



HAL
open science

Les réseaux de santé en France : de la compréhension d'une nouvelle forme organisationnelle des soins à la construction d'un modèle de management paradoxal

C. Bruyere

► To cite this version:

C. Bruyere. Les réseaux de santé en France : de la compréhension d'une nouvelle forme organisationnelle des soins à la construction d'un modèle de management paradoxal. Gestion et management. Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II, 2008. Français. NNT : . tel-00519665

HAL Id: tel-00519665

<https://theses.hal.science/tel-00519665v1>

Submitted on 21 Sep 2010

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.

UNIVERSITE DE LA MEDITERRANEE, AIX MARSEILLE II

FACULTE DE SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION

CRET-LOG

Laboratoire Universitaire de Recherche en Sciences de Gestion spécialisé en Logistique

**LES RESEAUX DE SANTE FRANCAIS :
DE LA COMPREHENSION D'UNE NOUVELLE FORME ORGANISATIONNELLE DES
SOINS A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE DE MANAGEMENT PARADOXAL**

Thèse présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de

DOCTEUR EN SCIENCES DE GESTION

(Section C.N.U n°06)

MENTION : MANAGEMENT LOGISTIQUE ET STRATEGIE

Le 13 octobre 2008 par

Christelle BRUYERE

JURY

Directeur de thèse : Nathalie FABBE-COSTES

Professeur à l'Université de la Méditerranée - Aix Marseille II

Rapporteurs : Annie BARTOLI

Professeur à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Véronique PERRET

Professeur à l'Université de Paris Dauphine

Suffragants : Gilles PACHE

Professeur à l'Université de la Méditerranée - Aix Marseille II

Hervé MEUR

Chargé de mission URCAM PACA et Coordonnateur de réseau de santé

*La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation
aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

Il est coutume de dire que la thèse est un chemin, plus ou moins long, plus ou moins sinueux, plus ou moins éclairé mais assurément initiatique. Aussi, aujourd'hui, je prends le temps de me retourner en arrière pour dire « merci » à toutes ces personnes qui m'ont accompagnée ou que j'ai croisé, et qui ont su (et le sauront encore je le souhaite) glisser de précieuses boussoles dans mes poches.

Le premier remerciement que j'adresse est destiné au Professeur Nathalie Fabbe-Costes qui a accepté d'encadrer cette recherche doctorale. Répondant toujours présente pour me guider, ses qualités d'écoute et de conseils font d'elle une directrice de recherche remarquable. Qu'elle trouve ici toute ma reconnaissance pour sa disponibilité, sa confiance et ses nombreuses lectures de working paper !

J'exprime également toute ma gratitude aux professeurs Annie Bartoli, Véronique Perret, Gilles Paché et à M. Hervé Meur qui me font l'honneur d'évaluer le résultat de cette recherche et de m'accompagner dans mes derniers pas de doctorante.

Ma reconnaissance s'adresse plus généralement à l'Université d'Aix-Marseille II et à l'Université Jean Monnet de Saint-Etienne pour m'avoir offert les moyens de mener cette recherche. Je décerne une mention particulière aux membres du CRET-LOG pour leurs conseils et leurs remarques.

Mes remerciements vont aussi aux praticiens rencontrés au cours de cet itinéraire, qui m'ont accordé leur temps et leur sympathie. Je pense par ailleurs à ces personnes croisées au hasard des colloques et avec qui les échanges ont souvent été un réel stimulant. Parmi celles-ci, ma reconnaissance s'adresse plus particulièrement à Pascal Bonafini, Corinne Grenier, Bachir Mazouz et Isabelle Sauviat.

Enfin, une pensée chaleureuse pour ces personnes du quotidien, à commencer par ma famille, un réconfort absolu à la « plainte » du thésard. Je pense aussi à mes amis stéphano-marseillais. Parmi ceux-ci, une mention spéciale à Bruno, coach de tous les instants, Audrey, d'une grande empathie en sa qualité de doctorante, Nelly, soutien indispensable de fin de thèse, Delphine, relectrice assidue, Philippe, véritable hotline informatique, et enfin Nathan, Magalie et Lucas, des exutoires incontournables.

Merci donc à tous pour avoir fait de ces quatre années une jolie histoire !

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	1
PARTIE 1 - DE LA COMPREHENSION D'UNE NOUVELLE FORME	
ORGANISATIONNELLE DES SOINS ...	
ORGANISATIONNELLE DES SOINS ...	13
Chapitre 1 – Les réseaux de santé : un objet de recherche nébuleux.....	17
Chapitre 2 – Un état des lieux qualitatif des réseaux de santé.....	55
Chapitre 3 – Une situation de gestion complexe et paradoxale.....	107
PARTIE 2 - ... A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE DE	
MANAGEMENT PARADOXAL	
MANAGEMENT PARADOXAL	149
Chapitre 4 – Choix épistémologiques et méthodologiques	153
Chapitre 5 – Présentation des résultats intra cas	205
Chapitre 6 – Analyse des résultats inter cas	299
CONCLUSION GENERALE.....	357
Bibliographie	365
Annexes	383
Index des figures	443
Index des tableaux	445
Index des encadrés.....	447
Index des abréviations	449
Index des histoires	451
Table des matières	453

INTRODUCTION GENERALE

« La vérité est qu'il n'y a pas d'itinéraire, sinon imaginaire et ex-post... Ici, le chemin, c'est le marcheur [...]. Je vais vous présenter mon itinéraire, rationalisation après coup [qui] consiste à se représenter un itinéraire (et, sans aucun doute, cette représentation n'est pas tellement arbitraire) pour parvenir à un point théorique posant qu'il n'y a pas d'itinéraire »

Amiot et al. (1993), p. 19-20.

A. Le contexte de la recherche

« En France, près de 15 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques. Ces maladies [...] engendrent des incapacités, des difficultés personnelles, familiales et sociales importantes. Elles atteignent toutes en profondeur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. [...] Parce que notre système de santé doit s'adapter à cette réalité [...], il nous faut maintenant mettre en place toutes les conditions pour que les personnes atteintes voient s'améliorer leur qualité de vie. [...] Il est nécessaire que les gens qui les entourent, quels qu'ils soient et où qu'ils soient, puissent travailler ensemble pour permettre aux malades de vivre la vie la plus normale possible, hors de l'hôpital, même lorsque leur état requiert des gestes techniques fréquents et indispensables ».

Extrait d'un discours prononcé par Philippe Bas,
Ministre de la santé et de la solidarité
(24 avril 2007).

L'extrait de discours soulève deux défis que le système de santé français doit relever :

- La prévalence des maladies chroniques, accentuée par l'allongement de la durée de vie, implique qu'un nombre croissant de besoins de santé nécessite l'intervention de plusieurs spécialités complémentaires qui sont indispensables à la prise en charge des patients ;

- L'essor d'une conception extensive de la santé, qui n'est plus seulement associée au traitement de la maladie, mais qui renvoie plus généralement à un état de bien-être physique, psychologique et social, traduit un changement de la relation thérapeutique vers une approche globale des patients.

Ces défis remettent en cause les conditions d'accès aux soins. L'enjeu est de permettre une prise en charge globale en se recentrant sur le patient plutôt qu'en fonctionnant spécialité par spécialité ou pathologie par pathologie. Il s'agit donc de rompre la tradition consistant à travailler de façon isolée autour de territoires de compétences et d'encourager la coordination des acteurs de la santé. Face à cet impératif de coordination, les réseaux de santé apparaissent comme une solution organisationnelle cohérente et innovante pour pallier les insuffisances d'un système de santé jugé trop rigide et cloisonné.

Depuis plus de vingt ans, les réseaux de santé se sont développés de façon continue, et ils représentent aujourd'hui une forme d'organisation des soins inscrite dans le paysage des politiques publiques. Ils visent non seulement des pathologies chroniques (sida, cancer, diabète, etc.) mais aussi des populations complexes (personnes âgées, adolescents en difficulté, personnes en fin de vie, etc.). Ces deux types de cibles ont une caractéristique commune : les besoins de santé, pour être satisfaits, ne peuvent se résumer au seul domaine médical et exigent une pluridisciplinarité et un suivi de la prise en charge sur le long terme. Ainsi, avec les réseaux de santé, une nouvelle direction stratégique est donnée en cherchant un rapprochement des problématiques médico-sociales pour apporter une réponse concertée au problème de santé des individus.

Toutefois, malgré l'enthousiasme qu'ils suscitent, ils n'en sont pas moins l'objet de controverses. Ils sont mis en balance avec les coûts supplémentaires qu'ils génèrent. De nombreuses énergies locales sont déployées mais les plus values effectives se font attendre. Les pratiques territoriales foisonnent mais la visibilité est faible. Les financements existent mais ils restent insuffisants pour satisfaire les ambitions affichées. Les acteurs sont nombreux mais ils sont dispersés. Les premiers retours d'expériences paraissent parfois décevants compte tenu des attentes. Autrement dit, aucun réseau de santé ne fait actuellement figure de modèle. Alors que les réseaux de santé n'ont cessé de se développer en France, aucun réseau ne semble avoir véritablement fait ses « preuves » à ce jour, ce qui pose un problème de management intéressant du point de vue de la recherche.

Ce constat paradoxal invite en effet à questionner le développement de cette nouvelle forme d'organisation des soins, simultanément en pleine expansion, s'imposant comme une réponse organisationnelle « évidente », et en proie à des inquiétudes, mettant en doute leur fonctionnement.

Nous avons eu l'occasion de mettre à jour cette problématique lors d'un travail de mémoire de recherche réalisé au sein CRET-LOG (Centre de Recherche Universitaire en Sciences de Gestion spécialisé en Logistique) en 2004 (Bruyère, 2004). Ce mémoire s'était intéressé aux leviers de la coordination des connaissances dans les réseaux de santé et il avait été inspiré par un stage de Maîtrise effectué à la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) de Saint-Etienne en 2003. La mission de ce stage avait consisté à évaluer un réseau de santé financé par la DDASS. Le réseau en question cherchait à améliorer la prise en charge médico-sociale des personnes en situation précaire sur un territoire infra départemental. Il était entre autres ressorti, de ces recherches à l'origine de notre travail doctoral, les difficultés à encourager et former l'action collective sans pilote désigné et sans moyen de contrôle traditionnel dans un environnement pluriel, segmenté et incertain.

Les réseaux de santé se présentent ainsi comme une forme d'organisation propice pour mener des réflexions sur la problématique générale de l'action collective en milieu complexe. Ils prennent la forme d'organisations hybrides, composées d'acteurs individuels et institutionnels, où la dynamique des relations inter personnelles et inter organisationnelles est au cœur même de leur fonctionnement. Ils ne sont pas le simple prolongement de l'activité des professionnels de soins mais ils portent une véritable volonté de changement dans la façon même d'envisager les soins (Schweyer et *al.*, 2002). Les réseaux de santé sont un terrain où de nouvelles formes d'actions collectives sont à inventer pour répondre au mieux aux demandes de prises en charge des patients (Lamothe, 2002). Ils constituent ainsi des opportunités de recherche pour l'étude de la stratégie, non plus comme elle décidée, mais plutôt comme elle est façonnée dans l'action en l'étudiant sous l'angle des pratiques (Martinet et Hafsi, 2007 ; Rouleau et *al.*, 2007).

Partant de là, nos travaux se positionnent sur deux niveaux d'analyse :

- le réseau de santé en tant que mode d'organisation et espace d'innovation managériale ;
- les actions menées par les acteurs constitutifs du réseau de santé pour « faire face », et leur manière de construire des stratégies collectives.

Ces deux niveaux d'analyse sont associés pour satisfaire aux objectifs de la recherche liés au contexte d'étude :

- améliorer la compréhension des réseaux de santé qui restent un phénomène peu exploré alors même qu'ils sont aujourd'hui très répandus dans le système de santé français ;
- découvrir leurs modalités de gestion qui sont à ce jour méconnues.

L'ambition managériale de cette recherche est de contribuer à soutenir le fonctionnement des réseaux de santé en construisant des savoirs qui puissent être utiles pour l'action des praticiens (Barbier, 1996, 2007 ; Avenier et Schmitt, 2007). A cette ambition managériale est couplée une ambition scientifique qui dépasse le seul champ des réseaux de santé et que nous précisons plus loin dans le point E.

B. Les questions de recherche

Cette thèse s'est construite « chemin faisant » (Avenier, 1996, 1997) : chaque étape a été nécessaire à la construction de l'étape suivante et a ainsi contribué à confirmer et à enrichir les résultats précédents. Quatre questions de recherche ont rythmé le processus de thèse. Nous en reconstituons le fil directeur qui commence par le constat d'une polysémie théorique et empirique faisant des réseaux de santé un objet de recherche hétérogène et nébuleux. En effet, l'enthousiasme pour les réseaux de santé en France a entraîné un foisonnement de pratiques locales. Parallèlement, de nombreux récits circulent dans le système de santé pour raconter l'histoire de cette nouvelle forme organisationnelle véhiculant l'espoir d'une autre conception des soins. Dès lors, il nous est apparu indispensable, dans une première étape, de définir clairement notre objet de recherche. La première question de recherche a donc été la suivante :

↳ **Question de recherche 1 (QR 1) : qu'est-ce qu'un réseau de santé ? ... performant ?**

Pour se prémunir du risque consistant à entretenir l'illusion (Hatchuel, 2000) d'une nouvelle forme organisationnelle « salvatrice » et garder ainsi à l'esprit la frontière entre ce qui relève de la mystification et ce qui relève du fonctionnement des réseaux de santé existants, nous avons choisi de recourir à la construction d'un idéaltype de réseau de santé au sens de Weber (1992). L'intérêt d'un idéaltype est d'une part de rendre plus intelligible un phénomène complexe et d'autre part d'en étudier la distorsion avec la réalité. Dans notre recherche, l'idéaltype forme un tableau de pensée homogène qui permet de baliser le réseau de santé idéal vu par les acteurs (L'idéaltype correspond-t-il à l'idéal des acteurs ?) et de le confronter à la réalité perçue par eux-mêmes (Le fonctionnement des réseaux de santé existants correspond-t-il au fonctionnement de l'idéaltype ?). Il a servi à ce titre de guide et a induit une nouvelle question de recherche :

↳ **Question de recherche 2 (QR 2) : où en sont les réseaux de santé existants ?**

Les résultats de l'approche exploratoire qualitative menée ont révélé une importante distorsion qui a invité à prolonger la réflexion :

↳ **Question de recherche 3 (QR 3) : pourquoi des acteurs qui croient aux réseaux de santé tout en étant soutenus par l'Etat n'arrivent-ils pas à construire des réseaux de santé performants au sens de l'idéaltype ?**

Nous avons alors cherché des pistes de recherche pour expliquer la distorsion et *in fine* tenter de la réduire. Une mise en perspective théorique nous a amenée à considérer les réseaux de santé comme une situation de gestion complexe et paradoxale (Barel, 1989 ; Amiot et *al.*, 1993). Nous avons ainsi proposé d'expliquer la distorsion par le caractère paradoxal des réseaux de santé qui révèle des tensions managériales. Concevoir le problème sous l'angle des paradoxes permet d'avancer une explication nouvelle à la distorsion et suggère par ailleurs la possibilité de mobiliser des moyens d'action pour tenter de la réduire. Les paradoxes invitent à repenser les pratiques gestionnaires en ayant recours à des stratégies paradoxales pour trouver une issue aux tensions managériales (Perret et Josserand, 2003). Plus précisément, c'est une logique organisationnelle de dialogue qui a semblé *a priori* adaptée à la gestion paradoxale des réseaux de santé. Toutefois, à ce stade de la recherche, la question de sa pertinence pour la gestion des réseaux de santé d'une part et de sa mise en œuvre par les

acteurs de la santé d'autre part restait entière, ce qui nous a orientée vers une dernière question de recherche centrale :

↳ **Question de recherche 4 (QR 4) : comment s'opérationnalise la logique paradoxale de dialogue théoriquement adaptée à la gestion des réseaux de santé ?**

Cette dernière question de recherche a ouvert la voie à une seconde phase empirique qui a consisté à vérifier la pertinence de l'approche paradoxale pour la gestion des réseaux de santé et à étudier la mise en acte de la stratégie paradoxale par les acteurs afin de construire un modèle de management stratégique des réseaux de santé.

Les trois premières questions de recherche ont été des préliminaires indispensables à l'émergence du problème de recherche final et à sa formulation. Elles ont permis de s'extraire de l'apparente simplicité des réseaux de santé en pointant leurs difficultés de fonctionnement et en mettant à jour leur caractère paradoxal qui a invité à prolonger la réflexion sur les moyens d'action en milieu complexe.

C. Le cadre théorique

Notre cadre théorique s'appuie sur une littérature existante abondante et se forme utilement de façon pluraliste pour éclairer un objet de recherche original. Il se construit plus précisément autour d'un pilier (les réseaux de santé) que nous avons appréhendé au moyen de trois filtres théoriques inter reliés et choisis pour leur propriété éclairante à mesure des nouveaux questionnements qui se sont succédés dans la recherche.

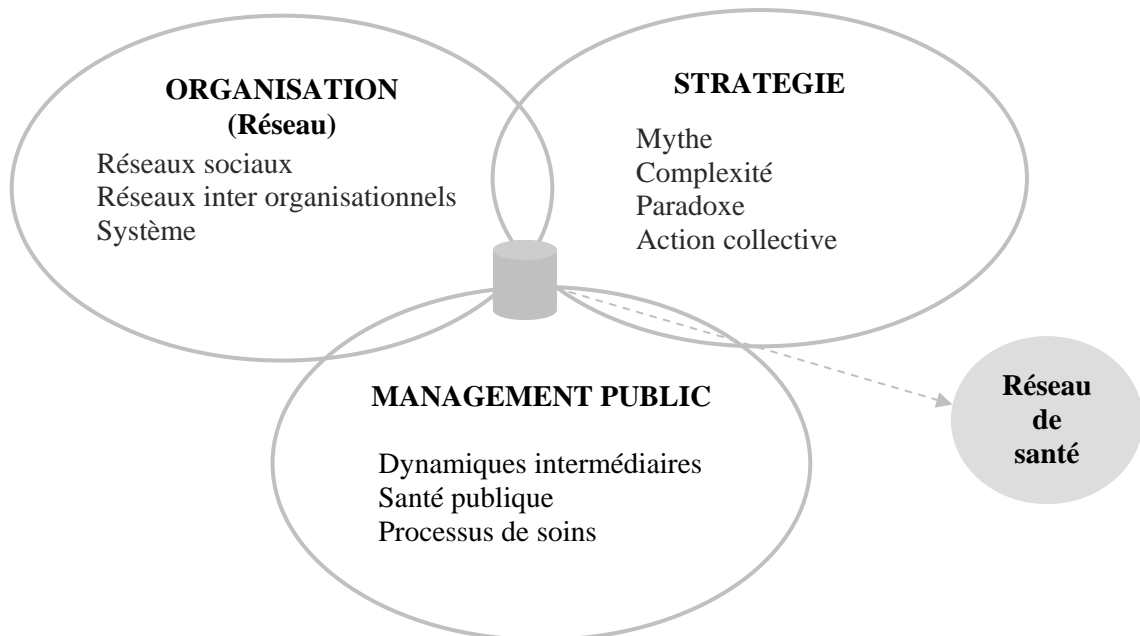
- Le filtre « Organisation » a consisté à interroger la forme réseau. Nous nous sommes intéressée aux réseaux d'acteurs individuels et institutionnels (*Entre autres*¹ Bakis, 1993 ; Assens, 2003 ; Musso, 2003a, 2003b ; Paché et Paraponaris, 2006) pour comprendre les mécanismes organisationnels sous-jacents aux réseaux de santé. Dans une approche systémique et sociopolitique (Crozier et Friedberg, 1977 ; Le Moigne, 1984 ; Morgan, 1999), nous avons par ailleurs mis l'accent sur l'interaction continue du réseau de santé avec son environnement et ses acteurs, l'amenant à s'ajuster en permanence aux évolutions de son milieu (Morin, 1977).

¹ Dans la présentation des trois filtres théoriques, nous nous centrons sur certains auteurs qui n'épuisent pas l'ensemble des auteurs consultés pendant cette recherche doctorale.

- Le filtre « Stratégie » a centré l'analyse sur l'action collective initiée par les acteurs participant aux réseaux de santé (Hatchuel, 1998). Nous avons alors souligné la complexité de l'action collective qui, tout en étant stimulée par des récits mythiques (Jacob, 1981 ; March, 1998), se heurtent à des logiques paradoxales invitant à repenser les modes de gestion traditionnels (Barel, 1989 ; Martinet, 1990 ; Perret et Josserand, 2003).
- Le filtre « Management public » a été mobilisé pour comprendre les spécificités du secteur public dans lequel évoluent les réseaux de santé (Bartoli, 2005). Nous avons appréhendé les réseaux de santé comme des dynamiques intermédiaires (Filâtre et De Terssac, 2005) entre des politiques publiques et des acteurs locaux qui cherchent une nouvelle cohérence des processus de soins à l'échelle du territoire.

La figure suivante présente les principaux thèmes auxquels nous nous sommes référée dans chacun des filtres mobilisés.

**- Figure A -
Cadre théorique de la thèse**



Source : élaboration personnelle

D. Le positionnement épistémologique et les choix méthodologiques

La posture épistémologique ne se trouve pas dans l'objet de recherche mais dans la démarche de recherche entreprise par le chercheur pour tenter de répondre aux questions qu'ils se posent (Charreire et Huault, 2002). Partant de là, annoncer que les réseaux de santé sont des construits sociaux ne suffit pas à justifier un positionnement épistémologique constructiviste. En revanche, le processus général de cette thèse, qui repose sur une volonté de construire une représentation nouvelle du phénomène en puisant des savoirs dans et pour l'action, inscrit ce travail dans une perspective constructiviste (Le Moigne, 1995 ; Avenier, 1997 ; Giordano, 2003a ; Thiétart, 2003).

Si la position épistémologique guide la démarche de recherche dans son ensemble, les choix méthodologiques proviennent directement des problèmes posés aux différentes étapes du processus de recherche. Aussi, cette recherche présente deux phases empiriques. La première phase a consisté à construire l'idéaltype de réseaux de santé vu par les acteurs de la santé. Pour cela, nous avons associé une revue de littérature professionnelle et institutionnelle à une étude exploratoire de quatre réseaux de santé. L'analyse des résultats de cette première approche qualitative du terrain nous a ensuite conduite vers une seconde phase empirique, laquelle a consisté à centrer la réflexion sur le management des réseaux de santé. Cinq cas de réseaux de santé ont alors été étudiés dans une perspective comparative (Vigour, 2005).

Notons que cette recherche se caractérise par un mode de progression fait d'allers-retours continus entre théorie et terrain, suggérant une complémentarité des démarches inductives et déductives : la confrontation entre l'idéaltype des acteurs et le fonctionnement des réseaux de santé existants a révélé une forte distorsion par induction. Nous avons ensuite cherché à la comprendre par une relecture théorique du problème. Le paradoxe a alors été utilisé comme un outil théorique pour proposer une explication à la distorsion. Par prolongement, le recours à une stratégie paradoxale a été formulé comme une réponse théorique provisoire et sommaire qui a guidé la seconde phase empirique (Quivy et Van Campenhoudt, 1995). Ainsi, le raisonnement déductif a permis dans un premier temps de conceptualiser le problème de terrain et a constitué dans un second temps le point de départ du processus de discussion. Notre procédé général de recherche relève de l'abduction (Koenig, 1993 ; David, 2000, 2003).

E. Les résultats attendus

Les résultats attendus de la recherche concernent tout d'abord la construction d'un idéaltype qui soit une base univoque de réflexion typifiant le réseau de santé idéalement souhaité par les acteurs. L'idéaltype de réseau de santé peut devenir à ce titre un outil de diagnostic pour les professionnels en guidant l'analyse de la distorsion avec les fonctionnements existants, permettant ainsi de situer les forces et faiblesses des réseaux de santé.

Par ailleurs, en envisageant les réseaux de santé sous un angle paradoxal, nous cherchons à développer des aperçus nouveaux et des stratégies originales susceptibles d'aider les praticiens dans la gestion de leur réseau. L'ambition de cette recherche est de prouver l'intérêt d'une gestion paradoxale et de lui donner de la consistance en l'alimentant des pratiques de terrain pour proposer *in fine* un modèle de management paradoxal des réseaux de santé.

Précisons ici que notre objectif n'est pas de résumer l'utilité des sciences de gestion à la production de connaissances directement actionnables, de type boîte à outils. Nous voulons davantage construire un modèle théorique représentant un réservoir d'idées dont le praticien pourra se saisir pour rendre intelligible son environnement, guider sa réflexion et stimuler son action (Hatchuel, 2000 ; Demil et *al.*, 2002 ; Avenier et Schmitt, 2007).

Plus généralement, la contribution que nous souhaitons apporter aux sciences de gestion relève du management stratégique en approfondissant d'une part les connaissances sur le fonctionnement des réseaux hybrides et leurs mécanismes organisationnels sous-jacents, et en enrichissant d'autre part les stratégies paradoxales envisagées comme une réponse possible à l'action collective en milieu complexe.

F. Le chemin de la thèse

La thèse s'organise en deux parties qui comprennent chacune trois chapitres. La première partie porte sur la définition même d'un réseau de santé et sur son fonctionnement. Ce travail est essentiel à la caractérisation et à la compréhension de notre objet de recherche. La seconde partie prolonge l'analyse des réseaux de santé en cherchant à découvrir et à étudier leurs modes de gestion.

Dans la première partie, nous commencerons par revenir plus précisément sur le contexte de la recherche, rapidement évoqué en introduction. Nous procéderons alors à une revue de littérature théorique, professionnelle et institutionnelle qui nous permettra de mesurer toute l'utilité sociale de la recherche et toute la difficulté de compréhension des réseaux de santé (Chapitre 1).

Face au caractère équivoque des réseaux de santé, nous réaliserons un état des lieux qualitatif qui consistera à comprendre comment les acteurs de la santé appréhendent cette nouvelle forme organisationnelle des soins et comment cette dernière se positionne à leurs yeux. Pour cela, nous mènerons une étude exploratoire reposant sur la construction d'un idéaltype de réseau de santé vu par les acteurs, que nous confronterons ensuite au fonctionnement des réseaux existants. Ce chapitre traitera les questions de recherche préliminaires 1 et 2 (Chapitre 2).

Il ressortira une importante distorsion que nous chercherons à expliquer par une mise en perspective théorique. Nous mobiliserons plus particulièrement le paradoxe pour conceptualiser les tensions managériales révélées par l'étude exploratoire. Nous proposerons alors d'expliquer la distorsion par les situations paradoxales inhérentes au fonctionnement des réseaux de santé et nous soumettrons l'intérêt de recourir à une stratégie paradoxale. Dans ce chapitre, nous étudierons la question de recherche 3 (Chapitre 3).

Partant des développements précédents et des prolongements à venir, nous préciserons notre positionnement épistémologique et nos choix méthodologiques pour étudier la mise en œuvre des stratégies paradoxales dans les réseaux de santé. Nous présenterons dans le corps de ce chapitre les cinq études de cas qui feront l'objet de nos analyses (Chapitre 4).

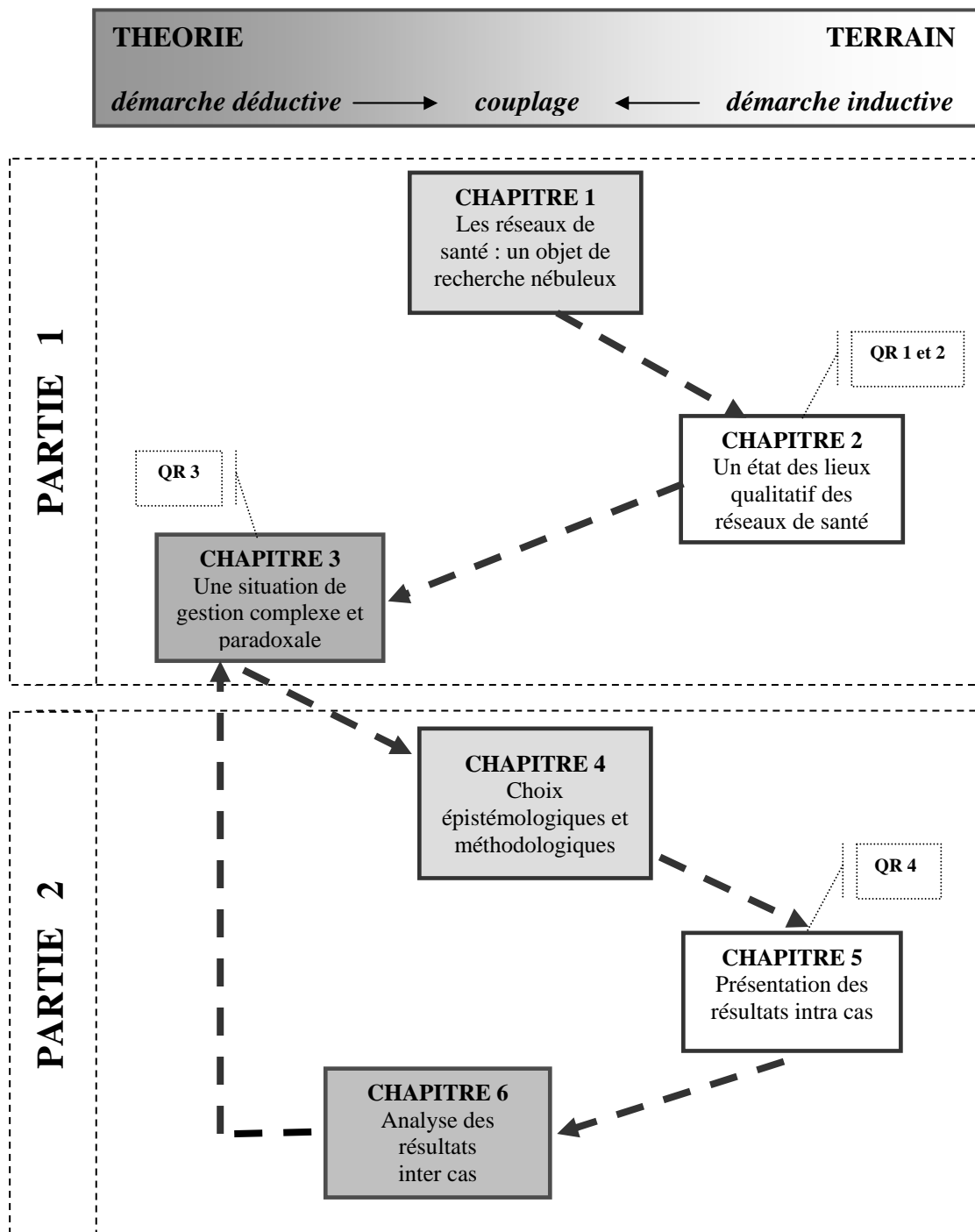
Nous exposerons ensuite les résultats intra cas de chacun des réseaux étudiés. Ces résultats ne seront pas des données brutes mais constitueront déjà des éléments d'analyse. Nous commencerons à répondre à la question de recherche 4 et nous en approfondirons l'étude dans le chapitre suivant (Chapitre 5).

Enfin, le dernier chapitre de la thèse se consacrera à une analyse inter cas qui permettra une discussion et une interprétation transversale des résultats éclairés d'un retour sur littérature. Nous proposerons alors un modèle de management paradoxal qui prendra appui sur la systémique ago-antagoniste (Bernard-Weil, 2002) (Chapitre 6).

En conclusion, nous ferons un bilan de la recherche en présentant ses apports et ses limites et en envisageant des pistes de recherche futures.

La figure suivante retrace le chemin qui a été suivi lors du processus de thèse.

- Figure B -
Chemin de la thèse



Source : élaboration personnelle

PARTIE 1



DE LA COMPREHENSION D'UNE NOUVELLE FORME ORGANISATIONNELLE DES SOINS ...

*« Idéal : modèle qu'on se compose,
en vue de l'admirer et de l'imiter.
L'idéal est toujours nettoyé d'un peu
de réalité qui ferait tâche »*

Alain, Extrait des définitions.



- INTRODUCTION PARTIE 1 -

Dans la mythologie grecque, la Chimère est une créature fantastique ayant une tête de lion, un corps de chèvre et une queue de serpent. Elle crachait du feu et fut tuée par un héros sur demande d'un roi qui s'inquiétait pour la vie de ses sujets. Ses interprétations mythologiques, étymologiques, biologiques, psychologiques, artistiques, etc. sont nombreuses mais toutes symbolisent la force procurée par l'association d'éléments composites. Cette force n'est toutefois pas absolue dans la mesure où la Chimère finit par être tuée. Elle incarne à la fois une force respectée par les autres et une hybridité qui dérange voire qui effraie. Ajoutons qu'elle désigne, dans le langage courant, une idée irréalisable qui n'a pas d'existence réelle et qui prend sa source dans l'imagination².

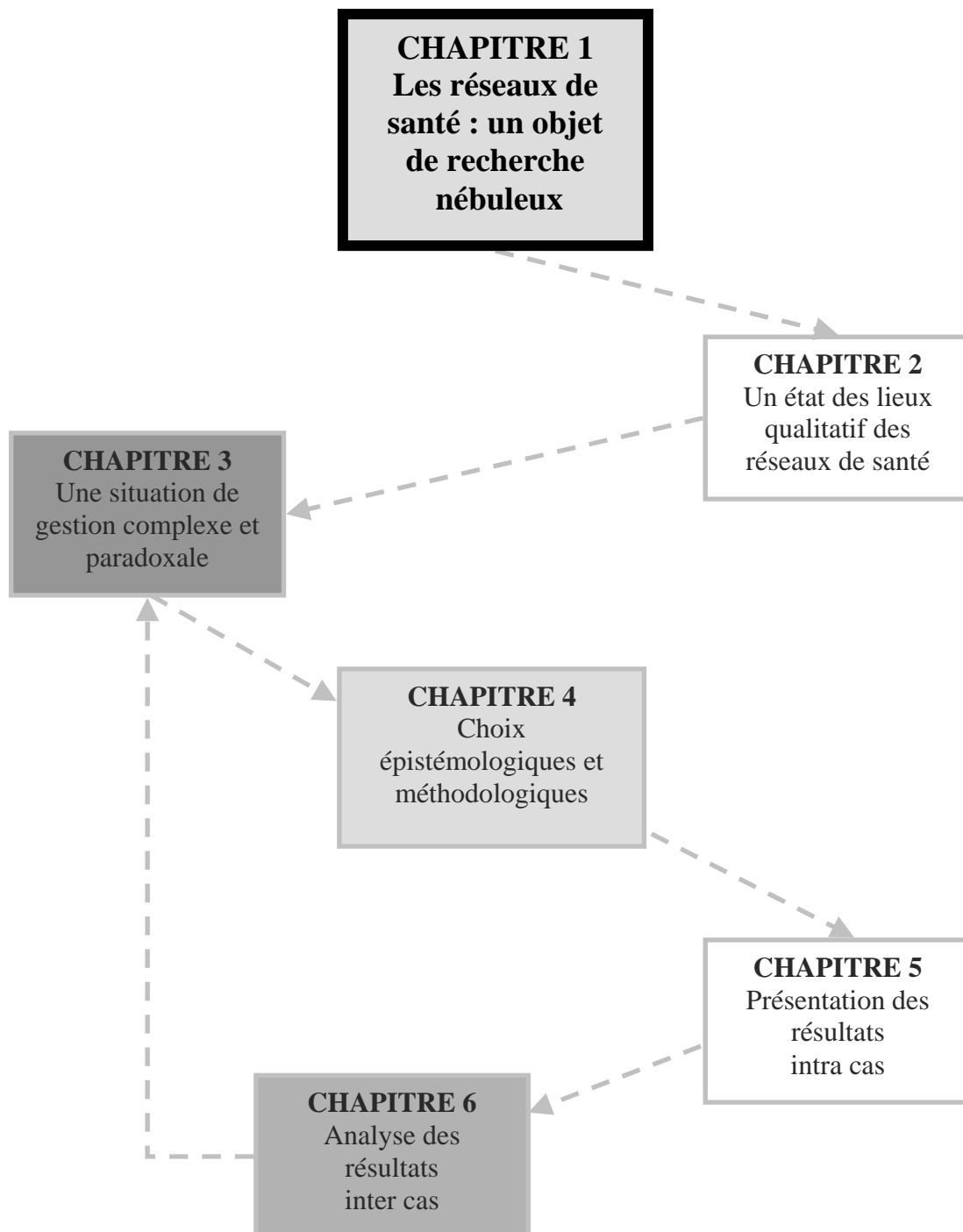
Les réseaux de santé, dans leur volonté de décloisonner le système de santé pour avoir une approche globale des soins, empruntent à cette créature. Ils mettent en musique l'offre de soins existante en composant avec des acteurs d'horizons différents qui exercent traditionnellement de façon isolée. Leur développement croissant et la ferveur qu'ils suscitent rappelle la force de la Chimère. L'analogie avec cette créature nous invite par ailleurs à questionner leur fragilité sans souhaiter présager de leur disparition. Dans cette voie, nous nous demanderons ce que cache l'engouement pour les réseaux de santé. Leur ascension traduit-elle un fonctionnement harmonieux ? Dans quelle mesure les réseaux de santé ne dérangent-ils pas le système de santé établi et les acteurs qui le constituent ? Le langage courant nous encourage également à interroger la part d'imaginaire collectif contenu dans les réseaux de santé. Dans cette perspective, nous nous intéresserons à leur charge symbolique. Dans quelle mesure les réseaux de santé ne tiennent-ils pas du mythe ? Et qu'en est-il de leur réalité de fonctionnement dès lors que l'on s'extrait des références mythiques ?

C'est à ces différents questionnements que nous essaierons de répondre dans cette première partie organisée en trois chapitres. Le premier chapitre étudiera l'enthousiasme pour les réseaux de santé et montrera en quoi cet objet de recherche se montre plus confus qu'il n'y paraît. Le second chapitre tentera de lever cette confusion en faisant un état des lieux qualitatif des réseaux de santé à partir d'un idéaltype empirique. Ce dernier révélera une forte distorsion avec le fonctionnement des réseaux de santé existants, ce qui nous conduira dans un troisième chapitre à chercher des éléments d'explication à la distorsion afin de la réduire. Nous verrons alors comment une relecture théorique des données empiriques fera émerger une problématique de gestion centrale dans notre recherche et déterminante pour l'action.

² Rey A. (s/d), *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, p. 737.

- CHAPITRE 1 -

LES RESEAUX DE SANTE : UN OBJET DE RECHERCHE NEBULEUX



S'imprégner du contexte de la recherche est un préalable indispensable à l'étude approfondie des réseaux de santé. Nous sommes très vite frappée par l'enthousiasme qui accompagne cette nouvelle forme organisationnelle des soins. Les travaux académiques et institutionnels sont nombreux à porter sur le devant de la scène les réseaux de santé comme une solution organisationnelle permettant de pallier les insuffisances d'un système de santé jugé trop rigide et cloisonné pour s'adapter aux évolutions médico-sociales de la société contemporaine et relever ainsi les nouveaux défis de santé. L'objectif de ce chapitre n'est pas d'alimenter l'engouement pour les réseaux de santé, ni de dénoncer l'enthousiasme qu'ils génèrent, mais de questionner cette apparente ferveur en explorant l'envers du décor.

Pour cela, dans une première section, nous commencerons par mettre en lumière l'engouement suscité par les réseaux de santé. Un bref détour par leur histoire nous permettra de comprendre pourquoi les acteurs de terrain et ensuite l'Etat encouragent fortement leur développement. Nous verrons que les réseaux de santé portent l'espoir d'une autre conception des soins centrés sur le patient et non plus uniquement sur la pathologie et la technique (§ 1.1).

Plus qu'un espoir, ils exercent une forme de fascination qui interroge sur la frontière entre mythe et réalité et soulève le risque d'entretenir l'illusion. Aussi, nous nous demanderons, dans une seconde section, dans quelle mesure les réseaux de santé n'empruntent pas au mythe. Après avoir fait un point sur la place du mythe en sciences de gestion, nous étudierons plus précisément les références mythiques attenantes aux réseaux de santé (§ 1.2).

Enfin, si les réseaux de santé, dans leur acception mythique, propose une projection vers une meilleure organisation des soins, ils n'en sont pas moins l'objet d'actions concrètes. Nous porterons, dans une troisième section, un regard plus pragmatique sur les nombreuses actions locales qu'ils initient : combien de réseaux ? Qui participe ? Dans quels types de réseaux ? Et pour quelle plus value ? (§ 1.3).

1.1 UN FORT ENTHOUSIASME POUR LES RESEAUX DE SANTE

170 millions d'euros investis en 2007 dans les réseaux de santé, une croissance continue depuis une vingtaine d'années, des réformes qui se multiplient pour encourager leur développement, etc. Les réseaux de santé marquent de plus en plus fortement le paysage sanitaire et social français. Pourquoi un tel enthousiasme ? Pour comprendre la progression du phénomène, nous commencerons par revisiter leur histoire. Nous verrons alors comment les réseaux de santé ont progressivement été suggérés par les acteurs comme une solution organisationnelle pour faire face aux insatisfactions du système de santé (§ 1.1.1). S'ils ont été impulsés à l'origine par des professionnels de soins, nous constaterons que l'Etat n'est pas un acteur étranger à leur développement en prévoyant entre autres une enveloppe financière spécifique. Les réseaux de santé entretiennent aujourd'hui une relation étroite avec les tutelles qui sont parties prenantes de leur développement (§ 1.1.2). Les réseaux de santé prennent ainsi la forme d'actions collectives organisées entre des professionnels de santé aux horizons multiples dont l'objectif est d'améliorer les soins dispensés aux patients en apportant une prise en charge globale. Ils portent l'espoir d'une autre conception des soins et les performances attendues sont nombreuses (§ 1.1.3).

1.1.1 L'HISTOIRE DES RESEAUX DE SANTE FRANÇAIS

1.1.1.1 Les premières expériences de réseaux de santé (1900)

Les premières expériences de réseaux remonteraient au dispositif de lutte contre la tuberculose au début de la première guerre mondiale (Vinas, 1998 ; Bonafini, 2002 ; Chobeaux, 2004). En 1900, la tuberculose causait près de 150 000 décès par an. Par ailleurs, on ne disposait d'aucun traitement actif de la maladie. Les risques de contamination en temps de guerre ont accentué la gravité de la situation. Une loi demandant l'ouverture de dispensaires dans les grandes villes fut votée. Le dispensaire était alors le pivot d'un réseau composé de médecins et d'infirmières travaillant conjointement avec l'hôpital public. Les patients contagieux étaient placés au dispensaire et recevaient des soins gratuitement. Les cas les plus atteints étaient orientés à l'hôpital pour une prise en charge spécialisée. Le dispensaire assurait également un diagnostic précoce et une surveillance épidémiologique. Les infirmières transitaient entre le dispensaire et le domicile des usagers pour faire de l'éducation sanitaire. Ce dispositif de prise en charge a ensuite disparu avec la maladie.

Par la suite, au sortir de la seconde guerre mondiale et face aux fléaux médico-sociaux de l'époque, l'Etat a mis en place un dispositif de prise en charge des maladies vénériennes, de l'alcoolisme, du tabagisme, etc. Ces réseaux étaient gérés par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et étaient appelés « réseaux sanitaires spécialisés » (RSS). Bien que ces réseaux aient été peu opérationnalisés, ils ont contribué à élargir le champ d'application en dépassant le seul domaine curatif au profit d'une prise en charge du patient plus étendue (soin, prévention et réhabilitation).

Enfin, une nouvelle étape a été franchie avec l'apparition des « réseaux de soins coordonnés » (RSC) en 1983 qui se donnaient comme objectif supplémentaire de rationaliser la prise en charge pour endiguer la crise économique du système de santé. *« L'objectif d'une politique d'implantation de R.S.C. est de limiter le recours à l'hospitalisation en modulant le degré de médicalisation de soins, et d'éviter les gaspillages en recherchant, par la concentration des équipements et des services, à produire les mêmes prestations à un coût moindre »* (Launois et al., 1985, p. 47). A la différence des réseaux précédents, les RSC étaient d'inspirations libérales et trouvaient leur origine dans les exemples américains de type Managed Care qui étaient avant tout motivés par une réduction des coûts. Nous reviendrons sur les expériences de réseaux de santé étrangers dans la deuxième section (§ 1.2.3.2). Seule une dizaine de tentatives de réseaux de soins coordonnés expérimentaux ont vu le jour à cette période en France.

1.1.1.2 La véritable naissance des réseaux de santé (1980)

L'émergence des réseaux de santé, tels qu'ils se développent aujourd'hui en France, remonte au milieu des années 1980. Cette période correspond à l'apparition de nouveaux problèmes de santé (dans sa définition extensive) pour lesquels la dimension sociale est importante : les hépatites, la précarité, les addictions (toxicomanie, alcoolisme, etc.), la gérontologie, etc. et le sida. Les premiers cas de sida ont été diagnostiqués en France en 1982 et ils ont été déterminants dans l'essor des réseaux de santé (Bungener, 1998). La rapide diffusion de cette maladie a mis en évidence les lacunes du système de soins et la nécessité de faire de la prévention. *« L'infection par le VIH est une maladie évolutive chronique dont la prise en charge doit mobiliser plusieurs catégories de praticiens : la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital est incontournable puisque ni l'une ni l'autre ne peuvent répondre isolément de manière satisfaisante aux besoins des patients. De plus, les besoins d'une personne souffrant du sida ne peuvent se résumer aux seuls soins médicaux : outre la nécessité d'un*

soutien psychologique et affectif, s'impose également celle de disposer d'aides pour effectuer les actes de la vie quotidienne » (Schweyer et al., 2002, p. 11). La prise en charge d'un sidéen nécessite l'intervention de nombreux praticiens des milieux médicaux et sociaux. Or, le système de santé français, dans son cloisonnement, ne permet pas en l'état une prise en charge globale.

Par ailleurs, jusqu'à maintenant, l'évolution du système de santé s'était faite en fonction du développement des techniques et des outils (Patte, 1998 ; Bonafini, 2001). La réforme hospitalière de 1958 qui annonçait l'apparition des CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) a favorisé les investissements lourds dans de nouveaux matériels, le développement de logiques d'experts et une spécialisation accrue autour de savoirs ou de techniques de plus en plus sophistiqués. Cette réforme a instauré une coupure nette entre la ville et l'hôpital en favorisant un approfondissement scientifique de la médecine hospitalière (Bercot et De Coninck, 2006). On observe une tendance similaire dans le domaine social qui s'est également largement structuré autour d'outils sociaux. L'apparition de nouveaux problèmes (chômage, précarité, désinsertion, etc.) s'est accompagnée d'une multiplication des dispositifs spécifiques (Revenu Minimum d'Insertion, allocations diverses, etc.).

Dans les années 1980, les professionnels de soins se sont donc retrouvés confrontés à de nouveaux problèmes de santé qui, soit n'avaient pas de solution technique, soit nécessitaient des compétences hors du champ médical. Les réseaux de santé se sont alors construits autour de la conviction des acteurs de la santé qu'il semblait impossible d'aboutir à une solution seul face au problème commun soulevé (Sauviat, 2001). « *[Ils se sont créés] en réponse à un problème concret complexe qu'aucune personne ou institution n'a été capable de résoudre seul* » (Claveranne et Pascal, 2001, p. 335). Ils ont mis en avant la nécessité de décroiser les divers champs de la santé et de s'extraire de cette logique de soins parcellisée pour mettre en œuvre une prise en charge globale et cohérente. « *Ce qu'un acteur seul ne peut plus accomplir, on espère qu'un collectif d'acteurs, mixant médecine locale et médecine globale, travail médical et travail social, pourra le rendre possible* » (Bercot et De Coninck, 2006, p. 9). De nombreux clivages étaient alors visés (Gremy, 1997) : ville / hôpital, généralistes / spécialistes, public / libéral, préventif / curatif, médical / social, professionnels / administrations.

Les réseaux de santé se sont développés sur fond de militantisme en proposant une nouvelle direction stratégique consistant à « *replacer le malade au centre des préoccupations* »

(Grenier, 2003, p. 2), à reconstituer « *une cohérence autour de la personne et non plus de l'organe, de la maladie ou de l'outil* » (Patte, 1998, p. 16). Ces nouveaux enjeux communément admis prennent quasiment valeur incantatoire et véhiculent une idée mobilisatrice idéalement source de cohésion (Enriquez, 1992 ; Bonafini, 2002). Ils fournissent plus modestement une direction stratégique évasive qui encourage la coordination des différents producteurs de soins. C'est dans cet esprit que de nombreux réseaux spontanés reposant sur le bénévolat sont nés dans les années 1980. Ils ont été soutenus par un important relais médiatique et une forte implication des usagers regroupés en associations militantes. Dans le domaine du sida, AIDES ou Act'Up en constituent des exemples.

Ainsi, ce rapide point historique met en avant deux temps forts : avant les années 1980, les réseaux relevaient davantage d'une volonté étatique pour faire face à des urgences de santé publique que représentaient les fléaux sociaux de l'époque. Ces premières expériences de réseaux ne se sont toutefois pas pérennisées. Après les années 1980, les réseaux se sont développés à l'initiative de professionnels de soins pour faire face aux carences d'un système perçu comme trop cloisonné et manquant de cohérence pour prendre en charge efficacement certains patients. Ils ont été le fruit d'une construction volontaire et ont initié une progression continue. Nous remarquons que si l'Etat était un acteur principal des premières expériences de réseau, il apparaît secondaire dans la naissance des réseaux de santé. Qu'en est-il aujourd'hui ? Quel rôle joue l'Etat dans cette nouvelle organisation des soins ?

1.1.2 LE ROLE DE L'ETAT

1.1.2.1 Les principales mesures de l'Etat

Les années 1990 marquent le début d'une reconnaissance progressive des réseaux de santé par les institutions. La notion de réseau est utilisée dans des textes réglementaires pour la première fois dans la circulaire DH/DGS du 4 juin 1991, relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital VIH³. Ce texte prévoit des financements mixtes entre l'Etat et l'assurance maladie et encourage la coordination entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Les réseaux ville-hôpital concernaient alors principalement les problèmes nouveaux générés par le sida et l'extension de la toxicomanie. Puis, ils se sont ouverts à

³ Circulaire DH/DGS du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

d'autres pathologies : hépatite C, cancer, etc. Mais cette nouvelle disposition a entraîné la multiplication de réseaux informels qui reposaient encore beaucoup sur le bénévolat.

Le véritable tournant des réseaux de santé a été opéré par les ordonnances Juppé du 24 avril 1996⁴. Ces ordonnances ont entraîné une nette progression du phénomène en permettant à de nombreuses actions collectives plus ou moins structurées de s'approprier l'appellation « réseau » (Bonafini, 2002). Elles soulignent l'insuffisance de prise en charge dans de nombreux domaines et donnent une base légale aux réseaux en proposant deux catégories : les réseaux de soins du Code de la santé publique qui encouragent les réseaux inter-établissements et les réseaux de soins expérimentaux du Code de la sécurité sociale plus connus sous le nom de réseaux Soubie. Ce sont des réseaux centrés sur des pathologies spécifiques. Ces deux types de réseaux répondent à des définitions juridiques distinctes alors même que leur visée est proche (Barre et Houdart, 1998).

Aussi, il faudra attendre les réformes de 2002⁵ pour avoir une définition unifiée des réseaux de santé, laissant de côté le qualificatif « réseaux de soins ». *« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers »*. Nous retrouvons dans cette définition l'ouverture souhaitée initialement par les acteurs de terrain, à savoir une pluridisciplinarité des soins non plus limités au seul champ médical, une conception élargie du processus de soins allant de la prévention au suivi et une prise en compte des usagers.

De plus, la loi de financement de la sécurité sociale de 2002 marque une rupture dans le financement des réseaux de santé en accordant un fond spécifique consacré à leur développement : la DNDR (Dotation Nationale de Développement des Réseaux). Cette

⁴ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁵ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

nouvelle enveloppe est la manifestation à la fois d'une évolution favorable de la législation et d'une volonté de limiter les éparpillements et les abus en matière de financement des réseaux. Elle vient en complément du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) qui finance des actions de coordination de soins (dont des réseaux de santé) et elle est répartie par arrêté ministériel en dotations régionales sous le nom de DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux). L'objectif affiché de cette dotation est de pérenniser le fonctionnement des réseaux de santé. Depuis le 1^{er} juillet 2007, le FAQSV et la DNDR sont réunis dans un même dispositif, le FIQCS⁶ (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins). En revanche, ces nouvelles modalités de financement ont une contrepartie : les institutions peuvent sélectionner les réseaux qu'elles souhaitent financer en fonction des priorités de santé publique et des critères territoriaux (Bonnin, 2004).

Nous constatons donc l'évolution croissante du rôle de l'Etat dans le développement des réseaux de santé à travers les dispositifs qui se sont succédés et dont nous n'avons présenté que les principales mesures. Un nombre considérable de textes de lois a été diffusé depuis la naissance des réseaux de santé, certains s'adressant plus spécifiquement à certaines pathologies⁷. Sur vingt ans d'existence, les réseaux sont ainsi passés d'un mode d'organisation spontané, à un mode d'organisation reconnu pour enfin prendre la forme d'un mode d'organisation « contrôlé » par les tutelles. Aussi, plus qu'un acteur du fonctionnement des réseaux de santé, c'est une vision politique que l'Etat véhicule à travers les réseaux de santé (Le Pen, 2001).

1.1.2.2 Une empreinte politique

L'architecture du réseau offre une lecture politique qui affiche un choix de société : verticalisation contre horizontalité, décentralisation contre centralisation (Musso, 2003b). Par prolongement, les réseaux de santé sont inévitablement porteurs d'une conception politique des soins. La volonté de se rapprocher du territoire et d'accorder plus d'autonomie aux acteurs locaux est perçue tour à tour comme un désengagement progressif de l'Etat lui permettant de

⁶ Le décret n°2007-973 du 15 mai 2007 a fixé l'entrée en vigueur du FIQCS au 1er juillet 2007.

⁷ Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux toxicomanie, à la suite de la circulaire n° 93_72 du 9 novembre 1993.

Circulaire DGS/DH n° 44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C. Circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.

Circulaire DGS/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulino-dépendant.

se défausser en cas d'échec ou comme une marque de reconnaissance accordée aux acteurs plus proches des réalités locales (Schweyer, 1998, 2004 ; Tanti-Hardouin, 2001 ; Polton, 2005 ; Dos Santos, 2007).

Selon les orientations politiques, les réseaux de santé sont ainsi revendiqués comme des réseaux de gauche ou des réseaux de droite (Le Pen, 2001). De façon prosaïque et caricaturale, la position de gauche voit dans les réseaux de santé un outil de gestion à vocation économique mettant potentiellement en péril la qualité des soins et la relation patient-médecin. Cette vision est marquée par l'inquiétude d'une dérive vers des systèmes de type Managed Care (§ 1.2.3.2). Ce sont des systèmes qui intègrent le financement et la délivrance des soins médicaux à travers des contrats passés avec les médecins et les hôpitaux. Ces derniers fournissent des soins aux adhérents du réseau qui en contrepartie payent un forfait annuel. Parallèlement, la position de droite voit dans les réseaux une organisation dirigée contre la médecine libérale. Les réseaux de santé sont alors appréhendés comme une alternative à la médecine libérale avec le paiement à l'acte.

Notons que, dans cette recherche, les réseaux de santé ne sont ni envisagés comme un instrument de contrôle des dépenses de santé ni comme un mode de prise en charge concurrent à la médecine libérale. Nous considérons les réseaux de santé comme une solution organisationnelle cohérente et innovante, mise en lumière par les acteurs de terrain et soutenue par l'Etat, pour répondre aux nouveaux défis du système de santé.

1.1.3 LES RESEAUX DE SANTE D'AUJOURD'HUI

1.1.3.1 Les nouveaux défis du système de santé français

Les nouveaux défis du système de santé sont nombreux : le vieillissement de la population, la croissance corrélative des malades atteints d'affections longue durée, la complexification de la trajectoire du patient, la nécessaire maîtrise des dépenses de santé, l'insuffisance de la prévention, etc. (Courrèges, 2004 ; DREES, 2007). Ces défis sont liés aux évolutions médico-sociales de la société auxquelles le système de santé a parfois du mal à répondre. Revenons sur quelques-unes des principales évolutions sociétales qui touchent directement la prise en charge des usagers et qui vont dans le sens d'une plus grande coordination des acteurs de la santé.

La première d'entre elles concerne l'augmentation des maladies chroniques. Si la prévalence des maladies chroniques témoigne paradoxalement d'une meilleure efficacité du système de santé, elle pose des problèmes importants en matière d'accès aux soins (géographiques et économiques) et en matière de qualité de vie. Notons par ailleurs que l'accroissement des maladies chroniques augmente la fréquence d'hospitalisations qui représente une part conséquente des dépenses de santé. Plus précisément, quatre pathologies chroniques sont particulièrement en augmentation : le cancer, le diabète, l'asthme et les maladies psychiques.

➤ En premier plan arrive le cancer qui constitue un problème majeur de santé publique pour les adultes. La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004⁸ préconise d'améliorer les conditions de la survie des patients atteints de tumeurs malignes, en assurant un dépistage précoce et une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée pour tous les patients.

➤ Le diabète fait également partie des priorités de santé publique tant sa progression est importante. Il est non seulement préoccupant pour la qualité de vie des patients au quotidien mais aussi parce qu'il est à l'origine d'autres états pathologiques. Les plus graves d'entre eux sont l'infarctus du myocarde, la cécité, l'insuffisance rénale chronique terminale et l'amputation d'un membre inférieur. La surveillance des personnes diabétiques et les mesures de prévention sont encore très faibles.

➤ L'asthme est une affection aux origines multifactorielles pour laquelle la composante allergique, la sensibilité individuelle, l'environnement et le mode de vie sont en interaction. Sa prévalence est élevée, et elle augmente en France ainsi que dans les pays de niveau de vie comparable. Sa prévention ne fait pas encore l'objet de recommandations précises bien qu'il soit reconnu qu'une meilleure prise en charge de l'asthme évite les hospitalisations et est susceptible de réduire la mortalité.

➤ Enfin, les maladies psychiques sévères (psychose chronique) sont également en augmentation en France. Il s'agit de la première cause de reconnaissance d'affection de longue durée chez l'adulte. Leur répercussion économique est considérable, tant par le poids

⁸ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui affirme pour la première fois la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique. Des objectifs à atteindre ont été fixés sur 5 ans et 5 plans nationaux ont été prévus à cet effet (la lutte contre le cancer, la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives, la santé et l'environnement, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares).

de ces pathologies au sein du système de soins que par leurs conséquences sur le travail et la vie sociale.

Ajoutons que la chronicité des maladies est accentuée par le vieillissement de la population : l'augmentation de l'espérance de vie accroît la probabilité de développer des maladies chroniques et inversement, la meilleure prise en charge des maladies chroniques augmente l'espérance de vie. Le vieillissement de la population pose notamment des questions en termes de qualité de vie, en termes de prise en charge de la dépendance et de la douleur et en termes de progression des dépenses de santé fortement corrélées aux hospitalisations croissantes des personnes âgées.

Ainsi, ces évolutions sociétales mettent à jour une complexification des processus de soins en élargissant le champ des acteurs concernés et des actions à mener (de la prévention au suivi des soins) et en encourageant une continuité des soins (Minvielle, 1996 ; Romeyer, 2001 ; Sauviat et Sampieri, 2001). Face à ce constat, les recommandations de l'Etat vont dans le sens d'une plus grande coordination des professionnels pour permettre une prise en charge globale et continue qui est nécessaire à la dispensation de soins adaptés dans le temps. Les réseaux de santé, dont l'histoire est fortement marquée par le sida, ciblent aujourd'hui un vaste champ de pathologies chroniques et de populations complexes. Le rapport IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2006 fait état des thématiques les plus fréquemment financées : les réseaux de soins palliatifs, suivis des réseaux cancérologie, gérontologie, diabétologie, addictologie et périnatalité (Annexe 1.1). Ces thématiques ne sont toutefois pas exclusives. Rappelons que les réseaux de santé concernent toute préoccupation de santé publique nécessitant une prise en charge globale qu'un professionnel, isolé dans son domaine de compétences, ne peut assurer.

1.1.3.2 Une réponse organisationnelle cohérente et innovante

Si nous comprenons bien en quoi les réseaux de santé se présentent comme une réponse organisationnelle adaptée aux nouveaux besoins de santé, leurs mécanismes organisationnels sous-jacents n'en restent pas moins méconnus. La visibilité limitée des réseaux de santé n'est certainement pas étrangère à cette faiblesse (§ 1.3.1). Aussi, compte tenu des connaissances restreintes que nous avons à ce jour de leur fonctionnement, parler de réseau de santé renvoie plus à une métaphore permettant d'imaginer l'organisation qu'à un véritable mode de fonctionnement opératoire (Offner, 1996).

Les réseaux de santé nous invitent à imaginer une organisation, sans frontières figées, dont le périmètre varie dans le temps et dans l'espace en fonction des coordinations nécessaires (Teil, 2001). Ils évoquent davantage une logique d'organisation qu'une configuration organisationnelle type (Cooper et Gardner, 1993 ; Friedberg, 1993 ; Assens, 1996, 1997 ; Louart, 1996 ; Offner, 1996 ; Fréry, 1997 ; Josserand, 1998, 2001, 2007 ; Livian, 1998 ; Kalika et *al.*, 2000 ; Desreumaux, 2001 ; Douard et Heitz, 2003 ; Pesqueux et Ferrary, 2004). Cette perspective du réseau implique de reconnaître qu'il n'existe pas une forme unique de réseau mais plutôt une hybridation des logiques d'organisation. En d'autres termes, il n'y a pas un « standard » de réseau de santé qui couvre tous les problèmes de prise en charge mais une multiplicité d'acteurs individuels et institutionnels qui se coordonnent pour apporter des réponses organisationnelles adaptées. Ces acteurs se mettent en relation en suivant certains principes structurants qui sont suggérés dans l'encadré suivant et que nous développerons par la suite.

- Encadré 1.1 -**Extrait de la charte des réseaux de santé de la CNR⁹
(Coordination Nationale des Réseaux de santé)****La personne est au cœur des préoccupations des acteurs de réseaux.**

Toute personne a droit à des soins de qualité sans discrimination aucune.

Toute personne dispose d'un droit inaliénable à la confidentialité des éléments qui concernent sa situation sanitaire, psychologique, sociale et sa vie privée.

Toute personne qui s'adresse à un membre du réseau est informée que celui-ci ne travaille pas seul, et qu'il pourra, dans le traitement de sa situation, éventuellement l'orienter vers d'autres acteurs. La collaboration des professionnels et des bénévoles est soumise à l'accord de la personne concernée.

Les acteurs du réseau doivent permettre le libre choix de la personne, par une information complète et loyale.

Ils ont conscience du savoir expérientiel de la personne, c'est à dire de ses propres capacités à améliorer sa situation sanitaire.

L'entourage de la personne, si celle-ci est d'accord, est partie prenante du travail en réseau.

Pour les acteurs des réseaux, le travail en réseau est une démarche volontaire et implique l'adhésion aux principes fondateurs suivants :

Le respect de la dignité de la personne au travers notamment de son adhésion au traitement et à la démarche médico-sociale,

Une attention pour faciliter son accès aux soins et aux droits sociaux,

Une vigilance accrue sur la circulation des informations relatives aux personnes et sur les modalités précises qui garantissent la confidentialité,

Le respect mutuel entre professionnels et bénévoles sans hiérarchie de statut,

L'acceptation d'une coordination des soins,

Le partage d'expériences et la confrontation des pratiques,

L'engagement à faire évoluer sa propre pratique et à œuvrer pour la modification des pratiques en général, y compris pour les actions de santé publique et de prévention,

Le décloisonnement institutionnel par des pratiques pluridisciplinaires et inter-institutionnelles,

La capacité à repérer les dysfonctionnements et à les faire évoluer,

Les acteurs du réseau s'engagent à respecter ces principes,

Ils s'engagent à ne pas utiliser le réseau à des fins commerciales,

Les institutions, les associations et les établissements s'engagent à donner les moyens à leurs professionnels de respecter ces engagements.

Source : www.cnr.asso.fr/presentationcnr/presentation.htm

Les réseaux de santé n'ont pas pour objectif de créer une offre de soins supplémentaire qui ferait concurrence au mode de prise en charge traditionnel mais de mettre en musique l'offre de soins existante. Ils se nourrissent des relations d'ores et déjà établies et s'appuient sur des réseaux moins visibles qui leur préexistaient (Lemieux, 1993, 1999 ; Bercot et De Coninck, 2002, 2006 ; Degenne et Forsé, 2004 ; Grenier, 2005). Bien qu'ils se tissent sur un socle sanitaire et social caractérisé par son fonctionnement bureaucratique (Bartoli, 2005), les

⁹ La CNR est une association créée en 1997 qui a pour objectif d'assurer une représentation nationale des réseaux de santé répartis dans toute la France et d'encourager leur développement en dispensant des formations aux professionnels, en organisant des rencontres inter-réseaux, etc. [en ligne] www.cnr.asso.fr (page consultée en 2006).

relations en leur sein sont de nature non hiérarchique (Escaffre, 1998 ; Josserand, 1998, 2007 ; Claveranne et Pascal, 2001 ; Teil, 2001). « *Le réseau, contrairement à l'organisation pyramidale, ne connaît pas la hiérarchie d'utilité [...]. Dans un réseau, on est soit essentiel soit inutile, et dans ce cas, on ne participe pas au réseau. La seule hiérarchie existante dans le réseau procède de la subsidiarité comme réponse à la complexité. [...] Pas de réseau sans liberté, pas de liberté sans subsidiarité, pas de subsidiarité sans confiance* » (Claveranne et Pascal, 2001, p. 341). La subsidiarité renvoie au principe de hiérarchie inversée. Elle consiste à redonner leur autonomie et leur pouvoir aux entités les plus proches du terrain où se produisent les résultats. Les réseaux de santé regroupent des acteurs autonomes et volontaires qui se coordonnent dans une logique de complémentarité horizontale, chaque acteur maîtrisant une compétence spécifique nécessaire à la réalisation d'objectifs communs (Paché, 1996). Ils dépassent les « *hiérarchies de valeurs internes* » (par exemple, le médecin hospitalier est réputé plus pointu que le spécialiste de ville, lui-même plus pointu que le généraliste de ville, lui-même au dessus des infirmiers) et repose sur la reconnaissance de la professionnalité de chacun dans son domaine (Bercot et De Coninck, 2006, p. 9).

Aussi, le réseau de santé représente « *l'ensemble des acteurs possibles et des chemins possibles existants à un moment donné pour un type de prise en charge ou un type de pathologie* » (Claveranne et Pascal, 2001, p. 337). Ils s'apparentent à des chaînes multi-acteurs modulables en fonction des besoins de santé (selon la nature des cas à traiter, selon la disponibilité des professionnels de soins, selon la volonté des patients, etc.). Les chaînes d'acteurs se constituent et désagrègent, tels des arrangements éphémères, pour répondre de façon adaptée à une demande ciblée (Fabbe-Costes, 2005).

Cette appréhension du réseau, par une combinaison de multiples chaînes d'acteurs entrecroisées, fait écho à la notion de réseau clignotant qui « *ne se veut pas être la définition d'un nouveau type de réseau mais plutôt une grille de lecture* » (Amans et al., 2006, p.2). Le réseau clignotant se fonde sur une approche topologique qui accorde une place centrale à la dynamique des relations (Amans et Loup, 2004 ; Amans et al., 2006 ; Bruyère et Verlaque, 2007). Cette approche consiste à envisager le réseau comme une structure de liens entre des points, lesquels forment des lignes qui se croisent formant ainsi des nœuds (Thorelli, 1986 ; Bakis, 1993 ; Assens, 1996). La notion de réseau clignotant s'intéresse aux relations entre ces nœuds et suggère que tous les acteurs d'un réseau n'interviennent pas au même moment. « *Certains nœuds sont activés simultanément en fonction de la participation des organisations correspondantes à différents projets en fonction des opportunités à saisir ; d'où le nom de*

réseau clignotant » (Amans et al., 2006, p.1). L'activation d'un nœud, donc d'un membre du réseau, se fait en fonction de la capacité du membre à répondre aux besoins en termes de ressources et de compétences utiles à la réalisation du projet. Si nécessaire, il n'est par ailleurs pas exclu de faire appel à des acteurs hors réseaux pour participer à une chaîne.

Dans cette mise en relation dynamique et mouvante, la pérennité du réseau est assurée par la potentialité des liens. « *C'est la potentialité des opérations de coopération qui assure la pérennité des liens entre les membres même si les nœuds correspondants ne sont pas activés à un instant i donné* » (Amans et al., 2006, p. 5). La participation à un projet est ainsi représentée par le clignotement. Le réseau clignotant est un mode d'organisation qui témoigne d'un décloisonnement du système par la formation d'une ou plusieurs chaînes d'acteurs dont la configuration est variable en fonction des besoins.

Nous utilisons cette grille de lecture pour avoir une image du fonctionnement des réseaux de santé. Tous les professionnels de soins du territoire qui sont concernés par la thématique d'un réseau de santé ne vont pas intervenir simultanément dans une prise en charge. Les chaînes de soins se forment en mobilisant les ressources disponibles et adaptées pour apporter une réponse cohérente au problème de santé de la personne. La visibilité et la connaissance des acteurs en présence sur le territoire sont alors des pré-requis indispensables pour un agencement approprié en fonction des besoins de santé. A ce titre, les coordonnateurs de réseaux interviennent comme des facilitateurs de liens en jouant le rôle d'acteurs tiers (Geindre, 2001) qui ne participent pas directement aux chaînes de soins mais qui les soutiennent (Sauviat, 2001 ; Grenier, 2005 ; Bercot et De Coninck, 2006).

C'est ainsi qu'un réseau gérontologique pourra voir intervenir en son sein des médecins généralistes, des gériatres, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des hôpitaux, des maisons de retraites, des aides ménagères, des aides à domicile, des diététiciens, des psychologues, des associations d'usagers, etc. L'objectif n'est pas que tout le monde puisse tout faire mais que chaque acteur aboutisse plus facilement à identifier qui fait quoi et comment il le fait (Grenier, 2003, 2006a). Il n'est pas question que « *des travailleurs sociaux attentifs à la santé en viennent à prendre en charge de manière lourde des problèmes qui ne relèvent pas d'eux (suivi d'un cancéreux, d'une personne en grande souffrance psychologique...) et que le médecin considère la pauvreté comme une maladie, au lieu de s'intéresser à la maladie de la personne en difficulté socio-économique* » (DGS, 1997, p. 129-130).

Les réseaux de santé s'inscrivent dans une logique de partage en cherchant à mettre en relation différents professionnels autour d'un problème par rapport auquel chacun pourra apporter son éclairage selon son domaine d'expertise. *« Il est plus efficace que chacun apporte son éclairage selon son expertise dans son domaine de spécialité plutôt que de passer du temps à essayer de transférer des connaissances entre eux, sur leurs domaines d'expertise respectifs »* (Charlot et Lancini, 2002, p. 146).

Dans la perspective réticulaire « clignotante », la potentialité des acteurs participant aux réseaux de santé est double : potentialité de participer à la chaîne de soins et potentialité d'accéder à un ensemble de ressources. Elle prend la forme d'un quasi-altruisme généralisé : je suis un potentiel pour le réseau en participant mais j'attends du réseau qu'il le soit pour moi (Kennett, 1980). Cette relation de réciprocité est par ailleurs positivement liée à la confiance, en ce sens qu'un acteur aura d'autant plus de probabilité d'être activé pour intervenir dans une prise en charge qu'il existe une relation de confiance avec lui, confiance favorisée par la proximité géographique (Mothe, 1999 ; Geindre 2001, 2005 ; Josserand, 2001 ; Voisin, 2004 ; Assens et Accard, 2007). C'est ainsi que *« le réseau se fait ou se défait en fonction de la confiance accordée ou reprise »* (Bercot et De Coninck, 2002, p. 13).

Escaffre (1998) va plus loin en suggérant que le réseau de santé existe, non plus seulement par la confiance de ses membres, mais aussi par la solidarité qui les unit et les encourage à défendre des idéaux communs. Dans cette approche, les réseaux de santé incarnent une nouvelle forme de solidarité et deviennent une *« sorte d'île repérable dans l'océan des maladies et des détresses sociales de notre époque. Sites privilégiés pour lutter contre la douleur, le cancer, le sida, la sénescence, l'alcool, le suicide, la dépression... »* (Dorfiac-Laporte, 2001, p. 10).

En résumé, nous proposons dans l'encadré suivant les principes fondateurs des réseaux de santé.

**- Encadré 1.2 -
Principes fondateurs des réseaux de santé**

- principe de non concurrence : les réseaux de santé ne font pas concurrence au processus de soins traditionnel.
- principe d'efficacité : les réseaux de santé visent une mobilisation adaptée des ressources existantes pour mettre en œuvre une prise en charge globale nécessaire à certains problèmes de santé.
- principe de modulation : les réseaux de santé s'apparentent à des chaînes de soins qui se forment et se déforment en fonction des besoins de santé.
- principe de subsidiarité : la nature des relations est non hiérarchique et repose sur une logique transversale de complémentarité nécessaire à la réalisation d'objectifs communs.
- principe de partage : la coordination des professionnels permet un partage d'expériences et de points de vue qui sont indispensables à une approche globale de la santé.
- principe de potentialité : les réseaux de santé représentent des réservoirs de potentialités qui sont garants de la pérennité du réseau.
- principe de confiance : les relations reposent sur la confiance (voire la solidarité) des acteurs qui est favorisée par la proximité géographique.

source : élaboration personnelle

Nous constatons que l'enthousiasme dont les réseaux de santé font l'objet conduit à une vision parfois teintée d'angélisme qui les décrit comme des organisations heureuses composées de producteurs de soins naturellement altruistes et animés par un profond désir de coordination pour le bien être collectif. Cette vision des réseaux rappelle qu'une organisation n'est pas seulement un ensemble d'individus guidés par des objectifs communs mais c'est aussi un système culturel, symbolique et imaginaire qui véhicule des références mythiques (Bartoli, 1991 ; Enriquez, 1992 ; Livian, 1998 ; March, 1998, 1999). Or, dans notre recherche, « *on ne peut pas confondre les doctrines et l'action collective [...] on ne peut pas non plus étudier l'action collective sans référence aux doctrines qui la rendent possibles* » (Hatchuel, 2000, p. 25).

Hatchuel invite à notre sens à une réflexion fondamentale, pour la suite de notre recherche, sur l'articulation mythe-réalité : dans quelle mesure les réseaux de santé, tels qu'ils sont annoncés, ne tiennent-ils pas du mythe ? Les acteurs ont-ils toujours clairement conscience de l'existence de mythes ? N'y a-t-il pas régulièrement amalgame entre mythe et réalité ? Et comment pouvons-nous intervenir en tant que chercheur en sciences de gestion dans cette confusion ? Faire l'impasse sur ces questions nous conduirait à prendre le risque d'entretenir l'illusion et de porter un regard biaisé sur les réseaux de santé. Dès lors, pour prendre la mesure de la charge symbolique des réseaux de santé, nous procéderons en deux temps : tout d'abord, nous étudierons plus en avant les références mythiques véhiculées par les réseaux de santé (§ 1.2). Puis, fort de ce premier travail, nous prendrons garde à nous détacher de l'incantatoire pour nous recentrer sur l'action concrète mise en œuvre par les acteurs (§ 1.3).

1.2 DES REFERENCES MYTHIQUES

Le management est un grand producteur et consommateur de mythes (March, 1998, 1999). Aussi, nous commencerons par faire un rapide point sur les origines et les fonctions sociales des mythes (§ 1.2.1). Ensuite, nous étudierons plus en avant les mythes propres au secteur de la santé (§ 1.2.2) avant de cibler plus précisément les références mythiques attenantes aux réseaux de santé (§ 1.2.3).

1.2.1 ORIGINE ET FONCTION SOCIALE DES MYTHES

1.2.1.1 Acception du mythe

Grimand (2005) définit le mythe comme un récit imaginaire inventé par l'homme pour donner sens à sa vie. Castoriadis souligne que l'imaginaire dont il est ici question n'est pas l'imagination psychologique qui serait le fait d'un individu mais « *c'est, indivisiblement, le fait d'un collectif anonyme qui transcende les individus et s'impose à eux* » (Giust-Desprairies, 2005, p. 24-25). Le mythe est investi d'une charge affective, entretenue par l'imagination, qui exerce une fascination sur l'individu. Il contribue à la cohésion des groupes sociaux (Jacob, 1981 ; Enriquez, 1992). March considère que la foi en un mythe « *cimente une communauté* » (March, 1999, p. 9).

Il donne l'espoir de pouvoir un jour transformer le monde présent en un monde possible qui paraît meilleur (Jacob, 1981). Il se rapproche à ce titre de l'utopie qui naît en réaction aux insatisfactions de la société et puise dans l'imaginaire pour rêver d'un ailleurs (Breton, 1995 ; Sfez, 1995, 1999, 2003, 2005).

La spécificité du mythe tient à sa dimension narrative. Il fait l'objet de récits qui racontent son histoire. Il se forme en recombinaison des fragments de réalité pour créer de nouvelles structures, de nouvelles idées (Jacob, 1981). Les mythes sont des recoupements de textes, de rites, de cérémonies, de traditions, etc. « *[Leur] corpus n'est jamais exhaustif, et [leur] unité demeure inaccessible. [...]. Cependant, l'idéal exigé par l'esprit impose une fictive unité* » (Clément, 2002, p. 48). Grimand (2005) précise que le mythe n'est pas assimilable au conte dans la mesure où il doit être crédible, en ce sens qu'il doit présenter une cohérence avec les

attentes des individus (March, 1998, 1999). Peu importe qu'il soit finalement perçu comme « vrai » ou « faux » par la société tant qu'il donne l'illusion de compréhension du monde.

Le mythe est à ce titre socialement construit à partir d'un processus de simplification. « *Les individus dans les organisations ne peuvent comprendre leurs expériences que s'ils construisent des histoires crédibles et compréhensibles par les autres. Cela suppose des simplifications et des interprétations* » (March, 1998, p. 37). C'est parce que nous sommes tous dotés de capacités cognitives limitées que nous ne pouvons penser et décrire notre monde qu'en opérant à des réductions simplificatrices. Nous sommes à ce titre des constructeurs de mythes au quotidien (Weber, 1992). Il y a donc par nature une imbrication entre mythe et réalité dont nous ne sommes pas nécessairement conscients.

Avant d'interroger la fonction sociale des mythes, nous complétons l'approche succincte qui vient d'être faite par un point étymologique et historique présenté dans l'encadré suivant.

**- Encadré 1.3 -
Définition historique et étymologique du « mythe »**

Mythe vient du latin « mythos » qui signifie « fable, récit fabuleux ». Le mythe se réfère à une histoire inventée, un récit. Ce terme a très vite été l'objet de multiples emprunts. Au XIX^e siècles, il se dit également d'une représentation idéalisée d'un état passé de l'humanité. Il prend aussi le sens, dans un contexte sociologique, de construction de l'esprit sans relation avec la réalité et d'image simplifiée souvent illusoire (av. 1865). Le mythe est conçu comme jouant un rôle déterminant dans le comportement, l'appréciation des choses, d'un individu ou d'une collectivité.

Source : Rey A. (2004), Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française, p.2333.

1.2.1.2 Fonction sociale des mythes

Les récits imaginaires font partie intégrante de « *toute société [qui] est dans la nécessité de se forger une représentation d'elle-même comme « idéalement impérissable* » (Giust-Desprairies, 2005, p. 22). Ils donnent du sens à l'existence et nous offrent des repères pour mieux appréhender notre rapport au monde (Jacob, 1981 ; Ansart, 1990). « *Il[s] donne[nt] une vision du monde bien mieux ordonné et contrôlé par l'homme qu'il ne l'est vraiment* » (March, 1998, p. 37). L'ordre ainsi apporté par les mythes n'est toutefois pas exempt d'ambiguïté. Cette ambiguïté leur confère paradoxalement toute leur efficacité en agissant

comme un accélérateur de la diffusion et de l'acceptation des mythes. Elle autorise une certaine liberté de penser et de repenser le récit et par voie de fait une liberté d'action (Landry, 1995b).

Les mythes interviennent ainsi comme « *un levier de réduction de la complexité* » (Grimand, 2005, p. 7). Par un processus de simplification, ils fournissent des explications aux événements et expériences. Mythe et action collective sont donc intimement liés. « *Les mythes [...] apparaissent dès lors comme une condition de l'action, en même temps qu'ils structurent les identités, les croyances, les appartenances* » (Grimand, 2005, p. 7). La croyance en un mythe crée du sens pour les individus et encourage l'action collective, qui de façon récursive renforce cette croyance (Sfez, 1995 ; March, 1999). Le mythe autorise une projection vers le futur qui contribue à constituer notre présent et à stimuler de nouveaux modes de fonctionnement. « *L'individu doit penser des futurs personnels possibles qui contribuent à constituer son présent. Ces futurs possibles peuvent en retour influencer sur la vie de l'humanité entière, étant donné la dialectique du local et du global* » (Giddens, 1993, p. 455). Le « réalisme utopique » de Giddens voit dans la pensée prospective un stimulus pour le quotidien. Ce « réalisme utopique » est porteur d'optimisme, en ce sens qu'il recouvre une capacité à stimuler de nouvelles formes de solidarité et de nouveaux possibles sociaux (Gagnon, 1993). Giddens souligne néanmoins que si la projection vers des futurs possibles est un moteur potentiel de l'action collective, rien ne garantit la réalisation effective de ce futur.

Cette conception n'est pas sans rappeler celle de « projet utopique » de Sfez (1995) ou de « mythe rationnel » d'Hatchuel (1998, 2000). Le « projet utopique » introduit le progrès technologique comme une passerelle privilégiée permettant de transiter du récit utopique au projet utopique. « *En reprenant la forme utopique, seule capable de motiver les changements radicaux, les projets utopiques en élargissent les caractéristiques, en forcent les traits et se présentent non seulement comme réalisables mais encore déjà engagés dans la réalité contemporaine* » (Sfez, 1995, p. 121). Le « mythe rationnel » relève quant à lui d'un processus de rationalisation du mythe. Ce processus consiste à se départir du dogmatisme du mythe et à fournir un effort d'intelligibilité et de contrôle dans un cadre collectif particulier afin de s'approcher du registre de l'action. Le mythe rationnel se distingue du mythe sur deux points essentiels : il est révisable (il est un récit partiel transformable dans l'action) et il n'est pas illusoire (il s'inscrit dans un cadre de relations pensables et possibles).

Ainsi, d'une façon générale, deux fonctions semblent imputées aux visions mythiques permettant de se projeter vers le futur : une fonction de structuration (la projection contribue à structurer le présent) et une fonction d'intermédiation (la projection favorise le dialogue dans une perspective d'action) (Schmitt, 2005). Gardons nous enfin de tout discours séduisant en rappelant que si les mythes jouent un rôle constructif, ils n'ont pas toujours été moteurs d'actions positives : « *si l'imaginaire est source de création humaine, ses œuvres n'ont pas nécessairement, par elles-mêmes, valeur positive : poèmes et délires, cathédrales et camps de concentration en procèdent également* » (Giust-Desprairies, 2005, p. 23).

Après avoir fait un point sur l'origine et la fonction sociale des mythes, nous revenons au champ de la santé qui nous intéresse. Nous allons voir que ce secteur est fortement marqué par la quête mythique de la santé parfaite.

1.2.2 LA QUETE DE LA SANTE PARFAITE

1.2.2.1 La grande santé scientifico-technique

La santé a de tout temps occupé une place primordiale dans nos existences. Cependant, si le souci de la santé n'est pas une préoccupation contemporaine, celui-ci a évolué et l'exigence vis à vis de notre santé semble actuellement plus présente (Halpern, 2005).

Sfez voit dans la quête de la « Santé Parfaite » l'Utopie du XXI^e siècle (Sfez, 1995, 1999, 2003, 2005). Elle consiste à rêver un homme parfait et immortel grâce à une purification générale du corps et de l'environnement. Il s'agit non seulement de lutter contre des maux extérieurs mais aussi de prévenir ce qui nous menace de l'intérieur. Le progrès des sciences et techniques permettrait de façonner cet homme en « *Grande Santé* ». « *L'homme peut créer une créature à son image, grâce à la science, tout comme il est à l'image de Dieu. Dieu avait créé une compagne parfaite de l'homme au paradis terrestre. Cette compagne s'est dégradée. La science peut la restituer dans sa perfection originelle dans un simulacre de la soeur promise* » (Sfez, 1995, p. 19).

Sfez décrit ainsi un homme en « *Grande Santé* » qui pourrait, grâce à la science, se soigner *a priori* avant l'apparition des symptômes. Il donne l'exemple de pratiques d'ores et déjà fréquentes aux Etats-Unis : l'ablation des ovaires ou des seins à titre préventif chez les femmes à risque qui ont des antécédents familiaux, et ce pour prévenir le développement de cancers. C'est une forme de purification qui consiste à retirer les organes qui pourraient

devenir pathogènes. Cette utopie scientifico-technique de la « Grande Santé » véhicule l'illusion de la toute puissance d'une certaine conception scientiste de la médecine où la purification organique serait rendue possible par les progrès médicaux.

1.2.2.2 La grande santé réhumanisée

L'utopie de la Grande Santé repose sur la technologie et plus particulièrement les progrès technique de la médecine. Cette quête de la santé parfaite laisse toutefois de côté les aspects sociaux liés à la personne. Or, « *la santé prend un sens pour un individu dans un certain milieu social face à certaines contraintes. [...] Contre l'utopie scientifico-technique d'une santé parfaite, il faut sans doute réhumaniser une santé trop souvent appréhendée de manière positiviste, sous le seul angle du médical. Peut être convient-il de la remettre en perspective en l'éclairant tout simplement non pas seulement par les sciences de la vie mais par les sciences humaines* » (Halpern, 2005, p. 8).

Halpern suggère ainsi de compléter l'approche de la santé parfaite développée par Sfez, qui repose sur une conception exclusivement scientifique, par une conception humaine de la santé. Une fois « réhumanisée », la santé parfaite prend alors le sens d'un « *état complet de bien être physique, mental et social, ne se caractérisant pas uniquement par l'absence de maladie ou d'infirmité* »¹⁰. Cette acception extensive de la santé témoigne d'une volonté de maîtriser à la fois le corps et son environnement. « *S'intéresser à la question de la santé conduit les professionnels à lier le bien être avec le mode de vie, le cadre social et environnemental* » (Bercot et De Coninck, 2006, p. 34). Dans cette perspective, le social et le psychologique ne sont plus en arrière fond du paysage médical mais deviennent une dimension à part entière de la santé des malades (Sandrin-Berthon, 2005). Nous donnons un exemple d'une démarche professionnelle globale dans l'encadré suivant.

¹⁰ Cette définition est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé.

**- Encadré 1.4 -
Exemple d'une démarche professionnelle globale**

« Un nouveau né (deux mois) souffre de vomissements, il maigrit entre deux visites rapprochées malgré les recommandations du médecin. A la fin de la visite suivante, le médecin reprend l'ensemble des symptômes pour voir s'ils ne correspondent pas à ceux d'une maladie plus grave. Il cherche donc au niveau médical sans arriver à des réponses satisfaisantes. Et puis il lâche : « mais enfin, vous lui donnez quoi à manger à cet enfant ? ». Les parents « avouent » qu'ils ne donnent pas du lait maternel comme le médecin l'avait recommandé. Le mari qui était intérimaire a été mis au chômage pendant la grossesse de sa femme. Il n'a pas retrouvé d'emploi et il a un problème sérieux avec les ASSEDIC qui ne lui permet pas de recevoir d'indemnité. Il ne lit pas le français, dans certaines circonstances il a signé des papiers attestant de faits qui n'étaient pas exacts. En bref, il cumule un certain nombre de handicaps. Le médecin prend alors conscience qu'il était en train de médicaliser toute la famille en distribuant des médicaments pour les parents qui ne trouvaient pas le sommeil et pour l'enfant qui n'avait pas la nourriture souhaitée. Personne dans cette famille ne mangeait non plus à sa faim, ce qui conduisait à des problèmes de santé divers. La solution ici n'est pas strictement liée à une intervention médicale. Ce problème de santé ne peut être résolu que s'il est traité en termes social et cela suppose de sortir du cadre de la relation médical habituelle. Pour qu'une solution soit construite, il est nécessaire que le professionnel se rende compte de la nature du problème et donc développe une certaine vigilance, qu'il alerte d'autres intervenants ; le choix même des personnels à alerter constitue en soi une recherche de solution. Dans ce cas précis, le médecin est donc intervenu dans plusieurs directions. Il a alerté le pharmacien pour savoir s'il n'aurait pas des échantillons gratuits à donner à la famille. Il a par ailleurs alerté l'association santé bien-être constituée de femmes-relais pour lui recommander d'aider cette famille ».

Source : Bercot et De Coninck, 2006, p. 128.

La quête de la santé parfaite reposant sur l'association des progrès de la science et d'une approche globale de la santé paraît toutefois entravée par la segmentation du système de santé français. *« Cette segmentation conduit à intervenir auprès d'une personne pathologie par pathologie et à ignorer des aspects sociaux qui ont pourtant des incidences fortes sur la santé »* (Bercot et De Coninck, 2002, p. 23). Aussi, le rapprochement des problématiques de soins, tel qu'il est souhaité par les réseaux de santé, œuvre dans le sens d'une prise en compte simultanée du corps et de l'environnement. Les réseaux de santé rejoignent à ce titre la quête mythique de la santé parfaite (Dorfiac-Laporte, 2001). Nous prolongeons, dans la sous-section suivante, l'analyse des références mythiques attenantes aux réseaux de santé. Nous verrons que celles-ci tiennent à la notion même de réseau sujette à « glorification » (Dussuc, 2004) et à une sacralisation franco-française de la santé.

1.2.3 LES REFERENCES MYTHIQUES DES RESEAUX DE SANTE

1.2.3.1 Un réenchâtement par le réseau

L'histoire des réseaux de santé nous montre comment ils ont, au fil du temps, été l'objet de changements terminologiques : « réseaux sanitaires spécialisés » (1945), « réseaux de soins coordonnés » (1983), « réseaux ville - hôpital » (1990), « réseaux de soins » (1996) puis « réseaux de santé » (2002). Nous observons que seul le qualificatif « réseau » n'a pas été soumis aux changements successifs. La permanence du terme n'est pas anodine et révèle une forte charge symbolique qui autorise le recours à de nombreuses interprétations (Musso, 2003a).

L'étymologie du mot « réseau » remonte au latin *rete* qui signifie « filet », donnant l'adjectif « réticulé », caractérisant les objets ayant une structure de filet¹¹. « Désormais, le réseau saisit tout et n'importe quoi dans ses filets. Il est devenu une idéologie, une « rétiologie » qui recycle des images symboliques qu'il a portées, notamment la promesse d'un passage vers le futur » (Musso, 2003a, p. 240).

Le réseau fait l'objet de nombreuses interprétations symboliques dont nous donnons quelques exemples : l'orchestre chez Assens (1996) en opposition à l'horloge, le filet chez Sfez (1999) en opposition à la lance, le pont entre passé et avenir chez Musso (2003a) en opposition à l'arbre entre ciel et terre, et avec plus de légèreté la douche chez Amar (1993) en opposition à la baignoire. La forme réseau se prête à la glorification en ce qu'elle est souvent annoncée comme la plus adaptée aux nouvelles contraintes du XXI^e siècle (Neuschwander, 1991 ; Dussuc, 2004). Tour à tour, le réseau est érigé en mythe (Pesqueux et Ferrary, 2004), en utopie (Breton, 1995), ou en idéologie (Sfez, 1995 ; Musso, 2003a, 2003b). La démocratisation d'Internet a largement participé à la construction d'un modèle organisationnel où tout est connexion et communication à l'image du mythe du village planétaire (Breton, 1995). « La notion de réseau est donc porteuse d'une idéologie « connexionniste » dont il est important de souligner les contours, bénéficiant à la fois de l'idée de richesse des liens sociaux qui caractérisent les sociétés d'attribution et de l'idée de prospérité matérielle des sociétés d'échange » (Pesqueux et Ferrary, 2004, p. 18). Le réseau véhicule une forme utopique qui donne du sens et fournit des éléments de réponse à la vie en

¹¹ Rey A. (s/d), *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, p.3228.

société et au fonctionnement organisationnel et économique. Il présente par ailleurs un aspect fédérateur en permettant une représentation commune à des entités hétérogènes (Offner, 1996 ; Pesqueux, 2002).

Aussi, « *une nouvelle divinité s'installe [...] : le Réseau. Partout la figure du réseau s'impose pour réenchanter la vie quotidienne et réinterpréter le monde contemporain* » (Musso, 2003a, p. 5). Les réseaux de santé, dans leur acception mythique, exercent une fascination en incarnant une forme organisationnelle « salvatrice » capable de dépasser les lacunes du système de santé (Bonafini, 2002). « *Les réseaux de santé sont devenus la panacée du système de santé en France. C'est la solution à toute chose. [...]. Finalement, le réseau « fait sens » non pas tant parce qu'il soigne « mieux » - et donc qu'il serait une structure de soins plus efficace - mais parce qu'il est un lieu où un imaginaire peut se développer* » (Mayran, 2005, p. 10). Ils laissent envisager des futurs possibles capables de stimuler de nouveaux modes de fonctionnement des acteurs de la santé. La coordination ainsi imaginée reflète par ailleurs une certaine sacralisation franco-française de la santé qui participe aux références mythiques des réseaux de santé.

1.2.3.2 Une sacralisation franco-française de la santé

Une équation cherche à être unanimement résolue par les différents systèmes de soins des pays développés : comment assurer un « juste soin de qualité » sans nourrir le sentiment d'un rationnement purement comptable ? (Trépreau, 2004). Si favoriser une coordination des soins plus performante est une réponse commune, elle n'est toutefois pas appréhendée de la même façon selon les pays (Duriez, 1998). Les réseaux de santé français contrastent avec les expériences de réseaux de santé étrangers. Nous revenons rapidement sur les systèmes de soins britannique et américain pour mettre en avant la spécificité française qui témoigne d'une certaine sacralisation de la santé. Précisons que notre objectif n'est pas de procéder à des comparaisons mais de mettre en évidence la particularité des réseaux de santé français à la lumière de certaines pratiques internationales.

Le système de soins britannique est présenté comme étant aux antipodes du système de soins français (Thayer et Tonneau, 2000 ; Schweyer et al. 2002 ; Addicott et al., 2006). En 1991, sous le parti conservateur incarné par Mme Thatcher, ont été introduits des « mécanismes type marché » qui ont radicalement changé les rapports entre hôpitaux, médecins et patients. Les hôpitaux ont été mis en concurrence et n'ont plus été assurés d'aucune ressource. Les

directeurs d'hôpitaux sont devenus de véritables chefs d'entreprises (Thayer et Tonneau, 2000 ; Teil, 2004). Les médecins se sont regroupés en cabinet de groupe pour rationaliser l'utilisation de leurs moyens techniques et négocier des contrats avec les hôpitaux pour le traitement de leurs malades. Aujourd'hui, le généraliste peut mettre les hôpitaux en concurrence en termes de délais, de coûts, de prestations, de qualités des soins, etc. La réforme britannique a donc introduit la notion de « marché interne », en ce sens que le système de santé est désormais régulé par des relations contractuelles entre prestataires de soins et de services de santé. Les réseaux de santé qui se sont formés s'inscrivent dans une démarche d'ordre micro-économique reposant sur une mise en concurrence et une responsabilisation de chaque acteur.

La politique de santé américaine présente une forte proximité avec le système de soins britannique. La moitié de la population des Etats-Unis est couverte par un organisme de Managed Care (Tanti-Hardouin, 2001 ; Schweyer et al. 2002). Il s'agit d'un système intégrant le financement et la délivrance des soins médicaux à travers des contrats passés avec les médecins et les hôpitaux. Ce sont des réseaux de soins alternatifs à la médecine libérale avec le paiement à l'acte. Pour bénéficier des soins proposés par le réseau, il est nécessaire d'adhérer par le biais d'une cotisation financière annuelle. Les Health Maintenance Organisations (HMO) constituent la forme la plus ancienne de Managed Care (Delande, 1999). Dans une HMO, le patient volontaire s'engage à ne consulter que les médecins de l'organisation à laquelle il adhère. Le producteur de soins est en même temps assureur et prend donc à sa charge les dépenses de santé de ses adhérents. Le nombre de HMO est allé croissant depuis 1972, date de leur adoption. La politique américaine est de permettre de baisser les coûts de santé tout en augmentant la qualité des soins par une compétition entre des réseaux de soins organisés par des assureurs. Néanmoins, le mécontentement des assurés en termes de restrictions d'accès aux soins et de choix des médecins et hôpitaux, a entraîné un net recul des Managed Care à la fin des années 1990. La responsabilisation des patients est alors devenue un objectif principal. Un nouveau système de « compte d'épargne santé » individuel a ainsi été encouragé au détriment de la solidarité et de la mutualisation (Polton, 2005).

Aussi, nous constatons que les réseaux de soins britanniques et américains évoluent dans un système concurrentiel et s'apparentent à des instruments de régulation médico-économique. Ils manifestent une volonté de donner une certaine autonomie de gestion aux différents acteurs de la santé et de passer d'une coordination par voie hiérarchique à une coordination

par le marché (Legrain et Verhoest, 2004). Le bilan des expériences de mise en concurrence semble pourtant assez limité (Polton, 2005, Bercot et De Coninck, 2006) : les retours escomptés en termes d'efficacité sont discutables, les prescriptions croisées entre médecins du réseau se multiplient et se pose un problème d'équité conduisant notamment les assureurs à sélectionner les bons risques pour minimiser leurs coûts (les malades les plus lourds et les moins solvables sont exclus du système).

Contrairement à ces deux modèles de soins, la politique de santé française ne s'inscrit pas dans une logique de marché. La question de la rationalisation des soins y est traitée différemment dans une société historiquement fondée sur des valeurs de charité et de solidarité (Bartoli, 2005). La rationalisation des soins doit ainsi composer avec une forme de sacralisation de la santé propre à la culture française (Bouffechoux, 1997). Cette sacralisation se traduit par une tendance à privilégier la liberté (des patients et des médecins) à la maîtrise des coûts, quitte à ajuster les niveaux de remboursement à la baisse (Polton, 2005). Par ailleurs, « *il existe des réticences d'ordre idéologique et culturel à l'idée qu'une organisation publique puisse rechercher l'amélioration de ses performances* » (Romeyer, 1998, p. 17). En atteste le vieil adage « *la santé n'a pas de prix* », mais elle a un coût. Parler de performance ou de plus value dans le système de santé français est encore mal accueilli. L'évaluation médicale en France est un exercice difficile et périlleux (IGAS, 2006). L'évaluation publique est une préoccupation relativement récente. Les nombreux travaux de recherche actuels en management public en témoignent.

Ainsi, si la rationalisation de l'offre de soins n'est pas absente des réformes françaises de la santé, la réponse apportée n'est pas celle d'un glissement d'un mode de coordination hiérarchique vers un mode de coordination par le marché mais elle emprunte plutôt la voie d'une coordination par les réseaux (Legrain et Verhoest, 2004). La coordination des acteurs de la santé, telle qu'elle apparaît dans les nouvelles réformes de santé publique, est régie non pas par des règles d'inspiration libérale mais par des règles rappelant le mode de coordination en réseau (Bercot et De Coninck, 2002). Parmi celles-ci, on peut évoquer l'interdépendance mutuelle, la confiance, l'autonomie, la communication, la connaissance commune, etc. (Lemieux, 1993, 1999 ; Assens et Baroncelli, 2004, 2005 ; Geindre, 2005). Ainsi, quand en Grande Bretagne, les réseaux de santé sont très cadrés et ancrés dans un système concurrentiel à la recherche d'économies d'échelle, en France les réseaux de santé se font sur le registre expérimental, au moyen de nombreuses initiatives locales, d'investissements personnels et de convictions partagées (Schweyer et *al.*, 2002 ; Schweyer, 2005). Les réseaux de santé français

sont motivés par le souci commun d'améliorer la prise en charge des usagers en instaurant une prise en charge pluridisciplinaire et continue.

En définitive, cette deuxième section a permis de mettre à jour les références mythiques des réseaux de santé qui se sont révélées sous plusieurs formes, que ce soit à travers l'imaginaire collectif qu'ils suscitent, à travers leur contribution à la quête de la santé parfaite ou encore à travers leur invitation à un réenchantement par le réseau. Rappelons que ce travail a été effectué dans le but de limiter le risque consistant à entretenir l'illusion (Hatchuel, 2000). Aussi, désormais consciente de la forte charge symbolique des réseaux de santé, nous changeons de cadre de référence pour nous centrer sur les actions collectives qu'ils initient.

1.3 UNE REALITE EMPIRIQUE CONFUSE

Nous avons évoqué qu'une des fonctions sociales du mythe était d'encourager l'action collective en stimulant de nouveaux modes de fonctionnement. Quelle est donc concrètement la nature de cette action collective ? Quels réseaux se forment pour améliorer la prise en charge des usagers ? Combien sont-ils en France ? Qui participent à ces réseaux ? Et quelles sont les retombées à ce jour ? Si ces questions paraissent simples, l'exercice consistant à y répondre se révèle quant à lui délicat. En effet, nous sommes limitée par une faible visibilité qui empêche un recensement exact du nombre de réseaux de santé et de leurs participants (§ 1.3.1). A cela s'ajoute une grande diversité : les pratiques de réseaux sont nombreuses et leur ancrage territorial contribue à leur singularité (§ 1.3.2). Enfin, les premiers retours d'expériences contrastent avec l'enthousiasme que les réseaux de santé suscitent (§ 1.3.3).

1.3.1 UNE FAIBLE VISIBILITE

1.3.1.1 Combien de réseaux de santé ?

Comptabiliser le nombre de réseaux est une tâche difficile tant leur visibilité est réduite (Bonafini, 2002 ; Schweyer et *al.*, 2002). En effet, de nombreux réseaux sont le fait d'initiatives locales dispersées et sont donc difficilement identifiables s'ils n'ont pas recours à l'institutionnalisation. La visibilité des réseaux de santé est conditionnée par leur mode de financement. Les rapports d'activité des financeurs sont donc les principales sources de

visibilité des réseaux de santé. Par conséquent, il n'est pas aisé de repérer les réseaux qui ont fait le choix de se prémunir contre toute forme d'institutionnalisation. Ce biais paraît néanmoins peu contraignant car les expériences durables de réseaux qui reposent uniquement sur des affinités sont d'une part relativement rares et d'autre part fragiles dans la mesure où elles dépendent des personnalités en présence. Ces réseaux sont fortement menacés par la précarité et sont le plus souvent éphémères (Grémy, 1997).

Ainsi, si nous nous en tenons aux réseaux de santé financés pour évaluer leur nombre, la tâche n'en est pas moins délicate compte tenu des nombreuses sources de financement (Bonafini, 2007). Les estimations nationales évasives voire discordantes selon les sources en attestent. Nous l'illustrons dans le tableau qui suit.

**- Tableau 1.1 -
Quelques exemples d'estimations nationales du nombre de réseaux de santé**

Sources d'information	Exemples d'estimations du nombre de réseaux de santé en France
La CNR (Coordination Nationale des Réseaux de santé)	D'après les comptes rendus du congrès organisé à Lille par la CNR ¹² en novembre 2005, il ressort qu'il y a environ 300 réseaux de santé dans le pays et qu'ils se sont largement développés au cours des dix dernières années
L'ONRS (Observatoire National des Réseaux de Santé)	Selon l'ONRS ¹³ , le nombre de réseaux de santé a connu une forte croissance, puisque l'on en dénombrait 182 en 2003, 610 en 2005 et 860 en 2007
La HAS (Haute autorité de santé)	D'après un rapport rédigé par la HAS le 16 novembre 2004 (p. 21), nous apprenons que « le nombre de réseaux augmente de façon importante. De 54 à la fin de 2002, on passe à 305 réseaux financés sur la DNDR aujourd'hui »
Le HCSP (Haut Comité de Santé Publique)	Selon le numéro spécial ADSP (1998, p. 21) du HCSP, à la fin de l'été 1996, plus de 500 réseaux de santé ont été identifiés. Un an plus tard, on dénombrait 785 réseaux. En 1998, ils dépassaient le millier. Leur progression montre une croissance exponentielle
Ministère de la santé et institutions rattachées	Les statistiques de la circulaire ¹⁴ du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux recensent en 1997 près de 780 réseaux de santé recevant un soutien financier de l'Etat ou des collectivités territoriales

Source : élaboration personnelle

¹² Coordination Nationale des Réseaux de santé, ressource électronique, [en ligne] www.cnr.asso.fr (page consultée en 2007).

¹³ Observatoire National des Réseaux de Santé, ressource électronique, [en ligne] www.onrs.net (page consultée en 2007).

¹⁴ Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, p. 13.

Nous constatons, à travers ces exemples, la discordance des estimations nationales. Tandis que certaines estimations atteignaient les 300 réseaux en 2005, d'autres en dénombraient plus de 600. Des estimations étaient encore bien plus optimistes et comptaient déjà plus de 1000 réseaux en 1998. Un invariant ressort toutefois de ces exemples : l'évolution des réseaux de santé suit une courbe croissante. Cette courbe est confirmée par l'étude du nombre de réseaux financés par la DNDR entre 2002 et 2005 (Annexe 1.1) : nous constatons que le nombre de réseaux de santé a été multiplié par 10 en 3 ans, passant de 54 à 610. Il est important de rappeler que ces chiffres ne tiennent pas compte des sources secondaires de financement et des réseaux non financés. Cette estimation, qui est donc en dessous de la réalité, permet néanmoins de prendre la mesure de l'importance des réseaux de santé qui sont aujourd'hui très répandus dans le système de santé français.

1.3.1.2 Qui participe ?

La définition extensive de la santé implique un élargissement des acteurs pouvant contribuer à soigner le malade. Les réseaux de santé sont ouverts à tous les acteurs de la santé concernés par la thématique du réseau. L'étendue du système sanitaire et social suggère ainsi la multiplicité d'acteurs susceptibles d'intervenir dans le réseau. Les participants à un réseau peuvent être à la fois des professionnels de soins généralistes, des spécialistes, des hospitaliers, des libéraux, des travailleurs sociaux, des institutionnels, des représentants d'usagers, etc. sans oublier les usagers eux-mêmes qui sont invités à être des parties prenantes de leurs soins. La diversité des acteurs est grande que ce soit en matière de statut (privé ou public), d'origine professionnelle (secteur médical, secteur social, secteur associatif ou encore secteur administratif), ou encore de rôle (dispenser des soins, recevoir des soins, participer à l'organisation des soins, etc.).

Cette diversité est toutefois limitée à l'échelle du territoire « *Près de la moitié des réseaux de santé agissent dans un périmètre territorial de niveau infradépartemental ou départemental. L'action des réseaux de santé est donc plutôt inscrite dans une prise en charge de proximité. Cela est plus particulièrement vrai pour les réseaux de soins palliatifs, d'addictologie et de gérontologie qui sont implantés à plus de 75% dans un périmètre infra-départemental et départemental* » (FIQSV, 2007, p. 9).

Pour illustrer la pluralité des acteurs pouvant intervenir dans un réseau, nous prenons l'exemple d'un réseau gérontologique qui a fait l'objet d'une étude de cas dans la suite de cette recherche (Tableau 4.10). Ce réseau est composé de trois catégories de membres (hors équipe de coordination), lesquelles sont mentionnées dans le rapport d'activité 2007 du réseau :

- membres médico-sociaux : 9 maisons de retraites, 3 foyers logement, 15 CCAS (Centre Communal d'Actions Sociales), 7 associations (associations d'aide à domicile, associations d'aide à la fin de vie, etc.) ;
- membres indépendants : l'IRPS (Institut Régional de Prévention de la Sénescence), une société de service à domicile et un atelier d'écoute (avec une infirmière diplômée de sophrologie) ;
- membres sanitaires : 2 centres hospitaliers, 2 cliniques, 2 centres de rééducation et de convalescence, 2 SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile), 2 réseaux de santé frontaliers (un réseau de soins palliatifs et un réseau parkinson), 35 médecins généralistes libéraux, 21 infirmières libérales, 4 kinésithérapeutes, 7 pharmaciens, 3 médecins gériatres hospitaliers, 1 médecin psychiatre, 2 cadres de santé hospitaliers.

Si les rapports d'activité des réseaux de santé permettent de baliser les acteurs individuels et institutionnels adhérents, ils ne renseignent pas sur leur participation aux activités du réseau. Autrement dit, l'acquiescement de la cotisation vaut-il participation active ? (Marchand, 1998). La pratique montre que tous les adhérents ne sont pas actifs dans le réseau, que ce soit par manque de temps, par perte d'envie ou encore parce que leur adhésion repose sur une « participation alibi » consistant à inscrire des adhérents médico-sociaux pour donner l'image « fictive » d'une prise en charge globale et étendue afin de satisfaire les critères des financeurs (Chobeaux, 2004).

Ainsi, si les rapports d'activité fournissent des indications sur le nombre d'adhérents, la question de leur participation active reste entière. Ces données secondaires ne nous permettent pas de savoir « qui fait quoi » et « comment il le fait ».

1.3.2 UNE GRANDE DIVERSITE

1.3.2.1 Quelles pratiques locales ?

La profusion de textes institutionnels et d'expériences locales s'est traduite par une grande diversité de pratiques (Grenier, 2003, 2005, 2006b). Les réseaux de santé recouvrent une réalité multiple. Bien que leur développement soit récent, ils ont une histoire ancienne. Certains ont plus de 20 ans alors que d'autres commencent tout juste à naître (Vinas, 1998). Certains recourent rapidement au financement institutionnel, pendant que d'autres réseaux, plus rares et plus éphémères, prennent davantage la forme de réseaux d'affinités (Grémy, 1997 ; Schweyer et *al.*, 2002). Certains ciblent des populations en situation médico-sociale difficile (personnes âgées, adolescents en difficulté, personnes en fin de vie, etc.) alors que d'autres se centrent sur des pathologies complexes et chroniques (diabète, cancer, asthme, etc.). Enfin, certains réseaux sont initiés par l'Etat, comme le sont par exemple les réseaux régionaux de cancérologie qui naissent de plans de santé publique (Bonafini, 2007), et d'autres sont impulsés par des professionnels de soins locaux qui se regroupent autour d'un besoin de santé identifié sur le territoire.

Ajoutons que la diversité des réseaux est accentuée par leur ancrage territorial (Lévy, 1993 ; Offner, 1993 ; Schweyer, 2004 ; Raulet-Croset, 2008). Les réseaux de santé sont avant tout des réseaux d'acteurs encastrés dans un tissu de relations médico-sociales (Granovetter, 1985, 1992). La notion d'« encastrement » (*embeddedness*) suggère que le comportement des acteurs dépend des réseaux de relations interpersonnelles et inter organisationnelles auxquels ils sont liés. C'est ainsi qu'un médecin pourra afficher ses préférences à travailler avec tel autre parce que cette relation est socialement satisfaisante plutôt que « rationnellement optimale » (Joffre, 1999). La façon de concevoir un réseau de santé, son environnement ou encore les relations entre les deux sont indissociablement liées (Avenier, 1997). L'action collective s'inscrit dans un contexte particulier. Chaque réseau est structuré en fonction des particularités de son territoire, des ressources médico-sociales disponibles, du passif relationnel des acteurs, des spécificités liées à sa thématique, des moyens alloués, etc.

Les réseaux de santé sont de taille, d'objectifs et de contenu très divers. « *Les réseaux sont avant tout singuliers. Les caractères structurants sont ainsi différents d'un réseau à l'autre, selon leur histoire, notamment la nature de leur émergence, quelle que soit la thématique prise et leur environnement* » (Rivoal, 2001, p. 14).

1.3.2.2 Quelle unité des réseaux de santé ?

Cette diversité va de pair avec une profusion de définitions des réseaux de santé. La revue de littérature académique, professionnelle et institutionnelle révèle une polysémie théorique et empirique. Il n'y a pas de consensus autour de la notion de réseaux de santé (Bongiovanni, 1999 ; Bonafini, 2001, 2002, 2006, 2007 ; Sauviat, 2001 ; Grenier, 2003). Il n'y a pas non plus un modèle organisationnel de réseau de santé qui ferait figure de référence.

Aussi, pour essayer d'y voir plus clair sans occulter la diversité des réseaux de santé, Sauviat (2001) a recherché des constantes. Elle a mis en évidence des similitudes au moins sur deux plans : idéologique et pratique. Sur le plan idéologique, le point commun entre tout réseau de santé réside dans le fait qu'ils se construisent autour d'un besoin de santé clairement identifié. « *C'est là une donnée constante dans l'approche des réseaux : ainsi que ce soit dans le passé pour la tuberculose, la maladie mentale ou aujourd'hui le sida, le cancer, l'idée de besoin caractérise de manière significative la naissance et le développement des réseaux du secteur sanitaire* » (Sauviat, 2001, p. 134). Sur le plan pratique, trois fondements majeurs motivent la naissance de tout réseau de santé : la recherche de complémentarités, la volonté de réduire l'incertitude et la diffusion d'informations et de connaissances (Béjean et Gadreau, 1997).

Notons que la loi du 4 mars 2002 s'inscrit dans cette volonté de chercher une univocité des réseaux de santé, par delà leur singularité. La définition des réseaux de santé qui est donnée est volontairement générale pour englober leur diversité (Pour rappel, § 1.1.2.1). Elle ne permet toutefois pas de comprendre précisément ce que les acteurs attendent d'un réseau de santé et comment ces nouvelles formes organisationnelles s'imbriquent dans le système de santé existant. Pour avancer dans cette voie, voyons ce que nous enseignent les premiers retours d'expériences.

1.3.3 DES RETOURS D'EXPERIENCES PARFOIS DECEVANTS

1.3.3.1 Quelle plus value attendue ?

Compte tenu de l'enthousiasme que les réseaux de santé suscitent et de l'ampleur du phénomène, il n'est pas surprenant de constater que les plus values attendues sont nombreuses. Si les réseaux de santé étaient historiquement motivés par des intérêts défensifs pour faire face aux changements de l'environnement sanitaire et social (Escaffre, 1998 ; Sauviat, 2001), ils n'en ont pas moins développé dans le temps des intérêts offensifs. Ils évoluent à la recherche d'une plus grande performance individuelle et collective en mettant en relation différents professionnels autour d'une même préoccupation de santé qui les concerne (Hirtzlin, 1999). Aussi, les plus values escomptées concernent trois types d'acteurs (Béjean et Gadreau, 1997 ; Bercot et De Coninck, 2002) :

- Les patients : facilité d'accès aux soins, meilleure lisibilité du système de santé, meilleure qualité des prestations, dispensation de soins à domicile, meilleure qualité de vie, etc. ;
- Les professionnels de santé : amélioration des conditions de travail, accès à de nouvelles informations et connaissances ; moins d'incertitude dans la prise de décision, réconfort face au sentiment d'insécurité lié à la maladie et à la mort, etc. ;
- Les financeurs et les gestionnaires de projet : amélioration de la qualité des soins et plus généralement de l'état de santé de la population, meilleure utilisation des ressources, réduction des gaspillages et des dépenses, etc.

Avec plus de coordination, plus de diagnostic concerté, plus de suivi patient, plus de transparence, plus de prévention, moins de redondance, etc., un effet d'entraînement est attendu. Plus précisément, une double plus value est visée (Hirtzlin, 1999 ; Meur et Giusiano, 2008) :

- Une plus value sur les résultats générés : produire une prise en charge globale qui prenne en compte les problématiques médico-sociales afin d'apporter une qualité de soins la plus élevée pour la collectivité. Cette plus value s'inscrit dans une recherche d'efficacité du système de santé ;

- Une plus value sur les moyens mobilisés : produire une meilleure prise en charge avec le moins de ressources possibles. Il s'agit de limiter le gaspillage des ressources et de réduire la progression des dépenses de santé par un usage plus rationnel des ressources (Bertezenne, 2006). Cette plus value s'inscrit dans une recherche d'efficacité qui vise à maintenir l'efficacité du système de santé avec des moyens financiers et humains limités. L'efficacité passe notamment par une réduction des séjours hospitaliers en faveur des soins à domicile. L'intervention dans le cadre d'un réseau coûte *a priori* moins cher que dans un cadre hospitalier où les structures sont d'une part coûteuses et d'autre part parfois surdimensionnées pour les soins à dispenser (Bercot et De Coninck, 2006).

Les réseaux de santé ont ainsi évolué sous l'égide d'une certaine présomption de performance économique, sanitaire et sociale (Larcher, 1998). Nous constatons toutefois que cette présomption commence à se fragiliser.

1.3.3.2 Quelle plus value effective ?

L'évolution récente des enveloppes DNDR laisse entrevoir une certaine défiance des pouvoirs publics. Alors que la DNDR a connu une croissance régulière et conséquente depuis sa création en 2002, une réduction drastique de 20 % de la dotation 2006 a été décidée. La CNR s'inquiétait par ailleurs du montant de l'enveloppe 2007 qui a cependant été révisé à la hausse. Bonafini (2006) souligne que les principaux financements des réseaux de santé n'ont représenté que 0,13 % des dépenses nationales de santé en 2004, ce qui est probablement insuffisant pour supporter les coûts nécessaires à la coordination de l'organisation sanitaire.

Par ailleurs, un récent rapport de l'IGAS (2006) questionne la plus value effective des réseaux de santé relativement aux coûts supplémentaires qu'ils génèrent. Ce rapport s'est consacré à l'évaluation de la performance des réseaux de santé en se référant aux dossiers des financeurs (rapports d'activité, notes de synthèse, rapports d'évaluation, etc.) de 5 régions qui ont financé à elles seules de 2000 à 2004 près de 25% du total des projets subventionnés.

Il ressort de ce rapport que les critères de performance des réseaux de santé sont multiples et le plus souvent qualitatifs. Il souligne la faiblesse des résultats observés. La plus value est généralement mesurée par des indicateurs de moyens (par exemple, amélioration de la

circulation de l'information, connaissance des complémentarités, mise en place d'outils communs, etc.) et non de résultats (par exemple, impact sur un état de santé, augmentation de l'espérance de vie, amélioration du confort des malades, etc.). C'est le manque de recul qui est le plus souvent invoqué pour justifier le manque de résultats démontrés. C'est ainsi que les premiers retours d'expériences paraissent parfois décevants compte tenu des attentes formulées. *« Rares sont les projets où ont été mesurés des indicateurs permettant d'évaluer (directement ou indirectement) l'impact du dispositif financé pour les personnes malades prises en charge. Plus rares encore sont ceux où un impact positif a effectivement été constaté en termes de résultats constatés sur l'état de santé des personnes prises en charge. C'est toutefois le cas dans certains réseaux prenant en charge des patients diabétiques. Au total, la plus value effective du réseau pour le patient a rarement été démontrée »* (IGAS, 2006, p. 50).

Bien que le rapport déplore l'absence de plus value effective sur l'état de santé des personnes, les recommandations de l'IGAS ne vont pas dans le sens d'une suppression des financements. En effet, le rapport a mis en évidence des effets secondaires bénéfiques au niveau organisationnel en termes de reconnaissance mutuelle, de changement de culture entre professionnels, de dynamique relationnelle, etc. L'IGAS préconise une fusion des modes de financements (ce qui a donné naissance au FIQCS § 1.1.2.1), une simplification des démarches administratives, une sécurisation des modalités de suivi financier et le développement d'une politique adaptée aux différents types de réseaux plutôt qu'une politique généraliste parfois loin des préoccupations locales. Les réseaux de santé sont ainsi nouvellement sujets à controverse dans l'actualité du système de santé français qui commence à questionner leurs performances réelles tout en continuant à encourager ce nouveau mode d'organisation des soins envisagé comme une solution organisationnelle cohérente.

Au terme de ce chapitre, nous remarquons toute l'ambivalence des réseaux de santé qui suscitent l'enthousiasme autant que le doute tant la réalité empirique semble confuse et les résultats tardent à être démontrés. Ce constat invite à questionner le fonctionnement de cette organisation des soins qui, par delà son apparente simplicité, pourrait être confrontée à des difficultés de gestion contribuant à expliquer les retours d'expériences parfois décevants. Aussi est-il nécessaire d'en éclaircir les traits pour avancer de façon solide dans cette recherche qui vise à comprendre les modes de gestion adaptés à cette organisation des soins et à tracer des voies d'action utiles aux professionnels de santé engagés dans de tels dispositifs. L'objectif du chapitre 2 est d'explorer plus en avant notre objet de recherche afin d'en appréhender le fonctionnement.

- CONCLUSION CHAPITRE 1 -

Ce premier chapitre introductif a consisté à présenter le contexte de la recherche en explorant à la fois le devant de la scène et l'envers du décor. Le devant de la scène a fait l'objet de la première section qui s'est attachée à mettre à jour l'enthousiasme suscité par les réseaux de santé et à en comprendre l'origine. L'histoire des réseaux nous a éclairée sur ce point et a montré comment ils sont apparus au fil du temps comme une solution organisationnelle cohérente et innovante pour pallier les insuffisances du système de santé français. Et plus qu'une solution organisationnelle, ils ont parfois pris la forme d'une véritable panacée.

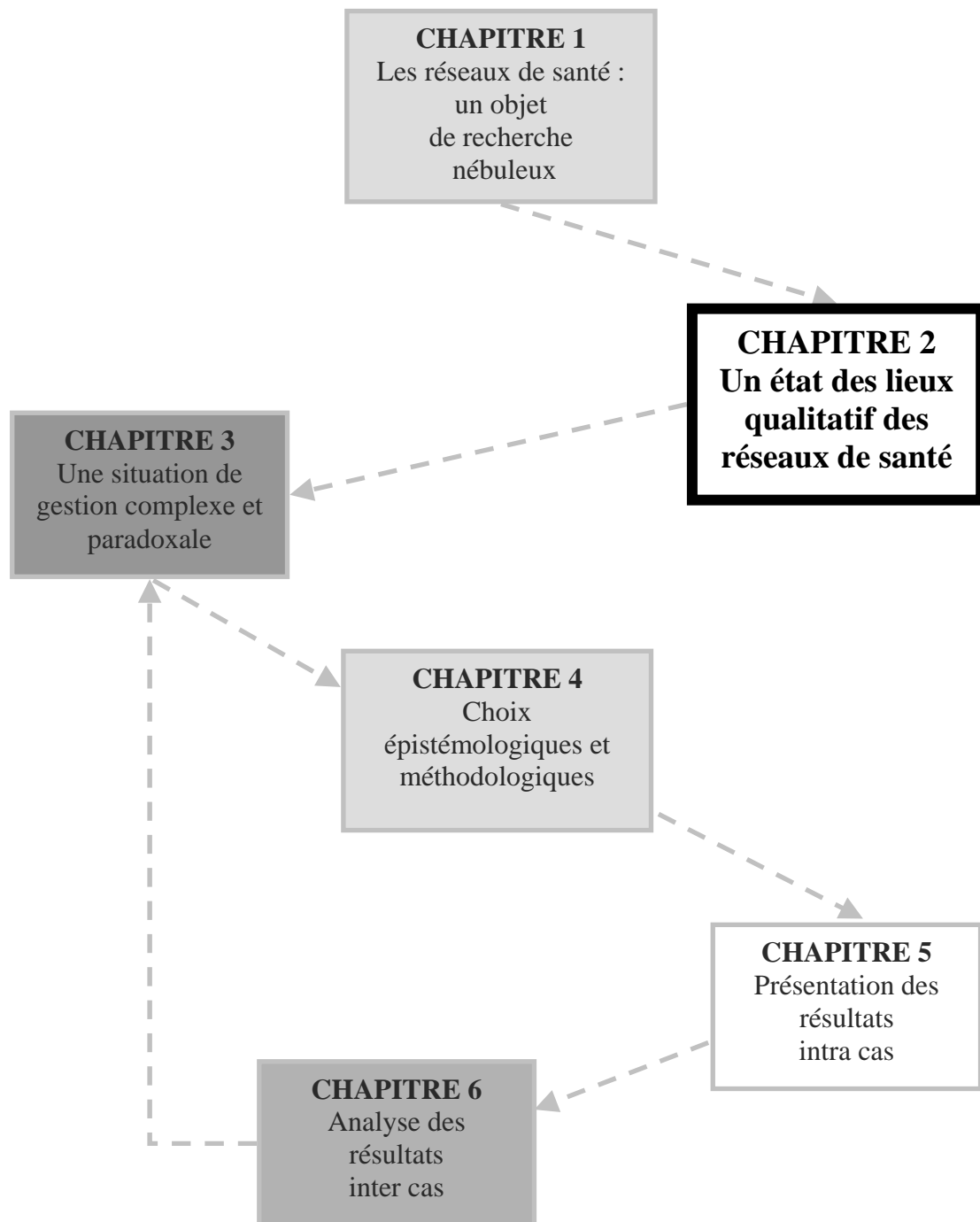
Aussi, pour nous prémunir face au risque consistant à entretenir l'illusion d'une conception des soins plus harmonieuse et donc *a priori* plus performante, nous avons jugé utile de visiter l'envers du décor. Pour mener ce travail, nous avons prolongé la réflexion à deux niveaux : un niveau « mythique » consistant à étudier les références mythiques des réseaux de santé et un niveau « opérationnel » consistant à étudier les actions concrètes mises en œuvre au niveau local. C'est à ces fins que la seconde section s'est intéressée à la charge mythique des réseaux de santé. Nous avons montré comment ces réseaux contribuaient à la quête de la santé parfaite (Sfez, 1995, 1999, 2003, 2005) dans leur approche globale de la santé et comment ils participaient au réenchantement par le mythe du réseau connexionniste et solidaire.

Si les réseaux de santé proposent une projection vers une autre organisation des soins, ils n'en demeurent pas moins l'objet de nombreuses pratiques locales. Aussi, dans une troisième et dernière section, nous avons posé notre regard sur les actions collectives concrètes mises en œuvre dans le cadre des réseaux de santé. Pour ce faire, nous nous sommes notamment appuyée sur une littérature professionnelle et institutionnelle. Nous avons alors mis à jour une réalité hétérogène par la grande diversité des pratiques locales, une réalité nébuleuse par leur faible visibilité et une réalité équivoque par l'absence de consensus autour de la notion de réseaux de santé.

Face à l'opacité de notre objet de recherche, nous décidons de chercher un éclairage nouveau en menant une approche exploratoire auprès des acteurs de la santé. C'est par la construction d'un idéaltype de réseau de santé que nous chercherons à mieux appréhender notre objet de recherche.

- CHAPITRE 2 -

UN ETAT DES LIEUX QUALITATIF DES RESEAUX DE SANTE



Nous avons exposé, dans le chapitre précédent, la confusion inhérente à notre objet de recherche. Si les nombreux discours élogieux sur les réseaux de santé ont permis de saisir l'enthousiasme qu'ils suscitent, ils ne permettent pas d'avoir une appréhension univoque de ce qu'est un réseau de santé et encore moins d'approcher leur fonctionnement. Ce deuxième chapitre cherchera ainsi à apporter des réponses à deux questions de recherche préliminaires :

↳ **QR 1 : qu'est-ce qu'un réseau de santé ? ... performant ?**

↳ **QR 2 : où en sont les réseaux de santé existants ?**

Notre objectif est de faire un bilan de la situation des réseaux de santé après vingt ans d'expérimentation. Ce bilan n'a pas vocation à être quantitatif mais qualitatif, en ce sens que nous cherchons à éclairer la situation des réseaux de santé en les définissant précisément d'une part et en estimant leur positionnement dans le système de santé d'autre part. C'est en cela que nous parlons d'un état des lieux qualitatif des réseaux de santé en France.

Pour mener à bien cet état des lieux, nous choisissons de recourir à la construction d'un idéaltype de réseau de santé vu par les acteurs de la santé. Cet idéaltype servira de guide dans notre recherche. Nous exposerons dans une première section la méthodologie retenue. Nous verrons alors comment les spécificités du terrain d'étude ont orienté nos choix méthodologiques (§ 2.1).

Ensuite, dans une deuxième section, nous présenterons l'idéaltype de réseau de santé que nous avons appelé RHYCEBA (Réseau de santé HYbride CEntré sur un Bénéficiaire Actif). Ce dernier forme « *un tableau de pensée homogène* » (Weber, 1992, p. 173) et fournit une base commune de réflexion. Nous nous attacherons à décrire précisément chacune des caractéristiques du RHYCEBA (§ 2.2).

Par ailleurs, l'intérêt d'un idéaltype est également d'être confronté à la réalité empirique pour en apprécier la distorsion. Ce sera l'objet de la troisième section. Nous nous interrogerons sur le degré de distorsion entre l'idéaltype des acteurs et la réalité perçue par eux-mêmes. Nous analyserons ensuite la distorsion en étudiant plus particulièrement les difficultés de fonctionnement des réseaux de santé (§ 2.3).

2.1 CHOIX METHODOLOGIQUES POUR REALISER UN ETAT DES LIEUX QUALITATIF DES RESEAUX DE SANTE

Les choix méthodologiques proviennent directement des problèmes posés aux différentes étapes du processus de recherche (Giordano, 2003a). A ce stade du processus, nous avons fait le constat d'une équivocité des réseaux de santé et d'une porosité mythe-réalité. Il nous faut donc éclaircir la situation des réseaux de santé en prenant en compte ces données contextuelles. Dans cet objectif, nous choisissons de recourir à la construction d'un idéaltype de réseau de santé vu par les acteurs de la santé. L'intérêt d'un idéaltype est de rendre plus cohérent et rigoureux ce qui peut apparaître confus dans un contexte hétérogène. Nous commencerons par définir ce qu'est un idéaltype et ce que l'on peut en attendre dans cette recherche. Nous exposerons ensuite les options méthodologiques que nous avons retenues pour construire cet idéaltype (§ 2.1.1). Puis, nous présenterons plus précisément l'opérationnalisation de la méthode de construction de l'idéaltype. Nous préciserons alors quels types d'acteurs ont été rencontrés et selon quels moyens (§ 2.1.2).

2.1.1 CONSTRUCTION D'UN IDEALTYPE DE RESEAU DE SANTE

2.1.1.1 Définition et intérêt de l'idéaltype

Nous empruntons la notion d'« idéaltype » à Weber (1992). L'idéaltype est un tableau imaginaire exacerbé, construit à partir de la réalité. Il consiste à grossir et idéaliser les traits, pas nécessairement les plus courants, mais les plus spécifiques et les plus distinctifs, pour caractériser l'objet étudié.

« On obtient un idéaltype en accentuant unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés isolément, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroit pas du tout, qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement, pour former un tableau de pensée homogène. On ne trouvera nulle part empiriquement un pareil tableau dans sa pureté conceptuelle : il est une utopie. Le travail historique aura pour tâche de déterminer dans chaque cas combien la réalité se rapproche ou s'écarte de ce tableau idéal » (Weber, 1992, p. 173).

L'idéaltype est donc une construction mentale du chercheur qui, par un procédé heuristique mettant en relation une multiplicité de phénomènes complexes, forme un « *tableau de pensée homogène* » dans un souci de compréhension. Il relève d'une construction logique et se présente comme une forme pure dont on ne trouve aucun équivalent empirique (Romeyer, 2001). A titre d'exemple, la bureaucratie telle que Weber la décrit est une forme pure que l'on ne peut rencontrer en l'état dans aucune organisation. L'idéaltype ne prétend pas capturer la réalité. Il est un moyen que la pensée utilise pour se représenter la réalité. C'est à partir de l'interprétation conjointe des acteurs et du chercheur que se construit une représentation de la réalité. Notons que par commodité littéraire, nous parlons plus simplement de « réalité » plutôt que de « représentation de la réalité », bien que cette idée soit sous-jacente.

Ajoutons que l'idéaltype n'a pas de prétention morale : « *l'idéaltype tel que nous l'entendons est, je le répète, quelque chose d'entièrement indépendant de l'appréciation évaluative [...]. Il y a des idéaltypes de bordels aussi bien que de religions* » (Weber, 1992, p. 183). Il est un instrument d'intelligibilité servant à guider la réflexion et un moyen de connaissance en se mesurant à la réalité afin d'éclaircir les traits de certains éléments jugés pertinents.

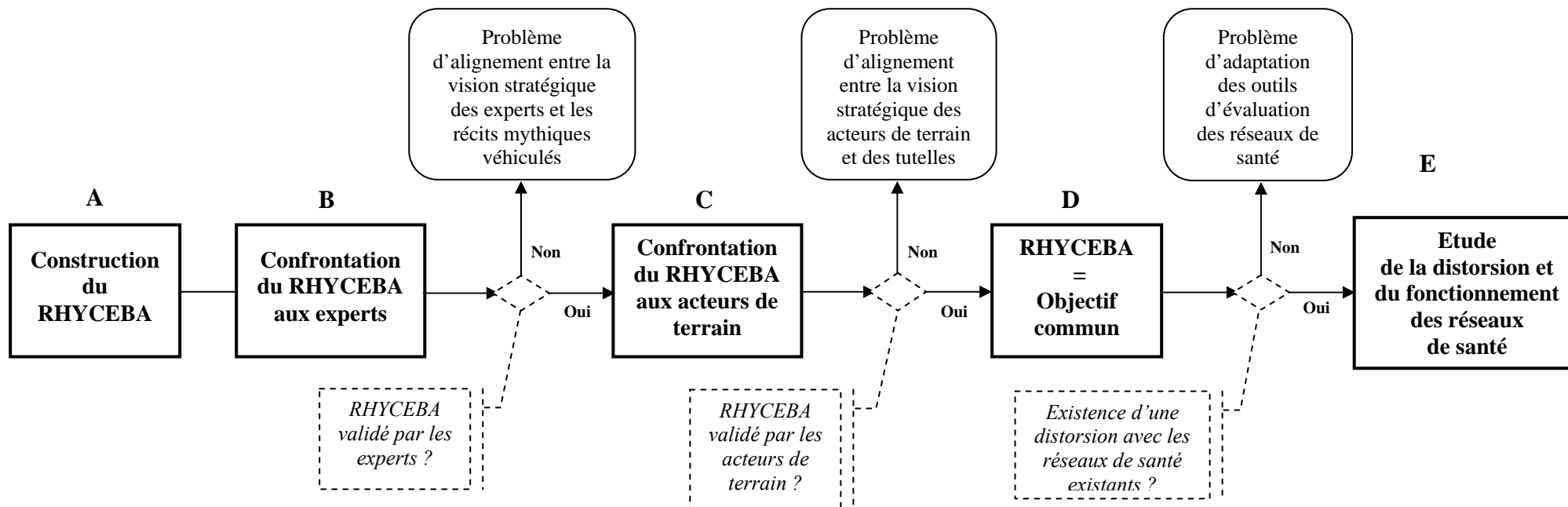
2.1.1.2 Méthode d'élaboration de l'idéaltype

Dans notre thèse, la construction d'un idéaltype est justifiée par la volonté d'éclairer un objet nébuleux. Nous souhaitons, par cet outil, mieux cerner ce que les acteurs de la santé attendent d'un réseau de santé et apprécier combien la réalité se rapproche de ce tableau idéal. Sa méthode de construction est toutefois rendue délicate par l'imbrication des références mythiques attenantes aux réseaux de santé et des actions collectives concrètes.

Aussi, la méthode mobilisée découle directement de cette contrainte forte. Nous la présentons sous la forme d'un arbre de décision qui reflète le raisonnement progressif que nous avons suivi pour construire l'idéaltype de réseau de santé, idéaltype que nous appelons RHYCEBA (Réseau de santé HYbride CEntré sur un Bénéficiaire Actif) : chaque nœud de l'arbre représente une question et chaque réponse donne lieu à des choix d'orientations. Le chemin suivi dans cette recherche est signifié par des lettres.

- Figure 2.1 -

Raisonnement suivi dans l'utilisation de l'idéaltype RHYCEBA : Réseau de santé HYBride CEntré sur un Bénéficiaire Actif



Source : élaboration personnelle

L'élaboration de l'idéaltype RHYCEBA¹⁵ a suivi plusieurs étapes, de sa construction à son utilisation en tant que « *tableau de pensée homogène* » reconnu par les acteurs de la santé. Nous précisons ci-dessous chaque étape du raisonnement. Nous en présenterons l'opérationnalisation dans la sous-section suivante (§ 2.1.2).

⇒ **Etape A : construction du RHYCEBA**

L'engouement pour les réseaux de santé s'est accompagné d'un foisonnement de documents institutionnels d'une part et d'une presse professionnelle féconde d'autre part. Aussi, nous nous basons sur ces deux types de données secondaires pour construire notre idéaltype. Nous mobilisons également dans une moindre mesure une littérature académique, qui intervient non pas pour définir l'idéaltype, mais pour apporter des précisions sémantiques sur certaines notions attenantes à l'idéaltype.

Cet idéaltype présente trois particularités :

- La réalité dont il se nourrit est une réalité « mythique », en ce sens qu'elle se réfère aux nombreux récits emprunts de merveilleux véhiculés dans le système de santé. C'est à ce titre que nous parlerons plus justement d'idéaltype mythique ;
- La vocation première d'un idéaltype n'est pas d'être un objectif à atteindre mais une construction logique rendant intelligible une réalité confuse. Néanmoins, le caractère mythique du RHYCEBA en fait, dans notre contexte, un idéal à atteindre. Dans cet esprit, il est une représentation idéale d'une expérience de réseau de santé perçue comme réussie par les acteurs ;
- Les documents dans lesquels nous puisons pour construire l'idéaltype sont principalement rédigés par les tutelles et leurs représentants. Aussi, nous considérons que l'idéaltype que nous construisons est vu par les acteurs « d'en haut ».

⇒ **Etape B et C : validation du RHYCEBA**

Au terme de l'étape A, le RHYCEBA se présente comme un réseau de santé idéal vu par les acteurs « d'en haut » et construit par le chercheur. Afin de le consolider et d'en apprécier la portée, nous le soumettons aux avis d'experts et aux acteurs de terrain.

¹⁵ Rappelons que cet acronyme, que nous utiliserons systématiquement par la suite, signifie : Réseau de santé HYbride CEntré sur un Bénéficiaire Actif (RHYCEBA).

Nous commençons par soumettre le RHYCEBA aux avis d'experts institutionnels et universitaires (Etape B). Le recours aux entretiens d'experts intervient fréquemment en amont d'un processus de recherche (Phillips, 1981 ; John et Reve, 1982 ; Goudarzi, 2005). « *On interroge alors une ou plusieurs personnes qui, par leurs fonctions, leurs spécialités ou leurs expériences permettent d'aboutir à une expertise qui permettra de mieux comprendre le problème posé, ses différents aspects et les points critiques à prendre en compte. On pourra alors établir les priorités de recherche, clarifier des concepts, formuler des hypothèses de travail* » (Evrard et al., 1997, p. 86). L'orientation donnée aux entretiens d'experts peut différer en fonction des motivations initiales du chercheur (Thiétart, 2003) :

- Si le chercheur sait ce qu'il cherche, il attend une validation de la part des experts ;
- Si le chercheur cherche à savoir, il attend une compréhension apportée par les experts.

Notre objectif ici est de valider l'idéaltype mythique. A ce titre, nous sommes dans une recherche de validation et, à moindre mesure, de compréhension. Les résultats des entretiens d'experts ont validé le RHYCEBA, nous orientant ainsi vers une recherche de validation auprès des acteurs de terrain.

Nous exposons donc, dans une étape C, le RHYCEBA aux aspirations des acteurs de terrain afin d'en apprécier la portée. Autrement dit, il s'agit de mesurer la correspondance entre l'idéaltype des acteurs « d'en haut » et les représentations idéalisées des acteurs « d'en bas ». Si le réseau de santé idéal des acteurs de terrain correspond au RHYCEBA, alors l'idéaltype mythique prend la forme d'un objectif commun aux acteurs de la santé et ouvre la voie à une mise en perspective avec les réseaux de santé existants. Le cas échéant, se pose un problème d'alignement stratégique avec les tutelles. Les résultats des entretiens avec les acteurs de terrain ont validé le RHYCEBA, autorisant ainsi une confrontation de l'idéaltype mythique aux réseaux de santé existants pour évaluer dans quelle mesure ceux-ci se rapprochent du tableau idéal des acteurs.

⇒ **Etape D et E : mise en perspective du RHYCEBA avec les réseaux de santé existants**

L'estimation de la distorsion (Etape D) exige une précision et une clairvoyance entre les projections mythiques et les réalisations concrètes. Aussi, pour estimer la distorsion à sa juste mesure sans prendre le risque de confondre les deux niveaux de réflexion, nous avons fait appel aux experts. Leur qualité d'expert minimise les risques d'amalgames et garantit une qualité et une précision de l'information traitée (Evrard et al., 1997 ; Demil et al., 2002 ;

Goudarzi, 2005). A ce stade, un premier cas de figure consiste à faire le constat d'une importante distorsion, résultat qui encourage à étudier plus en avant le fonctionnement des réseaux de santé pour comprendre la distorsion (Etape E). Un second cas de figure consiste à faire le constat d'une distorsion faible voire nulle, ce qui invite à comprendre la dissonance entre la performance perçue par les acteurs (au sens du RHYCEBA) et la déception des premiers retours d'expériences, questionnant ainsi les outils d'évaluation des réseaux de santé qui ne reflètent pas la performance perçue par les acteurs. Dans notre recherche, nous avons mis à jour une importante distorsion qui nous a conduite à en prolonger l'étude. Dans cette perspective, nous avons cherché des éléments d'explications auprès des acteurs de terrain.

En définitive, la construction de l'idéaltype mythique RHYCEBA présente un triple intérêt pour notre recherche :

- un intérêt terminologique : clarifier les notions de réseau de santé de façon rigoureuse et univoque ;
- un intérêt praxéologique : baliser le réseau de santé tel qu'il est décrit dans les récits mythiques propres à la santé et nous prémunir contre le risque consistant à entretenir l'illusion ;
- un intérêt méthodologique : apprécier combien la réalité se rapproche ou s'écarte de ce tableau idéal et servir de guide dans notre recherche.

La section suivante s'attache à préciser l'opérationnalisation du raisonnement suivi dans l'utilisation de l'idéaltype mythique RHYCEBA.

2.1.2 OPERATIONNALISATION DE LA METHODE

2.1.2.1 Méthode de construction du RHYCEBA

Les données secondaires dans lesquelles nous avons puisé pour construire le RHYCEBA sont de deux ordres : la presse professionnelle et la documentation institutionnelle. Par presse professionnelle, nous entendons les revues présentant une forte proportion d'articles écrits par des professionnels (directeur d'hôpital, médecin, chargé de mission, etc.). Le tableau suivant présente les principales sources d'information sur lesquelles nous nous sommes appuyée.

**- Tableau 2.1 -
Base de construction du RHYCEBA**

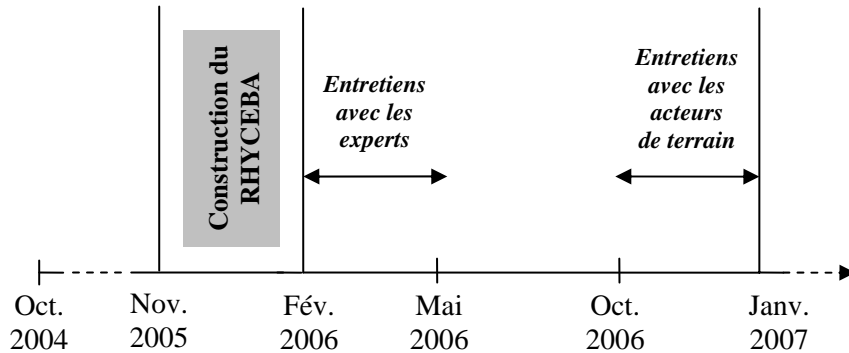
	SOURCES D'INFORMATION
Presse professionnelle <i>(articles de presse, lettres d'information, etc.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualité et Dossier en santé publique ▪ Bulletin d'information en économie de la santé ▪ Cahiers français ▪ Filières et réseaux ▪ Gestions hospitalières ▪ Regards sur l'actualité ▪ Revue française des affaires sociales ▪ Revue du champ social et de la santé mentale
Documentation institutionnelle <i>(rapports d'études, rapports d'évaluation, dispositifs juridiques, etc.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapports de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) (1999, 2001, 2003, 2004) ▪ Rapport Pailleret (1999) ▪ Rapports pour la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) : <ul style="list-style-type: none"> - Bercot et De Coninck (2002), Réseaux de santé, nouvelles professionnalités, nouvelles relations de service - Castra <i>et al.</i> (2004), Les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé ▪ Rapport de la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et Salariés) (2003, 2004) ▪ Rapport IGAS (2006) ▪ Les documents du ministère de la santé et institutions rattachées (Haute Autorité de Santé, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, Agences Régionales de l'hospitalisation, etc.)

Source : élaboration personnelle

C'est à partir de ces informations que nous avons opéré des recoupements pour faire émerger des traits significatifs et constituer un idéaltype de réseau de santé vu par les acteurs « d'en haut ». Nous avons ensuite cherché à valider le RHYCEBA auprès des experts et des acteurs de terrain.

Avant de présenter la méthode retenue avec ces deux catégories d'acteurs, nous précisons dans la figure suivante les temps de recueil de données nécessaires pour réaliser l'état des lieux qualitatif des réseaux de santé.

- Figure 2.2 -
Calendrier du recueil de données
pour réaliser l'état des lieux qualitatif des réseaux de santé



Source : élaboration personnelle

2.1.2.2 Méthode retenue avec les experts

Les entretiens avec les experts sont mobilisés dans un double objectif :

- valider le RHYCEBA en tant qu'idéaltype mythique des acteurs « d'en haut » (Etape B) ;
- estimer la distorsion entre le RHYCEBA et les réseaux de santé existants (Etape D).

Pour y répondre, nous avons suivi trois étapes : sélectionner la population d'experts (*alinéa a*), recueillir les données (*alinéa b*) et analyser les données (*alinéa c*).

a. Population d'experts

Thiéart (2003) met en garde sur le biais méthodologique consistant à sélectionner une population d'experts en anticipant les résultats qu'elle pourrait nous permettre d'obtenir, nous amenant ainsi à obtenir ce que nous voulons plutôt que ce qui est. « *En recherche, les phénomènes que nous croyons avoir identifiés reflètent, le plus souvent, notre outil d'observation. Nos résultats en disent beaucoup plus à propos de notre méthode qu'à propos du phénomène dont nous réclamions l'observation. Telle est la difficulté du choix d'une méthode : éviter que l'outil se substitue à l'observation, que l'analyse porte en elle-même la mythologie de phénomènes qui n'ont jamais eu lieu que dans l'imagination du chercheur* » (Baumard, 1994, p. 74).

Fort de cette mise en garde, nous sélectionnons des personnes qui ont une expertise des réseaux de santé et qui relèvent de divers champs professionnels. Nous visons deux catégories d'acteurs : des universitaires et des institutionnels. Nous veillons à interroger les représentants des principales institutions concernées par les réseaux de santé (ARH, URCAM, DRASS). Par ailleurs, nous recentrons les entretiens avec les experts institutionnels à l'échelle de la région PACA (Provence Alpes Côte d'Azur). Deux raisons principales justifient ce choix :

- la région PACA est l'une des régions les plus dynamiques en matière de réseaux de santé (Annexe 2.1). La politique régionale encourage fortement leur développement. La région PACA est la région française qui investit le plus dans les réseaux de santé suivi par la région Ile de France. Par ailleurs, elle est la deuxième région qui concentre le nombre le plus important de réseaux de santé financés ;
- l'approche régionale permet une plus grande cohérence des informations fournies par les experts qui font référence au même panel de réseaux de santé (Vigour, 2005).

La généralisation des informations est assurée par une connaissance étendue des experts institutionnels à l'échelle nationale et par le recours à des universitaires nationaux.

**- Tableau 2.2 -
Experts rencontrés pour l'état des lieux qualitatif**

Experts rencontrés	Fonction	Institutions de rattachement
André Sarfati	Adjoint aux actions de santé et offre de soins	DRASS PACA
Hélène Lansade	Médecin inspecteur de santé publique	DRASS PACA
Bernard Giusiano	Médecin Chargé de Mission (chargé de l'évaluation des réseaux de santé en PACA)	URCAM PACA
Isabelle Deloffre	Chargée de mission (département action de santé)	ARH PACA
Yves Abecassis	Sous Directeur	URCAM PACA
Hervé Meur	Coordonnateur d'un réseau de santé Chargé de mission	URCAM PACA
Pascal Bonafini	Maître de conférences associé Directeur général adjoint du Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Henri Bécquerel	Université de Rouen
Isabelle Sauviat	Maître de Conférences	Université de Tours

Source : élaboration personnelle

La population d'experts comprend deux universitaires et six représentants des tutelles dont un coordonnateur de réseau. Les deux universitaires sollicités ont mené des travaux de recherche sur les réseaux de santé et sont aujourd'hui Maître de Conférences :

◆ **Pascal Bonafini**

Maître de Conférences associé à l'Université de Rouen

Directeur général adjoint du Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Henri Bécquerel

Thèse en cours sur le pilotage des réseaux de santé (appliqué au cas des réseaux cancérologie)

◆ **Isabelle Sauviat**

Maître de Conférences à l'Université de Tours

Thèse soutenue en 2001 sur la légitimité des réseaux de soins (Sauviat, 2001)

Les experts institutionnels ont été contactés en suivant la technique dite « de boule de neige ». Nous avons demandé aux répondants de nous orienter vers des collègues pertinents pour notre étude (Rouleau, 2003 ; Goudarzi, 2005).

Par ailleurs, nous avons assisté au premier forum des réseaux de santé du pays d'Aix. Cette journée d'observation nous a permis de rencontrer des praticiens (coordonnateurs de réseau, professionnels de santé et bénévoles) et des institutionnels avec qui nous avons pu échanger sur un mode informel. L'objectif de ce forum, initié par les acteurs de terrain, était de favoriser les échanges d'expériences et de faire un bilan sur les réseaux de santé du territoire aixois.

b. Méthode d'entretien avec les experts

Un des enjeux majeurs de la conduite des entretiens d'experts a été de ne pas entretenir la confusion, et *a fortiori* l'illusion, entre les références mythiques d'une part et la réalité des réseaux de santé d'autre part. S'ajoutait par ailleurs un biais de désirabilité sociale, notamment chez les acteurs institutionnels. Nous entendons par là le fait de fournir des réponses socialement valorisantes en présentant une situation non pas telle qu'elle est mais telle qu'elle voudrait être (Fenneteau, 2002). Bien que ces risques soient minimisés du fait de l'expertise des interviewés, il nous a semblé souhaitable d'accompagner les entretiens de trois supports contribuant à limiter les biais :

⇒ **Avant l'entretien** : nous avons envoyé un *document de synthèse* présentant le RHYCEBA (Annexe 2.2). Ce document préalable à l'entretien visait à favoriser une compréhension avec le chercheur et à introduire une frontière distincte entre les deux niveaux de réflexion (projections mythiques et actions collectives).

⇒ **Pendant l'entretien** : nous avons commencé l'entretien par une *présentation Power Point* précisant le contexte de l'entretien et reprenant les points clés du document préalablement envoyé. Cette présentation introductive a permis de gagner la confiance des interviewés en nous positionnant clairement comme chercheur et non comme évaluateur. Elle a par ailleurs servi de support à la discussion, elle-même conduite à l'aide d'un *guide d'entretien semi-directif* (Annexe 2.3). Celui-ci a été articulé autour de trois idées maîtresses qui ne suivaient pas nécessairement un ordre séquentiel : la validité du RHYCEBA, la représentation de la réalité des réseaux de santé en France (nombre de réseaux ? succès des réseaux ? etc.) et l'estimation de la distorsion avec les réseaux existants (degré de distorsion ?).

La durée des entretiens avec les experts institutionnels a varié de 1h à 3h. Les échanges avec les experts universitaires ont quant à eux été réalisés par téléphone et par mail en reprenant la même logique d'entretien. A partir du cinquième entretien, nous avons constaté une certaine redondance de l'information recueillie. Nous avons cessé les entretiens d'experts dès la saturation des informations collectées. Huit entretiens ont ainsi été menés et complétés par de l'observation au forum des réseaux de santé.

c. Analyse de contenu des entretiens d'experts

Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement afin d'en permettre la retranscription. Il existe deux logiques de retranscription : une logique narrative qui consiste à présenter le récit le plus complet possible (avec les silences, les soupirs, etc.) et une logique argumentative qui reprend des extraits particulièrement pertinents pour la recherche (Rouleau, 2003). Compte tenu du caractère confirmatoire de nos entretiens, nous avons opté pour une logique argumentative consistant à ne retranscrire que les passages explicitement en lien avec notre problématique.

Ensuite, nous avons procédé à un codage des données. Cet exercice repose sur une interprétation du chercheur qui découpe la retranscription des entretiens en unités d'analyse pour les placer ensuite dans des catégories (Grawitz, 1996 ; Allard-Poesi, 2003). Il existe

différents types d'unité d'analyse : le mot, la phrase, le paragraphe, le thème, etc. L'unité d'analyse que nous avons retenue est le thème. Le découpage se fait en fonction du sens des mots. A cet effet, il se fait le plus souvent à l'échelle du paragraphe. Un paragraphe de sens est une phrase ou un groupe de phrases qui fait référence à une idée principale. Une fois l'unité d'analyse définie, deux types de méthodes permettent de constituer des catégories : les méthodes *a priori* consistent à élaborer les catégories avant le codage des données et les méthodes *a posteriori* définissent les catégories en cours de codage. Dans notre cas, nous nous sommes appuyée sur les catégories qui sous-tendaient notre guide d'entretien. Ce choix est justifié par notre démarche confirmatoire : nous cherchons à valider le RHYCEBA auprès des experts et à confirmer notre intuition de départ présageant d'une forte distorsion avec la réalité. Nous avons donc retenu des catégories explicitement en lien avec nos objectifs, tout en prévoyant une catégorie connexe visant à recueillir des compléments d'information. Nous présentons l'arborescence des codes utilisés pour analyser les entretiens.

- Encadré 2.1 -

Codes utilisés pour les entretiens avec les experts

- Etude du RHYCEBA

- conformité aux récits mythiques circulant dans le système de santé
- conformité aux préconisations des tutelles
- compléments d'information
 - présomption d'efficacité
 - existence d'un modèle de réseau référent
 - avenir des réseaux

- Etude des réseaux de santé existants

- nombre de réseau
- participants aux réseaux
- traçabilité des réseaux
- ancrage territorial

- Etude de la distorsion

- porosité mythe / réalité
- existence d'une distorsion
- degré de distorsion

Source : élaboration personnelle

En définitive, l'étude des entretiens d'experts s'est faite à partir d'une analyse thématique verticale (de l'entretien) et horizontale (de tous les entretiens). L'analyse verticale a été guidée par les deux objectifs des entretiens d'experts : la validation du RHYCEBA et

l'estimation de la distorsion avec les réseaux existants. L'analyse horizontale vise à étudier les invariants et à apprécier le degré d'unanimité entre experts.

**- Tableau 2.3 -
Méthode d'analyse des entretiens d'experts**

Axes directeurs	Interview 1	Interview 2	Interview n	Synthèse horizontale
Etude du RHYCEBA * conformité aux récits mythiques * conformité aux préconisations des tutelles				Synthèse : Validation du RHYCEBA
Etude des réseaux de santé existants * fonctionnement * degré de distorsion RHYCEBA / réseaux de santé existants				Synthèse : Estimation de la distorsion
Synthèse verticale	Synthèse interview 1	Synthèse interview 2	Synthèse interview n	Synthèse générale

Source : élaboration personnelle

2.1.2.3 Méthode retenue avec les acteurs de terrain

Les entretiens avec les acteurs de terrain sont mobilisés dans un double objectif :

- apprécier la portée du RHYCEBA en mesurant la correspondance entre l'idéaltype des acteurs « d'en haut » et les représentations idéalisées des acteurs « d'en bas » (Etape C) ;
- étudier la distorsion en recherchant des éléments d'explication (Etape E).

Pour y répondre, nous avons suivi trois étapes : sélectionner la population d'acteurs de terrain (*alinéa a*), recueillir les données (*alinéa b*) et analyser les données (*alinéa c*).

a. Population d'acteurs de terrain

Pour constituer notre population d'acteurs de terrain, nous avons procédé en deux temps. Tout d'abord, nous avons choisi de sélectionner plusieurs cas de réseaux de santé afin d'en exploiter la diversité. Si chaque réseau est spécifique du fait de son histoire, de son contexte, de ses acteurs, etc., seule une logique comparative peut permettre de faire la part des choses entre la contingence locale et les régularités plus profondes (Vigour, 2005). Trois critères de sélection ont été retenus :

✓ **L'ancienneté du réseau** : nous ne nous intéressons pas aux stratégies d'émergence des réseaux de santé mais nous cherchons à étudier le fonctionnement sous-jacent à ces nouvelles formes d'organisation des soins. A ce titre, il nous faut cibler des réseaux qui ont un fonctionnement routinier. Nous considérons qu'un réseau de santé commence sa maturité à partir de 3 années d'ancienneté (Larcher, 1998) ;



✓ **La cible du réseau** : nous visons des réseaux centrés sur une population et des réseaux centrés sur une pathologie ;

✓ **L'origine du réseau** : nous cherchons des réseaux impulsés par des acteurs de terrain (réseau « d'en bas ») et des réseaux initiés par l'Etat (réseaux « d'en haut »). Précisons que la catégorisation retenue n'est pas imperméable, en ce sens que les réseaux « d'en haut » ne sont pas possibles sans des initiatives locales et les réseaux « d'en bas » ont souvent recours à une forme d'institutionnalisation (notamment dans la recherche de financement). La distinction entre les deux types de réseaux tient à leur naissance : les réseaux « d'en haut » ont été « commandés » par l'Etat alors que les réseaux « d'en bas » sont nés d'un noyau d'acteurs locaux.

Quatre réseaux ont été sélectionnés d'après nos critères et sur conseils d'experts :

- **Périnat Sud** : réseau périnatalité
- **Resodys** : réseau dyslexie
- **AMD (Association Marseille Diabète)** : réseau diabète
- **Resados** : réseau adolescent

- Tableau 2.4 -
Grille de sélection des réseaux de santé choisis pour l'état des lieux qualitatif

CIBLE \ ORIGINE	national   local	
	Population	PERINAT SUD
Pathologie		AMD
		RESODYS

Source : élaboration personnelle

Ensuite, au sein de chaque réseau, quatre types d'acteurs ont été interviewés : des acteurs chargés de la gestion du réseau (les coordonnateurs), des professionnels participant au réseau (acteurs du milieu médical, paramédical et social) et des usagers. Nous avons ciblé des acteurs d'origines professionnelles variées afin d'être cohérente avec la définition extensive de la santé et de comparer les représentations du réseau de santé idéal entre secteurs (Vigour, 2005). Au total, 4 réseaux ont été sélectionnés et 15 acteurs de terrain ont été rencontrés. Précisons que les contacts avec les patients ont été difficiles du fait même de leur état de santé souvent fragile. Cette catégorie est donc sous représentée dans notre étude.

**- Tableau 2.5 -
Acteurs de terrain sélectionnés pour l'état des lieux qualitatif**

Réseaux de santé Public ciblé	AMD	RESADOS	RESODYS	PERINAT SUD
coordonnateurs	1	2	2	1
professionnels				
- Médical	1			1
- Paramédical		1	1	
- Social		1	1	1
Usagers	2			
Nombre total de répondants	4	4	4	3
	15			

Source : élaboration personnelle

Pour obtenir des contacts avec les acteurs de terrain, nous avons utilisé, de manière analogue aux experts, la technique de « boule de neige ». Précisons que le terrain d'étude se prête particulièrement à cette méthode dans la mesure où les acteurs du milieu sanitaire et social s'appuient largement sur leur réseau relationnel. Les encadrés suivant précisent les types de réseaux sélectionnés et les acteurs rencontrés au sein de chaque réseau.

**- Encadré 2.2 -
Cas n°1 : PERINAT SUD**

Caractéristiques :

- ✓ **Origine** : réseau initié par le plan périnatal (plan 1994, décret 1998, nouveau plan 2005). Les tutelles sont donc non seulement les financeurs mais elles guident l'évolution du réseau en fonction des nouveaux plans périnataux
- ✓ **Ancienneté** : créé en 2003
- ✓ **Cible** : les femmes enceintes
- ✓ **Objectifs** : permettre une meilleure orientation des femmes enceintes vers des maternités adaptées au type de grossesse (avec des soins intensifs, avec un service de pédiatrie néo-natale, etc.). Il existe une cellule de régulation des appels qui réceptionne les appels des maternités de toute la région (PACA Ouest et Corse Sud) et gère leur besoin (orientation adéquate). C'est un réseau inter-établissement (réseau entre maternités de la région) et un réseau d'acteurs individuels

Acteurs interviewés (3) :

- ✓ **Gestion** : 1 coordonnatrice de réseau (sage femme)
- ✓ **Médical** : 1 pédiatre
- ✓ **Social** : 1 représentante de la PMI (protection maternelle et infantile)

Source : élaboration personnelle

**- Encadré 2.3 -
Cas n°2 : ASSOCIATION MARSEILLE DIABETE (AMD)**

Caractéristiques :

- ✓ **Origine** : entre une injonction de l'Etat et une initiative locale. Le diabète a été déclaré en 1999 "priorité de Santé Publique". La rencontre d'une volonté institutionnelle et d'un noyau de médecins hospitaliers motivés par cette problématique a donné naissance à l'Association Marseille Diabète
- ✓ **Ancienneté** : créé en 2001
- ✓ **Cible** : les diabétiques de type 2
- ✓ **Objectifs** : permettre une prise en charge globale et gratuite des diabétiques de type 2

Acteurs interviewés (4) :

- ✓ **Gestion** : 1 coordonnatrice de réseau (médecin)
- ✓ **Médical** : 1 médecin généraliste
- ✓ **Usagers** : 2 patients

Source : élaboration personnelle

**- Encadré 2.4 -
Cas n°3 : RESADOS**

Caractéristiques :

- ✓ **Origine** : depuis 1994, un groupe de travail « Cas lourds » (groupe de réflexion sur les cas d'adolescents difficiles) a été mis en place entre l'unité adolescents d'un centre hospitalier aixois (service psychiatrie), le tribunal pour enfants, la PJJ et la direction des interventions sociales et sanitaires. Au fil des années, de nouveaux partenaires se sont joints et ont formé un réseau de santé
- ✓ **Ancienneté** : créé en 1998 (réseau précurseur dans la région)
- ✓ **Cible** : les adolescents en difficultés médico-sociales
- ✓ **Objectifs** : améliorer la prise en charge des adolescents en difficulté sur le territoire aixois. RESADOS s'organise autour de 3 axes : un centre de ressources et de documentation, des groupes de réflexion et une cellule de crise qui peut être mobilisée en 72 h après sa saisie en cas de problème complexe

Acteurs interviewés (4) :

- ✓ **Gestion** : 2 coordonnatrices de réseau
- ✓ **Médical** : 1 infirmière du centre hospitalier
- ✓ **Social** : 1 assistante sociale

Source : élaboration personnelle

**- Encadré 2.5 -
Cas n°4 : RESODYDYS**

Caractéristiques :

- ✓ **Origine** : en 1994, une association de parents d'enfants dyslexiques a été créée sous l'appellation CORIDYS. En 2002, suite à une circulaire DHOS du 4 mai 2001, un réseau a été créé sous le nom de RESODYDYS
- ✓ **Ancienneté** : reconnu réseau de santé en 2002 (mais plus de 10 ans de fonctionnement en réseau)
- ✓ **Cible** : les enfants souffrant de troubles du langage et de l'apprentissage (Dyslexie)
- ✓ **Objectifs** : améliorer la prise en charge des enfants atteints de troubles du langage et d'apprentissage en région PACA. CORIDYS est aujourd'hui davantage un centre de ressources et de documentation faisant office d'outils d'information et de soutien logistique à RESODYDYS. Les deux organisations ont un objectif commun qui consiste à faire vivre un réseau pluridisciplinaire de personnes concernées par le soin des enfants dyslexiques

Acteurs interviewés (4) :

- ✓ **Gestion** : 1 secrétaire administrative et 1 coordonnateur (médecin)
- ✓ **Médical** : 1 neuropsychologue
- ✓ **Usagers** : 1 président d'association de parents

Source : élaboration personnelle

b. Méthode d'entretien

Un des enjeux majeurs de la conduite des entretiens avec les acteurs de terrain a été de ne pas formater les réponses des interviewés en les amenant à converger vers l'idéaltype mythique. En effet, « *ce dont on a besoin pour inspirer les masses, c'est de visions utopiques. De plus, elles sont si idéales que seul un idiot ou un misanthrope malicieux ne les adopterait pas de bon cœur* » (Watzlawick, 1988a, p. 95). Aussi, pour s'affranchir de ce biais, nous avons commencé par construire avec les interviewés leur réseau de santé idéal que nous avons ensuite confronté au RHYCEBA afin d'évaluer ensemble la correspondance entre les deux « rêves ».

Pour cela, nous avons utilisé un guide d'entretien structuré qui a nécessairement suivi un ordre séquentiel (Annexe 2.4). Notre guide d'entretien comprenait trois étapes :

- la construction du réseau de santé idéal de l'interviewé ;
- la représentation des réseaux de santé existants et de leurs difficultés de fonctionnement ;
- la confrontation du réseau de santé idéal de l'interviewé au RHYCEBA.

Pendant l'entretien, nous avons laissé s'exprimer librement les acteurs de terrain tout en réorientant la discussion autour des trois axes clés en prenant garde à respecter les étapes de l'entretien et à ne pas induire les réponses attendues. La durée des entretiens a varié de 1h à 2h.

Les entretiens avec les patients ont quant à eux été menés sur un mode libre. Ils ont consisté à discuter de leur parcours dans le réseau et de leurs attentes (mode d'entrée dans le réseau, avant et après réseau, investissement personnel dans la prise en charge, accès à l'information, avis sur l'organisation des soins, etc.) Les entretiens ont duré de 15 à 30 minutes.

c. Analyse de contenu des entretiens avec les acteurs de terrain

Chaque entretien a fait l'objet d'un enregistrement afin d'en permettre la retranscription. Contrairement aux entretiens d'experts, nous avons retenu une logique narrative consistant à présenter le récit le plus complet possible. Ce choix est justifié par une démarche non plus seulement confirmatoire, mais aussi compréhensive en cherchant à expliquer la distorsion.

Ensuite, nous avons procédé à un codage des données en retenant une unité d'analyse de sens.

L'élaboration des catégories a été mixte :

- pour mesurer la correspondance entre le réseau de santé idéal des interviewés et le RHYCEBA, nous avons retenu un codage *a priori* en reprenant les thèmes de notre guide d'entretien ;
- pour étudier les causes de la distorsion, nous avons opté pour un codage *a posteriori* puisque les difficultés de fonctionnement ont émergé des entretiens.

Nous présentons dans l'encadré suivant l'arborescence des codes utilisés pour analyser les entretiens. Nous faisons apparaître les codes émergents en italique.

- Encadré 2.6 -

Codes utilisés pour les entretiens avec les acteurs de terrain

- Etude du réseau de santé idéal des acteurs de terrain

- construction du réseau de santé idéal des acteurs
 - finalité
 - participants
 - fonctionnement
 - évolution
 - dans le temps (avenir)
 - dans l'espace (territoire)

- Etude de la correspondance entre l'idéal des acteurs et le RHYCEBA

- existence d'un écart
- types d'écart (retour sur chaque item)
- compléments d'information
 - existence d'un modèle de réseau référent

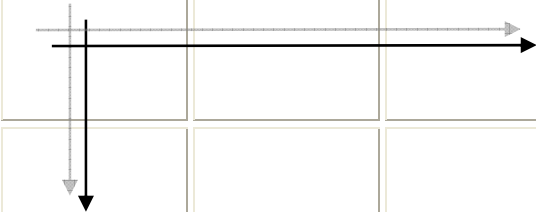
- Etude de la distorsion entre les réseaux de santé existants et le réseau de santé idéal

- représentation de la distorsion
 - existence d'une distorsion
 - niveau local (distorsion avec le réseau de santé étudié)
 - niveau général (distorsion avec l'ensemble des réseaux de santé)
 - degré de distorsion
- explication de la distorsion
 - *difficultés structurelles*
 - *difficultés culturelles*
 - *difficultés comportementales*
 - *difficultés organisationnelles*
- *pondération des difficultés*
- généralisation des difficultés
 - niveau local (difficultés propres au réseau de santé étudié)
 - nationales (difficultés concernant l'ensemble des réseaux de santé)

Source : élaboration personnelle

En définitive, l'analyse des entretiens avec les acteurs de terrain s'est faite à partir d'une analyse thématique verticale (de l'entretien) et horizontale (de tous les entretiens). L'analyse verticale a été guidée par les deux objectifs des entretiens avec les acteurs de terrain : validation du RHYCEBA (correspondance des deux visions idéales entre acteurs de terrain et tutelles) et étude de la distorsion (estimation du degré de distorsion et recherche d'éléments d'explication). L'analyse horizontale vise principalement à rechercher des régularités entre réseaux et/ou entre acteurs.

**- Tableau 2.6 -
Méthode d'analyse des entretiens avec les acteurs de terrain**

Axes directeurs	Interview 1	Interview 2	Interview n	Synthèse horizontale
Etude du RHYCEBA * construction du réseau de santé idéal des acteurs de terrain * confrontation au RHYCEBA				Synthèse : Validation du RHYCEBA
Etude des réseaux de santé existants * degré de distorsion RHYCEBA / réseaux de santé existants * difficultés de fonctionnement				Synthèse : Estimation de la distorsion et recherche d'éléments d'explication
Synthèse verticale	Synthèse interview 1	Synthèse interview 2	Synthèse interview n	Synthèse générale

Source : élaboration personnelle

2.2 PRESENTATION DE L'IDEALTYPE MYTHIQUE RHYCEBA

Après avoir exposé la méthodologie d'élaboration de l'idéaltype mythique, nous allons désormais présenter le contenu du RHYCEBA. Sa présentation se fera en deux temps. Dans un premier temps, nous indiquerons les principales caractéristiques permettant de qualifier le RHYCEBA. Ces caractéristiques prendront figure de critères d'identité qui nous permettront de répondre à la question suivante : qu'est-ce qui distingue un RHYCEBA d'un autre réseau de santé ? (§ 2.2.1). Dans un second temps, nous décrirons les critères permettant de qualifier son succès. Ces éléments supplémentaires devront nous permettre de répondre à la question suivante : quelles sont les performances attendues d'un RHYCEBA comparé à un autre réseau de santé ? (§ 2.2.2). Enfin nous soumettrons le RHYCEBA aux avis d'experts et aux aspirations des acteurs de terrain afin de savoir dans quelle mesure il est un objectif commun aux acteurs de la santé (§ 2.2.3).

2.2.1 CRITERES D'IDENTITE DU RHYCEBA

Successivement, nous étudierons les quatre critères d'identité du RHYCEBA : il prend la forme d'un *réseau de santé* caractérisé par son *hybridité* et par son recentrage sur le *bénéficiaire*.

2.2.1.1 Un réseau

Derrière la progression croissante des réseaux de santé, « *une assimilation hâtive peut apparaître entre de simples collaborations interprofessionnelles et des pratiques de réseaux* » (Bonafini, 2001, p. 14). La première caractéristique à définir pour qualifier l'idéaltype mythique est celle de réseau : qu'est-ce qui autorise à parler empiriquement de réseau dans la conception idéaltypique du RHYCEBA? Pour s'affranchir de la critique courante consistant à dire que le réseau recouvre simultanément tout et rien, il nous semble tout aussi important de nous demander *ce qu'est un réseau et ce qu'il n'est pas*. Précisons que les développements qui suivent s'appliquent à définir le réseau tel qu'il est entendu dans l'idéaltype mythique.

➤ *Un réseau n'est pas une filière*

Si ces deux termes sont couramment assimilés dans le sens commun, ils sont distinctifs et complémentaires dans le domaine de la santé. La filière correspond à une organisation de la demande (organisation de la trajectoire empruntée par un usager pour circuler dans le système de santé) alors que le réseau correspond à une organisation de l'offre (organisation coordonnée de professionnels faisant partie du système de santé dans lequel évolue l'usager) (Delande, 1999 ; Claveranne et Pascal, 2001 ; Schweyer et *al.*, 2002).

➤ *Un réseau n'est pas une association*

Un réseau regroupe des individus et des organisations qui se coordonnent au service d'un intérêt commun. Dès lors, qu'est-ce qui distingue une association de type AIDES d'un réseau VIH ? Dans un premier temps, une association repose en grande partie sur ses bénévoles. AIDES ne compte pas moins de 600 bénévoles en France. Les réseaux de santé ne reposent pas, quant à eux, sur le bénévolat. En effet, si les premiers réseaux de santé VIH sont nés spontanément du terrain et se sont appuyés sur le volontariat des acteurs, ils ont ensuite trouvé une reconnaissance institutionnelle par des circulaires les inscrivant dans les politiques publiques. Les acteurs intervenants peuvent prétendre à une indemnisation pour leur participation au réseau (dérogations tarifaires pour financer des consultations effectuées dans

le cadre d'une prise en charge en réseau, indemnisation des formations, etc.). Ainsi, si les réseaux de santé se construisent parfois sur fond de militantisme et souvent grâce à de nombreuses énergies locales, ils ne sollicitent pas le bénévolat. Nous introduisons ici une distinction entre bénévolat et volontariat. Le bénévolat met l'accent sur la gratuité de l'action et le désintéressement, tandis que le volontariat insiste sur l'acte de volonté qui n'est pas forcé, qui n'est pas l'effet d'une contrainte (Halba et Le Net, 2003). Dans un deuxième temps, AIDES soutient les personnes séropositives et informe le grand public. L'association concerne généralement la demande (les usagers) plus que l'offre de soins (les professionnels). Les réseaux, quant à eux, sont orientés sur l'offre de soins. Un réseau VIH vise essentiellement une meilleure prise en charge des personnes séropositives par une coordination des structures et professionnels concernés. Les réseaux de santé ont toutefois de l'association le statut juridique de loi 1901. L'avantage de ce statut juridique est de laisser aux créateurs une grande liberté d'organisation.

➤ *Un réseau n'est pas un projet*

Les réseaux trouvent leur origine dans des projets, qu'ils s'agissent de projets institutionnels ou de projets entre professionnels locaux qui ont décidé de se réunir pour travailler autour d'une problématique de santé particulièrement présente sur leur territoire (Reyes et al., 2004). Ces projets sont discutés, travaillés, négociés en groupe de travail, en réunion, en comité de pilotage, etc. Ils évoluent dans le temps et peuvent donner naissance à des réseaux. Il y a donc du projet dans les réseaux mais les réseaux ne sont pas des projets. Un projet est associé à une activité temporaire et singulière qui poursuit un but, qui est soumise à l'incertitude, qui répond à des attentes et qui est conditionnée par des variables extérieures (Garel, 2003). Alors que les projets sont temporaires, les réseaux que nous définissons cherchent à se pérenniser. Aussi, si le réseau commence par être un projet et continue à être animé par divers projets tout au long de son existence (actions de prévention, sessions de formation, etc.), il ne se résume pas à un projet.

➤ *Le réseau n'est ni un marché ni une hiérarchie*

Le réseau de santé idéal ne peut être confondu ni avec un marché ni avec une hiérarchie dans la mesure où les membres du réseau sont à la fois autonomes et interdépendants, impliqués dans une relation qui diffère de l'externalisation et de l'intégration (Assens et Accard, 2007).

Le réseau de santé idéal se distingue du marché. Dans un réseau de santé, le bénéficiaire n'est pas un consommateur qui circule librement et négocie les prix entre des offreurs qui sont mis

en concurrence. Si le bénéficiaire est libre d'entrer et de sortir du réseau, son parcours se fait dans une recherche de cohérence et de continuité des soins en fonction des ressources médico-sociales disponibles sur le territoire. De la même façon, le réseau ne cherche pas à concurrencer le mode de prise en charge traditionnel. Il vient en complément pour apporter une meilleure qualité de soins à des patients nécessitant une prise en charge globale. Le réseau n'est pas là pour créer une offre de soin supplémentaire et concurrente mais pour créer des liens entre les ressources existantes.

Le réseau de santé idéal se distingue de la hiérarchie. Les professionnels de santé et les usagers adhèrent volontairement au réseau. Ils ne sont pas au service de l'organisation mais font partie intégrante de celle-ci. Par ailleurs, les intervenants médico-sociaux sont les seuls juges des soins qu'ils dispensent. Le réseau de santé idéal n'est pas là pour commander, contrôler et sanctionner. Il n'y a pas de hiérarchie de secteurs, de statuts ou de disciplines. Tous les acteurs du réseau, bénéficiaires comme professionnels, ont un rôle à jouer dans la prise en charge.

Après avoir écarté *ce que n'est pas* un réseau, intéressons nous désormais à *ce qu'est* un réseau dans la perspective du RHYCEBA.

➤ *C'est un réseau de professionnels*

Deux sens peuvent être imputés au réseau (Chobeaux, 2004) :

- on parle de réseau secondaire pour désigner le réseau de professionnels qui dispensent des soins à un usager dans le cadre de sa prise en charge. Ce réseau correspond aux professionnels médico-sociaux qui répondent aux besoins de santé de la personne ;
- on parle de réseau primaire pour faire référence au réseau social de l'utilisateur (familles, amis, voisins, etc.). Ce réseau correspond au soutien que la personne peut trouver à travers ses relations sociales.

L'idéaltype de réseau que nous construisons concerne le réseau secondaire. Pour autant, il n'occulte pas la vision de l'utilisateur qui fait idéalement partie intégrante de la prise en charge.

➤ *C'est un réseau de proximité*

Le réseau idéal s'accompagne d'une plus grande importance accordée au territoire. Trois motivations principales justifient cette recherche de proximité :

- d'une part, les réseaux de santé cherchent à se rapprocher du patient pour adapter au mieux les soins dont il a besoin ;
- d'autre part, la proximité favorise la réactivité de la prise en charge ;
- enfin, la proximité contribue à la rationalisation des soins en encourageant une intervention à domicile des producteurs de soins (limitant ainsi les hospitalisations qui sont coûteuses).

Notons que la proximité est d'autant plus importante pour les pathologies nécessitant des soins fréquents (gériatrie, soins palliatifs, etc.).

➤ *C'est un réseau institutionnel volontaire*

Un réseau ne se décrète pas : les discours et les textes sont unanimes sur le sujet. Il n'existe pas de réseau durable basé sur une obligation d'adhésion de la part des acteurs concernés, professionnels comme patients. Un réseau idéal a pour point de départ une conviction commune amenant les acteurs à se coordonner. Toutefois, cette conviction initiale, qui est indispensable à la dynamique du réseau, ne se suffit pas à elle-même. Aussi, un réseau idéal est un réseau animé par une conviction et reconnu par les tutelles qui le financent et qui contribuent à son développement et à sa survie. Il est proposé aux patients qui y adhèrent librement.

- Encadré 2.7 -

Premier critère d'identité du RHYCEBA : le réseau

Le réseau n'est pas...

- une filière
- un projet
- une association
- un marché ou une hiérarchie

Le réseau est...

- un réseau de professionnels
- un réseau de proximité
- un réseau institutionnel volontaire

Source : élaboration personnelle

2.2.1.2 Un réseau de santé

Les réseaux de santé se réfèrent à une vision extensive de la santé. Dans l'idéaltype mythique, la santé n'est pas l'inverse de la maladie, elle est plus encore. Les réseaux de santé cherchent non seulement à soigner la maladie mais également à aider l'utilisateur à mieux vivre sa maladie voire à empêcher la maladie. Les mesures de prévention et de diagnostic précoce vont dans ce

sens. Nous retrouvons ici les présupposés de la quête de la santé parfaite (§ 1.2.2). C'est une qualité de vie qui est idéalement visée en améliorant la prise en charge des usagers. Pour l'obtenir, une pluralité d'acteurs médico-sociaux individuels et institutionnels est invitée à participer à la prise en charge : « *médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, chacun dans leurs domaines sont producteurs de soins* » (Patte, 1998, p. 16). Dans le réseau idéal, tous les acteurs concernés par le besoin de santé interagissent dans un climat de confiance en partageant un ensemble de valeurs partagées. « *Si les réseaux sont des organisations, ils sont avant tout des configurations d'acteurs. Ce qui les relie, ce n'est pas seulement le soin mais aussi un ensemble de valeurs partagées, une confiance réciproque et une volonté de travailler ensemble* » (Bonnin, 2004, p. 80).

Ces acteurs participent idéalement à la vie du réseau en intervenant à deux niveaux (DGS, 1997) :

- un niveau individuel consistant à rechercher à plusieurs des solutions administratives, sociales, médicales et psychologiques autour de cas individuels complexes (synthèses sur cas, échanges entre professionnels, orientation accompagnée des personnes dans leur parcours de soins, etc.) ;
- un niveau collectif consistant à organiser des actions collectives pour répondre à un même besoin partagé par un groupe de population sur le territoire (sessions de formation, groupes d'échanges de pratiques, actions de prévention auprès du grand public, etc.).

- Encadré 2.8 -

Deuxième critère d'identité du RHYCEBA : la santé

Le réseau idéal est un réseau de santé :

La définition extensive de la santé suggère la recherche d'une meilleure qualité de vie par une prise en charge globale de l'utilisateur confronté à un problème de santé clairement identifié.

Le réseau idéal est un réseau d'acteurs de la santé :

Le réseau est ouvert à tous les acteurs concernés par la thématique de soins ciblée.

Les acteurs interviennent dans le réseau à un niveau individuel et collectif.

Les acteurs interagissent dans un climat de confiance et partagent des valeurs communes.

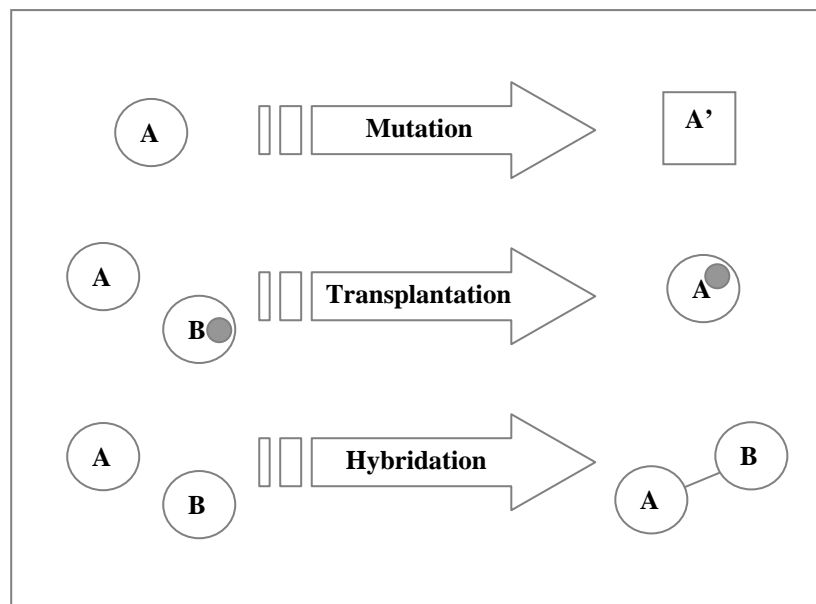
Source : élaboration personnelle

2.2.1.3 Un réseau de santé hybride

Le verbe « décloisonner » ponctue nombre de discours et de textes sur les réseaux de santé. Mais finalement que veut-on décloisonner ? Et qu'entend-on par décloisonner ?

Le réseau de santé idéal cherche à rapprocher voire réconcilier des secteurs disjoints pour permettre une approche globale des soins. En ce sens, il procède d'une logique d'hybridation. Pour une définition plus précise du terme, nous le mettons en regard des notions de mutation et de transplantation (Avenier, 1996 ; Romaeler, 1998 ; De Bovis, 2006).

**- Figure 2.3 -
Trois processus de mise en œuvre d'un changement organisationnel**



Source : adapté de De Bovis (2006), p. 13

Les trois processus ci-dessus impliquent un changement organisationnel :

- La mutation désigne le changement irréversible d'une organisation A en une organisation A' ;
- La transplantation consiste à prélever un élément de l'organisation B pour le greffer dans l'organisation A ;
- L'hybridation résulte d'une association d'organisations composites.

Les réseaux de santé impliquent des changements importants en recherchant une approche globale de la santé sans pour autant révolutionner l'organisation des soins. Autrement dit, ils ne cherchent pas un renversement en s'imposant comme le mode de prise en charge dominant, balayant ainsi le mode de prise en charge traditionnel (mutation). Ils n'ont pas non plus pour objet de prélever des compétences médico-sociales du système de soins classique pour se les approprier (transplantation). Le réseau de santé idéal se construit sur un tissu de relations qu'il contribue à densifier en favorisant les liens entre des organisations et des acteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble (hybridation). La forme hybride est née historiquement de façon spontanée pour compenser les lacunes du système de santé dans la prise en charge de certains besoins de santé nécessitant un regroupement d'acteurs de soins. Le réseau de santé idéal est ainsi un réseau hybride, « *intermédiaire en tant qu'il est instrument de liaison, certes, mais surtout intermédiaire en ce qu'il se tient dans l'entre deux de couples d'opposition qu'il réunit, effaçant par là la coupure logique traditionnelle* » (Sfez, 1999, p. 13).

Plus précisément, trois principaux décloisonnements sont idéalement attendus :

➤ *Médical / social* : cette coupure, particulière à notre pays, a pour origine les années 60 où la volonté de « tout guérir » a conduit à favoriser les investissements financiers, technologiques et humains en direction des structures de soins (hôpital notamment), et ce au détriment du secteur social (Bourgueil et al., 2001). Aussi, les discours institutionnels sont unanimes : la prise en charge doit désormais recourir à toute une gamme de compétences et de services différents allant du milieu médical, social et associatif au politique et administratif.

➤ *Individuel / organisationnel* : un réseau de santé idéal réconcilie le niveau individuel et organisationnel. Les acteurs des réseaux de santé ne sont pas, pour la plupart, isolés mais insérés dans diverses dynamiques institutionnelles avec lesquelles ils sont liés hiérarchiquement. Le réseau de santé est « *une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé, à un moment donné, sur un territoire donné, transversale aux institutions et aux dispositifs existants composée d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier* » (ANAES, 2001, p. 47). Acteurs individuels et institutionnels coexistent sans hiérarchie ni concurrence (Escaffre, 1998 ; Larcher, 1998).

➤ *Public / privé* : les réseaux ville–hôpital ont été les premiers à chercher à réconcilier la médecine de ville à la médecine hospitalière. Un rapprochement est souhaité entre les soins dispensés dans le secteur public (médecins hospitaliers, institutions médico-sociales, etc.) et les soins dispensés dans le secteur privé (médecins libéraux, cliniques, etc.).

Ajoutons enfin qu'un réseau de santé hybride ne se réduit pas à une somme d'acteurs compétents dans leur domaine : le réseau idéal permet non seulement une meilleure allocation des ressources mais il est également créateur de ressources. L'échange favorise dans le temps une modification des pratiques par un effet d'apprentissage entretenu par le partage d'expériences et la confrontation des pratiques (Encadré 1.1). Cet apprentissage « explicite » peut en outre être complété par un apprentissage « implicite » (Reber et Lewis, 1977 ; Ingham, 1994 ; St-Amant et Renard, 2004). En d'autres termes, il est fréquent d'apprendre sans avoir conscience de ce qui est appris ou sans percevoir ce que l'on apprend (Ferrary, 1999). Ce type d'apprentissage est rendu possible quand les acteurs se sentent libérés de toute « stratégie d'apprentissage » imposée par leur organisation. C'est donc un processus naturel et inconscient propre à l'homme qui se trouve dans un environnement complexe et riche en interactions (Reber et Lewis, 1977). Les réseaux de santé constituent à ce titre un milieu particulièrement favorable à cette forme d'apprentissage.

- Encadré 2.9 -

Troisième critère d'identité du RHYCEBA : l'hybridité

Le réseau hybride tisse des liens : il associe des éléments composites.

Le réseau hybride réconcilie : il décloisonne des secteurs traditionnellement opposés (médical / social, public / privé, individuel / organisationnel).

Le réseau hybride réorganise et crée des ressources : il améliore l'allocation de ressources et participe à la création de ressources en encourageant l'évolution des pratiques de soins.

Source : élaboration personnelle

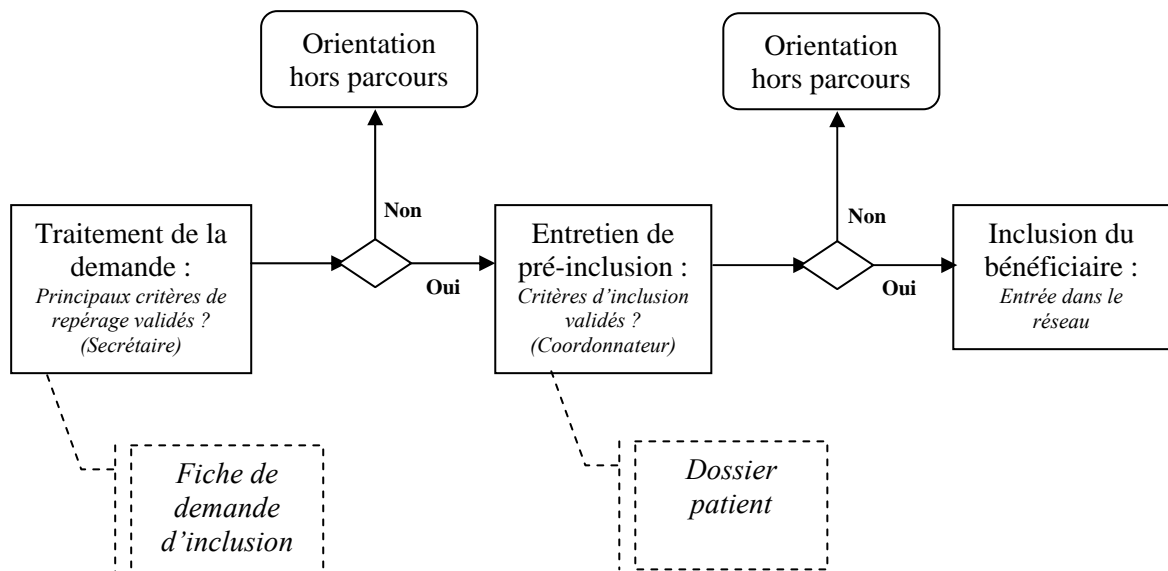
2.2.1.4 Un réseau de santé hybride centré sur un bénéficiaire

Une idée communément reconnue ressort des textes étudiés : il faut recentrer les soins sur le patient et rechercher une cohérence autour de la personne. Mais qui est cette personne ?

Le réseau de santé idéal ne cherche pas à améliorer la qualité de vie de tous les individus. Il s'adresse aux personnes qui souffrent précisément d'une pathologie complexe et chronique

associée parfois à des difficultés socio-psychologiques. C'est seulement sous réserve de ces conditions que la personne sera prise en charge par le réseau de santé. Si celle-ci ne répond pas à ces conditions, alors son état de santé ne nécessite pas *a priori* une prise en charge en réseau. Elle sera relayée vers le système traditionnel. Pour mener cet arbitrage, des critères d'« inclusion » non discriminants sont définis par les réseaux. Ces critères filtrent les entrants dans le réseau et permettent de former un groupe « homogène » de malades concernés par la thématique du réseau. C'est la garantie pour le réseau de disposer des ressources nécessaires pour prendre en charge efficacement ce type de malades. La figure suivante modélise l'entrée d'un patient dans le réseau.

**- Figure 2.4 -
Modélisation de l'entrée d'un patient dans un réseau de santé**



Source : adapté de Meur et Giusiano (2008), p. 15

Jusqu'à présent, nous avons employé indifféremment les termes d'utilisateur, de malade, de patient, de bénéficiaire, etc. Nous remarquons que le qualificatif change en fonction du regard porté sur la personne (Lamothe, 2002). Les professionnels de la santé parlent des « patients » et plus généralement des « malades ». Les gestionnaires préfèrent les « usagers » ; « les bénéficiaires » ou encore les « assurés ». Enfin, l'Etat s'adresse aux « citoyens », aux « contribuables » ou au « public » en général.

Dans la mesure où les réseaux de santé ciblent soit des pathologies complexes et/ou chroniques, soit des populations en situation médico-sociales difficiles, et qu'ils se construisent idéalement pour le bien-être de la personne, nous privilégions le recours au terme « bénéficiaire ».

- Encadré 2.10 -

Quatrième critère d'identité du RHYCEBA : le bénéficiaire

Le réseau idéal est centré sur un bénéficiaire :

- qui souffre soit d'une pathologie complexe et/ou chronique soit de difficultés médico-sociales nécessitant une prise en charge globale (le besoin de santé est clairement identifié).
- qui entre dans le réseau en répondant à des critères d'inclusion non discriminants.

Source : élaboration personnelle

Après avoir défini les critères nous permettant d'identifier le RHYCEBA, intéressons-nous aux critères qualifiant son succès. Un idéaltype mythique est par définition performant aux yeux des acteurs mais quelle est cette performance ? Pour décrire la performance attendue d'un RHYCEBA, nous nous centrons sur sa production, à savoir la prise en charge du bénéficiaire. Partant de là, nous décrivons les critères permettant de qualifier une prise en charge idéale.

2.2.2 CRITERES DE SUCCES DU RHYCEBA

Nous verrons successivement qu'une prise en charge idéale, dans la conception idéaltypique du RHYCEBA, est une prise en charge *globale* et *co-produite* qui *améliore la qualité des soins*.

2.2.2.1. Une prise en charge globale

Une prise en charge idéalement performante est une prise en charge globale. « *D'actions à finalité préventive et de promotion de la santé à la prise en charge thérapeutique très spécialisée, le recours aux réseaux médico-sociaux est aussi un moyen d'améliorer l'accès aux soins et l'orientation des patients et de responsabiliser les bénéficiaires* » (DGS, 1997, p. 127).

La prise en charge globale ne se résume pas à une succession d'épisodes de soins mais intègre toutes les étapes du processus de soins de façon cohérente (Vinas, 1998). Ce processus comprend plusieurs étapes : la prévention et l'éducation à la santé, le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et le suivi des soins (Castra et al. 2004).

C'est une double globalité qui est ici recherchée :

- une globalité dans le temps : la plus value d'une prise en charge en réseau se trouve dans l'accompagnement du bénéficiaire tout au long de son parcours de soins. Le réseau idéal permet un suivi et une continuité des soins dans la durée qui ne seraient pas possibles dans le système traditionnel trop segmenté ;
- une globalité dans l'espace : des professionnels de secteurs différents sont amenés à se coordonner autour du bénéficiaire pour lui apporter une pluridisciplinarité intégrée à toutes les phases de la maladie.

- Encadré 2.11 -

Premier critère de succès du RHYCEBA : une prise en charge globale

Une prise en charge idéalement performante est une prise en charge globale :

- dans l'espace : pluridisciplinarité des soins autour du bénéficiaire.
- dans le temps : suivi et continuité des soins.

Source : élaboration personnelle

2.2.2.2 Une prise en charge globale et co-produite

Deux configurations sont envisageables quand il s'agit de définir la place du bénéficiaire dans le système de santé (Bercot et De Coninck, 2002) :

- Première configuration : le réseau oriente ses objectifs autour du bénéficiaire qui est sollicité pour transformer ses pratiques (responsabilisation, éducation à la santé, etc.). Le bénéficiaire est partie prenante dans sa prise en charge, dans le suivi de sa maladie, et dans la construction de sa trajectoire ;

- Deuxième configuration : le réseau se concentre sur l'organisation de l'offre de soins (la coordination) qui aura un effet à terme sur la production de services au bénéficiaire. Le rôle de ce dernier est dans ce cas indirect.

Les textes institutionnels situent le réseau de santé idéal dans la première configuration. La loi du 4 mars 2002¹⁶ parle de « démocratie sanitaire » pour suggérer l'évolution vers une relation patient-médecin faite d'échanges et de réciprocité. En effet, la complexification du processus de prise en charge a généré un glissement d'un modèle paternaliste de la relation patient-médecin (utilisateur passif) vers un modèle participatif (Sauviat et Sampieri, 2001 ; Caizzi, 2005). L'évolution ainsi relevée évoque le passage d'un modèle largement prescriptif dans lequel les professionnels savent pour le bénéficiaire et décident seuls, à un modèle participatif dans lequel le bénéficiaire est sollicité pour participer aux soins.

Le bénéficiaire tel qu'il est idéalement attendu est un recoupement de patient, d'usager et de client. Sauviat et Sampieri (2001) parlent de PUC (le Patient Usager Client) :

- Le patient fait le lien avec l'activité de soins ;
- L'usager renvoie au principe d'égalité dans la prise en charge et d'anonymat propre au service public ;
- Le client souligne la nécessaire prise en compte des exigences de l'individu, impliquant ainsi une réflexion sur la qualité du service produit.

C'est à ce titre que nous reprenons à Sauviat (2001) l'expression « bénéficiaire actif » pour qualifier le rôle attendu de l'individu dans sa prise en charge. Il est à la fois la cible des soins et le co-producteur des soins dans la mesure où il participe idéalement à une partie de la réalisation du service qui lui est rendu.

- Encadré 2.12 -

Deuxième critère de succès du RHYCEBA : une prise en charge co-produite

Une prise en charge idéalement performante est une prise en charge co-produite :

- le médecin et le bénéficiaire participent ensemble à la prise en charge.
- le bénéficiaire est partie prenante de ses soins.

Source : élaboration personnelle

¹⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

2.2.2.3. Une prise en charge globale et co-produite qui améliore la qualité des soins

Mettre en œuvre une prise en charge globale et co-produite ne garantit pas la dispensation de meilleurs soins, encore faut-il savoir de quoi on parle dès lors qu'il s'agit de porter un jugement sur la qualité des soins (Bouffechoux, 1997 ; Gramoullé, 2005). Les textes sont très vagues sur les critères qualifiant l'amélioration des soins et ils sont par ailleurs fortement subjectifs. A titre d'exemple, ce qui semble favorable à la qualité des soins pour un médecin ne l'est pas nécessairement pour un bénéficiaire : orienter une grossesse vers une maternité spécialisée se trouvant à 60 kms peut ne pas satisfaire les attentes du bénéficiaire, bien que cette décision ait été prise par mesure de prévention.

Aussi, une prise en charge idéalement performante est une prise en charge perçue comme améliorant la qualité des soins par les acteurs de la santé concernés. Trois types d'acteurs sont visés :

- les soignés (bénéficiaires actifs) ;
- les soignants (intervenants médico-sociaux) ;
- les tutelles (financeurs).

La place importante de la perception des acteurs justifie l'emploi du terme « succès » auquel nous avons eu recours jusqu'à présent. Cette notion prend en compte non seulement les actions menées par l'organisation, les résultats de l'action mais aussi la perception que les acteurs en ont (Bourguignon, 1995). Le succès suggère l'approbation du public. Il n'y a pas de succès sans une sanction externe positive. Dans la mesure où les réseaux ne se décrètent pas et où l'adhésion des acteurs y est volontaire, le regard qu'ils portent sur cette organisation est déterminant pour leur fonctionnement. C'est pourquoi nous avons préféré parler de critères de succès du RHYCEBA plutôt que de critères de performance.

- Encadré 2.13 -

Troisième critère de succès du RHYCEBA : une amélioration de la qualité des soins

Une prise en charge idéalement performante est une prise en charge qui améliore la qualité des soins : elle est perçue comme telle et approuvée par les soignants, les soignés et les tutelles.

Source : élaboration personnelle

Au regard des caractéristiques que nous venons de présenter, le RHYCEBA peut se définir comme « *une forme organisée et dynamique d'actions collectives menées dans un climat de confiance partagée, par des acteurs (individuels et institutionnels) volontaires et concernés par une préoccupation de santé publique mobilisant différents secteurs (public-privé et médico-socio-politique), afin d'améliorer la qualité des soins en articulant, sur un territoire déterminé, une prise en charge globale centrée sur un bénéficiaire actif* ».

2.2.3 UN IDEALTYPE MYTHIQUE FEDERATEUR

La soumission du RHYCEBA aux experts et aux acteurs de terrain s'est soldée par une reconnaissance unanime des acteurs dans ce modèle de réseau de santé idéal.

Les experts ont communément validé le RHYCEBA comme reflet du réseau de santé idéal vu par les acteurs « d'en haut ».

« *Le RHYCEBA est moteur de nos modèles, de nos conceptions. Avant la santé parfaite, il y a la prise en charge parfaite* ». (Expert universitaire)

Ils ont par ailleurs proposé trois améliorations que nous avons prises en compte : elles sont signifiées par un soulignement dans la figure 2.5.

➤ Les experts ont insisté sur l'importance du désir de se coordonner. Aussi, bien que cette idée soit sous-jacente à notre développement, nous la faisons explicitement apparaître dans le critère d'identité « réseau ».

« *Un réseau ne se décrète pas ou plutôt se décrète difficilement. Dans l'idéal, les réseaux de santé sont animés par un désir de travailler ensemble* ». (Expert institutionnel)

➤ Les experts ont souligné qu'idéalement, les réseaux de santé permettent un maillage équitable des soins sur tout le territoire. Ils remarquent que cette responsabilité incombe aux tutelles. Nous spécifions cette idée dans le critère d'identité « réseau ».

« *On est actuellement dans une phase expérimentale avec des expériences pilotes et donc une répartition inégale des réseaux de santé sur le territoire. Dans l'idéal, Il faut pouvoir offrir la même prise en charge de partout et donc il faudrait une équirépartition des réseaux de santé sur le territoire* ». (Expert institutionnel)

➤ Les experts ont proposé un changement de formulation sur le critère d'identité « santé » : plutôt que de parler de « production non centrée sur le processus de prise en charge », ils ont suggéré de parler de « production centrée sur l'acte de soins ».

« Dire que la production n'est pas orientée autour du processus de prise en charge est condamnable. Parler de production centrée sur l'acte de soins me semblerait mieux ». (Expert institutionnel)

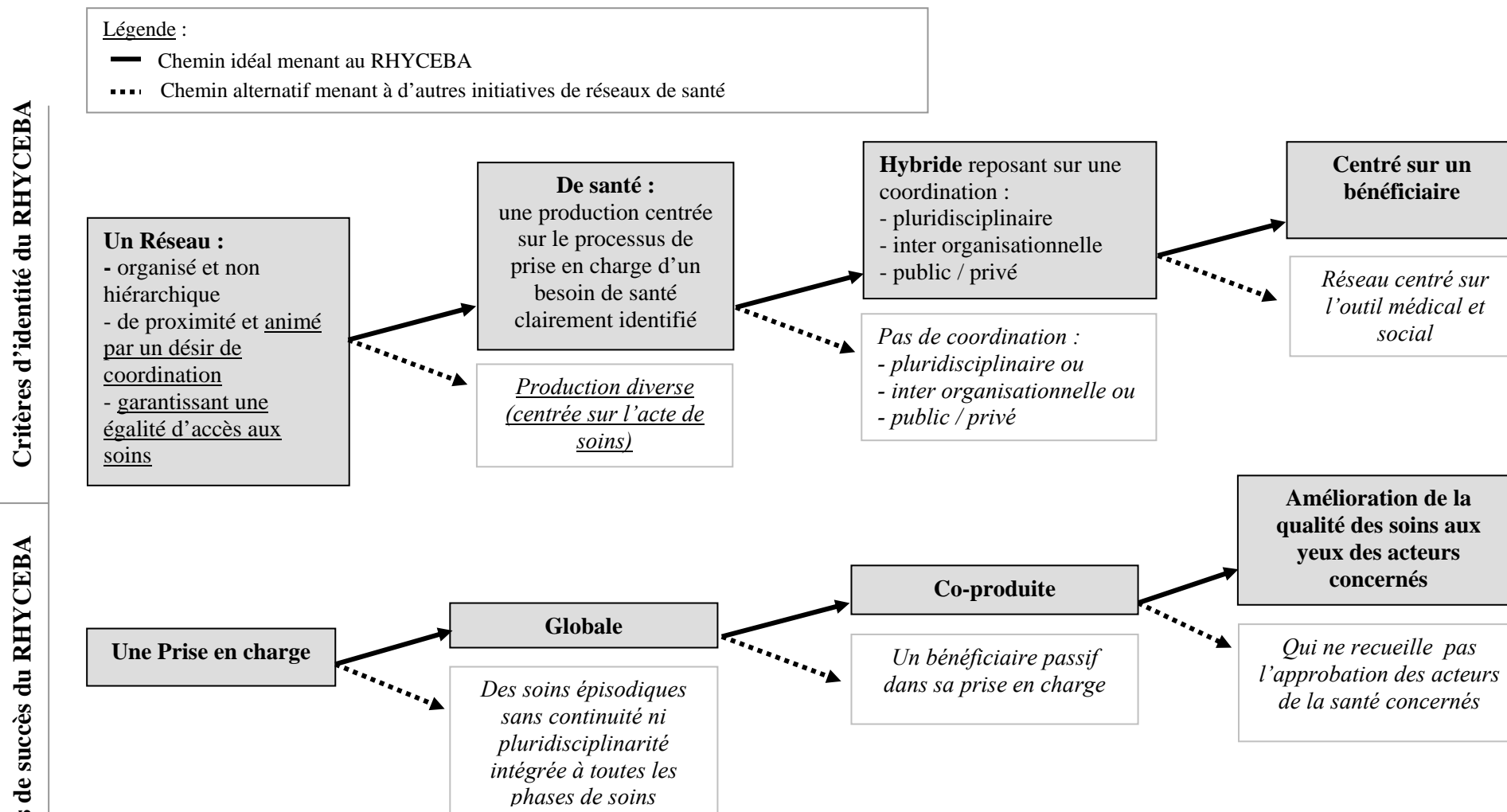
Nous remarquons que la notion de coût n'apparaît pas dans l'idéaltype mythique. Les experts ont relevé que bien que la maîtrise des dépenses de santé soit en toile de fond des dernières réformes sur les réseaux de santé, les notions de coûts sont assez peu directement abordées dans les textes et les discours. Nous retrouvons, dans cet idéaltype mythique, la description d'un système de santé, historiquement fondé sur des valeurs altruistes, pour lequel la santé n'a pas de prix.

Les acteurs de terrain ont quant à eux un idéal en adéquation avec le RHYCEBA. Nous ne développons pas dans cette section les caractéristiques du réseau de santé idéal des acteurs de terrain puisqu'elles renvoient aux caractéristiques du RHYCEBA. Toutefois, nous proposons en annexe une analyse du réseau de santé idéal des acteurs de terrain appuyée par des verbatim (Annexe 2.5).

Nous pensons que l'histoire des réseaux de santé français, initialement portés par les acteurs de terrain pour faire face au sida et ensuite soutenus par les tutelles, a très certainement contribué à la convergence des deux idéaux de réseaux. A ce stade de la recherche, la question de l'alignement stratégique avec les tutelles est écartée (Etape C. de la figure 2.1). Aussi, compte tenu des retours d'entretiens, nous postulons que le RHYCEBA est un idéaltype mythique de réseau de santé qui typifie le rêve de tous les acteurs de la santé (acteurs « d'en haut » et acteurs « d'en bas »). Il devient à ce titre un objectif commun. Nous retrouvons ici l'aspect fédérateur du mythe qui offre une représentation commune à des organisations hétérogènes (Offner, 1996 ; Pesqueux, 2002).

Pour synthétiser nos développements, nous présentons dans la figure suivante le RHYCEBA sous une forme arborescente en distinguant deux branches : la première spécifie les critères d'identité du RHYCEBA et la seconde spécifie les critères de succès du RHYCEBA. Dans la prochaine section, nous nous attacherons à confronter le RHYCEBA aux réseaux de santé existants afin d'en évaluer la distorsion.

**- Figure 2.5 -
Présentation du RHYCEBA vu par les acteurs**



Source : élaboration personnelle

2.3 ETUDE DE LA DISTORSION RHYCEBA - RESEAUX DE SANTE EXISTANTS

Le réseau de santé, dans son acception mythique, se présente comme une forme organisationnelle où la coordination l'emporte sur le cloisonnement, où la prise en charge des usagers est une priorité et où le bénéficiaire occupe une position centrale. Qu'en est-il désormais du fonctionnement des réseaux de santé existants ? Dans quelle mesure se rapprochent-ils de ce tableau idéal ? Pour y répondre, nous procéderons en deux temps. Tout d'abord, nous estimerons le degré de distorsion en prenant appui sur les entretiens d'experts (§ 2.3.1). Puis, nous nous interrogerons sur les raisons de cette distorsion en nous référant aux entretiens réalisés avec les acteurs de terrain (§ 2.3.2). Enfin, nous préciserons notre projet de chercheur face à la distorsion : faut-il envisager une voie alternative au RHYCEBA ? Ou faut-il chercher à réduire la distorsion pour se rapprocher du RHYCEBA ? (§ 2.3.3).

2.3.1 UNE FORTE DISTORSION

2.3.1.1 Estimation du degré de distorsion

Avant d'approximer le degré de distorsion, précisons que les retours d'entretiens confirment la porosité mythe-réalité. Les experts reconnaissent que l'image idéalisée du réseau de santé est entretenue par les dispositifs, études et rapports institutionnels conduits et portés par les diverses autorités de santé. Plus précisément, deux experts institutionnels soulignent que les critères utilisés pour accorder un financement aux réseaux de santé sont calqués sur les caractéristiques du RHYCEBA, ce qui confronte les acteurs de terrain à des objectifs « mythiques » qu'ils sont dans l'incapacité d'atteindre quelle que soit leur efficacité.

« Le mythe est entretenu sous la pression des financeurs et institutionnels. Les acteurs de terrain se justifient constamment par rapport au mythe. Le mythe supporte tout : [...] pour justifier leur financement, pour argumenter et mettre de la matière derrière leur financement, les réseaux ont tendance à compenser en s'investissant dans des domaines qui ne sont pas les leurs ». (Expert institutionnel)

Aussi, pour s'en sortir, « il n'est pas dit ce qui est fait et ce qui est dit n'est pas fait. Telle est la substance de ce que Brunsson appelle l'hypocrisie organisationnelle » (Koenig, 2002, p. 188).

« Il faut mesurer la production du réseau et bien allons- y. Un de nos indicateurs, c'est l'amélioration de la lecture. Donc on transmet une fiche à l'institutrice de l'enfant en difficulté qui est chargée de remplir les rubriques « avant l'intervention du réseau / après l'intervention du réseau ». Cet indicateur se solde inmanquablement par une sanction positive parce que l'enfant va naturellement progresser mais à quel degré ? S'il a appris 3 mots de plus en une année, alors on a atteint l'objectif ! Je n'appelle pas ça une évaluation ! C'est stratégique, c'est tout [rires] ». (Neuropsychologue)

La porosité semble s'auto-entretenir. Le recours à l'hypocrisie organisationnelle permet aux tutelles et aux acteurs de terrain de légitimer l'existence des réseaux et d'assurer leur survie. L'hypocrisie organisationnelle est une réponse des organisations qui sont confrontées à des exigences antagonistes et illusoirs. « L'irréalisme des ambitions peut être efficace, cela ne signifie pas pour autant que les réalisations soient toujours à la hauteur des rêves ; il faut donc se préparer à en faire le constat » (Koenig, 2002 p. 190).

C'est ce constat que nous faisons grâce aux experts qui témoignent unanimement d'une distorsion importante entre l'idéaltype mythique et les réseaux de santé existants. Le degré de cette distorsion est toutefois variable. Nous remarquons en effet qu'une minorité d'experts (deux experts institutionnels) est plus nuancée quant au degré de distorsion. Leur statut de représentant de l'Etat pourrait être un élément explicatif : leur fonction les positionne de fait en « vendeurs de mythe ».

Pour les plus radicaux, la distorsion est très forte et elle serait en partie expliquée par le caractère expérimental des réseaux de santé.

« Le RHYCEBA constitue à mon sens encore une cible. La vocation des réseaux me semble encore très interstitielle dans la configuration de notre offre de soins ». (Expert universitaire)

« Nous en sommes à la phase expérimentale, une phase charnière des réseaux de santé qui voit naître des retours d'expériences trop jeunes pour être probants ». (Expert institutionnel)

Pour les plus modérés, la distorsion ne fait pas de doute mais elle est essentiellement prégnante sur certains critères du RHYCEBA. Plus précisément trois items ont été pointés :

➤ **La prise en charge co-produite** : le bénéficiaire est rarement associé à la prestation de soins. Il se montre peu actif dans sa prise en charge excepté si sa pathologie ou sa situation l'implique directement dans l'acte de soins (sida, diabète, asthme, grossesse, etc.).

« Oui, on le dit mais ce sont souvent les derniers au courant. Son point de vue n'est pas souvent intégré. On ne lui demande pas s'il est satisfait ni quel est son rôle ».
(Expert institutionnel)

➤ **Une amélioration de la qualité des soins** : les évaluations actuelles portent davantage sur les moyens mis en œuvre par les réseaux pour améliorer la qualité des soins que sur une mesure directe de la qualité des soins. L'amélioration effective de la qualité des soins est difficile à mesurer aujourd'hui tant les résultats ne sont visibles qu'à long terme et tant les critères sont multiples et subjectifs.

➤ **Le désir de coordination** : les experts font remarquer que les clivages existants sont tenaces et restreignent considérablement le désir de travailler ensemble qui reste le fait d'une minorité.

2.3.1.2 Une distorsion plus importante avec les réseaux « d'en haut »

Les experts mettent l'accent sur une distorsion nettement plus forte entre le RHYCEBA et les réseaux initiés par l'Etat. Rappelons que les réseaux ont deux modes d'émergence : soit ils sont impulsés par le bas, plus précisément par des professionnels de soins locaux motivés par une problématique de santé particulièrement présente sur leur territoire ; soit ils sont initiés par le haut, plus précisément par les tutelles qui « obligent » à travailler en réseau sur des thématiques prédéfinies (notamment périnatalité et cancérologie).

« La distinction est nette entre les deux. On n'exige pas la même chose des deux types de réseaux. Les réseaux nationaux qui naissent de plans de santé publique fonctionnent sur des protocoles, des référentiels... Ils ne laissent pas le choix et suscitent davantage de méfiance. Ils sont centrés sur le protocole de soins et fabriquent de la bureaucratie. Ce sont les réseaux cancéro ou périnatalité. Les réseaux d'en bas, soit la plupart des réseaux, sont plus axés sur la prise en charge individuelle de proximité. On retrouve les réseaux gérontologie, soins palliatifs... Même si on reste loin de ce modèle [en parlant du RHYCEBA], ces réseaux en sont bien plus proches que les réseaux nationaux ».
(Expert institutionnel)

Selon les experts, l'élément essentiel qui fait défaut à la base des réseaux initiés par l'Etat est le désir de se coordonner. Et ce désir est d'autant plus difficile à obtenir que ces réseaux ont une étendue plus vaste comparée aux réseaux locaux. Ils ont une échelle de coordination régionale voire nationale. Les experts soulignent également que les réseaux nationaux fonctionnent sur un mode hiérarchique et que les acteurs de la santé impliqués dans ce type d'organisation n'ont par ailleurs parfois pas conscience d'être dans un réseau. Les experts insistent ici sur le mode d'organisation descendant propre à ces réseaux « qui fabriquent de la bureaucratie ».

Inversement, les réseaux « d'en bas » ont une histoire proche des premiers réseaux sida qui ont nourri les références mythiques à la base du RHYCEBA. Ainsi, dans leur distorsion, les réseaux nés d'initiatives locales semblent plus proches du RHYCEBA que ne le sont les réseaux « commandés » par l'Etat.

2.3.2 DES ELEMENTS D'EXPLICATION A LA DISTORSION

Après avoir fait le constat d'une forte distorsion, nous cherchons des éléments d'explication auprès des acteurs de terrain. Nous pensons effectivement que les acteurs de terrain sont les mieux placés pour nous renseigner sur les difficultés de fonctionnement des réseaux de santé. Précisons que notre thèse ne consiste toutefois pas à étudier les difficultés de fonctionnement des réseaux de santé. Nous nous servons des difficultés pour tenter d'expliquer la distorsion et faire émerger des problématiques de gestion intéressantes. Aussi, nous nous limiterons ici à présenter les principaux résultats qui nous permettront dans le troisième chapitre de faire émerger une question de recherche centrale. Pour une lecture détaillée des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé, nous joignons en annexe un complément à cette étude (Annexe 2.6).

2.3.2.1 Quatre types de difficultés de fonctionnement

Pour analyser les causes de la distorsion, nous nous basons sur les entretiens réalisés avec les acteurs de terrain des quatre réseaux de santé présentés dans la première section de ce chapitre (§ 2.1.2.2). Ces entretiens ont permis de recenser 31 points de blocage à la mise en œuvre des réseaux de santé que nous organisons, par recoupement, en quatre catégories de difficultés.

**- Tableau 2.7 -
Quatre types de difficultés de fonctionnement des réseaux de santé**

Types de difficultés de fonctionnement	Nature des difficultés	Nombre de points de blocage associés
Difficultés structurelles	Elles sont liées à la structure du système de santé	10 points de blocages
Difficultés culturelles	Elles sont liées aux représentations des acteurs	6 points de blocages
Difficultés comportementales	Elles sont liées aux comportements des acteurs dans un contexte de réseau de santé	6 points de blocages
Difficultés organisationnelles	Elles sont liées au fonctionnement opérationnel du réseau de santé	9 points de blocages

Source : élaboration personnelle

Nous revenons à présent sur chacun des groupes de difficultés.

➤ Les difficultés structurelles

Elles font référence à la nature même du système de santé dans lequel les réseaux évoluent, certains points freinant leur construction. Dix points de blocages ont été cités.

**- Tableau 2.8 -
Les difficultés structurelles des réseaux de santé**

Points de blocages cités	Contenu
<i>Cloisonnement du système de santé</i>	Une segmentation et une spécialisation des acteurs rendant difficile leur rapprochement
<i>Manque de moyens financiers</i>	Des moyens financiers qui ne permettent pas de satisfaire les ambitions affichées
<i>Contrôle institutionnel</i>	Un contrôle institutionnel trop pesant (des exigences croissantes) et inadapté (des objectifs que les acteurs ne sont pas en capacité d'atteindre)
<i>Emplois du temps discordants entre métiers</i>	Un manque de disponibilité des acteurs lié à leurs contraintes professionnelles
<i>Lourdeur administrative</i>	Une charge administrative trop pesante (trop de « paperasse »)
<i>Passif relationnel</i>	Des relations préexistantes au réseau qui peuvent tout aussi bien accélérer sa montée en charge que freiner son développement
<i>Jeux politiques</i>	Des réseaux parfois pollués par des jeux politiques
<i>Manque de soutien de l'Etat</i>	Un soutien inégal en fonction des priorités de santé publique qui favorisent le financement de certaines thématiques au détriment des autres
<i>Fonctionnement T2A</i>	Une tarification à l'activité qui favorise, dans les hôpitaux, la rétention de patients pour avoir des lits pleins, ce qui peut porter préjudice aux réseaux qui encouragent le maintien à domicile
<i>Multiplication des structures</i>	Une perte de cohérence et un risque de doublon liés à la multiplication des structures de soins

Source : élaboration personnelle

➤ Les difficultés culturelles

Ce sont des difficultés induites par certaines représentations sclérosantes pour le réseau que ce soit au regard d'une thématique de soins qui dérange, de l'image symbolique d'un réseau qui capture, d'une animosité historique entre métiers, etc. Six points de blocage ont été cités.

**- Tableau 2.9 -
Les difficultés culturelles des réseaux de santé**

Points de blocages cités	Contenu
<i>Clivage entre métiers</i>	Des secteurs et des métiers historiquement en tension (médical et social, professeurs des écoles et orthophonistes, etc.)
<i>Représentation du réseau</i>	Une image du réseau « filet » capturant ses membres et contrôlant leur activité (une représentation plus fréquente chez les libéraux)
<i>Modèle paternaliste</i>	Un usager traditionnellement passif dans sa relation avec les professionnels de soins, ce qui l'amène à être peu actif dans sa prise en charge par le réseau
<i>Représentation négative de certaines thématiques de soins</i>	Une discrimination envers certaines pathologies ou populations (toxicomanes, personnes âgées, etc.)
<i>Différence de conception du temps entre métiers</i>	Des médecins qui raisonnent sur du court terme et des réseaux de santé qui ont une visée à long terme
<i>Culture française psychanalytique</i>	Une tendance à recourir facilement au psychologique pour expliquer des états de santé pathologiques, encourageant ainsi le déni de maladie

Source : élaboration personnelle

➤ Les difficultés comportementales

Le fonctionnement en réseau de santé implique de travailler avec des acteurs nouveaux, différents et souvent méconnus, ce qui implique des craintes, des doutes, des réticences, etc. Six points de blocage ont été cités.

**- Tableau 2.10 -
Les difficultés comportementales des réseaux de santé**

Points de blocages cités	Contenu
<i>Manque de motivation</i>	Un intérêt individuel à participer au réseau qui est difficile à percevoir, ce qui limite la motivation des professionnels
<i>Relâchement des participants</i>	Une tendance naturelle à avoir un degré d'implication variable, ce qui implique une participation fluctuante des professionnels
<i>Peur d'une dilution des compétences</i>	Une crainte ressentie par les professionnels de perdre leur spécificité
<i>Peur de perdre du pouvoir</i>	Une crainte ressentie par les professionnels de perdre leur autonomie en travaillant avec le réseau (surtout citée par les médecins libéraux)
<i>Peur d'une fuite de patients</i>	Une crainte que le réseau ne dépossède les médecins de leurs patients (surtout citée par les médecins libéraux)
<i>Manque de confiance</i>	Une résistance à l'idée d'orienter un patient vers un secteur ou un professionnel nouveau

Source : élaboration personnelle

➤ Les difficultés organisationnelles

Les difficultés organisationnelles renvoient aux points de blocage rencontrés dans le fonctionnement opérationnel du réseau de santé. Neuf points de blocage ont été cités.

**- Tableau 2.11 -
Les difficultés organisationnelles des réseaux de santé**

Points de blocages cités	Contenu
<i>Métier de coordonnateur</i>	Un nouveau métier en construction, aux compétences diffuses et aux fonctions mal connues
<i>Manque de repères</i>	Un flou organisationnel laissant une grande liberté d'organisation souvent déstabilisante
<i>Identification des parties prenantes</i>	Un vaste champ d'acteurs de la santé potentiellement concerné par le réseau, ce qui ne facilite pas le repérage
<i>Diffusion de l'information</i>	Une diffusion de l'information freinée par des outils inadaptés et par une obligation de secret médical qui est en conflit avec un nécessaire partage de l'information dans une démarche pluridisciplinaire
<i>Cohérence et compréhension de l'information</i>	Une information commune à des acteurs hétérogènes posant la difficulté de l'adaptation de l'information au destinataire
<i>Coordination inter-réseau</i>	Une volonté de travailler avec d'autres réseaux qui est limitée par un manque de visibilité, de temps et de soutien institutionnel
<i>Dérive organisationnelle</i>	La crainte d'une dérive organisationnelle, notamment induite par les tutelles qui « bureaucratisent » les réseaux
<i>Contrainte juridique</i>	Un statut juridique qui n'est pas clairement institué
<i>Difficulté à se projeter</i>	Un avenir des réseaux incertain impliquant des difficultés à se projeter et à anticiper

Source : élaboration personnelle

Après avoir présenté les difficultés citées par les acteurs, nous les classons par ordre d'importance afin de dégager les principaux points de blocage. A ces fins, nous construisons des matrices en croisant deux informations clés (Annexe 2.6) :

- le nombre de citations associé à chaque difficulté ;
- la pondération des difficultés : nous avons demandé aux acteurs de nous préciser pendant l'entretien les difficultés qu'ils estimaient les plus pesantes.

Il ressort que les principaux points de blocage sont le cloisonnement du système de santé et les clivages entre métiers. Nous retrouvons ici une tautologie puisque la segmentation du système de santé est autant la cause des réseaux que leur difficulté majeure. Ces difficultés n'ont ainsi rien de surprenant et confirment la volonté de rapprochement qui anime les réseaux de santé. Ensuite, entre autres difficultés majeures, ont été cités :

- la circulation et la compréhension de l'information qui sont difficiles dans un système croisant de multiples acteurs aux horizons variés ;
- la représentation du réseau qui évoque pour certains acteurs une perte d'autonomie, et ce notamment chez les professionnels libéraux ;
- le manque de moyens financiers pour satisfaire les ambitions affichées ;
- un contrôle institutionnel trop souvent inadapté aux besoins qui inquiète par ailleurs sur le risque de dérive organisationnelle vers un fonctionnement « bureaucratique » ;
- la nécessité d'entretenir constamment les relations pour éviter un relâchement des participants, ce qui représente une activité souvent épuisante ;
- et le manque de repères dans la gestion d'un réseau de santé, obligeant à faire face « avec les moyens du bord ».

Nous mettons ensuite en perspective les difficultés afin d'étudier les invariants.

2.3.2.2 Etude des invariants

L'intérêt de la comparaison est de repérer des régularités par delà la diversité des réseaux de santé et des acteurs participant. Aussi, le recouplement des entretiens fait ressortir deux invariants :

- une distinction entre les réseaux « d'en haut » et les réseaux « d'en bas » qui vient conforter les discours d'experts ;
- une population de médecins libéraux plus en retrait.

➤ **Une distinction entre les réseaux d'en haut et les réseaux d'en bas**

« Les réseaux qui sont imposés par l'Etat sont parachutés d'en haut. Il n'y a pas d'envie à la base. Le militantisme fait défaut » (président d'une association de parents).

Parmi les quatre réseaux de santé étudiés, l'un d'eux se distingue nettement : Périnat Sud. Ce réseau périnatalité est né d'un plan périnatal. Il a été initialement « imposé » indépendamment d'une volonté locale. Il se démarque des trois autres réseaux qui sont nés à partir d'un noyau d'acteurs motivés par une problématique de santé du territoire et qui sont ensuite (ou simultanément pour AMD) allés chercher le soutien des tutelles. Six différences sont ressorties de l'analyse inter cas. Nous les présentons dans le tableau suivant.

**- Tableau 2.12 -
Réseaux d'en haut et réseaux d'en bas**

TYPES DE RESEAUX	Pression financière	Encadrement	Poids administratifs	Soutien institutionnel	Implication des acteurs	Mode d'inclusion des bénéficiaires
réseau « d'en haut » ▪ PERINAT SUD	Périnat Sud n'a pas manifesté de difficultés financières	Périnat Sud est très largement cadré par le plan périnatal qui conditionne son évolution. Notons néanmoins que la coordonnatrice du réseau est en demande de repères malgré l'existence du plan	Une lourdeur administrative pesante mais plus facilement acceptée. Les acteurs du réseau périnatalité semblent plus familiers à la charge administrative	Le manque de soutien de l'Etat n'a pas été cité comme une difficulté	Périnat Sud met l'accent sur la difficulté à motiver les acteurs de la santé. Il n'y a au départ aucun germe « militant » local qui aide à stimuler la motivation. Par ailleurs, le territoire couvert est grand	Les patients sont inclus dans le réseau périnatalité sans en avoir nécessairement connaissance
réseaux « d'en bas » ▪ AMD ▪ RESADOS ▪ RESODYS	Les difficultés financières sont très présentes. Elles sont de deux ordres : trouver des financements (idéalement être reconnu réseau de santé pour avoir une enveloppe financière plus conséquente) et maintenir les financements (être renouvelé suite aux rapports d'évaluation des financeurs). La recherche de financement prend beaucoup de temps et d'énergie	Les réseaux d'en bas sont très autonomes dans leur organisation. Les réseaux se sont construits au fur et à mesure des contraintes locales et des opportunités. Les acteurs sont en demande de plus de repères organisationnels sans toutefois « bureaucratiser » le réseau	Une lourdeur administrative pesante et difficilement acceptée. Les acteurs découvrent les rouages administratifs « sur le tas » (recherche de financements, statut juridique, suivi des prises en charge, rapports d'évaluation pour les tutelles, etc.).	Sauf pour le diabète qui est une pathologie reconnue priorité de santé publique, les deux autres thématiques souffrent d'un manque de reconnaissance par les politiques publiques	Ce n'est pas tant le manque de motivation qui est souligné que le relâchement des participants. La motivation existe mais il faut sans cesse l'entretenir	Les patients inclus sont informés du fonctionnement du réseau et de leur rôle dans le réseau (notamment dans le réseau diabète)

Source : élaboration personnelle

En bref, les deux types de réseaux ne semblent pas soumis aux mêmes contraintes de gestion. Périnat Sud, qui relève d'un mode d'organisation descendant, semble particulièrement préoccupé par la recherche d'implication et de motivation des acteurs qui fait initialement défaut.

➤ **Une population de médecins libéraux plus en retrait**

Bien que l'histoire des réseaux de santé soit fortement marquée par une volonté de sortir les médecins de leur isolement face à la prise en charge de certaines maladies complexes, ils se montrent paradoxalement plus réticents à l'adhésion au réseau. Nous constatons qu'ils ont cités des points de blocages sensiblement différents des autres acteurs participant aux réseaux de santé (travailleur social, coordonnateur et bénéficiaire). Ils sont notamment freinés par l'image d'un réseau « filet » qui capture et contrôle. Ils ont insisté sur la peur de perdre leur autonomie et la peur de perdre leurs patients. Ils ont également souligné la crainte d'une surcharge de travail administratif. C'est un frein important pour les médecins (et notamment les médecins libéraux) qui y voient une forme de bureaucratie superflue et chronophage. Nous pensons que l'institutionnalisation progressive des réseaux de santé n'est pas étrangère à cette résistance. Par ailleurs, les médecins ont fait remarquer qu'ils ne sont pas soumis à la même logique de résultat que celle suivie par les réseaux de santé : tandis qu'ils ont une logique de résultat immédiat (pathologie-soin-guérison ou aggravation), le réseau fonctionne sur une logique de résultat à long terme. Ces différences de conception du temps contribuent à creuser l'écart avec les médecins.

2.3.3 PROJET DU CHERCHEUR

A ce stade de la recherche, nous avons mis à jour une forte distorsion entre le RHYCEBA et les réseaux de santé existants. Nous avons également apporté des éléments d'explication en étudiant les difficultés de fonctionnement perçues par les acteurs. L'analyse des difficultés nous conduit à appréhender les réseaux de santé, non plus seulement comme des réseaux d'acteurs motivés et volontaires, mais aussi comme des réseaux d'acteurs naturellement individualistes, issus de secteurs à la fois complémentaires et en tension, ayant des représentations différentes, des intérêts parfois divergents et qui sont pourtant amenés à se coordonner autour d'un même bénéficiaire. Ce constat pose inévitablement la question de la pertinence du réseau comme mode d'organisation des soins et nous amène à clarifier notre

projet de chercheur. Faut-il chercher à se rapprocher du RHYCEBA ? Devrait-on envisager une voie alternative ?

Pour éclairer ce questionnement, nous nous appuyons sur l'analogie médicale proposée par Bernard-Weil (2002) pour étudier la stratégie en milieu complexe. Aussi, nous imaginons deux thérapeutiques face au problème posé (distorsion idéaltype mythique-réalité) :

- première perspective : une thérapeutique unilatérale qui renvoie à une idéologie de la maîtrise du système de santé. Le problème peut alors être traité isolément. Le chercheur cherche une solution alternative indépendamment du contexte.

- deuxième perspective : une thérapeutique systémique qui renvoie à une idéologie de la régulation du système de santé. L'intention n'est pas de traiter isolément le problème mais de « faire avec » en tenant compte de son environnement. Les acteurs ne sont pas considérés comme des unités d'analyse séparables de l'environnement auquel ils appartiennent et dans lequel ils se développent et participent de façon récursive à sa construction (Audet et Bouchikhi, 1993 ; Giddens, 1993 ; Giordano, 1998 ; Rojot, 1998). Le chercheur n'a pas et ne prétend pas détenir la solution.

Ces deux approches, certes manichéennes dans notre façon de les présenter, nous permettent toutefois d'avancer dans notre projet de chercheur. Aussi, en cohérence avec nos choix méthodologiques et épistémologiques, nous nous inscrivons dans la pensée systémique. Le RHYCEBA est un idéaltype mythique qui ne prétend pas donner une parfaite satisfaction aux acteurs de la santé. Il prend davantage la forme de ce qui leur paraît être le plus raisonnable compte tenu du contexte médico-social. Aussi, plutôt que de « penser pour », notre ambition est « d'aller vers » les acteurs du système de santé, dans la voie qu'ils ont définie comme étant la plus satisfaisante pour eux eu égard à la situation du système de santé français.

Notre recherche ne consiste donc pas plus à questionner l'intérêt du mode d'organisation en réseau dans le système de santé que d'envisager un mode d'organisation potentiellement plus efficient. Nous ne souhaitons pas débattre du bien fondé des réseaux de santé mais plutôt nous questionner sur le chemin à prendre pour soutenir leur fonctionnement. A ces fins, nous cherchons à comprendre plus en avant la distorsion entre le RHYCEBA et les réseaux de santé existants en vue de la réduire. Dans cette perspective, nous approfondirons dans le prochain chapitre les éléments d'explication d'ores et déjà avancés par une relecture théorique. Nous verrons alors comment le recours à un filtre théorique mettra en lumière une question de recherche centrale autour de la gestion paradoxale des réseaux de santé.

- CONCLUSION CHAPITRE 2 -

Ce chapitre a été guidé par deux questions de recherche préliminaires :

↳ **Question de recherche 1 : qu'est-ce qu'un réseau de santé ?... performant ?**

↳ **Question de recherche 2 : où en sont les réseaux de santé existants ?**

Pour répondre à nos questions, nous avons choisi de construire un idéaltype de réseau de santé vu par les acteurs de la santé. Ce choix a été justifié par la nécessité de rendre plus cohérent et rigoureux un objet de recherche confus. Aussi, dans une première section, nous avons exposé nos choix méthodologiques pour élaborer l'idéaltype de réseau de santé.

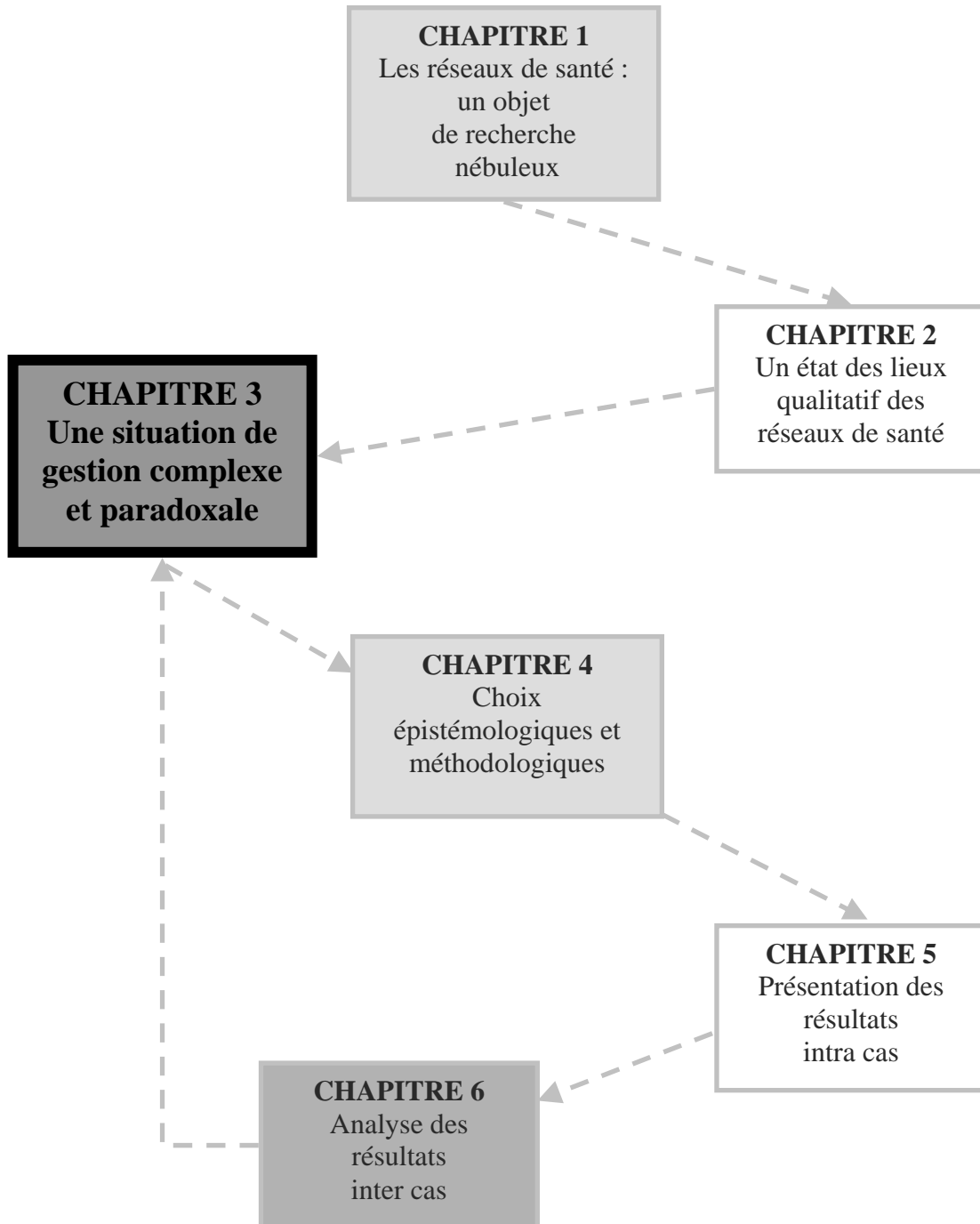
Ensuite, nous avons présenté les caractéristiques de notre idéaltype que nous avons appelé RHYCEBA (Réseau de santé HYbride CEEntré sur un Bénéficiaire Actif). Nous avons commencé par définir les critères d'identité du RHYCEBA qui permettent de le distinguer des autres expériences de réseaux de santé. Puis, nous avons précisé les critères de succès du RHYCEBA qui permettent d'en comprendre les performances attendues. Enfin, nous avons soumis le RHYCEBA aux experts et aux acteurs de terrain qui ont unanimement validé son contenu. Partant de ce résultat, nous avons postulé que le RHYCEBA était un objectif commun à tous les acteurs de la santé (acteurs « d'en haut » et acteurs « d'en bas »).

Ensuite, nous avons étudié la distorsion entre le RHYCEBA et les réseaux existants. Les avis d'experts ont confirmé notre intuition de départ qui présageait d'une forte distorsion. Ils ont également mis l'accent sur une distorsion nettement plus forte avec les réseaux initiés par l'Etat. Les entretiens avec les acteurs de terrain ont quant à eux permis de fournir des éléments d'explication à la distorsion en repérant des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé.

Notre projet de chercheur étant de soutenir le fonctionnement des réseaux de santé, nous poursuivons la réflexion en approfondissant l'analyse des difficultés par une relecture théorique qui fera émerger une question de recherche centrale.

- CHAPITRE 3 -

UNE SITUATION DE GESTION COMPLEXE ET PARADOXALE



Nous avons jusqu'à présent mis à jour une forte distorsion entre l'idéaltype mythique de réseaux de santé des acteurs et les réseaux de santé existants. Nous avons par ailleurs formulé des éléments d'explication à la distorsion en étudiant les difficultés de fonctionnement des réseaux de santé. Nous cherchons dans ce chapitre à approfondir les éléments explicatifs précédemment avancés par une relecture théorique afin de dégager des pistes de recherche consistantes. A l'instar de Vigour (2005), nous pensons que les problématiques de gestion n'acquièrent une signification que dans un cadre théorique solide. Nous serons ainsi guidée par une troisième question de recherche, à laquelle nous avons d'ores et déjà apporté quelques éléments de réponses par induction :

Question de recherche 3 : pourquoi des acteurs qui croient aux réseaux de santé tout en étant soutenus par l'Etat n'arrivent-ils pas à construire des réseaux de santé performants au sens du RHYCEBA ?

Pour y répondre, nous commencerons par explorer plus en avant la complexité des réseaux de santé en revenant sur deux propriétés fondamentales : l'interconnexion et l'incertitude. Nous verrons que les réseaux de santé relèvent d'une dynamique complexe qui invite à repenser l'action collective à l'échelle du territoire (§ 3.1).

L'appréhension des réseaux de santé sous la focale de la complexité mettra également en relief le désordre généré par de nouveaux enjeux stratégiques qui déstabilisent l'ordre établi dans un système de santé rigide et cloisonné. Prenant appui sur les résultats empiriques précédents, nous ferons alors émerger des relations paradoxales. Celles-ci nous conduiront à formuler une première proposition de recherche qui expliquera la distorsion par la présence de paradoxes (§ 3.2).

Plus qu'une explication, rappelons que nous cherchons à réduire la distorsion. Aussi, nous nous interrogerons dans cette dernière section sur les moyens dont disposent les acteurs pour « faire avec » les paradoxes. La revue de littérature nous orientera alors vers la voie d'une stratégie paradoxale de dialogue *a priori* adaptée aux tensions managériales des réseaux de santé. La question de son opérationnalisation reste toutefois entière. Ce constat nous amènera à formuler une seconde proposition de recherche qui ouvrira la voie à une question de recherche centrale (§ 3.3).

3.1. UNE SITUATION DE GESTION COMPLEXE

La complexité, au même titre que le réseau, est un terme largement diffusé dont l'utilisation courante se vulgarise. L'autonomie des individus, leur liberté d'action, l'augmentation de la variété des phénomènes, l'accélération des interactions grâce aux nouvelles technologies, la mondialisation des activités, etc. participent à la perception d'un nombre de plus en plus grand de situations complexes (Avenier, 1997). On associe souvent la complexité à une expérience difficile et confuse. Dans les travaux scientifiques, la complexité renvoie à un concept qui a un sens précis. Aussi, nous commencerons par faire le point sur ce qu'est la complexité afin d'en avoir un usage adapté. Ce point nous permettra d'avancer que les réseaux de santé se présentent comme une situation de gestion complexe (§ 3.1.1). Cette mise en perspective des réseaux de santé par le concept de complexité implique qu'il est difficile de les envisager de façon parcellaire en isolant ses éléments pour mieux fragmenter les problèmes. Nous poursuivrons ainsi la réflexion dans une approche multidimensionnelle. Nous relirons les réseaux de santé en revenant sur deux propriétés fondamentales de la complexité : l'interconnexion (§ 3.1.2) et l'incertitude (§ 3.1.3).

3.1.1. LA COMPLEXITE : DE QUOI PARLE-T-ON ?

3.1.1.1. Acception de la complexité

Le terme « *complexe* » est emprunté au latin « *complexus* » qui est « *fait d'éléments imbriqués* »¹⁷. Le mot a une histoire ancienne. Il est utilisé au XVI^{ème} siècle pour désigner ce qui est composé de divers éléments hétérogènes. Il est ensuite repris en logique et mathématique et tend à être rapproché de « *compliqué* ». En 1781, le mot est intégré à des travaux en physiologie pour désigner un ensemble. Puis il passe en chimie et en économie en 1918. La « *complexité* » est arrivée tardivement pour traduire l'état de ce qui est complexe. Les travaux modernes sur la complexité remonteraient aux années 1930. Ils puisent leur source dans l'étude des organismes vivants associés à des systèmes complexes (1928). La complexité a ensuite été utilisée dans le domaine des réseaux neuronaux et de la cybernétique

¹⁷ Rey A. (s/d), *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, p. 825.

(Wiener, 1962). L'engouement pour le thème de la complexité retomba pendant vingt ans pour revenir dans les années 1980 avec le développement des ordinateurs, la diffusion de l'information et l'introduction de techniques mathématiques nouvelles.

La complexité est ainsi passée du vivant au management, remettant en question la façon de penser les organisations (Langrand-Escure et Thiétart, 1997). Trois idées clés ressortent de ce bref détour historique :

- La complexité n'est pas la complication. Alors qu'une situation compliquée peut être démêlée avec le temps et l'expertise, une situation complexe donne toujours le sentiment que des éléments potentiellement importants échappent. Elle est à ce titre inépuisable (Le Moigne, 1990 ; Avenier, 1997).

- La complexité d'un phénomène se caractérise entre autres par la densité d'interconnexions entre ses parties interdépendantes et l'interaction avec son environnement. Dès lors, toute organisation complexe se trouve confrontée à une incertitude générale liée aux aléas de l'environnement et à une impossibilité de raisonner sur un mode linéaire. Il n'existe pas de relations univoques de type « cause à effet » mais des relations circulaires entre éléments qui prennent la forme de boucles de rétro-action qui sont indispensables au système pour se restructurer en permanence. Aussi, la complexité appelle la récursivité. « *Un processus récursif est un processus dont le résultat à un instant donné est un ingrédient majeur du fonctionnement de ce processus* » (Avenier, 1997, p. 14). Il en est ainsi d'une action performante d'un acteur qui est elle-même productrice de performance, de l'organisation organisée qui est elle-même productrice d'organisation (Giddens, 1993).

- La complexité est un concept subjectif. Elle dépend de celui qui l'envisage et de la manière dont on l'envisage. « *On peut affirmer que, au-delà d'une définition de la complexité, cette dernière réside autant dans les yeux de celui qui la regarde et dans sa manière de regarder que dans les propriétés du système observé, ce qui rend les choses encore plus... complexes* » (Thiétart, 2001, p. 362).

Fort de ce point sémantique, étudions à présent les implications de la complexité pour notre travail de recherche.

3.1.1.2. Implication de la complexité pour notre recherche

La complexité invite à remettre en cause notre façon de concevoir le monde (Morin, 1977, 1990 ; Le Moigne, 1990 ; Langrand-Escure et Thiétart, 1997 ; Abdelmalek, 2004). Le mode de pensée dominant est un mode de pensée unique (Bernard-Weil, 2002). Nous avons une tendance naturelle à vouloir trancher, isoler, fragmenter, décomposer, etc. (Barel, 1989). « *La pensée ne peut pas s'arrêter, c'est-à-dire trouver le repos, que dans la violence de l'assassinat grâce auquel on trouve et on cueille le simple* » (Barel, 1989, p. 6). Ce mode de pensée renvoie à un des mythes du management développé par March (1998, 1999) : le mythe de la hiérarchie. Il repose sur l'idée que pour comprendre une situation, elle peut être décomposée en éléments, eux-mêmes composés de sous-éléments, etc. de telle manière que leurs interactions puissent être organisées au sein d'une hiérarchie. Ce mythe produit l'illusion de contrôler une situation et d'en maîtriser les problèmes. Cette conception mythique conduit, dans les organisations, à des procédures de type « prévision-planification-programmation » (Martinet, 2006). March souligne que « *ce mythe néglige le rôle de la complexité dans la dynamique de certains phénomènes de gestion* » (March, 1999, p. 8).

La complexité ne remet pas en cause les démarches de planification mais elle suggère de s'extraire de cette illusion de contrôle en envisageant de faire cohabiter les plans avec les tâtonnements, le rationnel avec l'intuition (Martinet, 1984, 1990, 2001, 2006 ; Avenier, 1997 ; Hatchuel, 2000). Dans cette conception, la connaissance d'une situation progresse non pas dans l'isolement de certaines de ses caractéristiques mais dans la capacité à contextualiser et à globaliser pour lui donner sens et appréhender ses problèmes fondamentaux (Morin, 1977, 1990).

Aussi, pour mieux comprendre la distorsion, nous ne chercherons pas à analyser isolément chacune des difficultés de fonctionnement que nous avons présentées dans le chapitre 2 (§ 2.3.2) mais nous préférons mener une analyse multidimensionnelle des réseaux de santé.

3.1.1.3. Des réseaux de santé complexes

Partant des développements précédents, posons-nous la question de savoir en quoi les réseaux de santé sont complexes. Pour éclairer cette question, nous utilisons son contraire - la « *simplicité* » - pour mettre à jour le caractère complexe des réseaux de santé. Précisons

toutefois que nous ne prétendons pas que complexité et simplicité s'opposent. « *Il est faux par conséquent de penser pouvoir expliquer certains phénomènes par la complexité sous prétexte que leur simplicité nous échappe. On ne choisit pas la complexité contre la simplicité ; les systèmes sont conduits à la simplicité par leur complexité* » (Barel, 1989, p. 143). Nous choisissons plutôt la simplicité comme porte d'entrée pour accéder à la complexité des réseaux de santé. A ces fins, nous reprenons une à une les caractéristiques de la simplicité (Thiéart, 2001) : prévisibilité, interaction limitée, centralisation et décomposition.

Tout d'abord, la simplicité se caractérise par un comportement prévisible. Dans un réseau de santé, les variantes des pathologies, les caractéristiques cliniques et sociales des patients ainsi que la situation des professionnels empêchent toute standardisation des processus de soins (Minvielle, 1996). Tout au plus, les réseaux de santé disposent de référentiels de soins (Annexe 5.9) qui permettent de créer un niveau acceptable d'ordre et de certitude. Ces référentiels sont plus courants dans les réseaux aux pathologies clairement identifiées comme le diabète où les parcours de patients sont plus homogènes. Ils sont en revanche nettement plus difficiles à construire dans des réseaux aux pathologies diffuses et aux populations complexes, comme le réseau adolescent que nous avons présenté dans le chapitre 2 (Encadré 2.4), parce qu'ils sont régulièrement sujets à de nouveaux cas et à de nouvelles situations.

Ensuite, la simplicité implique un nombre limité d'interactions et de boucles récursives. Or, l'approche globale de la santé, recherchée par les réseaux à l'échelle d'un territoire, implique une densification des relations entre une grande variété d'acteurs, individuels et organisationnels, autonomes et interdépendants, aux représentations et aux langages différents. Il y a par ailleurs un effet récursif : le réseau permet une prise en charge collective qui elle-même participe à construire le réseau. Le réseau est à la fois le moyen et le résultat des prises en charge globales. Les modalités de prises en charge sont continuellement révisées en fonction des nouvelles situations de soins.

La simplicité induit une prise de décision centralisée. Or, dans les réseaux de santé, les acteurs impliqués dans les prises de décisions sont multiples : usagers, professionnels de soins, coordonnateurs et financeurs. Et aucun texte de loi ne définit le pilote ni ne précise à qui revient la responsabilité de prendre les décisions. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre 6 à la lumière des résultats de nos études de cas (§ 6.5.1).

Enfin, dans un système simple, une décomposition est possible et le système n'est pas nécessairement en danger si les liens sont rompus. Le fonctionnement des réseaux de santé est autre. Si certaines personnes ressources disparaissent ou si certaines relations se désagrègent, le réseau peut se trouver en situation délicate. Nous ne pouvons pas amputer le réseau de santé d'un élément sans prendre le risque de l'affaiblir.

Les réseaux de santé semblent ainsi présenter une complexité de sens qui « *se rencontre dans des situations mal structurées : objectifs flous, équivoques, données multiples ou agrégées, information à construire, enjeux forts et conflictuels à impact durable, diversité des critères de choix, faible nombre de solutions concevables et praticables* » (Martinet, 2006, p. 35). Pour avoir une connaissance plus fine du phénomène et fournir des éléments d'explication solides à la distorsion, nous rentrerons dans les prochains paragraphes au cœur de deux propriétés de la complexité : l'interconnexion et l'incertitude. Nous commençons par revenir sur les nombreuses interconnexions des réseaux de santé qui sont sous-jacentes au concept même de réseau.

3.1.2. RESEAU ET COMPLEXITE

3.1.2.1. Le réseau : un outil de compréhension de la complexité

Nous avons jusqu'à maintenant utilisé le réseau sans précisément définir le sens conceptuel que nous lui donnons dans cette recherche. Nous avons tout au plus avancé que nous envisagions le réseau comme une logique d'organisation, mettant ainsi l'accent sur l'importance des interactions sociales (§ 1.1.3.2). Nous avons par ailleurs précisé le sens empirique du réseau dans la construction de l'idéaltype mythique RHYCEBA (§ 2.2.1.1). Nous prolongeons à présent l'analyse, non pas dans l'objectif de faire une synthèse des différentes acceptions du réseau, mais dans celui de nous positionner d'un point de vue théorique sur le sens que nous accordons au réseau dans cette thèse.

« *La notion de réseau désigne aussi bien les adresses d'un agenda, un complexe de relations, une réunion de filiales d'entreprise, un système de distribution d'essence ou de livres, que la toile d'araignée de la mafia ou de construction abstraites et audacieuses en logique mathématique* » (Sfez, 1999, p. 23). Il convient, au-delà de cette diversité, d'en avoir une vision cohérente pour guider la recherche.

Offner (1996) propose, à partir de l'étude de l'histoire de la notion de réseau, une synthèse des différentes acceptions qui se sont succédées au cours du temps.

**- Tableau 3.1 -
Les acceptations de la notion de réseau**

Période historique d'apparition	Archétype	Représentation	Paradigme	Indicateur privilégié
<i>Première moitié du XIX^e siècle</i>	Chemin de fer	Machine circulatoire	Flux et totalité organique	Tracé des infrastructures
<i>Fin du XIX^e siècle</i>	Electricité, téléphone	Graphe relationnel d'abonnés	Maillage et service universel	Architecture du réseau
<i>Années 1960</i>	Transports à grande vitesse, communication électronique	Commutateur spatio-temporel d'informations	Connexité et vitesse	Accessibilité
<i>Années 1980</i>	Informatique interactive	Coordinateur décentralisé	Transaction organisationnelle	Nature des relations

Source : Offner (1996), p. 24

- Le premier paradigme est à la croisée d'un concept opératoire et d'une utopie sociale. La médecine a été l'une des premières disciplines à envisager le corps humain comme un appareil circulatoire. Dans ce premier paradigme, le réseau est envisagé comme machine circulatoire et propose une vision logistique de la société où il est question de faire circuler des flux sur un territoire.
- Le second paradigme insiste davantage sur l'idée de maillage, de relation et de service. Le réseau prend un sens économique. Il ne s'agit plus seulement de faire circuler des flux sur un territoire mais d'assurer la régulation des flux par un maillage efficace des relations. La configuration du réseau prend alors toute son importance pour réguler les flux.
- Le troisième paradigme se forme autour des notions de connexité et de vitesse. L'information occupe dès lors une place prépondérante. Le réseau devient un outil de mise en relation dans l'espace et dans le temps. Il y a circulation matérielle mais surtout immatérielle.

▪ Enfin, c'est le quatrième paradigme qui fait dernièrement figure de référence : le réseau est un outil de gestion (coordination) et de compréhension (modélisation) de la complexité. La nature des relations, qui sont non hiérarchisées, est alors un élément central d'analyse. Le réseau y est perçu comme un maillage horizontal en dehors des organigrammes hiérarchiques.

Ce parcours dans le temps de la notion de réseau permet de souligner la double acceptation d'ordre topographique et circulatoire (Bakis, 1993 ; Callon et *al.*, 1999 ; Musso, 2003a, 2003b ; Fulconis, 2004 ; Voisin, 2004 ; Paché et Paraponaris, 2006 ; Paché et Spalanzani, 2007). En d'autres termes, tout réseau est constitué d'une structure identique composée de nœuds et de connexions. C'est le constat que fait entre autres Parrochia (1993) qui, dans sa volonté de « *relever le défi du multiple, tenter de saisir l'unité de tous les réseaux dans leurs différences [...] en quête de paradigmes unificateurs qui, même imparfaits ou partiellement inadéquats, nous guideraient dans notre tâche* » (Parrochia, 1993, p.59), met en avant qu'un réseau est toujours composé de nœuds (acteurs, entreprises, entités, etc.) interdépendants et plus ou moins autonomes qui ont la capacité de participer à des échanges.

Dès lors, ce qui fait la différence entre plusieurs réseaux, ce n'est pas tant la structure que le mode de développement et de régulation (Assens, 1996). Partant de cette conception, Assens définit deux catégories de réseaux sur un continuum allant des réseaux bureaucratiques (ou mécaniques) aux réseaux organiques (ou biologiques). Chacun des réseaux a un mode de fonctionnement qui lui est propre. Le réseau mécanique est stable, linéaire, planifié et sous le contrôle d'un pilote. Alors que le réseau organique est dynamique, évolutif, complexe et sans pilote désigné. Ainsi, plus les nœuds sont autonomes, plus le réseau se rapproche du modèle organique. Inversement, plus les connexions sont contrôlées, supervisées par des ordres standards et des procédures, plus le réseau se rapproche du modèle mécanique.

Dans les réseaux de santé, les chaînes de soins qui se forment et se déforment selon les besoins de santé rappellent le modèle organique (§ 1.1.3.2). D'un projet à l'autre et d'un besoin à l'autre, les pilotes ne sont pas les mêmes, leurs rôles évoluent et leurs places dans la chaîne changent et s'adaptent aux situations.

Aussi, dans notre recherche, la richesse du réseau tient à ce qu'il offre un moyen de décrire et de comprendre la complexité des liens et des agencements éphémères entre acteurs (Freedman, 1992 ; Bakis, 1993 ; Louart 1996 ; Offner, 1996 ; Livian, 1998 ; Sfez, 1999 ;

Kalika et *al.*, 2000 ; Desreumaux, 2001 ; Assens, 2003 ; Musso, 2003a, 2003b). Il invite à imaginer une dynamique organisationnelle nouvelle qui permette au système de santé de s'adapter aux évolutions de son milieu (§ 1.1.3.1). Dans sa structuration composite et dans son interaction continue avec son milieu, le réseau invite par ailleurs à explorer la perspective systémique pour en approfondir notre compréhension.

3.1.2.2. Une approche systémique

La théorie des systèmes mobilise la biologie, la physique et les sciences sociales pour étudier les phénomènes complexes (Le Moigne, 1984, 1990). Les définitions d'un système sont nombreuses mais Rollet (2000) remarque qu'elles s'entendent toutes plus ou moins sur le fait qu'un système est composé d'un ensemble d'éléments en interaction, ouvert sur son environnement, qui constitue un ensemble cohérent, organisé et finalisé. A ce titre, le corps humain peut être représenté par un système. C'est un système vivant, ouvert sur son environnement, dont il dépend pour satisfaire divers besoins dont sa survie (Morgan, 1999). La métaphore du système vivant met l'accent sur deux éléments que nous aborderons successivement : l'interrelation système-environnement et l'imbrication des éléments entre eux.

L'interrelation système-environnement suggère que les réseaux de santé ne doivent leur survie qu'à leur permanente adaptation aux conditions changeantes de leur milieu. La souplesse de fonctionnement des réseaux est indispensable à l'adaptabilité des chaînes d'acteurs aux besoins de santé. La configuration des chaînes est par ailleurs fortement dépendante des ressources humaines et financières présentes dans l'environnement. Et ces ressources n'en sont que si elles peuvent être mobilisées : « *un processus mobilise un certain nombre d'objets matériels ou immatériels, qui ne deviennent ressources qu'à partir du moment où ils sont mobilisés par un processus pour remplir une fonction déterminée* » (Lorino et Tarondeau, 1998, p.12). Nous retrouvons ici les présupposés du réseau clignotant développés dans le chapitre 1 (§ 1.1.3.2) pour lesquels le réseau tient à l'activation de potentiels. Parmi les ressources nécessaires au développement des réseaux de santé, il en est une qui est déterminante à leur évolution et leur survie : il s'agit des financements accordés par les tutelles. Or, rappelons que la DNDR est une enveloppe temporaire (sur un horizon variable de 1 à 3 ans) et renouvelable à chaque évaluation du réseau. La pérennité des

financements est une inquiétude omniprésente ressentie dans tous les réseaux locaux rencontrés au cours de cette recherche.

L'approche systémique souligne également l'imbrication des éléments entre eux. Les réseaux de santé, dans leurs actions distribuées, s'apparentent à des réseaux fédérés (Paché, 1996 ; Paché et Paraponaris, 2006) qui s'imbriquent dans un système de soins bureaucratique, par delà les niveaux hiérarchiques. Ils se construisent de façon transversale aux institutions et aux dispositifs médico-sociaux présents sur leur périmètre d'intervention. La problématique des réseaux de santé n'est donc pas celle d'une alternative mais bien celle d'une complémentarité des processus de prises en charge. Le réseau ne se présente pas comme une solution de substitution à la bureaucratie (Butera, 1990 ; Offner, 1993 ; Desreumaux, 2001 ; Assens et Baroncelli, 2004 ; Dussuc, 2004). Il y a enchevêtrement de différents processus de prise en charge, certains relevant des modalités de soins classiques fonctionnant de façon séquentielle et d'autres relevant des modalités de soins en réseau fonctionnant de façon modulaire. Les critères d'inclusion définis par les réseaux interviennent dans cette voie pour orienter les acteurs vers les processus de soins les plus adaptés à leurs besoins.

Les réseaux de santé relèvent ainsi d'une dynamique intermédiaire, entre les acteurs locaux et les tutelles, pour trouver des modes d'intervention nouveaux, acceptables et efficaces (Filâtre et De Terssac, 2005). Cette dynamique est aujourd'hui imposée par la complexité de l'action publique qui prend forme dans des contextes sociaux diffus, complexes et incertains. *« Il est clair que le système d'action n'est plus défini a priori par l'Etat ni d'ailleurs par le système politico-administratif mais qu'il se situe bien souvent à ses frontières, au croisement de ce système institutionnel stabilisé et organisé entre les différents niveaux territoriaux et de son environnement fragmenté, pluriel et instable »* (Filâtre et De Terssac, 2005, p. 268-269).

Les réseaux de santé se présentent donc comme des réseaux multi-niveaux associant des acteurs individuels et institutionnels, appartenant aux sphères publiques et privées, relevant d'instances régionales et nationales, et provenant de domaines de compétences complémentaires pour se coordonner autour d'un bénéficiaire. Si l'analogie au système vivant permet d'envisager les réseaux de santé comme un ensemble cohérent, organisé et finalisé en direction du RHYCEBA, cela signifie-t-il pour autant que toutes les entités de ce système œuvrent dans le même sens ? Autrement dit, dans le corps humain, le sang, le cœur, les poumons, les bras et les jambes travaillent généralement dans le même sens pour préserver le

fonctionnement de l'ensemble. Mais dans les réseaux de santé, la volonté collective de se recentrer sur le bénéficiaire se traduit-elle nécessairement par un fonctionnement harmonieux ? L'approche systémique, en envisageant les individus comme des ressources à développer pour la bonne marche de l'ensemble, met dans l'ombre leurs spécificités et leurs caractéristiques humaines. Il ne s'agit pas de réifier l'organisation et son environnement en oubliant que les réseaux de santé sont avant tout des réseaux d'acteurs (au sens d'individu) qui disposent d'une marge de liberté et qui font des choix. Nous poursuivons ainsi la réflexion en approfondissant l'analyse du réseau de santé par une approche socio-politique.

3.1.2.3. Une approche sociopolitique

L'analyse systémique s'attache plus à étudier les relations entre les éléments constitutifs d'une entité que les caractéristiques propres à chaque élément (Morgan, 1999). Or, « *un réseau, c'est en somme, construire un puzzle. Que les morceaux soient complémentaires n'empêche pas un certain antagonisme, ni une certaine concurrence* » (Claveranne et Pascal, 2001, p. 341). Dans le système, il convient de redonner toute sa place à l'acteur qui a des aspirations, des attentes et des exigences. Il y a une dialectique permanente entre l'acteur et le système (Crozier et Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1993 ; Crozier, 2005 ; Friedberg, 2005). Les individus ont une dimension active dans le système. Ils ont des objectifs propres et une stratégie pour les atteindre. Aussi, envisager le réseau de santé non plus seulement comme un système vivant mais comme un système politique pose de nouvelles questions en termes de pouvoir et de règle (Morgan, 1999).

Les réseaux de santé associent des acteurs, des groupes et des institutions aux intérêts multiples. Les difficultés de fonctionnement présentées dans le chapitre précédent en témoignent (§ 2.3.2). Les acteurs sont à l'interface de logiques d'actions différentes qui génèrent la peur de perdre du pouvoir, la nécessité d'une confiance partagée et le besoin de trouver un intérêt personnel à la coordination (Crozier et Friedberg, 1977 ; Geindre, 2005). A cela s'ajoute les spécificités du milieu de la santé fortement hiérarchique où les divers producteurs de soins exercent traditionnellement de façon isolée autour de territoires de compétences, où les contraintes juridiques sont fortement prégnantes, où les régimes de financements entre secteurs diffèrent, où les clivages « culturels » sont nombreux, etc. Un coordonnateur de réseau est amené à faire le pont entre des médecins, des travailleurs sociaux et des administratifs qui n'ont pas nécessairement le même langage et la même façon

d'appréhender les problèmes ; une assistante sociale adhérente doit concilier les attentes de sa hiérarchie et celles du réseau ; un médecin peut se trouver en situation d'arbitrer entre l'intérêt du patient (orienter le patient vers d'autres professionnels du réseau pour une prise en charge adaptée) et son intérêt propre (préserver son patient qui est aussi un client), etc.

Ainsi, la mise en œuvre d'un réseau de santé ne suit pas un schéma d'action préétabli. Comment alors produire une action collective malgré l'existence de logiques d'actions différentes et d'intérêts parfois divergents ? Si l'objectif commun, typifié par le RHYCEBA, est un moteur de l'action collective comme nous l'avons précédemment évoqué, se suffit-il à lui-même pour permettre l'action coordonnée ?

Reynaud éclaire cette question en montrant que si un projet commun est nécessaire à l'action collective, il n'est toutefois pas suffisant (Reynaud, 1993a, 1993b ; Reynaud et Reynaud, 1994). Ce sont les règles sociales qui, créées dans l'interaction, agissent comme des principes organisateurs pour permettre à un ensemble d'acteurs de s'entendre sur l'action collective à mener. La formation de règles est alors posée comme la condition d'une action collective. Aujourd'hui, dans la plupart des systèmes, les règles sont incertaines et révisables. Elles évoluent dans les rapports sociaux tout en exigeant une certaine stabilité sans quoi le système serait explosif. Aussi, plusieurs formes de régulation existent dans un système : la régulation de contrôle qui correspond aux règles explicites et imposées et la régulation autonome qui suggère la marge de manœuvre que les acteurs s'autorisent et qui conduisent à repenser les règles.

Nous retrouvons l'idée que tout acteur dispose d'une marge d'autonomie par rapport à laquelle il décide d'entreprendre ou non une action collective, permettant ainsi de la constituer (Crozier et Friedberg, 1977 ; De Terssac, 2000). La rencontre des deux niveaux de régulation donne lieu à une régulation conjointe qui ne se fait pas sans énergie ni conflit, conflit qui par ailleurs n'est pas nécessairement négatif. En effet, le conflit ouvre la voie à la négociation, elle-même facilitée par l'objectif commun qui relie les acteurs. La régulation conjointe du système prend alors la forme de compromis continuellement rediscutés pour créer un sens partagé dans un rapport d'échange, de négociation et de conflit. Ces accords ne sont pas sans rappeler les conventions qui permettent de construire un espace commun afin de coordonner des acteurs relevant de logiques d'action opposées (Favereau, 1995 ; Gomez, 1997, 2006 ; Eymard-Duvernay, 1999 ; Geindre, 2000 ; Isaac, 2003). Elles procurent un cadre collectif,

non obligatoire, qui sert de référence aux individus pour opérer des choix et justifier leur comportement. « *La convention est un « faisceau de règles » qui peut comprendre des obligations réglementaires, mais aussi des discours, des connaissances, des croyances, etc.* » (Gomez, 1997, p. 1065). Les règles qui la constituent ne sont donc pas toujours explicites mais nécessairement connues de tous pour former un cadre collectif auquel se référer.

Dans les réseaux de santé, les règles explicites sont nombreuses. En effet, l'Etat produit de plus en plus de règles à travers la multiplication des dispositifs existants. Toutefois, elles n'en sont pas moins que faiblement contraignantes pour les individus (Reynaud et Reynaud, 1994 ; Bruyère et Romeyer, 2005 ; Filâtre et De Terssac, 2005). En effet, si les textes institutionnels fournissent une direction stratégique, ils deviennent opaques dès lors qu'il s'agit de les utiliser dans l'action (Hatchuel, 2000). Les acteurs de terrain rencontrés ont témoigné d'un manque de repères dans la construction d'un réseau de santé. Les plans institutionnels, quant ils existent, ne sont pas toujours compris par les acteurs qui les jugent difficilement opérationnels et souvent inadaptés. Corrélativement, nous avons démontré que la souplesse voire l'ambiguïté des textes permettaient aux acteurs de terrain de s'en arranger en repensant les récits pour répondre localement aux enjeux stratégiques (§ 2.3.1.1).

Par ailleurs, les acteurs disposent d'une marge de manœuvre d'autant plus importante que leur participation est volontaire et les règles sont d'autant plus variées que l'autorité n'a pas une source unique. Chacune des règles a alors sa propre légitimité et toutes sont en perpétuelle tension : il est par exemple légitime, en tant que professionnel de soins, de chercher à satisfaire l'intérêt collectif en participant à un réseau et il est tout aussi légitime de penser à son intérêt personnel. Si le réseau tient sa raison d'être d'une volonté de soigner plus efficacement les malades, il est également là pour soutenir le professionnel en contribuant à réduire son incertitude dans la prise en charge d'un patient, lui conférant ainsi une forme de pouvoir. Le professionnel peut vouloir tirer profit du réseau qui constitue un réservoir de ressources permettant une meilleure maîtrise des zones d'incertitude (Crozier et Friedberg, 1977).

Ainsi, envisager le réseau non plus uniquement comme un système vivant mais comme un système sociopolitique contribue à approfondir notre compréhension de la distorsion en soulevant des problématiques liées aux stratégies d'acteurs. Toujours dans cette volonté de mieux comprendre la distorsion, nous nous intéressons à présent à la deuxième propriété de la complexité : l'incertitude.

3.1.3. INCERTITUDE ET COMPLEXITE

3.1.3.1. Les réseaux de santé : une anarchie organisée ?

Un réseau de santé est par définition labile. « *Il se forme et se déforme selon des contours non prévisibles et non programmables. [...] Cela est sans doute lié aux objectifs que se donne le réseau le plus souvent : être dans l'entre deux, faire le pont entre des pratiques appartenant à des univers différents, faire se parler des logiques et des cultures professionnelles différentes* » (Bercot et De Coninck, 2002, p. 7).

Cette représentation des réseaux de santé rappelle le fonctionnement des anarchies organisées (Cohen et *al.*, 1972). Les anarchies organisées se caractérisent par trois traits dominants. Tout d'abord, les préférences des acteurs sont incertaines. Dans les réseaux de santé, les attentes des acteurs sont variées et par ailleurs le plus souvent découvertes dans l'action. C'est dans la participation aux actions du réseau que l'individu comprend son rôle, révèle ses attentes et affine ses choix (en fonction des cas de patients, des rencontres, des formations, etc.). Les préférences de chaque acteur du réseau sont non prévisibles et émergentes (Assens, 2003). Ensuite, dans les anarchies organisées, la technologie est floue. Les acteurs fonctionnent davantage par essais-erreurs qu'en suivant des procédures explicites (Demil et *al.*, 2002). Les réseaux de santé ne disposent pas d'un standard organisationnel. C'est une organisation complexe à créer qui progresse par tâtonnement (Avenier, 1997). Enfin, les anarchies organisées se définissent par une participation fluctuante des acteurs. Dans les réseaux de santé, les acteurs entrent et sortent en fonction des problèmes de santé à résoudre. Ajoutons que les professionnels exercent d'ores et déjà dans leur domaine de compétences et qu'ils ont par conséquent « autre chose à penser » que le réseau. Leur action dans le réseau dépend pour partie de leur disponibilité et des sollicitations qu'ils reçoivent (des patients, d'autres professionnels de soins du réseau, des organisateurs du réseau, etc.). Les acteurs ont ainsi une implication variable dans le temps et variable en intensité. Rappelons que c'est une difficulté de fonctionnement qui est ressortie de l'étude exploratoire (§ 2.3.2).

Les anarchies organisées décrivent des organisations qui peuvent être performantes sans nécessairement suivre un ordre logique et rationnel des choses (Huault, 2002). Ou plus exactement, l'ordre ne correspond pas toujours à celui que l'on attend (March, 2005). March relève que trop souvent, l'usage du concept met l'accent sur l'aspect anarchique plus que sur la cohérence. Or, il s'agit bien d'un couplage anarchie – organisée. Les décisions qui sont

prises dans ce type d'organisation dépendent beaucoup plus des flux d'arrivée des problèmes, des solutions et des participants, ce qui ne signifie pas pour autant que l'organisation en question ne trouve pas une forme de cohérence. Pour illustrer les processus de décision à l'œuvre dans ce type d'organisation, les auteurs ont utilisé le modèle de la poubelle (ou garbage can).

3.1.3.2. Le garbage can transposé aux réseaux de santé

Les réseaux de santé, dans leur rapprochement aux anarchies organisées, réunissent les conditions pour appliquer le modèle du garbage can. Ce modèle souligne que les décisions ne sont pas prises sur un mode uniquement technico-économique mais qu'elles font également appel à des considérations socio-politiques (Huault, 2002). Plus précisément, dans ce modèle, les solutions apportées à un problème ne sont pas toujours issues de décisions mûrement réfléchies consistant à faire un choix en considérant toutes les alternatives possibles et en évaluant leur conséquences, leurs coûts et leurs avantages. La rationalité limitée des acteurs rend ce processus rationnel de maximisation de l'utilité impossible (Simon, 1991). Le garbage can interroge le lien entre problèmes et solutions. Dans ce modèle, les deux flux sont faiblement couplés. Quatre flux indépendants décrivent les processus de décisions dans les anarchies organisées (Romaer et Huault, 1996 ; Demil *et al.*, 2002) :

- Les problèmes : ils se réfèrent à tous les éléments dont peuvent se soucier les acteurs de l'organisation. Dans un réseau de santé, les problèmes - quand ils sont identifiés - varient en fonction des individus et des situations. Il peut s'agir d'un cas de patient complexe, d'une procédure mal comprise, d'un outil inadapté, d'un texte institutionnel confus, etc. ;
- Les solutions : elles sont le produit des acteurs. Elles sont donc liées, dans les réseaux de santé, à la mise en œuvre d'une prise en charge globale et continue ;
- Les participants : ils vont et viennent dans le système. Les professionnels de soins participant aux réseaux de santé interviennent au gré des potentialités et selon leur disponibilité. Par ailleurs, dans le réseau, la reconnaissance du métier reste mais les positions hiérarchiques tombent (Butera, 1990). Chaque acteur est amené à connaître une succession de rôles et de contextes : un médecin pourra être formateur et formé ; une assistante sociale pourra manager et suivre une action collective, un patient pourra témoigner et assister à des groupes de paroles, etc. ;

- Les occasions de choix : elles représentent toutes les situations dans lesquelles l'acteur devra prendre une décision. Dans un réseau de santé, elles correspondent aux choix d'organisation du réseau, aux opportunités de participer à une chaîne de soins ou encore aux occasions de participer à une action collective (formation, action de prévention auprès du grand public, atelier thématique, etc.).

Les auteurs proposent une représentation imagée des processus de décision en faisant une analogie à la poubelle. Ils considèrent les occasions de choix comme une poubelle dans laquelle différentes sortes de problèmes et de solutions sont jetées par les participants au fur et à mesure de leur apparition. Le mélange des papiers dépend des poubelles qui se trouvent être là, de la nature des papiers qui arrivent et du rythme auquel les poubelles sont vidées. Par prolongement, dans les réseaux de santé, la formation des chaînes de soins dépend des cas de patients qui se présentent, de la nature et de la fréquence des problèmes à traiter, des professionnels de soins disposés à participer au moment venu et de la volonté des bénéficiaires.

Ce modèle insiste sur la nécessité de donner aux problèmes des opportunités de rencontrer des participants et des solutions. C'est dans l'interaction entre professionnels de soins, patients, gestionnaires de réseau et institutionnels que se déclinent les réponses aux problèmes, toute la difficulté des réseaux de santé étant de dépasser les barrières existantes pour favoriser les rencontres (en référence aux difficultés précédemment présentées § 2.3.2), ont entre autres été cités le cloisonnement du système de santé, les clivages entre métiers, la multiplication des structures renforçant la segmentation, le modèle paternaliste marquant une frontière entre le médecin et son patient, le manque de confiance entre professionnels, etc.).

Dans les anarchies organisées, la performance organisationnelle est dans la combinaison toujours fluctuante de participants variés, d'occasions de choix irrégulières et de problèmes pas toujours bien compris qui donnent des solutions parfois inattendues voire inédites (Cohen et al., 1972). Aussi, ce modèle rend *a priori* inadaptées des solutions managériales rationnelles telles que l'augmentation du contrôle et des procédures pour préférer une coordination par ajustement mutuel (Mintzberg, 1997 ; Huault, 2002). L'idée défendue par le garbage can n'est pas de considérer les anarchies organisées comme des « pathologies » mais d'accepter que les organisations puissent être performantes avec une dose de désordre et d'ambiguïté. C'est sur cette voie que nous continuons l'analyse des réseaux de santé.

3.2. UNE SITUATION DE GESTION PARADOXALE

Envisager les réseaux de santé sous l'angle de la complexité pose la question des ambiguïtés qui leurs sont propres. Les nouveaux enjeux stratégiques des réseaux de santé injectent du désordre dans un système de santé fortement segmenté. Aussi, nous revisiterons les difficultés de fonctionnement présentées dans le chapitre 2 pour révéler les ambiguïtés inhérentes aux réseaux de santé (§ 3.2.1). Nous verrons ensuite que ces ambiguïtés relèvent davantage du paradoxe. Nous nous servirons alors du paradoxe comme d'un outil théorique pour conceptualiser les ambiguïtés des réseaux de santé sous la forme de trois paradoxes. (§ 3.2.2). Cette mise en perspective des réseaux de santé par la complexité et le paradoxe nous amènera enfin à avancer notre première proposition de recherche qui se veut une proposition d'explication à la distorsion (§ 3.2.3).

3.2.1. DES DIFFICULTES DE FONCTIONNEMENT AMBIGUES

3.2.1.1. Place de l'ambiguïté dans les organisations

Rojot et Bergmann (1989) repèrent quatre types d'ambiguïtés dans les organisations complexes : l'ambiguïté d'intention induite par des objectifs qui sont plus ou moins clairs et cohérents, l'ambiguïté de compréhension qui vient d'une faible visibilité entre une action et l'effet de cette action ; l'ambiguïté de l'histoire de l'organisation entretenue par le poids du passé et des relations, l'ambiguïté de l'organisation elle-même qui invite à modérer le degré d'attention et d'implication des acteurs vis-à-vis des décisions prises.

Dans les conceptions rationnelles de l'organisation, l'ambiguïté est perçue comme « *un phénomène d'opacité* » que les gestionnaires cherchent à éliminer (Landry, 1995b, p.113). Elle est envisagée comme un flou, une incertitude qui est une entrave au sens et à la bonne gestion d'une organisation en mettant les acteurs dans des situations inconfortables. Or, si l'on s'extrait de ce prisme rationnel, l'ambiguïté peut se montrer plus stimulante (Watzlawick et al., 1972 ; Landry, 1995b). Entre autres aspects positifs, l'ambiguïté peut être un moyen de se préserver une marge de manœuvre et d'inventer un langage commun permettant de réconcilier des acteurs aux logiques d'action différentes. Elle invite les individus à interpréter des situations ambiguës selon leur propre schéma de pensée et par là-même à se faire une idée qui leur convient. Les histoires et les mythes interviennent alors comme un soutien à

l'interprétation en aidant à construire des catégories, à typifier les autres, à stéréotyper des situations, sans quoi les hommes ne pourraient pas reconnaître un ordre des choses et des constantes dans la société (§ 1.2.1). L'ambiguïté peut également être perçue comme une source de créativité en autorisant une liberté de pensée et une liberté d'action. C'est dans l'ambiguïté des situations et des règles prescrites que se révèle l'ingéniosité des acteurs (Alter, 2002). Il existerait ainsi un certain désordre créateur (Morin, 1977, 1990 ; Fabbe-Costes et Lièvre, 2002 ; Thiétart et Forgues, 2006). Cette idée trouve ses origines dans le développement de la thermodynamique qui montre que la déviance et la perturbation peuvent provoquer de l'ordre et de l'innovation. Le désordre peut faire progresser l'organisation en entraînant l'émergence de pratiques nouvelles qui permettent de faire face aux perturbations qui se présentent.

Il existe ainsi une vision positive de l'ambiguïté et du désordre, qui n'est toutefois pas absolue. Les individus ont besoin de repères stables, d'ordre et de certitudes. Ainsi, l'ambiguïté et le désordre font sens dans une dialectique avec la clarté et l'ordre. Les acteurs ne peuvent pas en permanence mobiliser des interprétations subjectives pour gérer leurs activités dans une organisation. L'ambiguïté est une ressource quand elle est complétée par un minimum de clarté. L'ordre et le désordre sont ainsi deux notions complémentaires et antagonistes, impliquant d'incessantes interactions et transformations (Morin, 1977).

3.2.1.2. Place de l'ambiguïté dans les réseaux de santé

Rappelons que les réseaux de santé ne sont pas le simple prolongement de l'activité des professionnels de soins mais qu'ils portent une véritable volonté d'appréhender différemment les soins (Schweyer, 2005). Aussi, les nouveaux enjeux stratégiques qui encouragent la coordination des différents producteurs de soins autour du bénéficiaire injectent du désordre. Ils dérangent l'ordre établi dans un système bureaucratique hyperspécialisé fortement segmenté. Pour mettre à jour les ambiguïtés des réseaux de santé, nous revisitons les difficultés de fonctionnement repérées par induction en les étudiant non plus par ordre d'importance mais par combinaison d'obstacles (§ 2.3.2). Cette analyse laisse entrevoir des ambiguïtés dont nous faisons état dans le tableau qui suit

**- Tableau 3.2 -
Ambiguïté des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé**

Les difficultés ressenties par les acteurs...	... entretiennent une relation ambiguë	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloisonnements du système ▪ Clivages entre métiers ▪ Relation paternaliste (frontière médecin – patient) ▪ Informations discordantes 	<i>Nécessité de s'extraire des cloisonnements</i>	Les acteurs de terrain veulent simultanément dépasser les cloisonnements qui empêchent une cohérence des soins et rester dans leur périmètre de soins
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de confiance ▪ Manque de motivation ▪ Représentation du réseau (filet) ▪ Peur d'une fuite de patients 	<i>Résistance à l'idée d'aller vers l'autre</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de financement ▪ Manque de soutien l'Etat 	<i>Nécessité d'avoir plus de soutien de l'Etat</i>	Les acteurs de terrain veulent simultanément plus de soutien de l'Etat et une autonomie de mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrôle institutionnel 	<i>Résistance au contrôle exercé par l'Etat</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de repères dans l'organisation d'un réseau ▪ Métier de coordonnateur « flou » ▪ Repérage difficile des parties prenantes 	<i>Nécessité d'avoir un cadrage de l'action à mener</i>	Les acteurs de terrain veulent simultanément des réseaux organisés et structurés et des réseaux souples et non contraignants
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peur d'une dérive organisationnelle ▪ Lourdeur administrative 	<i>Résistance à la bureaucratisation du réseau</i>	

Source : élaboration personnelle

Nous remarquons ici que l'ambiguïté des points de blocage tient au fait qu'ils fusionnent autant qu'ils s'opposent. Il s'agit par exemple de penser simultanément structuration et souplesse. L'accent n'est plus seulement mis sur le caractère instable et incertain des réseaux de santé mais sur leur caractère dual et ambivalent (Perret, 1998, 2003). Dès lors, quel statut accorder à ces couples qui dérangent en ce qu'ils fusionnent autant qu'ils s'opposent ? Dans quelle mesure ne devrait-on pas parler plus justement de contradictions ? De paradoxes ?

3.2.2. DE L'AMBIGUÏTE AU PARADOXE

3.2.2.1. Acception du paradoxe

Nous cherchons à qualifier la rencontre de deux idées qui paraissent opposées et imbriquées à la fois. Dans cet esprit, nous commençons par écarter l'emploi des termes « opposition » ou « antagonisme » qui traduisent une opposition sémantique sans révéler de connivence associée (Martinet, 1990, 2001 ; Rollet, 2000 ; Bernard-Weil, 2002, 2003 ; Martinet et

Payaud, 2004). Aussi, pour traduire ce jeu entre opposition et fusion, nous pensons à la contradiction qui est semblable au jeu de miroir inversé et qui ne peut se comprendre que si les deux termes opposés se reproduisent mutuellement telles la vie et la mort, le jour et la nuit, etc. (Barel, 1989). La contradiction, tel que Barel la définit, se trouve enfermée dans un mode binaire dans lequel chacun des termes a besoin de son contraire pour exister et se concevoir lui-même. La contradiction traduit l'idée d'une fusion et d'une différenciation entre des termes de même classe. *« Il y a des couples de termes qui restent à l'intérieur du même type et du même niveau, et ce sont les véritables contradictions »* (Barel, 1989, p. 63).

Et qu'en est-il quand des termes de niveaux différents se rencontrent ? Barel parle alors de paradoxe, tout en relevant que le paradoxe est très proche de la contradiction. Le paradoxe a besoin de la contradiction pour exister. En revanche, une contradiction n'est pas nécessairement paradoxale. *« Il n'y a pas de situation, de processus, de formulation de paradoxes qui ne soient en même temps des situations, processus ou formulations contradictoires »* (Barel, 1989, p. 55). *« Il n'y aurait pas de paradoxe sans la contradiction, c'est-à-dire sans le conflit qui, à l'intérieur du vivant, oppose activement la fusion et la hiérarchisation des niveaux. La contradiction n'est pas nécessairement paradoxale mais le paradoxe est nécessairement contradictoire »* (Barel, 1989, p. 59-60). Le paradoxe ajoute aux contradictions l'impossibilité de choisir. *« Face à une injonction contradictoire, on choisit l'une des solutions possibles, quitte à renoncer à l'autre, ou à la subir. Le résultat n'est pas des plus heureux ; comme nous l'avons dit on ne peut à la fois manger son gâteau et le garder [...]. Par contre, l'injonction paradoxale barre la possibilité même du choix, rien n'est possible, et une suite alternée infinie est alors déclenchée »* (Watzlawick et al., 1972, p. 218).

Il existe trois types de paradoxes (Watzlawick et al., 1972 ; Barel, 1989 ; Giordano, 2003b). Les paradoxes logiques traduisent une contradiction logique dans le raisonnement. La construction est cohérente mais les résultats se montrent contradictoires. Ils interviennent notamment dans le domaine mathématique : on ne peut pas être à la fois A et non A. Les paradoxes sémantiques procèdent du même raisonnement mais ils se révèlent dans le domaine du langage. Ils se logent dans la structuration de la pensée. Le paradoxe du menteur est reconnu comme le plus ancien des paradoxes sémantiques. Annoncer que « je suis menteur » n'est vrai que si cet énoncé n'est pas vrai. Enfin, le troisième type de paradoxe est celui qui nous intéresse : les paradoxes pragmatiques. Ils sortent du registre purement logique pour entrer dans le milieu humain et social. Ils interviennent dans l'interaction humaine et

influencent le comportement des individus. Barel précise que le paradoxe pragmatique est une construction mentale de l'homme. Ce qui apparaît paradoxal pour un individu peut ne pas l'être pour un autre. « *On peut en déduire que tout paradoxe, si réel, factuel, social soit-il, est aussi le fruit de l'intellect et des sentiments humains, c'est-à-dire le produit de la manière dont l'homme choisit de voir et de découper le monde qui l'entoure* » (Barel, 1989, p. 311).

Ainsi, nous retiendrons qu'« *on sait, de la façon la plus simple et la plus authentique, qu'on a affaire à un paradoxe, chaque fois que l'on rencontre une situation dans laquelle il est nécessaire de faire, de dire ou de penser une chose et le contraire de cette chose. On peut dire aussi que le paradoxe s'exprime dans la double obligation de choisir et de ne pas choisir entre deux ou plusieurs solutions à un moment donné* » (Barel, 1989, p. 279).

Les organisations offrent de nombreux exemples de situations paradoxales (Perret et Josserand, 2003). Et tout comme l'ambiguïté, les paradoxes peuvent être tour à tour un moteur ou un frein à l'action (Giordano, 2003b). D'un côté, ils représentent une occasion de changement pour l'individu comme pour l'organisation en encourageant une dynamique créative. D'un autre côté, ils sont générateurs de stress et de fatigue professionnelle en positionnant l'individu dans une situation difficile à résoudre, parfois vécue comme un enfermement dans une contradiction sans solution apparente. Cette quête interminable de choix impossible évoque les travaux menés en psychiatrie, l'individu étant victime d'une oscillation permanente (Watzlawick et al., 1972 ; Perret, 1998 ; Giordano, 2003b). Aussi, pour trouver le repos de la pensée, Barel (1989) montre que l'homme a une tendance naturelle à fuir les paradoxes ou à les trancher pour cesser la polémique.

3.2.2.2. Paradoxes des réseaux de santé

L'utilisation du paradoxe est parfois décriée au nom d'une recherche d'alibi qui servirait à justifier des pratiques de gestion fragiles et incertaines : « *le paradoxe permet de dire en ces temps incertains, aléatoires, difficiles à interpréter : « naturellement ceci ou cela est paradoxal puisque tout est paradoxal* ». *Le paradoxe joue alors un rôle de consolation pour nos identités fragiles, menacées* » (Sfez, 1999, p. 24). Aussi, nous faut-il justifier l'intérêt du paradoxe dans cette recherche et l'usage que nous en faisons.

**- Encadré 3.1 -
Extrait d'une interview d'Yves Barel**

« *Le paradoxe, ça sert à quoi ?* », ainsi qu'elle lui fut posée par ses lecteurs ou auditeurs. Écoutons à nouveau Yves répondre avec son authenticité et son humour habituels :

Un peu embarrassé ou interloqué par la question, il m'est arrivé de répondre par la provocation (« Ca sert à me faire plaisir »), avant de chercher des réponses plus civiles. [...] Le paradoxe ne sert à rien, mais il m'arrange tellement. Par exemple en justifiant mon étonnement de voir qu'une discussion s'engage aujourd'hui sérieusement sur le point de savoir si notre société est vide – (de quoi ?) - ou pleine, vraiment pleine – de quoi ?

Source : Amiot et al. (1993), p. 32-33

Nous mobilisons le paradoxe comme un élément fondamental de compréhension de la distorsion entre le fonctionnement des réseaux de santé existants et l'idéaltype mythique RHYCEBA. Nous l'exploitons dans sa capacité heuristique à faire émerger du sens sans édulcorer la complexité des objets étudiés (Barel, 1989, Martinet, 1981, 1990, 2001 ; Amiot et al., 1993 ; Perret et Josserand, 2003 ; Violet, 2003). « *La valeur heuristique du paradoxe réside dans sa capacité à interroger, remettre en cause, pointer les incohérences ou les mystères d'un raisonnement, d'une opinion, d'une situation, d'un problème* » (Perret et Josserand, 2003, p. 5).

Le paradoxe, ainsi envisagé dans sa valeur heuristique, nous permet de conceptualiser l'ambiguïté des réseaux de santé (Tableau 3.2) sous la forme de trois paradoxes pragmatiques :

✓ **formel / informel** : les réseaux de santé cherchent à être suffisamment *formels* et organisés pour se positionner clairement dans l'offre de soins tout en étant *informels* et souples pour apporter une réponse de santé adaptée à la variété des situations de terrain.

- Nous considérons comme formel ce qui a été prévu, voulu et enregistré (Le Moigne, 1986 ; Bartoli, 1991 ; Reix, 1995 ; Peaucelle, 1997). Le formel renvoie au cadre d'action explicite et officiel qui définit le champ d'intervention du réseau ;
- L'informel se situe en dehors du cadre d'action. Il renvoie à ce qui n'a pas été prévu par le cadre ou à ce qui s'en éloigne. L'informel représente ainsi un espace d'action indéterminé qui échappe au cadre formel. Il apporte une souplesse nécessaire au réseau pour s'adapter à la diversité locale.

⇒ **Tout l'enjeu de ce paradoxe est de penser formel et informel à la fois.**

✓ **spécificité / unité** : les réseaux de santé œuvrent dans le sens d'une reconnaissance des *spécificités* professionnelles pour cibler les compétences spécifiques nécessaires au soin de la personne tout en poursuivant une quête d'*unité* pour permettre une conception globale de la santé.

- La spécificité renvoie au périmètre d'intervention des acteurs. Chaque acteur est utile au réseau en ce qu'il apporte une compétence spécifique à son domaine d'intervention, spécificité qu'il est par ailleurs indispensable de repérer et d'entretenir ;
- L'unité prend son sens en dehors du périmètre d'intervention. Les acteurs sont encouragés à sortir de leur périmètre de soins pour créer du lien avec les domaines connexes et apporter ainsi une réponse concertée et cohérente au problème de santé.

⇒ *Tout l'enjeu de ce paradoxe est de penser spécificité et unité à la fois.*

✓ **conformité / autonomie** : les réseaux de santé sont soumis à des exigences de *conformité* aux attentes des tutelles pour être financés et se pérenniser tout en produisant un service qui est le résultat d'acteurs *autonomes* et volontaires.

- La conformité est celle attendue par les tutelles. Rappelons que l'Etat soutient le développement des réseaux de santé en accordant des financements. L'institutionnalisation des réseaux implique un contrôle des tutelles qui ont un droit de regard sur les réseaux qu'elles financent. Elles véhiculent une certaine norme à travers les différents textes de lois qu'elles diffusent et elles s'attendent à ce que les réseaux s'y conforment.
- L'autonomie s'exprime en dehors de la norme. Les réseaux de santé font intervenir des acteurs autonomes (usagers et professionnels) et volontaires qui ne sont pas contraints à se coordonner, et par voie de fait à se conformer à une norme. Une fois dans le réseau, ceux-ci se voient conférer la capacité de prendre en charge par eux-mêmes une partie du flux (Everaere, 2001). Ils sont encouragés à repenser l'action collective dans un espace de liberté et de créativité.

⇒ *Tout l'enjeu de ce paradoxe est de penser conformité et autonomie à la fois.*

La mise en perspective des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé par le concept de paradoxe nous amène ainsi à envisager trois paradoxes auxquels les acteurs des réseaux de santé semblent soumis : il s'agit de penser simultanément formel et informel, unité et spécificité, conformité et autonomie.

3.2.3. PROPOSITION DE RECHERCHE 1

Notre meilleure compréhension des réseaux de santé et des problématiques sous-jacentes nous permet de formuler une première proposition de recherche qui se veut une proposition d'explication à la distorsion. Avant de la présenter, nous revenons rapidement sur son processus de construction.

Dans ce chapitre, nous cherchons à comprendre pourquoi des acteurs qui croient aux réseaux de santé tout en étant soutenus par l'Etat n'arrivent pas à construire des réseaux de santé performants au sens du RHYCEBA (Question de recherche 3). Pour cela, nous avons mobilisé un cadre théorique pluraliste qui est justifié à la fois par notre volonté d'appréhender les réseaux de santé dans leur complexité et à la fois par la notion même de réseau qui se prête tout particulièrement à une diversité conceptuelle (Fulconis, 2004). Musso remarque, en traitant la question des réseaux, que « *le foisonnement des problématisations, la variété des domaines d'application, la diversité des référentiels [...], invitent à l'hybridation conceptuelle* » (Musso, 2003b, p. 332). La difficulté qui se pose est alors de mobiliser différentes approches pour décrire le phénomène réticulaire tout en progressant dans la réflexion initiée par la recherche.

Aussi, pour avancer dans notre réflexion, notre cadre théorique de référence a pris sa source dans deux grandes familles de théories : celle qui s'intéresse à l'organisation et à son fonctionnement et celle qui s'intéresse à l'individu dans l'organisation (Cabin et Choc, 2005). Pour éclairer le réseau en tant que mode d'organisation, nous nous sommes appuyée sur des approches systémiques et sociologiques envisageant le réseau comme un système complexe régulé par des jeux d'acteurs qui interagissent dans un environnement instable. Parallèlement, nous nous sommes référée à des approches cognitives centrant l'analyse sur l'individu qui, souvent mal informé, n'intervient pas en prenant des décisions optimales mais agit plutôt en fonction de la situation, de ses valeurs, des opportunités, etc. Par ailleurs, pour nous aider à produire des idées complémentaires entre différentes perspectives, nous avons eu recours aux métaphores en comparant successivement le réseau à un système vivant, à un système politique, puis à une anarchie organisée dans laquelle le processus de décision des acteurs a été associé au modèle de la poubelle (Cohen et *al.*, 1972).

Ainsi, à l'image du garbage can, notre cadre théorique s'est construit en fonction des problématiques posées au fur et à mesure de l'approfondissement de notre objet de recherche, en fonction des participants indirects à ce processus de recherche (praticiens et chercheurs) et en fonction des concepts et théories qui se sont présentés (lectures, colloques, conférences, etc.). Nos choix se sont portés sur les solutions conceptuelles qui paraissaient les plus éclairantes à mesure des nouveaux problèmes (Demil et *al.*, 2002).

A ce stade de la recherche, l'approfondissement théorique des réseaux de santé sous l'angle de la complexité et des paradoxes nous permet de proposer une explication à la distorsion :

**P1 : les réseaux de santé se présentent comme une situation de gestion
complexe et paradoxale**

Nous explicitons cette proposition en revenant sur sa formulation, à commencer par l'emploi de l'expression « *situation de gestion* ». Nous parlons des réseaux de santé en termes de situation de gestion au sens de Girin (1990). Les réseaux de santé renvoient à une situation de gestion dans le sens où ils font interagir de multiples acteurs dans un certain contexte soumis à des aléas, des incertitudes et des ajustements permanents. La situation de gestion se prête tout particulièrement à l'étude des objets caractérisés par leur caractère émergent, leurs frontières floues et leur dynamique collective en construction (Journé et Raulet-Croset, 2004). Plus précisément, « *une situation de gestion se présente lorsque des participants sont réunis et doivent accomplir, dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe* » (Girin, 1990, p. 142). Dans notre recherche, l'intérêt de la situation de gestion est de mettre l'accent sur l'expérience vécue par les acteurs en « situation » et de faire le lien entre la perspective individuelle et le construit organisationnel (Journé et Raulet-Croset, 2004). Nous envisageons par ailleurs cette définition dans son sens extensif en la considérant comme « *une réaction collective à un impératif* » (Girin, 1990, p.144). Nous avons montré comment les réseaux de santé ont été initialement portés par les acteurs de terrain, dans les années 1980, pour faire face à un impératif de soins de l'époque : soigner le sida en rapprochant les problématiques de santé liées. Les réseaux ont ensuite élargi leur champ d'application et se sont développés en prenant la forme d'une solution organisationnelle permettant d'adapter le système de santé aux nouvelles exigences de soins.

Aussi, nous définissons les réseaux de santé comme une situation de gestion, et plus précisément comme une situation de gestion complexe et paradoxale. Nous avons mis à jour

quelques-unes des tensions managériales révélées par induction et conceptualisées sous la forme de trois paradoxes (formel et informel, spécificité et unité, conformité et autonomie). Envisager les réseaux de santé sous la focale des paradoxes permet de pointer les difficultés de l'organisation et de proposer une explication à la distorsion. Précisons que les paradoxes formulés n'épuisent pas la vision paradoxale des réseaux de santé et laissent la possibilité de voir émerger d'autres paradoxes inhérents à leur dynamique. Par ailleurs, cette représentation des réseaux de santé est temporelle : ce qui semble complexe et paradoxal aujourd'hui ne le sera peut-être plus demain et inversement (Watzlawick et *al.*, 1972 ; Watzlawick, 1988b ; Barel, 1989 ; Thiétart, 2001). Cette proposition est donc inévitablement amenée à évoluer dans le temps.

Aussi, fort de cette proposition d'explication à la distorsion, la question se pose désormais de savoir comment se « gère » une situation complexe et paradoxale. Autrement dit, mettre à jour les tensions managériales des réseaux de santé est insuffisant si l'on n'entre pas dans une réflexion sur les actions à entreprendre pour les gérer. Dès lors, comment les acteurs de la santé qui se mesurent à ces paradoxes font-ils face ? Comment peut-on refuser un choix en même temps qu'on l'effectue ? Comment instaurer une unité tout en préservant les spécificités de chacun ? Comment conjuguer formel et informel ? Comment faire cohabiter autonomie et conformité ? N'est-ce pas s'attaquer à un problème insoluble ?

3.3. VERS UNE GESTION PARADOXALE DE DIALOGUE

Après avoir proposé une explication à la distorsion, nous prolongeons la réflexion sur les moyens de la réduire. Avant cela, nous commencerons par questionner la possibilité même d'agir sur la distorsion dès lors que l'action collective se forme dans un milieu complexe et incertain. Nous verrons alors que la complexité et le paradoxe n'impliquent pas nécessairement de « piloter à vue » et qu'ils appellent au contraire la stratégie. La stratégie dont il est ici question ne tient pas de la logique formelle mais relève d'une dynamique de va et vient entre les pôles distants (§ 3.3.1). Plus précisément, la littérature permet de relever trois logiques de gestion paradoxale dominantes : la différenciation, le dialogue et la disparition (§ 3.3.2). Partant de là, nous formulerons une seconde proposition de recherche qui envisagera la stratégie paradoxale *a priori* adaptée aux réseaux de santé pour essayer de se rapprocher de l'idéaltype mythique RHYCEBA (§ 3.3.3).

3.3.1. LA STRATEGIE EN MILIEU COMPLEXE ET PARADOXAL

3.3.1.1. Est-il encore possible de réduire la distorsion ?

Après avoir proposé d'envisager les réseaux de santé comme une situation de gestion complexe et paradoxale, est-il encore pertinent de penser pouvoir réduire la distorsion ? Avons-nous les moyens de gérer cette situation ou sommes-nous condamnée à la subir sans autre mot ? Morin nous apprend que « *la complexité appelle la stratégie. Il n'y a que la stratégie pour avancer dans l'incertain et l'aléatoire.* » (Morin, 1990, p. 178). Barel ajoute quant à lui que « *le secret de la maîtrise du paradoxe est simple à exprimer : il consiste à surimposer à une situation paradoxale une stratégie paradoxale [pour] rendre ce dernier plus vivable et plus supportable qu'il ne le serait si les hommes restaient passifs devant lui* » (Barel, 1989, p. 300-301).

Aussi, nous pouvons répondre par l'affirmative à nos questions en avançant qu'une situation de gestion complexe et paradoxale encourage le recours à une stratégie paradoxale. Il nous reste désormais à déterminer les fondements d'une stratégie paradoxale. Pour cela, nous revenons sur les modèles de pensées en stratégie.

Les modèles de pensée en stratégie laissent envisager deux voies possibles (Josserand et Perret, 2000 ; Martinet, 2006). Une première conception est celle de la logique formelle. Elle consiste à envisager le problème sous l'angle du « soit/soit ». La démarche est dichotomique et implique de trancher entre des dualités perçues comme des pôles qui s'excluent : action/structure, local/global, efficacité/efficience, etc. Dans cette façon de concevoir la situation, deux issues sont envisageables. La première issue relève de la hiérarchisation. Il s'agit de privilégier un pôle par rapport à l'autre. Cette option est toutefois risquée et souvent insatisfaisante quand la situation de gestion nécessite d'intégrer des logiques apparemment opposées. Notons que ce mode de pensée est historiquement lié aux origines occidentales (oui ou non, vrai ou faux, bien ou mal, etc.) en opposition aux origines orientales qui ne peuvent concevoir un couple l'un sans l'autre (Yin et Yang, vide et plein, mouvement et repos, etc.) (Martinet, 2007). La deuxième issue consiste à faire un compromis. Cette notion polysémique que nous préciserons plus loin (§ 3.3.2.2) prend ici le sens de voie intermédiaire qui procède d'un affaiblissement des deux pôles. Dans cette logique, nous ne sommes ni dans un pôle ni dans l'autre mais dans une voie médiane consistant en une synthèse réductrice (Martinet,

1990 ; Bernard-Weil, 2002). Il en est ainsi de l'eau tiède qui n'est ni chaude, ni froide et qui a été obtenue en excluant la potentialité de chacun des extrêmes. « *Alterner le chaud et le froid est une stratégie, asperger avec de l'eau tiède n'est pour nous qu'un refus stratégique* » (Bernard-Weil, 2000, p. 9).

Une seconde conception de la stratégie consiste à envisager une situation non plus sous l'angle du « soit/soit » mais du « et/et ». L'enjeu n'est donc plus de trancher mais de penser simultanément les pôles des paradoxes en adoptant une représentation paradoxale (Morin, 1977 ; Barel, 1989). L'idée sous-jacente est celle d'une considération égale des deux pôles sans chercher à amputer le paradoxe de tout ou partie de ses extrêmes. « *La vision paradoxale conduit à prendre en compte, sans réduction ou élimination, les contradictions, les ambivalences, les potentialités pouvant s'actualiser contre le système, et donc les stratégies alternatives dont celui-ci est le lieu* » (Balandier, 1993, p. 41). Dans cette représentation, chacun des pôles porte remède aux inconvénients de l'autre. « *Chacun des pôles a raison à 50 % mais il a tort à 100 % s'il refuse le type de conflit-coopération avec l'autre pôle* » (Bernard-Weil, 2000, p. 17). Les stratégies « doubles » ou « bilatérales » ou « bipolaires » ne consistent pas à juxtaposer deux stratégies « simples » mais à reconnaître à la fois la complémentarité et l'opposition de contraires. Il y a un jeu réciproque entre les pôles qui recherche un équilibre toujours en mouvement. « *L'on est donc condamné à apprendre à penser, concevoir et faire agir simultanément des contraires, leur « équilibration » au sens de Piaget et non leur équilibre au sens commun* » (Martinet, 1990, p. 232).

L'équilibration ici mentionnée repose sur un mécanisme de pensée entre assimilation et accommodation (Piaget, 1998). L'assimilation consiste à intégrer une nouvelle situation qui fait écho à des schèmes de pensées existants qui nous permettent de comprendre et d'agir sur le monde. L'accommodation correspond à une situation dans laquelle l'individu perçoit le monde de façon incohérente, l'obligeant à accommoder ses connaissances pour pouvoir s'adapter. Il est alors amené à modifier un schème existant pour pouvoir intégrer une nouvelle situation. L'équilibration est un processus qui passe par de multiples déséquilibres et rééquilibration en fonction des perturbations de l'environnement. Cette recherche d'équilibre dynamique qui repose sur un dosage variable des pôles en fonction de l'état de l'environnement et de l'organisation est indispensable à la viabilité d'un système (Denis, 2002 ; Bernard-Weil, 2002, 2003 ; Corbel, 2004). Dans cette approche, il est illusoire de penser trouver un équilibre statique dans un milieu complexe.

Nous mesurons ainsi que la façon de concevoir une situation (soit/soit ; et/et) conditionne les réponses stratégiques apportées. Dans une situation de gestion complexe et paradoxale, il est nécessaire de s'extraire des modèles dominants de pensée unique qui échouent souvent à apporter des réponses appropriées aux défis paradoxaux, pour préférer une conception paradoxale, seule capable de répondre aux enjeux stratégiques (Perret et Josserand, 2003 ; Martinet et Hafsi, 2007).

Pour illustrer cette conception paradoxale, nous empruntons un exemple d'actualité à Bernard-Weil (2002) : le couple répression / éducation. Bernard-Weil prend comme « cas d'école » les émeutes en banlieues. Tout en précisant que son objectif n'est pas de porter un jugement de valeur sur les mesures prises, il montre que le tout répressif au même titre que le tout éducatif ne paraît pas satisfaisant. Il convient dans la logique paradoxale de penser la complémentarité des antagonismes. Il ne faut pas chercher à trancher mais à penser toujours l'un au regard de l'autre, sans vouloir hiérarchiser les pôles. Il en est ainsi par exemple des centres d'éducation renforcée qui prennent en charge des mineurs délinquants multirécidivistes. Ces derniers sont suivis par une équipe éducative composée d'éducateurs et de psychologues qui interviennent dans un cadre strict prévoyant des sanctions fermes en cas de déviance. L'objectif est de socialiser et d'éduquer sans minimiser les mesures de contraintes et de coercition. Bernard-Weil préconise ainsi de répondre au couple répression / éducation non pas en laissant les réponses aux éducateurs d'un côté ou aux magistrats de l'autre mais en ouvrant le débat aux psychologues, aux juges, aux sociologues, etc.

Ajoutons que la stratégie paradoxale n'est pas réductible à un nombre fini de propositions paradoxales mais elle est répond à une démarche paradoxale reposant sur des ajustements permanents. Elle est ainsi élaborée par tâtonnements plutôt que déterminée par des calculs d'optimisation (Avenier, 1997 ; Thiétart et Forgues, 2006 ; Martinet et Hafsi, 2007).

3.3.1.2. La stratégie tâtonnante

L'expression « stratégie tâtonnante » a été introduite par Avenier (1996) en référence aux travaux en stratégie qui se développaient depuis les années 1990 et qui mettaient l'accent sur les limites des modèles de gestion définitifs. Aussi, deux traits dominants caractérisent la stratégie tâtonnante (Avenier, 1997) : la combinaison d'émergent et de délibéré, et les interactions récursives entre vision et action stratégiques. Nous revenons sur chacune des caractéristiques.

Tout d'abord, la stratégie « tâtonnante » se positionne entre le délibéré et l'émergent. Dans la littérature s'intéressant à la stratégie, deux courants traditionnels s'opposent : la stratégie délibérée se place dans une perspective normative. La stratégie y est pensée *a priori* comme un plan à suivre pour atteindre une cible. A l'inverse, la stratégie émergente se place dans une perspective descriptive. La stratégie émerge des actions menées en situation et elle est identifiée *a posteriori*. Face à l'accroissement de la complexité perçue des contextes organisationnels depuis la fin des années 1980, un troisième courant se développe entre les deux précédents. La stratégie est alors vue comme « *une mise en œuvre tâtonnante d'actions délibérées au sein de situations émergentes* » (Avenier, 1997, p. 17). Elle s'exprime sous une dialectique continue entre fins et moyens. La stratégie tâtonnante repose, à la manière de la stratégie délibérée, sur un principe intentionnel en agissant en référence à une finalité mais elle s'en distancie en intégrant la possibilité d'être en permanence révisée en fonction des situations émergentes.

Le second trait de la stratégie tâtonnante concerne les interactions récursives entre vision et action stratégiques. La vision stratégique désigne la vision de l'avenir que l'on veut construire. L'action stratégique suggère une action de changement délibéré menée en référence à une certaine vision stratégique. Les processus itératifs portent la volonté de comprendre pour agir et d'agir pour comprendre. Ils permettent de réactualiser « en temps réel » la vision d'ensemble.

Soulignons que la stratégie tâtonnante se distingue de la « stratégie incrémentale ». La stratégie incrémentale définit ses objectifs au fur et à mesure de sa mise en œuvre, sur un mode de « petits pas » et d'essais-erreurs proches du « statu quo ». Si une stratégie incrémentale est tâtonnante, l'inverse ne l'est pas car une stratégie tâtonnante implique un comportement intentionnel en référence à une vision stratégique qui, bien qu'elle évolue sans cesse, donne une trajectoire à l'action. La stratégie tâtonnante ne se limite pas non plus à des changements proches du « statu quo » dans la mesure où elle peut entraîner de profonds changements sans possibilité de revenir en arrière.

Par ailleurs, la stratégie tâtonnante s'exprime d'autant plus que les acteurs disposent d'une certaine autonomie et que le principe de subsidiarité est appliqué. En cela, les réseaux de santé offrent les conditions susceptibles de favoriser la dynamique tâtonnante. Les réseaux de santé, en conférant plus de pouvoir et d'autonomie aux acteurs locaux, visent un rapprochement entre le niveau local et global afin d'élaborer des stratégies plus proches des réalités de terrain

pour résoudre les problèmes aux niveaux auxquels ils se posent (§ 1.1.3.2). Les réseaux de santé semblent ainsi particulièrement propices à la démarche tâtonnante, elle-même sous-jacente à la mise en acte d'une stratégie paradoxale. Avancer qu'une stratégie opérant sur un mode tâtonnant est souhaitable pour gérer les paradoxes ne renseigne toutefois pas sur les mécanismes organisationnels que l'on peut concrètement mettre en œuvre. « *On peut affirmer qu'une organisation pratique une gestion paradoxale si elle est à même de concilier des contraintes perçues habituellement comme opposées* » (Josserand et Perret, 2003, p. 166). Quelles sont alors ces pratiques qui permettent de concilier les pôles en tension tout en englobant la richesse de leur rencontre ?

3.3.2. LES LOGIQUES ORGANISATIONNELLES PARADOXALES

La revue de littérature sur les stratégies en milieu complexe et paradoxal permet de recenser trois logiques paradoxales dominantes qui visent à trouver une issue aux paradoxes : la logique de différenciation, de dialogue et de disparition. Nous présentons chacune des logiques en nous appuyant sur la grille d'analyse de Josserand et Perret (2003, p. 166). Les auteurs précisent que parler de « *gestion* » du paradoxe n'induit pas la recherche « *d'outils biens maîtrisés* » (Josserand et Perret, 2003, p. 171) mais plutôt de mécanismes organisationnels ouvrant la voie à une possible équilibration du système.

3.3.2.1. La logique paradoxale de différenciation

La logique de différenciation s'exprime dans l'affirmation des différences entre les pôles d'un paradoxe. Elle consiste à clarifier chacun des pôles pour ensuite affirmer leurs spécificités. Le paradoxe y est non pas tranché mais simplement parcellisé. Il devient invisible parce qu'il se manifeste sous une forme tronquée à plusieurs endroits à la fois (Barel, 1989). Précisons que cette logique ne donne pour autant pas lieu à deux stratégies « simples » dans la mesure où elle reconnaît la complémentarité des contradictions en présence. Elle repose sur un travail de segmentation en limitant les points de rencontres entre les pôles distants pour éviter les frictions.

Un premier type de segmentation possible est de nature diachronique. L'organisation est envisagée comme un ensemble de processus au cours desquels les pôles opposés peuvent s'exprimer à des périodes de temps différentes. L'expression de chacune des dimensions du

paradoxe repose sur une *logique séquentielle*. A titre d'exemple, cette logique séquentielle est fréquente lors de la mise en œuvre d'un changement organisationnel pour gérer le paradoxe entre l'émergent et le délibéré. Les tensions entre cadrage et émergence sont canalisées grâce au traitement séquentiel qui comprend les phases successives suivantes : dé cristallisation (recueillir des idées nouvelles dans une démarche d'ouverture auprès de tous les acteurs) ; déplacement (formuler des propositions d'amélioration qui remontent de l'ensemble de l'organisation) ; recristallisation (recadrer afin d'assurer la cohérence et la bonne conduite du changement). Les pôles émergent et délibéré sont tous deux pris en compte par l'organisation qui leur réserve des temps d'expression distincts. La difficulté de ce type de segmentation est d'effectuer une séparation nette des phases antagonistes. Il faudrait pouvoir repérer très nettement les moments appropriés pour lancer une phase de cadrage ou inversement de participation. Une orchestration précise est illusoire et soulève par ailleurs le problème des transitions d'une étape à l'autre. Les pratiques séquentielles vont ainsi dans le sens d'une régulation par le temps au moyen d'étapes clés envisagées dans un cadre souple et un développement progressif.

Un second type de segmentation possible est de nature synchronique. L'organisation est appréhendée non plus sous l'angle du temps mais sous l'angle de l'espace. Elle est vue comme un ensemble de sous-unités qui sont autant de lieux permettant aux pôles d'un paradoxe de s'exprimer dans la même organisation sans se rencontrer. Il s'agit de *pratiques de compartimentage* qui visent à prévoir des espaces d'expression distincts. Par exemple, la gestion du couple « centre-périphérie » peut se faire en permettant l'expression de logiques différenciées à partir de la création de niveaux hiérarchiques (groupe, unité opérationnelle, etc.) (Josserand, 1998). Le compartimentage repose sur l'édification de frontières qui permettent de délimiter les périmètres d'expression de chacun des pôles. Pourtant, les points de rencontres sont inévitables malgré cette fragmentation. Et des ponts sont souhaitables pour garantir une certaine cohésion de l'organisation. Les acteurs frontaliers sont alors essentiels pour faire l'interface entre des champs différenciés (Crozier et Friedberg, 1977 ; Lévy 1990 ; Grima, 1999). Les pratiques de compartimentages vont dans le sens d'une régulation par l'instauration de frontières perméables laissant envisager des passerelles entre les mondes distants. Ces passerelles sont indispensables pour éviter les risques d'éclatement ou de paralysie de l'organisation liés aux divergences d'identité entre des unités fragmentées qui sont malgré tout interdépendantes.

3.3.2.2. La logique paradoxale de dialogue

La logique de dialogue vise à gérer le paradoxe en favorisant les échanges entre les pôles opposés. Cette logique repose sur le principe de la dialectique en envisageant des interactions réciproques continues entre les pôles, et ce non pas dans le but de produire une voie moyenne mais dans le but de permettre un enrichissement mutuel (Barel, 1989 ; Martinet, 1990 ; Bernard-Weil, 2002, 2003). L'issue ainsi donnée au paradoxe « *conduit l'organisation vers un niveau supérieur de complexité qui lui permet d'affronter une réalité initialement perçue comme impensable* » (Josserand et Perret, 2003, p. 169). Pour cela, le dialogue prend deux orientations : soit il s'inscrit dans une dimension temporelle sous la forme d'un processus d'élaboration progressive de cohabitation des contraires, soit il se met en place dans une dimension spatiale en encourageant la rencontre des contraires dans un lieu donné.

Dans sa dimension temporelle, le dialogue correspond à un long processus d'apprentissage qui permet à l'organisation d'intégrer progressivement les pôles distants. Les contraires sont ainsi assimilés au fil du temps dans une *logique cumulative*. Les échanges successifs et cumulatifs permettent d'appivoiser petit à petit le paradoxe et s'enrichissent en permanence de nouveaux échanges. Le processus d'apprentissage se révèle sous diverses formes, qu'il s'agisse de procédures organisationnelles particulières ou d'individus clés devenant des personnes ressources.

Dans sa dimension spatiale, le dialogue prend forme grâce à une *construction locale* offrant un espace d'échanges. L'organisation peut ainsi prévoir des lieux de rencontres pour favoriser les points de contacts entre les pôles distants. Les groupes de projets peuvent par exemple être l'occasion de se rencontrer et d'échanger.

Le dialogue vise ainsi l'instauration d'un climat favorable à l'échange. Il repose sur une logique d'ouverture pour conduire à un accord collectif malgré l'existence de logiques contradictoires. Cet accord collectif ne prend pas la forme d'un « *consensus à tout prix* » (Josserand et Perret, 2003, p. 178) mais d'un compromis valorisant les échanges. Nous avons d'ores et déjà évoqué les différentes acceptions du terme « compromis » que nous précisons ici (Tableau 3.3). Le compromis renvoie généralement à deux sens distincts : soit le compromis est défini comme une fusion réductrice des contraires, soit il est appréhendé comme une cohabitation totalisante des contraires. Nous l'illustrons dans le tableau suivant.

Nous constatons que l'idée défendue par les différents auteurs est proche mais que la terminologie employée diffère. En outre, précisons que le compromis, tel qu'il est entendu dans la logique de dialogue, s'inscrit dans la conception totalisante.

**- Tableau 3.3 -
Deux conceptions du compromis**

Conception « réductrice » du compromis	Conception « totalisante » du compromis
<p>Le compromis dans la systémique ago-antagoniste de Bernard-Weil (2002) : il est contraire au principe de division constituante. Ce principe stipule que les couples doivent s'opposer pour exister. Donc les pôles distants d'un paradoxe ne se rencontrent jamais parce qu'ils sont différents. Seul un va et vient permanent entre les pôles permet un équilibre dynamique. Il s'agit de doser pour agir. Or, le compromis, en réconciliant les pôles, va à l'encontre du dosage variable : il représente un juste milieu statique et réducteur.</p> <p>Le compromis dans la conception stratégique de Martinet (1990) : il entraîne un affaiblissement des deux pôles en fusionnant les contraires plutôt qu'en permettant un aller-retour entre les contraires. La pensée complexe ne se situe pas dans un juste milieu mais dans un arbitrage permettant des dosages variables selon les cas.</p>	<p>Le compromis dans la théorie des conventions de Gomez (1997, 2006) : le compromis associe les logiques contradictoires pour produire un accord collectif. Les logiques antagonistes se combinent pour donner lieu à un compromis qui les transcende. Le dépassement des contradictions passe par la création de conventions bâties sur un compromis.</p> <p>Le compromis dans la conception paradoxale de Barel (1989) : Le compromis consiste à prendre les deux éléments d'un paradoxe en même temps et au même endroit sans les atténuer. Le compromis ne se trouve pas au milieu mais aux deux extrêmes à la fois. Il est une tension unifiance et totalisante des pôles distants.</p> <p>Le compromis dans la théorie de la régulation de Reynaud (1993a) : les compromis sont issus des négociations entre acteurs et permettent la régulation d'un système. Ce ne sont pas des équilibres acquis. Ils sont fragiles et complexes car ils sont en continuel mouvement dans une recherche permanente de rééquilibrage.</p>

Source : élaboration personnelle

Si l'idée d'un compromis est séduisante pour favoriser l'action collective, elle ne va pas de soi. En effet, la logique de dialogue se risque à d'importants conflits générés par la rencontre des pôles opposés. Les managers jouent alors un rôle déterminant dans la régulation des conflits qui sont à la fois vecteurs de tensions et générateurs de solutions nouvelles. Tout l'enjeu est de permettre une expression des points de vue opposés tout en les intégrant. Encore une fois, les acteurs frontaliers ont un rôle clé à jouer dans la logique de dialogue en instaurant non seulement une passerelle entre les mondes distants - comme il est souhaité dans

la logique de différenciation - mais plus encore en permettant à ceux-ci de s'ouvrir les uns aux autres (Crozier et Friedberg, 1977 ; Grima, 1999).

3.3.2.3. La logique paradoxale de disparition

La logique de disparition consiste à gérer le paradoxe en cherchant à le faire disparaître. Elle ne nie pas l'existence du paradoxe dans la mesure où elle consiste à le reconnaître pour ensuite le supprimer. Dans cette logique, il s'agit d'amener les acteurs à se représenter la réalité différemment de manière à ce que le paradoxe tombe de lui-même. Tout l'enjeu de cette logique est de sortir les acteurs de leurs cadres de références par un saut cognitif.

Cette logique se heurte à la difficulté voire l'incapacité individuelle de sortir des espaces délimités par ses propres capacités cognitives (Watzlawick et *al.*, 1972). C'est pourquoi le recadrage est souvent lié à l'arrivée d'un élément tiers (nouvel objet, nouvelle personne, nouveau concept, etc.) qui déclenche un changement de représentation. Par exemple, dans une entreprise de production de fromage, l'introduction d'une nouvelle machine a permis de réconcilier la production de masse et la préservation des qualités d'une production artisanale, faisant ainsi disparaître le paradoxe quantité - qualité (Amblard et *al.*, 1996). Les occasions d'échanges (réunion, groupe de réflexion, alliance, etc.) représentent d'autres possibilités d'ouverture en partageant des connaissances et des expériences nouvelles. Aussi, le fait d'avoir vécu un échec peut être cité comme un moyen de remettre en cause ses schémas de pensées habituels.

3.3.2.4. Synthèse sur les logiques organisationnelles paradoxales

Le point commun entre ces trois logiques paradoxales est qu'elles relèvent toutes d'une représentation paradoxale qui reconnaît l'existence des paradoxes sans chercher à choisir. La logique de différenciation et de dialogue consiste à gérer le paradoxe en permettant l'expression des dimensions contraires tandis que la logique de disparition vise à faire disparaître le paradoxe pour libérer l'organisation de son emprise.

Le tableau suivant reprend les logiques paradoxales présentées en précisant, pour chacune d'entre elles, les pratiques organisationnelles s'appuyant alternativement sur une dimension diachronique (temps) ou sur une dimension synchronique (espace).

**- Tableau 3.4 -
Logiques et pratiques organisationnelles paradoxales**

		Logiques organisationnelles		
		de la différenciation	du dialogue	de la disparition
Pratiques organisationnelles	Dimension diachronique	La logique séquentielle	La logique cumulative	Le recadrage
	Dimension synchronique	Le compartimentage	La construction locale	

Source : adapté de Josserand et Perret (2003), p. 166

Ajoutons que Barel (1989) voit une gradation entre le compromis (issu de la logique de dialogue) et le compartimentage (issu de la logique de différenciation). Le compromis y est perçu comme la logique paradoxale la plus satisfaisante. Quand cet effort de compromis devient trop difficile pour les individus, alors ils ont recours au compartimentage. *« La prise en compte du monde dans son unité, sa totalité, son intégralité, exige du même coup qu'il soit perçu comme une réalité contradictoire et paradoxale. Les stratégies qui assurent cette perception sont des stratégies doubles parce qu'elles assument le paradoxe, mais aussi des stratégies doubles parce qu'elles revêtent volontiers la forme du compromis, parce que dans leur tension unifiante et totalisante, elles s'interdisent de fractionner le paradoxe. [...] A d'autres moments, la pensée humaine ne peut plus soutenir ce terrible effort de totalisation, parce que la clef de la vérité se rouille ou tourne mal dans la serrure du monde. Il faut alors que le monde devienne fracturable en ce double sens qu'il se morcèle et puisse être soumis à effraction. Son paradoxe se clandestinise, et les stratégies mentales ne l'assument plus qu'indirectement, en recourant au compartimentage »* (Barel, 1989, p. 252).

A ce stade de la recherche, la revue de littérature sur les stratégies en milieu complexe permet d'envisager des possibilités d'action pour faire face aux paradoxes des réseaux de santé. Ce constat nous amène à formuler une seconde proposition de recherche pour tenter de réduire la distorsion.

3.3.3. PROPOSITION DE RECHERCHE 2

Nous avons suggéré dans notre première proposition de recherche d'expliquer la distorsion par les paradoxes inhérents aux réseaux de santé. Nous avons ainsi mis à jour un problème complexe auquel nous cherchons désormais des issues possibles. A la différence des

problèmes simples ou compliqués qui trouvent une solution dès lors que les causes du problème sont saisies, les problèmes complexes ne se prêtent pas à être soldés par une seule solution. Dans le cas des problèmes complexes, c'est la manière de poser le problème qui conditionne le cheminement de la solution envisagée (Schmitt, 2002).

La conception du problème joue donc un rôle déterminant. Dans notre recherche, le paradoxe est à la fois utilisé comme une heuristique capable de faire émerger du sens sans amputer la complexité du phénomène étudié et comme un outil théorique pour conceptualiser les ambiguïtés des réseaux de santé. Nous nous sommes alors appuyée sur les deux faces du paradoxe : s'il paraît de prime abord abscons par les difficultés logiques qu'il pose et son caractère *a priori* insoluble, il n'en est pas moins source de dynamiques créatives et de changements. Ainsi, envisager les réseaux de santé comme une situation de gestion complexe et paradoxale suppose la reconnaissance des difficultés de gestion sur le terrain mais également des possibilités d'évolution et d'expression de la créativité des acteurs.

Les individus ne sont donc pas condamnés à subir les paradoxes en avançant dans le flou sans aucun moyen d'action. Au contraire, les paradoxes invitent à repenser les pratiques gestionnaires pour faire cohabiter des contraintes perçues habituellement comme opposées. La revue de littérature propose trois logiques paradoxales dominantes qui participent, chacune à leur façon, à gérer les situations paradoxales : la différenciation, le dialogue et la disparition.

En cohérence avec l'orientation stratégique donnée par les réseaux de santé, la logique organisationnelle paradoxale qui paraît la plus appropriée à notre objet serait celle du dialogue. Nous pensons en effet que les réseaux de santé, qui sont créés pour dépasser les cloisonnements existants, sont amenés à gérer leurs tensions paradoxales dans un processus dialectique. En d'autres termes, nous pensons que c'est dans l'échange que les réseaux de santé seront amenés à former un cadre d'action formel et souple, à répondre aux exigences des tutelles tout en préservant l'autonomie des acteurs, et à apporter une réponse de santé concertée tout en valorisant les spécificités des professionnels.

Ainsi, l'approfondissement théorique des stratégies en situation paradoxale nous permet d'avancer une proposition pour se rapprocher de l'idéaltype mythique de réseau de santé des acteurs :

P2 : la logique paradoxale de dialogue semble théoriquement la plus adaptée à la gestion des réseaux de santé

Dans cette deuxième proposition de recherche, le paradoxe y est proposé non plus seulement comme un obstacle contribuant à expliquer la distorsion mais comme un levier du management des réseaux de santé. Il invite à de nouveaux espaces d'actions entre conformité et autonomie, formel et informel, spécificité et unité.

Nous ne prétendons toutefois pas que le seul recours à une stratégie paradoxale animée par une logique de dialogue peut permettre de réduire la distorsion (et donc implicitement de résoudre les difficultés de fonctionnement des réseaux de santé en France). La stratégie, telle que nous l'entendons, est plus un modèle cognitif de construction de problèmes qu'une technique de résolution (Martinet, 2006). Les logiques paradoxales ne sont pas des logiques de maîtrise des paradoxes mais elles expriment une manière de collaborer avec le système en difficulté pour l'aider à vivre les paradoxes (Bernard-Weil, 2003). De la même façon, nous ne dénonçons pas la logique formelle comme mode de pensée dépourvu de résultats intéressants mais nous pensons que la pensée « double » peut permettre, dans notre contexte, de développer des aperçus nouveaux et des stratégies originales.

En définitive, par analogie médicale, nous pourrions dire que nous avons envisagé les réseaux de santé dans leur « état de santé » à travers le RHYCEBA. La distorsion avec la réalité est la manifestation de symptômes révélateurs des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé. Sans espérer trouver un remède « miracle » qui par essence n'existe pas au cœur d'un système complexe et paradoxal, nous cherchons des « thérapeutiques » pour agir sur la distorsion en vue de la réduire. Notre analyse du problème nous amène alors à préconiser le recours à une logique paradoxale de dialogue. Toutefois, cette thérapeutique, puisée dans la théorie, nous permet difficilement de nous rapprocher du niveau opérationnel.

Autrement dit, à ce stade de la recherche, la question de l'opérationnalisation de la logique paradoxale de dialogue dans les réseaux de santé reste entière. Seule une étude des pratiques existantes peut donner de la consistance à la gestion paradoxale des réseaux de santé. Dès lors, il s'agit pour nous de puiser désormais le savoir dans l'action et pour l'action (Avenier et Schmitt, 2007).

Ce constat nous amène ainsi à poser une dernière question de recherche centrale qui ouvre la voie à une seconde phase empirique.

✚ **Question de recherche 4 : comment s'opérationnalise la logique paradoxale de dialogue théoriquement adaptée à la gestion des réseaux de santé ?**

- CONCLUSION CHAPITRE 3 -

Ce chapitre a été guidé par une question de recherche qui est née du constat d'une importante distorsion entre les réseaux de santé existants et le RHYCEBA (§ 2.3.1) :

↳ **Question de recherche 3 : pourquoi des acteurs qui croient aux réseaux de santé tout en étant soutenus par l'État n'arrivent-ils pas à construire des réseaux de santé performants au sens du RHYCEBA?**

Pour apporter des éléments de réponse à cette question, nous avons commencé par étudier les réseaux de santé sous le prisme de la complexité. Nous avons procédé à un approfondissement théorique en nous appuyant sur les approches systémiques, sociologiques et cognitives pour mieux appréhender cette nouvelle forme organisationnelle des soins. Nous avons alors mis en lumière la place de l'ambiguïté dans les réseaux de santé.

Aussi, dans une seconde section, nous avons analysé plus en avant l'ambiguïté inhérente aux réseaux de santé, ambiguïté qui s'est par ailleurs révélée plus proche du paradoxe. Nous avons alors exploité la richesse heuristique du paradoxe pour améliorer notre compréhension des réseaux de santé et formuler une proposition d'explication à la distorsion :

P1. Les réseaux de santé se présentent comme une situation de gestion complexe et paradoxale

Envisager les réseaux de santé sous un angle paradoxal a permis de mettre à jour des tensions managériales (trois paradoxes ont été formulés) et d'envisager des stratégies d'action pour y faire face. Pour cela, nous avons exploré les stratégies en milieu complexe et paradoxal. Il est alors ressorti de notre revue de littérature trois logiques paradoxales dominantes, la logique de dialogue étant théoriquement la plus adaptée à la gestion des réseaux de santé. Partant de là, nous avons formulé une seconde proposition de recherche :

P2. La logique paradoxale de dialogue semble théoriquement la plus adaptée à la gestion des réseaux de santé

Les modalités concrètes de sa mise en œuvre restent toutefois à découvrir. Ce constat invite à puiser le savoir dans l'action, ouvrant ainsi la voie à une question de recherche centrale autour de l'opérationnalisation de la logique paradoxale de dialogue dans les réseaux de santé.

- CONCLUSION PARTIE 1 -

Nous avons introduit cette première partie en faisant un parallèle entre les réseaux de santé et la Chimère, créature hybride dans son sens mythologique et idée irréalisable dans son sens courant.

La question se posait alors de savoir dans quelle mesure les réseaux de santé empruntaient à la Chimère. Au terme de cette première partie, notre connaissance des réseaux de santé a progressé à la fois au moyen d'un cadre théorique en organisation (et plus précisément en réseau), en management public et en stratégie, et à la fois au moyen d'une exploration terrain menée à partir d'une revue de littérature professionnelle et institutionnelle, et d'entretiens avec des experts et des acteurs de terrain.

Nous pouvons ainsi avancer que les réseaux de santé ont de la Chimère son hybridité et son recours imaginaire. Ils tiennent leur force de ce qu'ils proposent une réponse concertée aux problèmes de santé des personnes nécessitant une pluridisciplinarité des soins. Ils ont été imaginés par les professionnels de soins en prise avec leur condition. Ils ont une histoire forte et véhiculent des références mythiques qui motivent l'action collective. Les nombreuses pratiques locales en témoignent. Ils se présentent comme une solution organisationnelle permettant d'adapter le système de santé afin de répondre à ses nouveaux défis.

Seulement, à l'image de la Chimère qui dérange, les réseaux de santé déstabilisent l'ordre établi. Bien qu'ils recueillent la ferveur des acteurs de la santé qui reconnaissent unanimement l'importance de dépasser les cloisonnements existants pour améliorer les soins, ils n'en sont pas moins vecteurs d'ambiguïtés qui tour à tour stimulent ou découragent. Aussi font-ils l'objet de controverses et de retours d'expériences parfois décevants. Les difficultés de fonctionnement à la mise en œuvre des réseaux de santé se sont révélées nombreuses.

Pourtant, en dépit de ses difficultés, de nombreuses énergies locales œuvrent pour repenser les soins à l'échelle du territoire afin de se rapprocher de leur réseau de santé idéal. C'est fort de ce constat que nous nous orientons dans une seconde partie vers une étude des moyens d'action pour soutenir leur fonctionnement en prolongeant la réflexion sur le management des réseaux de santé.

PARTIE 2



... A LA CONSTRUCTION D'UN MODELE DE MANAGEMENT PARADOXAL

*« Je vais vous dire quelque chose au sujet
des histoires.
Elles ne sont pas qu'un amusement,
ne vous y trompez pas.
Elles sont tout ce que nous savons,
voyez-vous,
Tout ce que nous savons pour combattre la maladie et la mort.
Vous n'avez rien si vous n'avez pas les histoires »*

Leslie M. Silko



- INTRODUCTION PARTIE 2 -

Nous avons montré dans la première partie de la thèse que les réseaux de santé avaient de la Chimère son hybridité et sa force. En effet, ils sont des modes d'organisations hybrides présentés comme une solution « évidente » pour combler les insuffisances du système. Ils véhiculent des références mythiques associées à la quête de la santé parfaite. Ils suscitent l'enthousiasme des acteurs de terrain et des tutelles. Leur développement va croissant et ils marquent de plus en plus le paysage sanitaire et social.

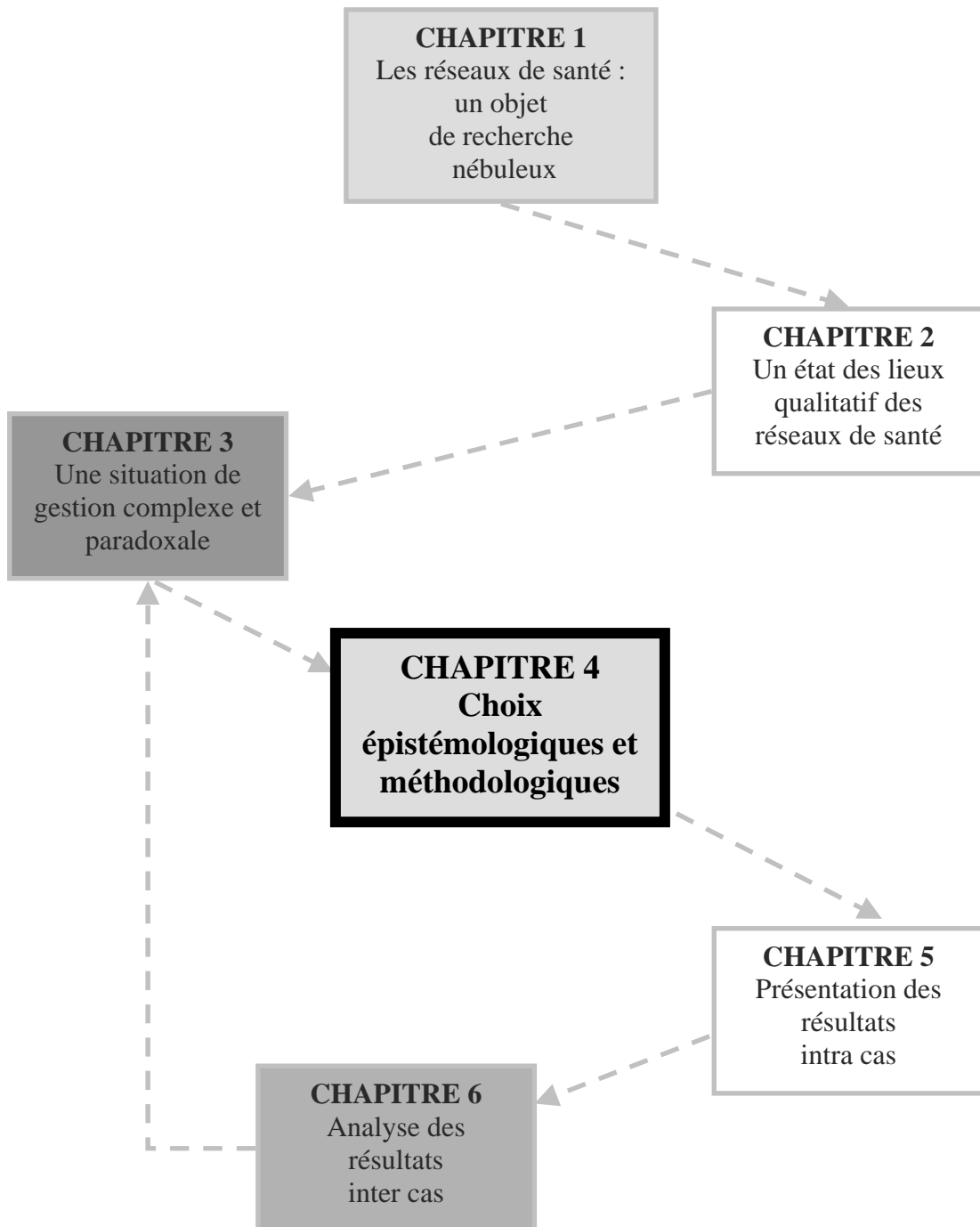
Mais ils ont également de la Chimère sa fragilité. Cette dernière effraie et dérange dans sa monstruosité. Aussi, l'apparente ferveur des réseaux de santé ne doit pas occulter les difficultés de fonctionnement auxquelles ils se heurtent et qui les exposent à la critique. Si les acteurs s'accordent à dire qu'une remise en question du mode de prise en charge traditionnel est nécessaire pour mieux soigner certaines pathologies, sa mise en œuvre n'en est pas moins complexe.

Rappelons enfin que dans la mythologie grecque, la Chimère finit par être tuée. Cette issue questionne l'avenir des réseaux de santé (Saint-Pierre, 2003). Nous avons mis à jour une forte distorsion entre l'idéaltype mythique des acteurs et la réalité de fonctionnement des réseaux de santé existants. Faut-il y voir une issue défavorable aux réseaux de santé ? Ou existe-t-il des expériences réussies qui seraient des espaces d'ingéniosité dans lesquels puiser pour tenter de réduire la distorsion ?

C'est ce à quoi nous essaierons de répondre dans cette seconde partie organisée en trois chapitres. Le premier chapitre exposera nos choix méthodologiques et épistémologiques. Le second chapitre présentera une analyse intra cas des résultats. Le troisième et dernier chapitre sera celui du bilan de la recherche. Il fera une analyse transversale des résultats et proposera un modèle de management qui se veut un guide pour l'action afin de se rapprocher de l'idéaltype mythique de réseau de santé.

- CHAPITRE 4 -

CHOIX EPISTEMOLOGIQUES ET METHODOLOGIQUES



La plus grande difficulté est parfois moins dans la résolution d'un problème que dans sa formulation. Nous en faisons l'expérience dans cette thèse qui a consacré une grande partie de son temps à la construction du problème de recherche autour de la gestion paradoxale des réseaux de santé. La manière de formuler un problème est par ailleurs évocatrice d'une certaine vision du monde qui guide la recherche. A ce titre, pour conduire ce chapitre, nous partons de la formulation du problème pour en faire une lecture épistémologique. Puis nous exposons les choix méthodologiques qui sous-tendent son processus de résolution.

Dans une première section, nous commencerons par expliciter la formulation du problème. Nous verrons comment nous sommes passée d'une intuition de chercheur à la construction d'un problème de recherche solide. Nous constaterons ensuite que notre façon d'appréhender le problème inscrit cette recherche dans une perspective constructiviste dont nous définirons les principaux présupposés (§ 4.1).

Dans une seconde section, nous poursuivrons la réflexion en présentant le processus de résolution du problème. A ces fins, nous préciserons le mode de raisonnement logique qui a permis d'apporter des éléments de réponse au problème. Il s'agit en l'occurrence d'un mode de raisonnement abductif. Nous détaillerons ensuite le protocole de recherche adopté en justifiant le recours à des études de cas multiples, le mode de recueil de données et la méthode de traitement des données (§ 4.2).

Dans une dernière section, nous présenterons les études de cas qui feront l'objet de la seconde phase empirique. Plus précisément, cinq cas de réseaux de santé ont été mobilisés. Nous les décrirons selon une logique processuelle en précisant les éléments contextuels clés et en retraçant le parcours des patients et des professionnels dans chacun des réseaux (§ 4.3).

4.1 DE LA FORMULATION DU PROBLEME...

La notion même de problème est initiatrice de l'acte de résolution. Penser et formuler un problème en sciences de gestion n'a de sens que dans la perspective d'y trouver des éléments de réponses (Gartiser et Dubois, 2005). Avant de présenter le processus de résolution de notre problème de recherche, nous commencerons par en préciser la formulation. Nous verrons alors comment nous sommes passée d'une situation préoccupante à un véritable problème de recherche (§ 4.1.1). L'intérêt de préciser notre façon d'appréhender le problème est d'en faire une lecture épistémologique et de mettre en relief le référentiel constructiviste dans lequel s'inscrit cette recherche (§ 4.1.2).

4.1.1 CONSTRUCTION DU PROBLEME DE RECHERCHE

4.1.1.1 D'une situation préoccupante à un problème identifié

« L'étonnement » a été le point de départ de cette recherche. « *Apercevoir une difficulté et s'étonner, c'est reconnaître sa propre ignorance. [...] Le commencement de toutes les sciences, avons-nous dit, c'est l'étonnement de ce que les choses sont ce qu'elles sont* » (Aristote, 1991, p. 9-11). Notons que pour s'étonner d'une situation telle qu'elle est, encore faut-il s'imaginer la situation telle qu'elle aurait pu être. L'étonnement naît de ce qu'« *il faut avoir a priori une idée, aussi imprécise soit-elle de ce l'on aurait pu ou dû s'attendre à trouver* » (David, 2003, p. 150). Aussi, nous avons commencé notre recherche en nous étonnant des retours d'expériences mitigés voire décevants alors même que les réseaux de santé augmentaient de façon croissante et que les discours institutionnels étaient particulièrement élogieux à leur égard. Tout l'enjeu a alors été de passer d'un étonnement à un problème de recherche solide.

Un problème de recherche peut se définir à partir de quatre caractéristiques (Landry, 1995a ; Allard-Poesi et Perret, 2004 ; Gartiser et Dubois, 2005) : le repérage d'une situation préoccupante considérée comme négative pour un individu ou un groupe, la possibilité d'action pour améliorer cette situation, la volonté d'action et une activité explicite de réflexion afin d'essayer de la résoudre. Dans notre recherche, nous avons cherché à conceptualiser notre étonnement afin de baliser précisément une situation de départ préoccupante. Pour cela, nous avons eu recours à la construction d'un idéaltype de réseau de

santé qui a servi de guide en révélant un problème de gestion centré sur la distorsion entre la représentation idéalisée des acteurs et les réseaux de santé existants. L'idéaltype a été déterminant pour « *dégager le sens d'une situation nébuleuse*, ce qui est une « *précondition essentielle* » pour l'action (Schön, 1996, p. 204). Le problème ainsi révélé a déclenché une activité explicite de réflexion pour comprendre la distorsion et envisager des possibilités de la réduire.

4.1.1.2 D'un problème identifié à un problème formulé

La façon de formuler un problème est primordiale dans la mesure où « *formuler correctement un problème revient quasiment à le résoudre* » (Gartiser et Dubois, 2005, p. 3). Nous ne prétendons pas qu'il existe une seule façon jugée « correcte » de formuler un problème mais nous avons plutôt cherché la formulation qui semblait la plus pertinente pour l'action, autrement dit pour réduire la distorsion. A ces fins, nous nous sommes appuyée sur les difficultés de fonctionnement énoncées par les acteurs de terrain lors de l'approche exploratoire. Bien que ces difficultés constituaient en elles-mêmes des éléments de réponses à la distorsion, nous avons pensé que s'en tenir à celles-ci sans autre liant n'englobait pas la richesse de l'objet de recherche et pouvait conduire à des actions managériales inadaptées. Il en est ainsi par exemple du besoin formulé par les acteurs de terrain d'être davantage guidés dans leurs actions. Si la réponse managériale apportée est une formalisation du réseau répondant à un standard organisationnel, elle vient en contradiction avec les requêtes de souplesse et d'autonomie indispensables pour mener des prises en charge plus proches des préoccupations locales.

C'est ainsi que la plus grande difficulté pour formuler le problème a été de le considérer dans sa globalité, sans le tronquer, en mettant en regard les points de blocage pour éviter de perdre de vue des aspects potentiellement importants pour l'action. La formulation du problème a impliqué une prise en compte à la fois de la situation préoccupante de laquelle il est issu et des actions plausibles pour le résoudre. Compte tenu de la complexité, de l'incertitude et des contradictions inhérentes au fonctionnement des réseaux de santé, nous avons jugé opportun d'adopter une représentation paradoxale du problème. Cette vision paradoxale permet :

⇒ De proposer une explication nouvelle à la distorsion en mettant en relief les tensions managériales au cœur des réseaux de santé.

Proposition de recherche 1 (P1) : les réseaux de santé se présentent comme une situation de gestion complexe et paradoxale (trois paradoxes sont pressentis : formel et informel, conformité et autonomie, spécificité et unité).

⇒ D'envisager des actions possibles pour tenter de réduire la distorsion.

Proposition de recherche 2 (P2) : la logique paradoxale de dialogue semble théoriquement la plus adaptée pour gérer les paradoxes des réseaux de santé. Ses modalités concrètes de mise en œuvre restent toutefois à définir.

Précisons qu'adopter une représentation paradoxale des réseaux de santé ne signifie pas que le paradoxe existe en lui-même ni qu'il n'existe pas. « *Le paradoxe n'est ni dans la réalité, ni dans la tête de celui qui contemple la réalité, il est entre la réalité et sa représentation* » (Barel, 1989, p. 312). La formulation du problème est une construction mentale du chercheur qui se sert du paradoxe comme d'un outil conceptuel pour se représenter la réalité, elle-même appréhendée par des interprétations d'acteurs. Nous ne raisonnons pas sur le phénomène lui-même mais sur une représentation du phénomène. « *Un même phénomène peut donc avoir de multiples représentations sans que personne ne puisse prétendre détenir « la vraie » représentation [...]. Mais certaines pourront apparaître plus pertinentes que d'autres relativement à certaines finalités* » (Avenier, 1997, p. 40-41).

Avant de préciser comment nous allons discuter nos propositions de recherche, nous explicitons notre positionnement épistémologique. En effet, « *le paradigme épistémologique dans lequel s'inscrit un problème influe fortement sur la manière de le résoudre. Il est donc nécessaire de mettre en adéquation la méthode qui permet de manipuler les connaissances, i.e. le processus de résolution de problèmes, avec le paradigme* » (Gartiser et Dubois, 2005, p. 1-2).

4.1.2 POSITIONNEMENT EPISTEMOLOGIQUE

4.1.2.1 Les grands paradigmes de recherche en sciences de gestion

Tout travail de recherche repose sur des présupposés qui président à sa « *vision du monde* » et qu'il est indispensable d'explicitier afin « *de contrôler la démarche de recherche et d'accroître la validité de la connaissance qui en est issue* » (Perret et Séville, 2003, p. 13).

L'ancrage épistémologique de la recherche indique le type de chemin que le chercheur emprunte pour connaître. Il fournit le cadre dans lequel se déroule l'activité scientifique (Mbengue, 2001).

Ce cadre, autrement appelé paradigme, exprime :

- **la façon d'envisager la réalité** (ontologie) : il s'agit d'interroger la nature de la réalité (une donnée ou un construit social) ;
- **la relation liant le chercheur à son objet de recherche** (épistémologie) : il s'agit de questionner le processus de génération de la connaissance ;
- **le « périmètre » de validité de la recherche** : il s'agit de s'intéresser à la valeur de la connaissance en définissant les critères scientifiques qui contribuent à valider la connaissance produite (Koenig, 1993 ; Giordano, 2003a ; Perret et Séville, 2003).

En sciences de gestion, trois paradigmes sont usuellement rencontrés (Giordano, 2003a ; Thiéart, 2003) : le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme. Le tableau suivant en fait la synthèse et distingue chacun des paradigmes en reprenant ses principes structurants.

**- Tableau 4.1 -
Trois paradigmes de recherche**

Les paradigmes Les questions épistémiques	LE PARADIGME POSITIVISME	LE PARADIGME INTERPRETATIVISTE	LE PARADIGME CONSTRUCTIVISTE
La "nature" de la réalité (ontologie)	Hypothèse ontologique Il existe une essence propre à l'objet	Hypothèse phénoménologique L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré/interprétativisme) ou n'existe pas (constructivisme radical)	
La relation sujet / objet (épistémologie)	Indépendance du sujet et de l'objet	Dépendance du sujet et de l'objet	
	Le chercheur n'agit pas sur la réalité observée Statut privilégié de l'explication	Le chercheur interprète ce que les acteurs disent ou font qui, eux-mêmes, interprètent l'objet de recherche Statut privilégié de la compréhension	Le chercheur co-construit des interprétations et/ou des projets avec les acteurs Statut privilégié de la construction
Les critères de validité	Vérifiabilité Confirmabilité Réfutabilité	Idiographie Empathie	Adéquation Enseignabilité

Source : adapté de Giordano (2003a), p. 25 et de Perret et Séville (2003), p. 15

Nous constatons que les paradigmes interprétativiste et constructiviste partagent un certain nombre de principes structurants notamment en ce qui concerne la nature de la réalité et la dépendance du sujet et de l'objet. En revanche, ils relèvent de conceptions particulières quant au processus de création de la connaissance et à ses critères de validité. Quand l'interprétativisme a principalement pour projet de comprendre la réalité à partir des interprétations qu'en font les acteurs, le constructivisme cherche à construire une représentation de la réalité utile pour l'action (Allard-Poési et Maréchal, 2003). Aussi, notre manière d'aborder et de formuler le problème inscrit cette recherche dans une perspective constructiviste que nous justifions dans le paragraphe suivant.

4.1.2.2 Une recherche d'inspiration constructiviste

Charreire et Huault (2002) mettent en garde les chercheurs sur l'amalgame fréquent entre la nature de l'objet étudié et le positionnement constructiviste. Les construits sociaux qui font l'objet d'un travail de recherche ne suffisent pas à justifier un ancrage constructiviste. Le positionnement du chercheur est non pas contenu dans l'objet mais dans la manière d'appréhender cet objet.

Fort de cette mise en garde et avant de justifier notre positionnement en reprenant les principes structurants les recherches constructivistes (Tableau 4.1), nous précisons le courant constructiviste dans lequel nous nous inscrivons. Nous relevons en effet une grande diversité dans le paradigme constructiviste qui se nourrit de réflexions issues de la psychologie, de l'économie, de la sociologie, de la philosophie, de la linguistique ou encore de l'art (Le Moigne, 1993, 1995). Parmi celle-ci, l'on peut identifier deux courants particulièrement féconds en management : le constructivisme « ingénieral » et le constructivisme « dialectique » (Le Moigne, 1995). Le constructivisme « ingénieral » se caractérise entre autres par la construction des problèmes auprès des acteurs qui sont impliqués dans la démarche de recherche et par l'apprentissage mutuel entre le chercheur et les praticiens (Chanal et *al.*, 1997 ; Allard-Poesi et Perret, 2004). Le constructivisme « dialectique » évoque, quant à lui, un processus de connaissance qui doit constamment composer avec l'incertitude et l'inachèvement conduisant non pas à une image certaine du monde mais à une interprétation conjecturale. Cette représentation des deux courants est certes manichéenne mais elle nous aide à mieux comprendre l'orientation épistémologique de notre recherche qui s'inscrit non pas dans le courant ingénierique proche de la recherche action mais dans le

second courant rappelant la complexité au sens de Morin et la dialectique des paradoxes au sens de Barel (Le Moigne, 1995).

Ceci étant posé, revenons sur chacun des trois principes structurants les recherches constructivistes et qui constituent les présupposés de notre recherche : le rejet de l'hypothèse ontologique (hypothèse phénoménologique) ; l'interrelation chercheur / objet (à des fins pragmatiques) et les critères de validité de la recherche (adéquation et enseignabilité).

➤ *Le rejet de l'hypothèse ontologique*

L'hypothèse ontologique stipule que la réalité existe et qu'elle a une essence propre. L'objectif du chercheur est alors de découvrir les régularités de cette réalité extérieure à lui. La conception constructiviste ne rejette pas l'idée que certains phénomènes soient soumis à des déterminismes internes propres mais elle exclut l'idée que le sujet qui observe soit extérieur au phénomène qu'il étudie (Avenier, 1997). Dans ce paradigme, « *la connaissance implique un sujet connaissant et n'a pas de sens et de valeur en dehors de lui. [...]. La connaissance qu'il peut construire d'un réel est celle de sa propre expérience du réel* » (Le Moigne, 1995, p. 71). En ce sens, la réalité est une construction sociale à partir des interprétations qu'en font les acteurs et elle n'est à ce titre jamais indépendante de la conscience de celui qui l'observe ou qui l'expérimente (Perret et Séville, 2003).

Dans cette vision du monde, le chercheur est lui-même un sujet connaissant qui construit la réalité à partir de son expérience dans un certain contexte d'action. Aussi, quand nous parlons de réalité dans l'utilisation de l'idéaltype mythique RHYCEBA, il ne s'agit non pas d'une réalité donnée mais d'une réalité construite par les sujets (chercheur y compris). Cette vision qui positionne l'homme en tant que « *constructeur* » fait écho au « *principe d'action intelligente* » qui « *exprime la capacité de l'esprit humain à élaborer et transformer de façon reproductible des représentations intelligibles de ces phénomènes de dissonance-consonance que perçoit l'esprit, ce qui lui permet parfois d'inventer des réponses en forme « d'actions intelligentes », autrement d'actions « adaptées » à la résorption de ces dissonances cognitives. Les processus cognitifs ainsi mis en œuvre [se font] très généralement selon des procédures tâtonnantes* » (Le Moigne, 1995, p. 89).

Autrement dit, l'homme a la capacité (même limitée) « *d'inventer quelques réponses ou plans d'action susceptibles de restaurer une consonance souhaitée (...ce que l'on appelle couramment « résolution de problème » au sens large)* » (Le Moigne, 1995, p. 88). Et plus

qu'une capacité, Schön parle d'un art, « *l'art de reconstruire un problème mal formé, par exemple, ou d'inventer une nouvelle façon de percevoir un cas singulier, ou de trouver une façon sage et ingénieuse pour résoudre un conflit de buts à atteindre* » (Schön, 1996, p. 205). Cette façon d'appréhender la l'activité humaine a deux implications majeures. La première pose l'hypothèse de la rationalité procédurale en montrant que l'individu n'agit pas de façon mécaniste en répondant « *sur un mode stimulus – réponse* » (Avenier, 1997, p. 50) mais qu'il est capable de se comporter de façon intentionnelle en fonction des objectifs qu'il s'est lui-même définis, ce qui suggère que les finalités individuelles et collectives ne se rejoignent pas nécessairement (Avenier, 1997). La seconde remet en question le clivage classique entre théorie et pratique, et invite à reconnaître l'activité comme une source de connaissances et à veiller à ce que les résultats de la recherche fassent sens aux acteurs (Martinet, 2007).

➤ *L'interrelation chercheur / objet*

Alors que l'approche interprétativiste tente de restituer la pensée des acteurs à partir de leurs interprétations, l'approche constructiviste cherche à construire une conception de la réalité qui convienne compte tenu des finalités du chercheur (Allard-Poési et Maréchal, 2003). « *La connaissance vise la construction de représentations du monde qui expriment de manière organisée l'expérience qu'ont les individus de ce monde. Le statut de cette connaissance est destiné à susciter, éclairer et stimuler la réflexion des individus dans l'élaboration de comportements adaptés aux situations auxquelles ils sont confrontés* » (Avenier, 1997, p. 39).

Dans notre recherche, ce ne sont pas les acteurs de terrain rencontrés qui ont exprimé explicitement leur réalité sous forme de paradoxes mais c'est le chercheur qui a délibérément cherché à penser autrement les réseaux de santé à des fins utiles pour l'action. Le paradoxe a une valeur heuristique. Il permet de servir nos objectifs qui sont d'une part d'expliquer les tensions managériales au cœur des réseaux de santé et d'autre part de dégager des pistes d'actions susceptibles d'éclairer l'action des praticiens (Avenier, 2007). La conception paradoxale des réseaux de santé nous a ainsi semblé pertinente pour « *cristalliser les préoccupations théoriques du chercheur et répondre aux problèmes pratiques des membres de l'organisation étudiée* » (Allard-Poési et Maréchal, 2003, p. 45). Le concept de paradoxe est mobilisé à des fins pratiques pour éclairer un problème managérial et proposer un ensemble cohérent de propositions « actionnables » (Lièvre, 2004, 2005 ; Avenier et Schmitt, 2007 ; Lecoutre et Lièvre, 2008). Cette démarche témoigne de notre volonté de capitaliser des savoirs pour l'action en intégrant « *à la fois des connaissances pratiques implicites des*

acteurs et des savoirs scientifiques à même d'apporter un éclairage décisif sur un problème donné. Il y a un véritable travail de construction à opérer : rendre explicite cette connaissance pratique et mobiliser un savoir scientifique pour répondre à un problème donné » (Lièvre, 2007, p. 187).

Dans cette perspective, nous pouvons considérer qu'il y a co-construction du problème de recherche, non pas au sens des recherches action ingénieriques mais au sens de la dialectique entre théorie et pratique, qui s'opère dans l'interrelation sujet / objet (Rouleau, 2003). La construction du problème de recherche n'aurait pu aboutir sans la participation des praticiens et du chercheur qui n'a pas pour autant fait l'expérience directe de la situation de gestion étudiée. Charreire et Huault (2002) montrent que si la consistance des terrains de recherche est primordiale pour les chercheurs constructivistes, ils n'ont toutefois nul besoin d'une immersion prolongée sur le terrain pour s'inscrire dans le paradigme constructiviste. L'approche constructiviste revendique l'existence de multiples méthodes relevant d'un dosage variable d'interactions avec le terrain selon le projet du chercheur (Josserand, 1998 ; Giordano, 2003a).

➤ *Les critères de validité de la recherche*

La démarche constructiviste s'appuie sur des critères scientifiques qui s'opposent radicalement aux critères positivistes qui postulent que seule la logique formelle (la logique déductive) a un caractère scientifique. Le constructivisme remet en cause l'idée d'une voie unique conduisant à la vérité scientifique pour préférer une pluralité de critères, de méthodes et de modes de raisonnements pouvant être soumis à discussion (Perret et Séville, 2003). En outre, le constructivisme retient deux principaux critères de validité de la connaissance : l'adéquation et l'enseignabilité (Le Moigne, 1995 ; Perret et Séville, 2003).

Le critère d'adéquation se réfère au statut de la connaissance en suggérant qu'elle n'est pas une représentation unique de la réalité mais qu'elle est « *une clé qui ouvre des voies possibles de compréhension* » (Charreire et Huault, 2002, p. 303). A ce titre, dans la conception constructiviste, la connaissance n'a pas le statut de vérité mais d'hypothèse plausible (Avenier, 1997, 2007 ; Mbengue, 2001). Une connaissance est considérée comme « adéquate » si elle semble suffisamment pertinente à un moment donné pour éclairer une situation. Ainsi, « *les chercheurs constructivistes visent une interprétation de la réalité qui leur convienne. C'est le statut du principe d'adéquation en tant que critère de validité* » (Charreire et Huault, 2002, p. 311). Il en a été ainsi du choix de se représenter notre objet de

recherche sous un angle paradoxal qui nous semblait le plus adapté à l'exigence de compréhension des réseaux dans leur complexité, et ce tout en ayant des visées opératoires. Par ailleurs, l'adéquation fait également référence à la notion de transférabilité (Josserand, 1998). Plus précisément, l'adéquation entre deux contextes est fortement corrélée au degré de transférabilité des résultats obtenus. C'est pourquoi il est indispensable de donner suffisamment de détails sur les contextes d'étude pour apprécier le degré d'adéquation et envisager des rapprochements (David, 2007). C'est à ces fins que nous décrirons dans la dernière section de ce chapitre chacun des réseaux de santé qui feront l'objet de l'étude empirique à suivre.

Le second critère est celui d'enseignabilité (Le Moigne, 1995). La connaissance produite doit être transmissible. Il s'agit de permettre au lecteur de s'approprier la démarche en rendant intelligible le chemin de la connaissance (Josserand, 1998). La valeur de la connaissance est autant sinon plus dans la démarche que dans le résultat. *« Ce qui importe est la construction d'énoncés raisonnables, communicables, discutables (disputables ?) par le double jeu de l'expérience (plus que de l'expérimentation) et de l'exercice des logiques. Il appartient aux scientifiques de concevoir et de dire leurs méthodes qui signifient toujours un sujet qui chemine, un but, un territoire plus qu'un objet, un chemin et un cheminement »* (Martinet, 1990, p. 27). L'enjeu est ici de proposer une conception complexe de la gestion des réseaux de santé, non pas pour en faire une fin en soi mais bien parce qu'elle apparaît adaptée à l'action stratégique, et ce tout en restant intelligible et communicable (Avenier, 1997).

- Encadré 4.1 -

Principaux présupposés de la recherche

- La réalité n'est jamais indépendante des individus qui l'expérimentent. Elle est une construction sociale à partir des interprétations qu'en font les acteurs. Dans cette vision du monde, le chercheur est lui-même un sujet connaissant qui construit la réalité à partir de son expérience dans un certain contexte d'action.
- Les capacités humaines sont limitées et la rationalité des individus est procédurale. Ceci implique que l'individu ne se comporte pas de façon mécaniste mais qu'il est capable de se comporter de façon intentionnelle et d'inventer des réponses en forme « d'actions intelligentes » en fonction de ce qu'il perçoit et des objectifs qu'il s'est lui-même définis.
- L'objectif de la recherche est de capitaliser des savoirs pour l'action en couplant des connaissances pratiques et des savoirs scientifiques pour élaborer des pistes d'actions à même d'éclairer et de stimuler la réflexion des individus.
- Le mode de progression de la connaissance ne se fait pas selon un processus linéaire et additionnel mais au moyen d'itérations permanentes entre théorie et terrain dans une démarche tâtonnante
- Les principaux critères scientifiques de validité de la recherche sont l'adéquation et l'enseignabilité. Plus précisément, la connaissance n'a pas le statut de vérité mais d'hypothèse plausible. Elle doit pouvoir être intelligible et communicable.

Source : élaboration personnelle

L'articulation entre l'épistémologie et l'ontologie ne saurait suffire pour assurer la cohérence de la recherche. Il nous reste à préciser un élément essentiel qui est au cœur du processus de résolution du problème et qui doit être pensé en cohérence avec le processus d'ensemble (Mbengue, 2001) : la méthodologie. « *Le chercheur doit toujours définir l'articulation ontologie/épistémologie/méthodologie pour argumenter sur la cohérence de son dispositif et permettre l'évaluation de sa recherche* » (Giordano, 2003a, p. 18). Nos choix méthodologiques sont présentés dans la section suivante.

4.2 ... A SON PROCESSUS DE RESOLUTION

Il n'y a pas une seule bonne réponse au problème de recherche soulevé, mais plutôt différents processus de résolution en fonction des choix méthodologiques. Nous présentons ici la voie qui nous a semblé la plus adaptée en précisant le mode de raisonnement suivi (§ 4.2.1) et le protocole de recherche retenu (§ 4.2.2).

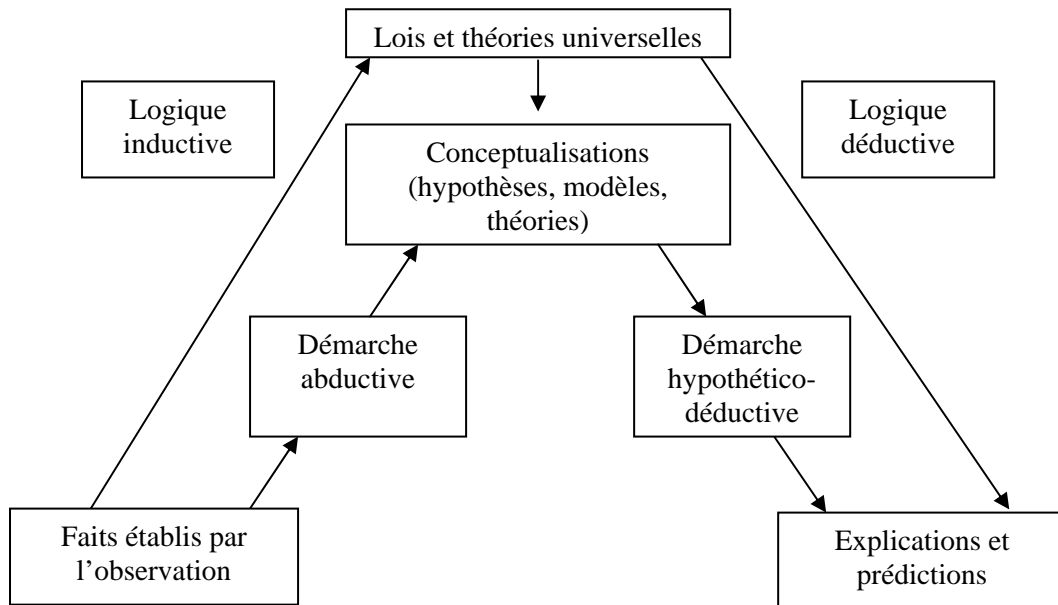
4.2.1 UN RAISONNEMENT LOGIQUE DE TYPE ABDUCTIF

4.2.1.1 Trois types de raisonnements logiques

Plusieurs types de raisonnements logiques permettent de générer des connaissances et d'élaborer ainsi des stratégies d'actions en milieu complexe (Avenier, 1997). Parmi ceux-ci, trois modes de raisonnements, plus complémentaires qu'antagonistes, sont traditionnellement utilisés en sciences de gestion (Koenig, 1993 ; David, 2000 ; Charreire et Durieux, 2003 ; Rouquet, 2007) :

- **la déduction** : il s'agit de tirer une conséquence à partir d'une règle générale qui est mise à l'épreuve des faits. La déduction est un moyen de démonstration ;
- **l'induction** : il s'agit d'élaborer des règles générales en remontant progressivement des faits particuliers aux lois. L'induction vise une généralisation ;
- **l'abduction** : il s'agit de proposer de nouvelles conceptualisations théoriques à partir des faits. L'abduction cherche à élaborer des conjectures.

- **Figure 4.1** –
Modes de raisonnement et connaissance scientifique



Source : Charreire et Durieux (2003), p. 63

David (2000) note que la plupart des raisonnements scientifiques combinent les trois formes de raisonnement, suivant ainsi une boucle récurrente de type « abduction – déduction – induction » : toute connaissance commence par la formulation d'hypothèses construites par abduction, qui sont ensuite testées dans une démarche déductive, donnant ainsi lieu à des résultats qui permettent d'établir des règles dans une logique inductive et d'ouvrir la voie à de nouveaux réajustements en recommençant le cycle à l'infini. David précise par ailleurs que cette boucle n'est pas nécessairement suivie dans son intégralité par chaque recherche mais elle doit l'être collectivement par la communauté scientifique.

4.2.1.2 Une recherche menée en suivant un raisonnement abductif

Notre projet consiste à « explorer » en profondeur un objet de recherche complexe et de prime abord abscons, autrement dit découvrir et approfondir le fonctionnement des réseaux de santé qui est à ce jour peu connu. Notre intention est de proposer des résultats novateurs qui produisent du sens théorique et empirique sans avoir le caractère de lois universelles. Aussi, notre démarche est de l'ordre de l'exploration hybride et repose sur un mode de raisonnement abductif. Cette exploration est « hybride » en ce sens que nous procédons « *par allers-retours entre des observations et des connaissances théoriques tout au long de la recherche.* [...] La

démarche est abductive dans ce cas. » (Charreire et Durieux, 2003, p. 70). Nous en présentons la logique dans l'encadré suivant.

**- Encadré 4.2 -
La démarche abductive**

« L'abduction est un processus inférentiel (en d'autres termes, une hypothèse) qui s'oppose à la déduction, car la déduction part d'une règle, considère le cas de cette règle et infère automatiquement un résultat nécessaire. Un bon exemple de déduction est :

Chaque fois que A frappe, alors B bouge la jambe.

Mais A a frappé.


Alors B a bougé la jambe.

Supposons maintenant que j'ignore tout cela et que je vois B bouger la jambe. Je m'étonne de cet étrange résultat (iii). En me fondant sur des expériences précédentes connues en divers domaines (par exemple j'ai noté que les chiens glapissent quand on leur marche sur la patte), je tente de formuler une règle encore inconnue (i). Si la règle (i) était valable et si (iii) était le résultat d'un cas (ii), alors (iii) ne serait plus surprenant. Evidemment, mon hypothèse devra être mise à l'épreuve pour pouvoir être transformée en loi, mais il y a de nombreux cas où je ne cherche pas des lois universelles, juste une explication capable de désambiguïser un événement communicatif isolé... L'abduction est un procédé typique par l'intermédiaire duquel on est en mesure de prendre des décisions difficiles lorsque l'on suit des instructions ambiguës ».

Source : Eco (1990), cité par Charreire et Durieux (2003), p.61

Notons que le chemin de la thèse présenté en introduction générale traduit notre démarche abductive (Figure B). Pour en prolonger l'analyse, nous proposons un tableau qui, prenant appui sur la dynamique abductive citée ci-dessus, retrace notre démarche en distinguant l'abduction comme mode de raisonnement logique, représenté par le fil directeur de la thèse, et l'abduction comme mode de progression des connaissances fait d'alternances entre théorie et terrain.

**- Tableau 4.2 -
La démarche abductive appliquée à notre recherche**

Les étapