu'alors de secteurs distincts (Setbon, 1993). Enfin, les facteurs de nouveauté, de rapidité et d'incertitude se combinent dans la nature intrinsèquement dynamique de ce problème public qu'est le sida (Borraz, 1999) : le sida ne constitue pas un problème donné et stabilisé, il tend au contraire à évoluer sous l'effet de trois phénomènes : le progrès des connaissances, les avancées thérapeutiques, le profil des populations atteintes.

L'avènement du sida constitue, par conséquent, un facteur de désordre. Il induit, dans un ensemble institutionnel ordonné, de nouveaux et nombreux décalages, dont la résorption, du moins la gestion, appelle une recomposition. Ces décalages sont de trois ordres. Décalage, tout d'abord, entre une maladie présentant de nombreuses inconnues et les dispositifs institutionnels existants. Lorsque le sida apparaît, il s'apparente pour le système sanitaire à un « problème mal structuré » (Simon, 1973), qui n'entre pas dans les cadres cognitifs et organisationnels existants. La gestion de ce premier décalage passe par des opérations de découpage : d'abord *du problème*, pour le décomposer en *problèmes* « bien structurés » qui entrent dans les cadres et les routines existants ; puis des organisations, pour appréhender les dimensions du problème qui ne peuvent être prises en compte en l'état des savoirs et des compétences. Décalage, ensuite, entre les différentes organisations qui participent à la lutte contre le sida et qui n'en adoptent pas toutes la même définition ni, *a fortiori*, ne recourent à la même approche. Ce décalage se gère plus souvent sur le mode de la contestation et de la concurrence. Décalage, enfin, entre les dispositifs de lutte contre le sida et l'évolution de l'épidémie : l'évolution des traitements et du profil des populations atteintes, notamment, appelle des réajustements qui n'interviennent qu'après un temps de latence ; entre-temps, d'autres évolutions interviennent qui entretiennent le décalage.

La recomposition qu'appelle la gestion de ces décalages peut être analysée en suivant deux hypothèses. Une première hypothèse insiste sur l'inscription de cette recomposition dans un mouvement plus général d'émergence en France d'un modèle de santé publique, qui entend promouvoir une approche collective des questions sanitaires, avec un objectif de prévention. En d'autres termes, la gestion des décalages suscités par l'avènement du sida offrirait autant d'opportunités de remettre en cause le modèle curatif individuel, dominé par la profession médicale, pour lui adjoindre une autre approche des questions sanitaires. Certains éléments attesteraient de cette transformation, qu'il s'agisse du succès

d'une rhétorique de la santé publique ou de l'apparition de nouvelles modalités d'intervention dans le domaine sanitaire. La deuxième hypothèse, à l'inverse, insiste sur les permanences : les recompositions que l'on ne peut manquer d'observer demeurent inscrites dans un modèle sanitaire organisé autour de deux pôles, l'hôpital public et la médecine libérale, dont elles épousent les formes légitimes. S'agissant notamment de l'hôpital public, celui-ci parviendrait, après avoir été contesté dans ses méthodes de prise en charge, à imposer ses modalités et principes d'intervention. Ainsi, loin d'être affaibli, il sortirait au contraire renforcé de la lutte contre le sida.

Les travaux portant sur la lutte contre le sida ont souvent privilégié la première hypothèse. Ce phénomène tient à la fois à la singularité du sida et aux approches analytiques adoptées. En retenant, en effet, une perspective « construite à partir des notions d'agrégation de préférences individuelles produisant des actions collectives par des processus de marchandage rationnel, de négociation, d'échange et de formation de coalitions » (Leca, 1996), ces travaux insistent sur les nouvelles modalités d'intervention dans le champ sanitaire apparues à l'occasion de la lutte contre le sida. Celles-ci sont perçues comme autant d'occasions de renouveler les pratiques, les conceptions et les valeurs, de dépasser les clivages sectoriels (notamment entre le sanitaire et le social), de promouvoir un nouveau discours sur la santé. Selon certains auteurs, le champ sanitaire ne fait ainsi que se mettre au diapason d'autres secteurs d'intervention publique en ayant recours à des formes contractuelles, réticulaires, partenariales (Hassenteufel *et al.*, 1998) ; d'autres, en revanche, voient dans ces formes un renouvellement plus fondamental de l'action publique à partir du champ de la santé (Valarié, 1998).

L'hypothèse d'une recomposition radicale rencontre cependant plusieurs limites. Elle court tout d'abord le risque de postuler que le sida serait porteur d'un ordre propre. Or, si la gestion de l'épidémie permet d'établir des liens entre des éléments relevant de secteurs distincts, notamment médical, social et politique, ces liens ne sont pas inscrits dans la structure même de la maladie. Ils sont, au contraire, le produit, d'une part, des décalages, contestations, tensions entre les intervenants dans ces secteurs, qui revendiquent une participation à la lutte contre le sida, voire la maîtrise de celle-ci, d'autre part, des actions entreprises par des structures de médiation pour réduire ces décalages. La définition du sida, tant sur le plan médical que politique et administratif, demeure un enjeu fondamental de lutte et de négociation. Ensuite, l'ordre que vient perturber le sida n'est pas un ordre stable, figé. Il recouvre des institutions qui s'inscrivent dans des logiques et des temporalités propres et qui sont soumises durant la même période à d'autres transformations. Le sida est un facteur de recomposition, mais il ne saurait être appréhendé indépendamment des évolutions en cours, par exemple dans les dispositifs de lutte contre la toxicomanie (Bergeron, 1999), dans la politique la lutte contre la pauvreté et l'exclusion (Fassin, 1998) ou encore en matière de financement de l'assurance-maladie (Hassenteufel, 1997) – voire dans la montée du thème de la responsabilité des élus et des fonctionnaires dans la gestion publique. La lutte contre le sida a tout autant contribué à ces évolutions qu'elle en a elle-même subi les effets.

Dès lors, vérifier l'hypothèse d'une recomposition radicale du système sanitaire suppose d'isoler les facteurs de changement que l'on peut imputer à l'avènement de l'épidémie – tout en rendant compte simultanément de la faiblesse des dispositifs de lutte contre le sida. Il apparaît, en effet, que dix années d'intenses mobilisations (entre le milieu de la décennie 1980 et le milieu de la décennie 1990), se traduisant par des moyens financiers conséquents et la mise en place de structures nouvelles, n'ont donné lieu qu'à de faibles processus d'institutionnalisation de la lutte contre le sida. La précarité qui caractérise la plupart des structures mises en places durant cette période est patente. Peu d'entre elles résistent à la démobilisation à laquelle on assiste durant la deuxième moitié de la décennie 1990, qui résulte tout à la fois des progrès réalisés en matière de traitements, de la réduction concomitante des fonds consacrés à la lutte contre le sida et d'une crise du militantisme qui touche les principales associations qui se sont constituées autour du sida. Dans ces conditions, des auteurs évoquent une « normalisation » de la lutte contre le sida, progressivement absorbée par les structures « généralistes » et perdant sa spécificité. Cette normalisation résulterait d'un double processus d'inclusion : un mouvement de prise en charge privilégiant progressivement les organisations généralistes ; une inscription de la lutte contre le VIH/sida dans l'éducation sexuelle, la formation à la santé et, plus généralement, une politique de santé publique (Cattacin et Panchaud, 1997). Dans les analyses en termes de normalisation, la recomposition procède de cette double inclusion, qui aboutit à transformer le système sanitaire de l'intérieur. Cependant, s'agissant de la France, peu d'éléments viennent étayer cette analyse, qui présente un risque perceptible dans d'autres travaux : celui de généraliser à partir de quelques phénomènes observés, qui constitueraient autant de prémices, de signes annonciateurs voire de facteurs de recomposition, l'hypothèse d'une transformation plus profonde du système de santé.

Si l'on suit la deuxième hypothèse, celle d'une permanence, voire d'un renforcement des formes dominantes, les phénomènes ainsi observés demeurent marginaux et isolés. Il s'agit d'initiatives ou de situations qui s'inscrivent en opposition au modèle curatif individuel sans parvenir à l'ébranler, dans la mesure où leur portée demeure limitée dans le temps (d'où leur marginalité) ou dans l'espace (d'où leur isolement). Pour étayer cette hypothèse, on peut se référer aux valeurs sur lesquelles reposent le système de santé et le modèle curatif, notamment l'égalité d'accès aux soins, qui renvoient plus fondamentalement encore aux principes qui fondent l'intervention publique en France. Selon cette analyse, la « valeur égalité » bloque toute extension possible d'un modèle concurrent de santé publique, qui repose, quant à lui, sur une autre valeur, l'efficacité (Setbon, 1996).

Nous souhaiterions nous inscrire dans cette deuxième hypothèse, tout en privilégiant une analyse par les institutions locales qui interviennent dans la lutte contre le sida. L'entrée territoriale, outre le fait qu'elle n'a été que trop rarement adoptée dans l'étude du sida, offre la possibilité de démontrer que loin de s'incarner uniquement dans des principes, de grandes structures nationales ou une négociation réunissant l'État et la profession médicale, le modèle sanitaire

français est porté par des institutions dont la puissance résulte tant de leur caractère centralisé que de leur ancrage territorial. Cet ancrage ne s'apparente pas à une simple coloration locale d'un ensemble épousant par ailleurs les mêmes formes ; il est constitutif d'un modèle de santé qui prend ses racines dans les multiples interactions qui s'engagent entre les intervenants concernés par les questions sanitaires. Nous proposons d'analyser cet ancrage à travers la notion de matrice institutionnelle, laquelle se compose de trois dimensions : il s'agit d'un arrangement institutionnel, inscrit dans un territoire et relevant d'un secteur sociétal.

La première dimension recouvre les formes légitimes d'organisation des pouvoirs, à savoir les types de régulation entre acteurs politiques et administratifs, les modalités d'ouverture des réseaux d'acteurs publics vers l'extérieur et les outils privilégiés d'intervention (Jobert, 1995). La matrice institutionnelle s'apparente à un arrangement qui définit les conditions et les répertoires d'une action publique légitime. Cet arrangement s'inscrit généralement dans un « sentier d'évolution », façonné à la fois par une sédimentation des politiques, des cartes cognitives communes entre les acteurs et un répertoire de routines et d'actifs spécifiques dans les organisations concernées (Pierson, 1994 ; North, 1990 ; Nelson et Winter, 1982).

La deuxième dimension cherche à rendre compte de l'inscription territoriale de l'action publique, en reprenant la notion d'échanges politiques territorialisés. Cette notion est fondée sur l'analyse des transactions entre acteurs, inscrites dans une configuration locale d'institutions et d'intérêts sociaux organisés, dont l'interdépendance résulte pour partie « de cadres d'échange hérités du passé » (Négrier, 1998). Elle privilégie la légitimité comme condition et comme produit de l'échange. Cette notion rend compte des représentations sociales et politiques pour appréhender les valeurs qui sont investies dans les scènes d'action locale et les principes de jugement et de légitimation énoncés entre les intérêts en présence.

La troisième dimension, enfin, insiste sur le fait que la matrice institutionnelle ne saurait être réduite à un arrangement institutionnel inscrit dans un territoire. Il convient au contraire de la rapporter à un secteur sociétal. Cette notion se distingue de la conception habituelle d'un secteur en ce qu'elle regroupe toutes les organisations qui produisent un même bien ou service, mais aussi les organisations avec lesquelles elles interagissent (Scott et Meyer, 1991). Le secteur s'apparente ainsi à la fois à un environnement technique – l'organisation doit être efficace, et pour cela maîtriser des processus techniques en vue d'assurer une adéquation fins-moyens – et un environnement institutionnel – en vue d'acquiescer soutien et légitimité, l'organisation épouse les « mythes » dominants (ou éléments rationalisés légitimes) du secteur (Meyer et Rowan, 1991).

La notion de matrice institutionnelle permet donc d'inscrire l'action publique dans le triple contexte d'un ancrage institutionnel, territorialisé et sectorisé. Ces trois dimensions ont en commun de définir les conditions d'une action légitime, qui repose sur des répertoires d'action validés et routinisés, issus de compromis politiques et sociaux locaux, tout en intégrant des contraintes techniques et

institutionnelles plus larges. Leur combinaison permet de couper court à une analyse déterministe en insistant sur les facteurs et les opportunités de transformation, tout en relativisant leur portée. Sur cette base, il ressort que l'étude des politiques locales de lutte contre le sida contribue à l'intelligence des phénomènes institutionnels. Elle permet de saisir à la fois le poids des variables institutionnelles sur la forme et le contenu des actions conçues et mises en œuvre, ainsi que les capacités et les modalités de transformation de ces institutions (1).

L'organisation de la lutte contre le sida

Les politiques locales de lutte contre le sida s'inscrivent dans une matrice qui comprend trois pôles : le sanitaire, le politique et le médico-social. Le premier regroupe les activités médicales (hôpitaux, cliniques, médecins de ville et activités paramédicales), le second les institutions politiques locales (communes, conseils généraux et régionaux), le troisième les structures médico-sociales (associations, mutuelles et caisses d'assurance-maladie). L'échelle à laquelle on peut appréhender une matrice ne peut être définie au préalable, elle est au contraire contingente et varie suivant la forme, l'étendue et le contenu des échanges politiques observés. L'approche en termes de matrice nécessite de s'intéresser à la fois à l'organisation interne de chacun des trois pôles, aux relations qu'ils entretiennent entre eux, enfin à leur insertion dans un secteur sociétal, en l'occurrence le secteur sanitaire. Ce dernier recouvre, outre les institutions sanitaires proprement dites, toutes les organisations avec lesquelles elles interagissent (services centraux et déconcentrés de l'État, collectivités territoriales, structures médico-sociales, industries pharmaceutiques, fournisseurs, écoles professionnelles, universités, centres de recherche).

Suivant le degré d'intégration de cette matrice, qui dépend à la fois du degré d'intégration de chacun de ces pôles ainsi que des liens qui les unissent, il en résulte une capacité différenciée, selon les territoires, à peser sur la forme et le contenu des actions de lutte contre le sida.

Cette capacité est notamment perceptible dans le travail d'organisation qui est entrepris autour de ce problème nouveau que constitue le sida. Ce travail comporte plusieurs facettes. La première consiste à rendre le problème intelligible de manière à permettre une action à son sujet. Cela passe par une définition du sida qui vise sa mise en adéquation avec les découpages internes des organisations, leurs missions, leurs routines et leurs systèmes de valeurs. La

(1) Les résultats présentés dans cet article sont issus de deux enquêtes de terrain. La première a porté sur les politiques locales de lutte contre le sida dans trois départements (Val-d'Oise, Gironde, Hérault) et s'est déroulée en 1995-1996. Financée par Ensemble contre le sida (Ecs), elle a donné lieu à la publication d'un livre (Borraz, 1998). La seconde, intitulée « L'inscription territoriale de la lutte contre le sida : quels

enjeux pour l'action publique locale ? » et financée par l'ANRS, s'est déroulée dans trois autres départements (Alpes-Maritimes, Nord, Ile-et-Vilaine) en 1997-1998. Au total, 264 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des différents acteurs du monde médical, social, politique, administratif, associatif ; ces entretiens ont été complétés par l'analyse des documents produits dans les différents départements.

deuxième a trait à l'inscription de la lutte contre le sida dans les organisations, dans leurs registres et leurs catégories d'action, ainsi que leurs répertoires de légitimation. La troisième facette, enfin, renvoie aux intervenants de la lutte contre le sida : les principales structures engagées, notamment dans les domaines sanitaire et médico-social, contraignent les intervenants plus récents à adopter les règles institutionnalisées qui prévalent dans le secteur sanitaire, règles qui reposent sur une conception rationnelle du fonctionnement et du rôle des organisations. L'adoption de ces règles permet à ces intervenants d'établir leur crédibilité en vue de participer à la lutte contre le sida. Pour les structures sanitaires et médico-sociales, cette adoption contribue à asseoir leur propre légitimité à travers la reproduction des règles proposées ; elle leur permet en outre de définir des critères d'efficacité à l'aune desquels seront évaluées les actions engagées.

Ce travail d'organisation s'inscrit dans un cadre juridique dominé par l'État puisque c'est de ce dernier que relève la lutte contre le sida (loi n° 87-588 du 30 juillet 1987). En effet, l'État, par le biais des DDASS, ainsi que des financements et des capacités de coordination que celles-ci développent, dispose d'une influence en matière d'organisation de la lutte contre le sida. À mesure du développement du sida en France, l'action des DDASS a évolué vers une plus grande précision des missions conférées à ces instances. Cependant, si des changements sont intervenus comme la création des postes de Chargés des actions déconcentrées de lutte contre le sida (CADS), il n'est pas possible d'en déduire que les DDASS jouent un rôle uniforme et parviennent à s'insérer de manière équivalente dans les relations que les différents acteurs locaux entretiennent entre eux. En fonction des caractéristiques de chacune des matrices institutionnelles, les DDASS, et à travers elles les CADS, doivent construire leur propre capacité d'appropriation de ce problème que constitue le sida. Or, dans la mesure où l'avènement de ces postes se fait de manière relativement tardive par rapport au développement de la maladie (circulaire du 27 octobre 1995), les personnes qui se trouvent ainsi investies d'un rôle de coordination important doivent composer avec les réalités locales, les liens et les relations préexistantes entre les différents secteurs. Bien que les profils de poste consistent à impulser et à coordonner localement l'organisation humaine, matérielle et financière des actions de lutte contre le sida « pour couvrir l'ensemble du champ sanitaire et social dans une double perspective d'innovation et de partenariat », les intégrations locales de ces nouveaux profils de poste correspondent à des processus très contrastés, déterminés à la fois par les situations épidémiologiques, par les jeux d'acteurs et par les personnalités de chaque CADS. En outre, l'organisation de la lutte contre le sida opérée par les DDASS reproduit fréquemment les formes légitimes dominantes au sein du secteur sanitaire.

Une organisation contestée : la prise en charge hospitalière

Le travail d'organisation en matière de prise en charge ne se fait pas sans heurts. En effet, les nouvelles modalités d'organisation d'un suivi médicalisé

des patients, introduites à l'occasion de l'avènement du sida, sont porteuses de recompositions tant au sein de l'hôpital que dans les relations que ce dernier entretient avec son environnement. Par ailleurs, la prise en charge médicale du sida par l'hôpital fait l'objet de contestations concernant à la fois la définition du sida et les actions entreprises pour le combattre. Elles se traduisent fréquemment par des mobilisations originales dans le secteur sanitaire qui visent à contester tant la centralité de l'hôpital public que le monopole de l'expertise légitime que s'arrogent les praticiens hospitaliers dans le traitement du sida. Néanmoins, quelques années plus tard, il apparaît que le secteur sanitaire est sorti renforcé de ces épreuves.

Le désordre qui caractérise les premières années de la lutte contre le sida se nourrit à deux sources. Il s'agit, premièrement, des adaptations de l'organisation hospitalière qu'appelle le traitement du sida et qui sont destinées à en appréhender les spécificités. C'est le cas pour les patients qui nécessitent un suivi mais pas une hospitalisation, la coordination des différents services qui suivent les personnes atteintes, l'organisation d'un réseau de professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux susceptibles de travailler avec les patients. Or, ces adaptations suscitent des tensions qui résultent des incertitudes liées à l'introduction d'une pathologie inconnue dans l'hôpital, de la difficulté à coordonner des services ayant des approches différenciées du sida et qui entendent préserver leur autonomie, ou du manque d'ouverture de l'hôpital sur son environnement.

Deuxièmement, les praticiens hospitaliers opèrent des découpages de ce problème mal structuré que constitue le sida et privilégient certaines dimensions par rapport à d'autres. Or, ces découpages sont contestés par des personnels hospitaliers ainsi que des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux extra-hospitaliers, qui se mobilisent pour promouvoir des dimensions négligées – en particulier les difficultés psychologiques et sociales que rencontrent les patients et leur entourage. Les antennes de l'association Aides, qui se mettent en place à partir du milieu de la décennie quatre-vingt, sont représentatives de ces mobilisations portées par des professions qui s'estiment tenues à l'écart de la lutte contre le sida : infirmières, psychologues, assistantes sociales, médecins en centre municipal de santé, médecins de planning familial, médecins de ville, cliniques privées. Au travers de ces mobilisations, ces professions revendiquent une participation à la prise en charge des patients, en bénéficiant de la légitimité initiale acquise au niveau national par la fédération Aides. Plus généralement, les associations qui se créent revendiquent d'autres formes de légitimité, qu'il s'agisse des compétences acquises au contact des malades (infirmières, psychologues hospitaliers) ou de personnes en difficulté (assistantes sociales, médecins en centres municipaux de santé), de la capacité à proposer une approche médicale générale du patient (médecins généralistes de ville), ou parfois plus simplement une sensibilisation au problème dissociée de toute compétence particulière et qui résulte de la proximité avec une personne atteinte ou décédée.

Ces deux sources de désordre touchent non seulement l'organisation hospitalière, mais aussi la structure du secteur sanitaire et le poids de la profession médicale, avec à leurs sommets respectifs le groupe des praticiens hospitaliers, fortement intégré autour des agrégés (les PUPH – Professeurs d'université-

praticiens hospitaliers). Le sida est potentiellement en mesure de remettre en cause tant la centralité de l'hôpital public dans le secteur sanitaire que le monopole de l'expertise légitime, donc l'autorité, des praticiens hospitaliers. Ce risque est d'autant plus élevé que les premières années du sida ont porté atteinte à l'image d'un corps médical, et avec lui de tout un système de santé, entièrement maître des questions sanitaires. Affaiblis dans leur légitimité et l'image de leur efficacité, les médecins, et notamment les praticiens hospitaliers, ont dû reconquérir la confiance du « grand public » ainsi qu'une capacité d'expertise et de traitement, tout en gérant l'adéquation du sida avec l'organisation hospitalière et en répondant aux contestations dont ils étaient l'objet – et plus généralement à la multiplication d'initiatives dans le domaine sanitaire susceptibles de déplacer le centre de gravité en matière de prise en charge hors de l'hôpital. Deux formes nouvelles dans le domaine sanitaire, dont la mise en place coïncide avec le sida, permettent de rendre compte de ces évolutions : les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) et les Réseaux ville-hôpital (RVH).

L'organisation de la prise en charge des personnes atteintes débute par l'ouverture de services spécialisés, dont certains se dotent d'hôpitaux de jour, et se poursuit par la mise en place de CISIH. Créés par le ministère de la Santé en 1987, ils ont pour objectif « d'associer étroitement les unités cliniques, médico-techniques et de recherche de façon à offrir une meilleure qualité de soins et de services aux usagers. Outre cette activité clinique, l'articulation fonctionnelle qui a été préconisée est destinée à améliorer le suivi épidémiologique, à renforcer l'organisation et l'exploitation des essais thérapeutiques, enfin à soutenir l'effort de formation auprès des personnels médicaux et paramédicaux des autres établissements concernés par l'accueil des patients ». Il s'agissait d'éviter la création de « sidatoriums » (Montagnier, 1994, p. 50).

Leurs difficultés de fonctionnement durant les premières années sont révélatrices des tensions qu'entretiennent entre eux les différents services hospitaliers participant à la lutte contre le sida. Difficultés tout d'abord à s'accorder sur une approche commune de la maladie, laquelle peut résulter d'une spécialisation sur certaines populations (toxicomanes, enfants), certains symptômes, certaines pathologies. Difficultés ensuite à définir des protocoles communs, notamment entre des disciplines médicales différentes. Absence, enfin, de légitimité de certains praticiens hospitaliers à coordonner le travail de leurs confrères, lorsque le médecin désigné comme référent en matière de lutte contre le sida n'est pas (encore) agrégé, le fait de se spécialiser dans la lutte contre le sida lui offrant précisément l'opportunité de faire ses preuves dans un domaine délaissé par ses confrères. Ces CISIH constituent néanmoins la pièce maîtresse de la lutte contre le sida en milieu hospitalier et leur rôle ne cesse de s'affirmer au fur et à mesure de la réussite des polythérapies qui appellent une coordination dans la définition des traitements, en raison notamment de leur haut degré de technicité. Les CISIH apparaissent ainsi comme des lieux d'observation et de suivi de la maladie ; ils contribuent à la standardisation des traitements complexes que constituent les polythérapies – et à travers ces dernières à la standardisation de la lutte contre le sida en milieu hospitalier.

Les RVH sont créés par une circulaire de la Direction générale de la santé du 4 juin 1991. Leur objectif est d'établir une meilleure collaboration entre praticiens hospitaliers et médecins de ville, et plus généralement, de mobiliser l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, hospitaliers et extra-hospitaliers, ainsi que des travailleurs sociaux dans la prise en charge des personnes séropositives et atteintes (lorsque leur situation ne justifie pas encore une hospitalisation). Ces réseaux offrent plusieurs avantages : délester les services hospitaliers ; réduire le coût de la prise en charge hospitalière ; offrir une prise en charge complète, tant sur le plan sanitaire que social et psychologique ; assurer un suivi permanent des personnes séropositives ou malades, par l'intermédiaire des différents membres du réseau. À nouveau, les tensions que suscite leur mise en place sont révélatrices des difficultés qu'éprouvent les praticiens hospitaliers à travailler avec des partenaires nouveaux, dans un dispositif commun, dont ils ne maîtrisent initialement pas toujours les règles de fonctionnement et qui repose sur un principe d'échange de connaissances et d'expériences.

Dans certains cas, des formes de mise en réseau préexistaient à la mise en place d'un RVH (Ille-et-Vilaine, Val-d'Oise, Hérault). Ce dernier a contribué à cristalliser les enjeux de la prise en charge, qu'il s'agisse de définir une approche commune de la maladie ou de répartir les fonds alloués par le ministère. Dans d'autres cas, la création d'un réseau fait suite à la circulaire et s'inscrit dans une démarche de standardisation des formes de prise en charge du sida (Gironde, Nord, Alpes-Maritimes). Dans tous les cas, les RVH passent rapidement – parfois à l'issue d'un conflit – sous le contrôle des praticiens hospitaliers, directement ou par l'intermédiaire du CISIH. Ce faisant, ils contribuent à désamorcer les contestations dont l'hôpital fait l'objet : soit en intégrant l'action des associations et des professionnels, qui s'étaient initialement distingués d'une prise en charge uniquement médicale, dans une démarche commune dont la définition se fait sous l'autorité des praticiens hospitaliers ; soit en écartant tous ceux qui refusent de se reconnaître dans une telle démarche. Il n'est pas rare, dans le premier cas, que les intervenants qui participent au RVH soient ceux qui ont le plus l'habitude de travailler avec des praticiens hospitaliers – ou qui s'en rapprochent à cette occasion (par des vacations). En outre, ces intervenants prendront soin de reproduire dans la forme et le contenu de leurs associations les règles institutionnalisées légitimes dans le secteur sanitaire, témoignant ainsi de leur souci de crédibilité aux yeux de l'institution hospitalière.

Il arrive que ces réseaux fonctionnent d'emblée avec une plus grande ouverture de l'hôpital sur son environnement, y incluant notamment des intervenants du domaine médico-social, voire politique (Nord, Val-d'Oise). Le profil des patients fournit une explication, puisqu'il s'agit fréquemment de personnes en situation de fragilité sociale. Or, le fonctionnement régulier des structures hospitalières s'avère inadapté à ce profil de patients, qu'il s'agisse de leur accès à l'hôpital ou de leur propension à s'ajuster à un suivi médicalisé (respect des traitements, des rendez-vous), tandis que les problèmes que rencontrent ces patients en dehors du sida dépassent de loin les capacités de l'hôpital. Le RVH permet alors de les prendre en charge autour d'un triple enjeu : externaliser sur

des structures extra-hospitalières le suivi de patients « difficiles », tout en permettant leur accès direct aux services hospitaliers lorsque cela devient nécessaire ; répondre aux problèmes sanitaires, sociaux, psychologiques que rencontrent ces personnes et qui contribuent à une détérioration générale de leur état physique et psychique ; tisser une toile autour de patients dont il est par ailleurs difficile de garder la trace, leur « disparition » constituant un problème de connaissance pour les praticiens hospitaliers qui entendent suivre la progression de la maladie, mais aussi un problème de santé publique dans la mesure où ils sont susceptibles de contaminer d'autres personnes ou d'être eux-mêmes victimes d'autres pathologies.

Après une période de tensions et de contestations, qui contribuent au désordre précédemment évoqué, l'hôpital public et les praticiens hospitaliers parviennent donc à s'organiser et à imposer leurs règles institutionnalisées ainsi que leurs répertoires d'action à la lutte contre le sida. L'effet le plus visible de cette évolution est perceptible dans l'évolution des associations *ad hoc* qui se sont créées durant les premières années de l'épidémie : tandis que certaines se rapprochent de l'hôpital (par les liens qu'elles établissent avec lui mais aussi les formes qu'elles épousent), d'autres prennent leurs distances et ce faisant courent le risque d'une décrédibilisation – sauf à pouvoir adopter un nouveau registre de légitimation (le modèle de santé communautaire, par exemple).

Afin d'analyser cette capacité du secteur sanitaire à organiser la lutte contre le sida de manière à préserver ses « mythes » et ses répertoires d'action, il convient de distinguer deux séries de facteurs explicatifs. La première tient au caractère centralisé de ce secteur qui, dans la relation établie entre l'État et la profession médicale (Immergut, 1992 ; Hassenteufel, 1997), se traduit par le souci de maintenir au cœur du secteur sanitaire le modèle curatif individuel. Il en résulte un isomorphisme parmi les structures intervenant dans le secteur sanitaire, autres que les institutions sanitaires, qui peut être soit imposé par l'État, soit d'origine mimétique (une organisation imite celles qui se montrent aptes à gérer les incertitudes d'un secteur), soit défini par le groupe professionnel (Di Maggio et Powell, 1991). L'État et les médecins maintiennent ainsi la primauté du modèle curatif individuel au sein d'un secteur sanitaire organisé autour des hôpitaux publics et de la médecine libérale.

La deuxième série de facteurs explicatifs tient à l'ancrage territorial des hôpitaux publics, et tout particulièrement des CHU, qui bénéficient de par la visibilité dont jouissent localement les praticiens hospitaliers et les liens entretenus avec les institutions politiques d'une capacité d'intégration forte vis-à-vis des différentes mobilisations dans le domaine de la lutte contre le sida. Cette capacité a souvent été méconnue en raison d'une sorte d'extra-territorialité qui caractérise l'hôpital, « dans la mesure où il représente une réalité locale fortement signifiante, mais qu'en même temps il dépend de schémas décisionnels qui se déploient principalement au niveau central » (Fassin, 1996b, pp. 177-178). Bien qu'inséré dans un système centralisé, chaque hôpital s'inscrit aussi dans une matrice institutionnelle dont nous avons souligné la dimension territoriale. Qu'il s'agisse de l'organisation du système de soins à l'échelon d'un département, voire d'une région, du nombre d'emplois que représente l'hôpital

public, des liens qui ont pu se nouer avec des institutions médico-sociales ou éducatives, de l'appartenance des praticiens hospitaliers à des milieux sociaux locaux dont sont issues des élites politiques, sociales, économiques, ou de l'engagement politique de ces praticiens, tous ces éléments contribuent à l'inscription de l'hôpital dans un territoire. Cette inscription permet ensuite de déterminer le degré de centralité de l'institution hospitalière sur son territoire, lequel recouvre à la fois sa capacité d'intégration au sein du système local de soins et l'étroitesse de ses liens avec les institutions politiques et médico-sociales. Plus ce degré de centralité est élevé, plus l'hôpital public est en mesure de déterminer la forme et le contenu non seulement des actions de prise en charge des personnes atteintes mais aussi des actions de prévention (Gironde). À l'inverse, plus ce degré est faible, plus on observe des actions alternatives de prise en charge et de prévention (Val-d'Oise).

Une organisation opportuniste : la prise en charge médico-sociale

Dans le domaine médico-social, la lutte contre le sida est d'abord appréhendée au travers d'individus ou de groupes déjà engagés dans une démarche de soins (toxicomanes, prostitués), de lutte contre l'exclusion (sans-abri, jeunes en difficulté, chômeurs en situation précaire, femmes sans ressources, immigrés en situation précaire) ou les deux. C'est fréquemment à l'occasion d'un cas de sida parmi les personnes ainsi suivies que se dessine l'engagement d'une structure dans la lutte contre le sida. Cette occasion fonctionne ainsi comme une opportunité, qui permet d'établir un lien jusqu'alors insoupçonné entre les difficultés ou les pathologies dont sont atteintes les personnes suivies et le sida (ou le risque-VIH), lien qui, à son tour, légitime un engagement. Cet engagement, qui peut dans certains cas permettre à une structure de redéfinir ses missions, repose sur l'inscription dans une cause plus large, qui à elle seule sert de justification tout en donnant du sens aux actions entreprises.

Le domaine médico-social, face au développement du sida, a vu l'émergence au cours des deux dernières décennies d'un nombre important d'acteurs nouveaux, notamment associatifs, qui se spécialisent dans la prévention et la prise en charge des malades. L'organisation du travail dans ce secteur repose sur une démarche de projet, laquelle présente un double avantage. D'une part, elle incite les promoteurs à engager une réflexion commune sur les objectifs poursuivis, les moyens envisagés, les principes et les valeurs qui les animent. Cette phase est primordiale car elle constitue une véritable mise à l'épreuve des motivations qui animent les participants, ainsi que de la pertinence des fins qu'ils poursuivent. Cette pertinence s'évalue au travers des arguments construits et mobilisés pour justifier l'organisation d'une action nouvelle. Ces arguments reposent sur les manques observés dans les dispositifs existants (Hérault, Ille-et-Vilaine, Val-d'Oise) ou sur la contestation des actions engagées par les acteurs plus légitimes dont il s'agit précisément de se démarquer (Gironde, Alpes-Maritimes, Nord). Autrement dit, ces arguments s'inscrivent dans un processus de construction d'une identité du groupe. D'autre part, la démarche de projet repose sur

un souci de crédibilité qui résulte des alliés mobilisés à l'extérieur, qu'il s'agisse des instances susceptibles de financer le projet ou d'acteurs (individuels ou collectifs) dont le jugement compte, en ce sens que les organismes financeurs opèrent en leur faveur une délégation de jugement (Urfalino et Vilkas, 1995). Ces alliés (une caisse primaire d'assurance-maladie, un centre départemental d'éducation pour la santé, une infirmière de la protection judiciaire de la jeunesse, la DDASS) vont tester la solidité du projet, puis formuler leurs propres exigences afin de déterminer son acceptabilité. Ce travail pourra être réalisé isolément ou dans le cadre de réunions régulières, dans lesquelles une doctrine partagée émergera entre les intervenants quant au type de projet à soutenir.

La coexistence d'intervenants nouveaux dans le champ de la prévention ou de la prise en charge et de structures plus anciennes n'est pas sans poser des difficultés. Les secondes jouissent d'une légitimité issue des résultats obtenus dans d'autres domaines, bénéficient de compétences et de savoir-faire tant dans le travail auprès de populations dites difficiles que dans le montage de projets, entretiennent pour certaines des liens étroits avec des structures hospitalières ou politiques. Autant les associations *ad hoc* éprouvent des difficultés à pérenniser leur activité, autant les structures généralistes plus anciennes n'ont aucun mal à étendre leurs activités à la lutte contre le sida, cette extension pouvant dans certains cas constituer une bifurcation, des actifs secondaires présents dans la structure étant susceptibles de se transformer en actifs principaux et ce faisant à déterminer un nouveau sentier d'évolution (Nelson et Winter, 1982). La légitimité dont bénéficient les structures généralistes aux yeux des principaux financeurs avec lesquels elles ont l'habitude de travailler, leur capacité à adopter des modalités d'intervention reconnues et crédibles aux yeux de ces derniers, leur surface financière et les moyens dont elles disposent (notamment en termes de locaux et de personnels), enfin les liens qu'elles peuvent entretenir avec des milieux sociaux locaux (et leur représentation politique) sont autant d'éléments qui contribuent au degré de structuration du domaine médico-social autour de ces organisations locales. En outre, certaines de ces structures, anciens patronages ou dispensaires, ont plus de cent ans d'âge, leur création datant de l'époque de l'hygiène sociale (Murard et Zylberman, 1996). Leur souci pour les questions de santé ne s'est jamais démenti, non plus que les liens opérés avec la situation sociale des individus. D'où une propension à s'investir dans des domaines nouveaux comme la lutte contre le sida, qui ne représentent jamais qu'une extension de leurs activités sans réelle remise en cause de leurs répertoires d'action et actifs spécifiques.

Toutefois, les structures médico-sociales ne sont pas toujours réceptives à des formes de partenariat avec des associations *ad hoc*, susceptibles de différencier les actions sur le sida. À l'image des hôpitaux, l'insertion de la prise en charge des personnes atteintes dans les structures médico-sociales ne s'apparente pas à une simple adjonction ou démarche de différenciation. Cette insertion entraîne des recompositions en interne tout en permettant à ces structures de pouvoir prétendre à des financements distincts. Ces financements se fondront ensuite dans la gestion comptable de ces établissements, de la même manière que le suivi des patients sera assuré par des professionnels et des services

travaillant sur d'autres pathologies. Dès lors, la participation à la lutte contre le sida leur offre une opportunité de poursuivre leur développement en élargissant leurs champs d'action et leurs sources de financement, tout en répondant à des problèmes vécus par ces établissements lorsqu'ils sont confrontés à des « usagers » présentant une infection par le VIH, un risque d'infection ou un développement de la maladie. Mais elle s'inscrit dans un processus de normalisation qui rend difficile le travail avec des structures *ad hoc*, spécialisées dans la lutte contre le sida, ainsi que l'identification des actions menées spécifiquement en matière de sida et leurs financements.

Le transcodage dans les actions de prévention des collectivités territoriales

La participation des collectivités territoriales demeure volontaire puisque la lutte contre le sida relève formellement de la seule compétence de l'État. Leur engagement répond à deux objectifs distincts : faire acte de participation dans la lutte contre un fléau majeur ; se démarquer des actions (ou non-actions) engagées par d'autres collectivités territoriales, voire l'État. Cependant, leur engagement repose sur une réappropriation de la politique nationale de lutte contre le sida, dans son volet prévention. Loin de s'engager dans leur propre délimitation du risque-VIH et des moyens appropriés pour le réduire, elles reprennent les définitions de l'État et entreprennent de les décliner localement.

L'engagement des collectivités territoriales se heurte à divers obstacles. Celui tout d'abord de justifier une participation à la lutte contre le sida, qui plus est en assurant la promotion du préservatif ou l'organisation de systèmes d'échanges de seringues. Celui ensuite d'affirmer un engagement sans pour autant cibler des populations, dans un double souci de ne pas stigmatiser des groupes précis et de ne pas introduire des inégalités dans l'accès aux soins et à l'information médicale. Dernier obstacle, apporter un soutien à des associations dont il est souvent difficile d'établir initialement la crédibilité, puis *a posteriori* d'évaluer l'action. Ces obstacles ou contradictions induisent des incertitudes qui ne facilitent guère un engagement de longue haleine mais entraînent au contraire un fonctionnement par (à-)coups, suivant une logique de court terme et de différenciation entre collectivités.

Les difficultés rencontrées renvoient notamment à l'absence de référentiel pour les actions de prévention. Soucieuses de marquer leur participation à la lutte contre ce fléau, elles se heurtent à un milieu associatif faiblement structuré initialement. En outre, il leur faut définir une ligne d'action qui, tout en déclinant les principaux thèmes de la politique nationale de prévention, entreprenne d'adapter celle-ci à un territoire structuré en groupes sociaux présentant des risques de contamination différenciés. Le plus souvent, elles se contentent d'affiner les messages de prévention en ciblant des populations plus précises qui seraient moins informées tout en présentant un profil consensuel : les jeunes, essentiellement (Gironde, Ille-et-Vilaine, Val-d'Oise). Ce faisant, il leur est plus facile de justifier leur engagement dans la lutte contre le sida, en répondant à une angoisse « naturelle » chez tous les parents. Dans certains cas, d'autres

groupes feront l'objet d'un ciblage (couples échangistes, prostitués, gitans), sans que celui-ci ne repose sur des données précises (Hérault, Alpes-Maritimes). En tout état de cause, ces actions marquent rapidement un essoufflement. Dès lors, les collectivités territoriales investissent la journée du 1^{er} décembre pour signifier leur attachement à la lutte contre le sida tout en articulant celle-ci à un champ d'action mieux structuré.

Cette articulation s'apparente à un processus de transcodage (Lascoumes, 1996), c'est-à-dire de recyclage dans la lutte contre le VIH de registres d'intervention publique mis au point dans un autre secteur. C'est ainsi que les actions de prévention reproduisent ou se retrouvent associées, par exemple, à des politiques de jeunesse, de prévention de la délinquance, voire culturelles, autrement dit des champs d'action caractérisés à la fois par la préexistence d'un référentiel ancien, souvent transversal, reposant sur des répertoires d'action, des catégories d'analyse, des principes et des valeurs, ainsi que par l'existence de groupes professionnels et structures d'intervention mieux intégrés.

Toutefois, un processus de transcodage n'est pas neutre quant au contenu des actions : l'inscription du sida dans le champ de la prévention de la délinquance rend possible l'énonciation d'un discours relevant d'une logique sécuritaire – sauf à mettre d'emblée l'accent sur l'exclusion – ; son association aux politiques de jeunesse, du fait du flou que présente la définition de cette catégorie de population, empêche la formation de tout discours autre que la déclinaison des thèmes de la politique nationale. Outre le contenu, leur portée est affectée : inscrire la lutte contre le VIH dans le champ des politiques culturelles offre le risque d'en exagérer la dimension symbolique. Néanmoins, le fait que les processus de transcodage en matière de lutte contre le sida s'articulent avec ce type de politiques (jeunesse, délinquance, culture) attire l'attention sur les spécificités de ces domaines : ceux-ci sont certes caractérisés par leur préexistence au développement de l'épidémie, mais ils sont surtout remarquables par le flou de leur définition, par leur caractère transversal et intersectoriel, par une appropriation aisée de ces questions par les collectivités locales et leur étroite articulation avec les évolutions historiques des territoires locaux (Loncle-Moriceau, 1998).

La mise en forme de la lutte contre le sida par les collectivités territoriales aboutit, par conséquent, à sa banalisation par son insertion dans des domaines d'intervention antérieurs et mieux intégrés. Toutefois, celle-ci n'est pas sans effet sur les domaines en question, dans lesquels elle constitue souvent une opportunité pour poser et légitimer les questions de santé (santé des jeunes, santé des exclus), suivant ce que certains auteurs considèrent être une sanitarisaton du social : « double opération de traduction du social dans le langage sanitaire et d'inscription de cette nouvelle réalité dans l'espace public » (Fassin, 1998, p. 15).

Les recompositions institutionnelles induites par le sida

Les permanences relevées dans les trois domaines concernés par la lutte contre le sida ne doivent pas nous amener à négliger le poids des recompositions, même si celles-ci laissent largement intactes la structure du secteur sanitaire ainsi que ses principales règles institutionnalisées. L'étude de ces recompositions permet de s'interroger sur les capacités d'adaptation et les modalités de transformation de ce secteur, ainsi que sur leurs limites. Elles concernent le brouillage des frontières entre actions de prise en charge et de prévention, l'institutionnalisation des Réseaux ville-hôpital et l'apparition de modèles de santé alternatifs.

L'articulation entre prise en charge et prévention

À l'échelon local, le sida présente la particularité de ne se caractériser par aucune dissociation fondamentale entre les actions de prise en charge et de prévention. Ce trait tient notamment au fait que des professionnels hospitaliers s'engagent dans le champ de la prévention.

Pour les praticiens hospitaliers, confrontés dans les premières années à une perte de légitimité due à leur impuissance à combattre le virus, aux hésitations dans la définition du sida et les débats qui se sont engagés autour de la découverte du virus, à l'affaire du sang contaminé, l'engagement dans le champ de la prévention constitue un moyen tout à la fois de retrouver une « efficacité sociale », d'occuper un champ annexe de la prise en charge leur donnant la possibilité de prendre la parole et de diffuser des connaissances, enfin d'éviter que des discours alternatifs sur le sida ne se développent. Ce dernier enjeu est d'autant plus fondamental qu'un discours à dominante sociale sur le sida serait susceptible d'avoir des effets indirects en matière de prise en charge. Ainsi, une approche communautaire de la prévention présenterait une menace pour la centralité de l'hôpital dans le suivi des personnes atteintes en prônant une plus grande ouverture des dispositifs de soin et de suivi. Inversement, le succès d'une rhétorique sécuritaire serait susceptible de glisser vers une remise en cause des efforts importants fournis dans le traitement de patients considérés, par ailleurs, comme dangereux, marginaux ou criminogènes. Les praticiens hospitaliers sont donc incités à assurer la maîtrise d'un champ alimentant indirectement la contestation d'une prise en charge uniquement médicale. À cet effet, ils entreprennent, lorsqu'ils n'interviennent pas directement, d'encadrer les actions de prévention par le biais de formations dispensées aux professionnels médicaux et paramédicaux dans le cadre des CISIH ou des RVH.

Les infirmières ont, pour leur part, trouvé dans la prévention l'occasion tout à la fois de gérer les tensions psychologiques résultant du travail auprès des malades du sida (Lert et Marne, 1993) – s'investir dans la prévention leur permet, à l'image des médecins, de retrouver une forme d'efficacité dans leur

travail associée à un sentiment d'utilité sociale – et de pallier un manque de reconnaissance au sein de l'institution hospitalière – notamment dans un contexte d'hypertechnicisation – ainsi qu'aux yeux des médecins. Des raisons similaires permettent de rendre compte de l'engagement de professions paramédicales et de médecins de ville, qui y voient l'occasion d'établir une légitimité dans la lutte contre le sida que ne leur reconnaît pas l'institution hospitalière.

La prévention constitue, par conséquent, une opportunité pour un groupe professionnel de transformer son identité, sa visibilité et sa reconnaissance. Ce groupe cherche auprès d'un public aussi large et indéterminé que possible les ressources d'une modification des conditions dans lesquelles il exerce son activité. Dans ce contexte, l'acquisition d'une autorité sociale constitue autant une fin en soi que l'occasion pour ces groupes de renforcer leur position, soit au sein de l'hôpital, soit vis-à-vis de celui-ci. Cela ne signifie pas que seuls des motifs stratégiques permettent de rendre compte des comportements de ces différents groupes. Il convient plutôt de souligner la capacité du sida à remettre en cause un système de santé organisé autour de l'hôpital et de la profession médicale ; capacité aussi à définir de nouveaux registres d'action, dont la maîtrise est source de légitimité et de visibilité.

Toutefois, cette transformation ne permet pas de conclure au passage du système de santé d'un modèle curatif individuel à un modèle de santé publique. Les praticiens hospitaliers et les autres groupes professionnels qui s'investissent dans la prévention le font dans leur grande majorité sur des bases qui n'entendent pas remettre en cause le principe d'égalité de tous devant la santé et l'accès aux soins. Autrement dit, ils s'empêchent d'opérer toute discrimination dans la prégnance du risque-VIH, pour défendre au contraire une conception qui demeure en parfaite adéquation avec les grands axes de la politique nationale de lutte contre le VIH, à savoir que tout le monde est concerné, qu'il s'agit d'informer sur des pratiques à risque, le tout dans une démarche de responsabilisation. Il en résulte une influence de l'institution hospitalière sur le contenu des discours de prévention qui s'apparente à un magistère moral dans lequel les praticiens hospitaliers s'arrogent le monopole de la définition du sida et du risque-VIH et rejettent tout discours alternatif au motif que celui-ci ne repose sur aucune base statistique et serait susceptible d'aboutir à une stigmatisation.

Cette influence demeure pourtant variable d'un territoire à l'autre, selon le degré d'intégration de la matrice institutionnelle. Dans les départements où la matrice est fortement intégrée autour d'un grand centre hospitalier, qui entretient des liens étroits avec des institutions politiques et médico-sociales, l'influence de l'institution hospitalière sur les discours de prévention est importante (Ille-et-Vilaine, Gironde). Dans les départements marqués par un secteur sanitaire intégré autour d'un grand centre hospitalier, mais dans lesquels les trois pôles de la matrice institutionnelle sont dissociés, on relève l'existence de discours qui prônent l'abandon d'une déclinaison locale des grands thèmes de la politique nationale de lutte contre le VIH au profit de discours qui s'appuient sur les représentations véhiculées par des groupes clairement identifiés, plus directement menacés par le sida, et qui participent eux-mêmes à la production

des messages de prévention (dans une logique de production endogène) (Alpes-Maritimes, Hérault, Nord). Enfin, dans les départements caractérisés tout à la fois par un secteur sanitaire faiblement structuré, dans une matrice institutionnelle peu intégrée, on observe non seulement le développement de discours du type précédent mais aussi l'apparition de discours à connotation sécuritaire. Celui-ci associe le risque-VIH à des populations précises et caractérisées par leur lieu d'habitation, des pratiques toxicomanes, leur origine immigrée et l'importance de la délinquance ; il vise non pas à travailler auprès de ces populations mais au contraire à les isoler (Val-d'Oise).

L'institutionnalisation des Réseaux ville-hôpital

La prise en charge extra-hospitalière, après s'être organisée autour de structures *ad hoc* de lutte contre le sida, fait progressivement l'objet d'un investissement de la part de structures qui ont une plus longue tradition d'intervention dans le domaine social et/ou sanitaire. Comme nous l'avons déjà signalé, ces structures apportent avec elles des moyens, des actifs spécifiques et des réseaux relationnels. Lorsque le domaine médico-social est localement intégré autour d'une ou plusieurs de ces structures, on constate que la prise en charge tend à s'organiser entre les pôles sanitaire et médico-social de la matrice institutionnelle, au détriment des associations engagées spécifiquement dans la lutte contre le sida.

La coordination entre structures médico-sociales et hôpitaux est facilitée par une proximité dans les modalités d'appréhension des patients. Leurs répertoires et actifs demeurent en effet centrés sur un mode d'intervention individuel – le patient – même si la situation de ce dernier n'est jamais isolée de son contexte. Cela les distingue de toute une série d'autres mobilisations dans la lutte contre le sida qui tentent au contraire de promouvoir un niveau d'appréhension collectif. Cette homologie entre institutions médico-sociales et sanitaires peut rendre compte de la facilité qu'elles ont à travailler ensemble.

Les difficultés surviennent autour de la nature du suivi médical assuré dans et par les structures médico-sociales : lorsque celles-ci entretiennent de longue date des relations avec le secteur hospitalier ou ont su se doter de personnels médicaux qualifiés, les praticiens acceptent de partager le suivi des patients tout en exigeant une information régulière sur l'état de santé de ces derniers (Hérault, Ille-et-Vilaine). En revanche, lorsque ces structures n'ont pas de tradition d'intervention médicale et/ou se constituent en centre de soins palliatifs, des conflits peuvent naître autour de deux enjeux distincts (Gironde, Val-d'Oise, Alpes-Maritimes). Un premier enjeu porte sur la nature des prestations : les praticiens hospitaliers entendent garder la maîtrise du suivi des patients et de la définition des traitements, maîtrise qu'ils ne souhaitent pas partager avec des médecins qu'ils estiment moins qualifiés dans la lutte contre le sida (notamment pour des raisons de technicité liée aux traitements). S'ajoute à cela une question de recherche, puisque les praticiens ont besoin de pouvoir suivre l'évolution de la maladie et les effets des traitements : le patient demeure jusqu'à son décès un

enjeu de connaissance pour les praticiens hospitaliers. Un deuxième enjeu concerne la possibilité d'hospitaliser à tout moment un patient hébergé dans un centre, en cas de dégradation de son état de santé : elle pose surtout des problèmes financiers au centre, qui doit conserver le lit en attendant le retour du patient tout en perdant le bénéfice de l'assurance-maladie. Dès lors, les hôpitaux travaillent mieux avec les structures qui reproduisent clairement leur modèle de prise en charge médicalisée, situant leur prestation dans la continuité du travail réalisé par les praticiens ; ils entrent, en revanche, en conflit avec celles qui proposent un autre modèle de prise en charge et qui défendent une autonomie d'intervention auprès des patients (c'est le cas notamment des centres de soins palliatifs et des maisons de fin de vie). Il s'ensuit pour les structures agréées, souvent engagées auprès d'autres populations (personnes âgées, toxicomanes, personnes atteintes par le cancer), une médicalisation généralisée de leurs activités.

Le développement des RVH tend à s'inscrire dans le cadre ainsi circonscrit par les hôpitaux et structures médico-sociales. Le réseau permet en effet aux praticiens de partager le suivi de ces patients avec des acteurs qui ont plus l'habitude de travailler avec eux, qui pourront faciliter leur accès à l'hôpital tout en les suivant une fois sortis afin d'éviter qu'ils ne disparaissent, ne respectent pas leurs traitements, ne développent d'autres pathologies ou ne contaminent d'autres individus. Cette évolution est notable car elle introduit trois types de changements assez durables. Tout d'abord, l'hôpital développe une véritable ouverture à son environnement. Il intègre un certain nombre d'éléments nouveaux à son fonctionnement habituel et infléchit de ce fait quelque peu la rigidité de ses règles internes. Ensuite, le domaine médico-social se recompose en faveur d'une densification et d'une institutionnalisation des liens entre les différents acteurs qui le structurent. Alors que ce domaine était essentiellement constitué d'organisations plus ou moins atomisées, l'avènement de Réseaux ville-hôpital à caractère social permet la constitution d'un véritable partenariat entre elles. Enfin, ce type de réseau peut conduire à une ouverture vers les malades (Nord). Or, ce dernier aspect apparaît à la fois novateur, notamment pour les médecins hospitaliers qui n'ont pas l'habitude de fonctionner sur des rapports d'égalité avec les patients, et une ressource pour l'action pour l'ensemble des professionnels du réseau qui peuvent ainsi appréhender les attentes des personnes touchées par le sida.

Plus fondamentalement, l'insertion du sida dans des dispositifs destinés aux populations précaires, aux toxicomanes, aux populations immigrées, participe à la construction du thème de la santé des exclus. Une association comme Médecins du monde a contribué à établir non seulement un lien entre la toxicomanie et la précarité, révélant du même coup les failles du dispositif de soins pour toxicomanes qui n'appréhendait pas toute une catégorie de toxicomanes (Bergeron, 1999), mais a étendu ce lien au sida. Cette relation entre précarité et sida a été parallèlement établie par d'autres intervenants du domaine médico-social, non seulement dans une démarche de prévention mais aussi de prise en charge. Le sida devenait un handicap supplémentaire, mais de par la visibilité dont il jouissait, il contribuait à rendre manifeste et à légitimer le thème

de la santé des exclus, au sens d'un lien étroit entre précarité sociale et précarité sanitaire (Fassin, 1996c). Ici, la lutte contre le sida est intégrée dans la lutte contre la toxicomanie, justifiant l'ouverture de centres méthadone et l'organisation de programmes d'échange de seringues (Alpes-Maritimes, Nord) ; là, ce sont les acteurs de la lutte contre le sida qui se reconvertissent dans la lutte contre la toxicomanie (Ille-et-Vilaine, Hérault) ; ailleurs, le sida sert de support à l'adjonction d'un volet santé dans les contrats de ville, en direction des jeunes et des populations immigrées (Val-d'Oise).

Ces recompositions participent d'une médicalisation du travail social, ainsi que du travail politique. Comme le souligne Didier Fassin à propos de l'Afrique, « le sida fait ainsi naître les vocations et se développer le champ médical » (1996a, p. 164). Cette médicalisation peut être appréhendée sous la forme d'un marché, tant il est vrai que les aspects financiers sont loin d'être négligeables dans les multiples interventions qui se développent. Elle peut aussi être conçue comme une diversification de l'offre de soins, dans un contexte de perte de légitimité de la médecine officielle. Toute une série d'acteurs revendiqueraient ainsi le droit à une activité médicale, tandis que toute une série de problèmes sociaux pourraient être retraduits en termes sanitaires. Il convient toutefois de ne pas exagérer la portée de ces phénomènes, tant il ressort de notre étude que l'hôpital public demeure la pièce maîtresse du secteur sanitaire français. La médicalisation dans les institutions médico-sociales et politiques, bien qu'elle se pose en termes différents dans l'un et l'autre cas, n'est pour l'essentiel que la déclinaison et la reproduction du modèle curatif individuel dominé par les praticiens hospitaliers. Cette situation tient à deux facteurs déjà évoqués : à aucun moment l'État n'a remis en cause la centralité de l'hôpital public dans son système de soins ; le poids politique des médecins localement est loin d'être négligeable et il participe souvent d'une régulation forte entre les structures médicales et politiques. En outre, il n'est pas rare que les mêmes territoires se caractérisent par l'influence prépondérante de groupes sociaux dominants, proches des institutions médico-sociales qui ont une longue tradition d'intervention auprès des populations déshéritées. Lorsque se dessinent, comme c'est le cas en plusieurs endroits, des liens étroits entre ces groupes sociaux, une élite politique et une élite médicale, on conçoit aisément la force du modèle curatif individuel localement (Gironde).

Le développement de formes alternatives de prise en charge et de prévention

La place de l'hôpital public suscite des tendances centripètes, qui ne sont que partiellement contrecarrées par un mouvement centrifuge de prise de distance de la part de certaines associations. Développant une approche psychologique et sociale du sida, contestant l'approche curative individuelle au profit d'une démarche de santé communautaire, elles sont parfois amenées à radicaliser leur discours critique à l'encontre des médecins. Pour la majeure partie d'entre elles, cette prise de distance entraîne une décrédibilisation de leur action, au sens où

elles ne parviennent ni à asseoir leur légitimité, ni à obtenir suffisamment de crédits pour continuer à œuvrer.

Le développement de formes alternatives en matière de prise en charge et de prévention est un indicateur du degré d'intégration de la matrice institutionnelle sur un territoire. Plus ce degré est élevé et permet à l'hôpital public de dominer le champ de la lutte contre le sida, plus ces formes se développent en marge du dispositif dominant (Gironde). À l'inverse, plus ce degré est limité, soit que les liens qui unissent les structures sanitaires aux structures politiques et médico-sociales sont ténus, soit que l'ensemble est faiblement structuré, plus ces formes se développent au sein même du dispositif de prise en charge ou de prévention, tout en demeurant isolées (Alpes-Maritimes, Val-d'Oise). Par isolement nous entendons souligner le fait que ces formes demeureront localisées sans être en mesure de recomposer l'ensemble du secteur sanitaire. On pourra relever dans certains territoires des modèles de santé fonctionnant sur un registre communautaire, sans que ceux-ci ne soient en mesure de se généraliser à l'ensemble du dispositif national de lutte contre le sida (Nord).

Paradoxalement, il n'est pas rare que ces actions bénéficient du soutien des services de l'État, notamment des DDASS, ni qu'elles perçoivent des subventions de l'Agence nationale de recherches sur le sida ou d'Ensemble contre le sida. La mission sida de la Direction générale de la santé elle-même suit de près ces « expériences », qu'elle entend montrer en exemple pour d'autres territoires – et le mimétisme est l'un des traits qui caractérise les actions locales de lutte contre le sida. Ainsi peut-on voir des DDASS soutenir des actions de prévention s'inscrivant dans une logique de production endogène, dont les postulats sont pourtant différents de ceux qui guident la politique nationale de lutte contre le VIH puisqu'ils reposent sur l'hypothèse de situations différenciées face au risque-VIH et la nécessité de construire un discours de prévention qui s'appuie sur les représentations que se font les publics concernés de leur corps, de la maladie, du sexe (Hérault, Ille-et-Vilaine, Nord). Des structures de soins palliatifs qui entendent clairement se démarquer de la prise en charge hospitalière obtiennent aussi parfois un soutien, soit de structures déconcentrées (DDASS, CPAM), soit de structures nationales (Ministère, ANRS, ECS). L'État n'agit ainsi pas, en matière de lutte contre le sida, comme un ensemble cohérent et homogène, mais il tend au contraire à jouer sur des registres différents dont l'analyse nécessite de distinguer tant la Direction générale de la santé et la Direction des hôpitaux que les actions entreprises par les DDASS localement.

Plus généralement, la lutte contre le sida présente des traits déjà signalés par les auteurs travaillant sur l'institutionnalisation de l'action collective, un processus par lequel l'État développe des espaces de coopération caractérisés avant tout par leur faible degré coercitif (Duran et Thoenig, 1996). À une approche substantielle, l'État substitue une approche processuelle qui prend la forme de politiques constitutives, laissant aux collectivités locales le soin de définir leurs propres objectifs (Lascoumes, 1995). S'agissant de la lutte contre le sida, le ministère de la Santé met ainsi en place des procédures et des dispositifs destinés à mettre en forme les actions locales. Selon le contexte territorial et le degré d'intégration de la matrice institutionnelle, la DDASS dispose d'une marge de

manœuvre plus ou moins importante pour initier ou coordonner des actions. Toutefois, l'exemple du sida indique qu'il convient de ne pas surestimer l'importance de ces procédures dans la définition et la mise en œuvre de politiques locales : dès lors que le secteur sanitaire demeure fortement intégré à l'échelle nationale autour de règles institutionnalisées, définies par le couple État-profession médicale, les dispositifs mis en place localement ne permettent au mieux, même avec le soutien des services de l'État, que l'éclosion d'actions marginales ou isolées, dont la portée demeure toujours relative au regard de la force du modèle curatif individuel. De cet isolement ou marginalité, il apparaît impossible de conclure à l'avènement d'un modèle de santé publique.

*
* *

L'approche par les matrices institutionnelles permet, par conséquent, de relativiser la portée des recompositions observées dans le système sanitaire, dans la mesure où les changements intervenus à l'échelon national en matière de santé publique, déjà limités, ne trouvent qu'un faible prolongement à l'échelon local. Ce dernier offre, en effet, une capacité de résistance non négligeable mais trop longtemps sous-estimée s'agissant des questions sanitaires.

Dès lors, nous ne pouvons qu'être en désaccord avec une interprétation qui verrait dans les initiatives, issues notamment du secteur médico-social, la lente émergence d'une santé publique, qui prendrait ses racines dans les territoires et se développerait en marge des cadres institutionnels dominants. En effet, nous avons montré que si une partie des initiatives se développaient en marge des lieux légitimes, il n'en demeure pas moins qu'à brève échéance, elles seraient amenées pour survivre, soit à se rapprocher de ces lieux, soit à en reproduire les traits dominants. Certes, les processus de recomposition observables à cette occasion indiquent une ouverture croissante de l'hôpital sur la ville. Néanmoins, ces processus contribuent à renforcer la centralité de l'hôpital et du même coup à relégitimer l'ensemble du secteur sanitaire sans en modifier profondément la hiérarchie ni les valeurs dominantes. Les cadres institutionnels existants, loin d'être définitivement remis en cause, sont en réalité ajustés et remaniés pour tenir compte d'une représentation sociale de la maladie qui a évolué mais qui demeure centrée sur la profession médicale. Et si l'on peut percevoir « une certaine tension entre un objet de la santé publique qui est socialement constitué de plus en plus comme un enjeu politique et un champ de la santé publique où techniciens et décideurs s'efforcent, pour des raisons différentes mais convergentes, d'en neutraliser les effets » (Fassin, 1996b, p. 179), c'est précisément toute la force du système sanitaire que d'être capable d'intégrer ces changements, donc d'évoluer, tout en maintenant la structure hiérarchique et les principes du modèle curatif sur lesquels il repose. Autrement dit, la prégnance de ce modèle ne repose pas seulement sur la référence à des grands principes

qui guident l'action publique (Setbon, 1996), elle s'inscrit dans des matrices institutionnelles qui contribuent à la pérenniser.

Olivier BORRAZ

Centre de Sociologie des Organisations – CNRS
19, rue Amélie 75007 Paris

o.borraz@cso.cnrs.fr

Patricia LONCLE-MORICEAU

Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales et Sanitaires
École Nationale de la Santé Publique
Avenue du Professeur Léon Bernard 35043 Rennes cedex

ploncle@ensp.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bergeron H.**, 1999. – *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Borraz O.**, 1998. – *Les politiques locales de lutte contre le sida. Une analyse dans trois départements français*, avec la collaboration de P. Loncle-Moriceau et C. Arrouet, Paris, L'Harmattan.
- 1999. – « Pour une sociologie des dynamiques de l'action publique locale » dans **R. Balme, A. Faure, A. Mabileau** (éds.), *Les nouvelles politiques locales. Dynamiques de l'action publique*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Cattacin S., Panchaud C.**, 1997. – *Les politiques de lutte contre le VIH/sida en Europe de l'Ouest. Du risque à la normalisation*, en collaboration avec V. Tattini, Paris, L'Harmattan.
- Commaille J., Jobert B.**, 1998. – *Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ.
- Di Maggio P. J., Powell W. W.**, 1991. – « The iron-cage revisited : institutional isomorphism and collective rationality in organization fields » dans **W. W. Powell, P. J. Di Maggio** (eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, Chicago University Press.
- Duran P., Thoenig J.-C.**, 1996. – « L'État et la gestion publique territoriale », *Revue française de science politique*, 4.
- Fassin D.**, 1996a – *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- 1996b. – « Les nouvelles territorialités de la santé publique » dans *Santé publique et territoires. 10 ans de décentralisation*, Nancy, CNFPT-ENSP – Pir Villes CNRS-SFSP.
- 1996c. – « La production locale de la santé publique », *Prévenir*, 31.
- 1998. – « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique » dans **D. Fassin** (éd.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte.
- Friedberg E.**, 1993. – *Le pouvoir et la règle*, Paris, Le Seuil
- Hassenteufel P.**, 1997. – *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel P., Le Bihan-Youinou B., Loncle-Moriceau P., Vion A.**, 1998. – « L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et Brest » dans **D. Fassin** (éd.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte.

- Immergut E.**, 1992. – *Health policies, interests and institutions in Western Europe*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Jobert B.**, 1995. – « De la nécessaire incohérence de l'action étatique » dans **B. Théret** (éd.), *L'État, la finance et le social. Souveraineté nationale et construction européenne*, Paris, La Découverte.
- Lascoumes P.**, 1994. – *L'éco-pouvoir. Environnements et politiques*, Paris, La Découverte.
- 1995. – « Les arbitrages publics des intérêts légitimes en matière d'environnement », *Revue française de science politique*, 3.
- 1996. – « Rendre gouvernable : de la "traduction" au "transcodage". L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique » dans **CURAPP** (éd.), *La gouvernabilité*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Leca J.**, 1996. – « Ce que l'analyse des politiques publiques pourrait apprendre sur le gouvernement démocratique », *Revue française de science politique*, 1.
- Lert F., Marne M.-J.**, 1993. – « Les soignants face à la mort des patients atteints du sida », *Sociologie du travail*, 35, 2.
- Loncle-Moriceau P.**, 1998. – « Les politiques locales de jeunesse : laboratoire d'expérimentations territoriales ou politiques publiques transversales ? », *Politiques et management public*, 16, 3.
- Meyer J. W., Rowan B.**, 1991. – « Institutionalized organizations : formal structure as myth and ceremony » dans **W. W. Powell, P. J. Di Maggio** (eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, Chicago University Press.
- Montagnier L.**, 1994. – *Le sida et la société française*, Paris, La Documentation Française.
- Murard L., Zylberman P.**, 1996. – *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris, Fayard.
- Négrier E.**, 1998. – « Que gouvernent les régions d'Europe ? Échange politique territorialisé et mobilisations régionales » dans **E. Négrier, B. Jouve** (éds.), *Que gouvernent les régions d'Europe ? Échanges politiques et mobilisations régionales*, Paris, L'Harmattan.
- Nelson R. R., Winter S. G.**, 1982. – *An evolutionary theory of economic change*, Cambridge, Belknap Press.
- North D.**, 1990. – *Institutions, institutional change and economic performance*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Pierson P.**, 1994. – *Dismantling the welfare states ? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Powell W. W., Di Maggio P. J.** (eds.), 1991. – *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, Chicago University Press.
- Scott W. R., Meyer J. W.**, 1991. – « The organization of societal sectors : propositions and early evidence » dans **W. W. Powell, P. J. Di Maggio** (eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, Chicago University Press.
- Setbon M.**, 1993. – *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*, Paris, Le Seuil.
- 1996. – « Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique », *Revue française des affaires sociales*, 2.
- Simon H.**, 1973. – « The structure of ill-structured problems », *Artificial intelligence*, 4.
- Steffen M.**, 1995. – « Répondre à l'inattendu : les systèmes de santé face au sida », *Revue française d'administration publique*, 76.
- Urfalino P., Vilkas C.**, 1995. – *Les fonds régionaux d'art contemporain. La délégation du jugement esthétique*, Paris, L'Harmattan.
- Valarié P.**, 1998. – « Gouverner l'archipel urbain. Actions et réseaux de santé publique à Béziers » dans **D. Fassin** (éd.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte.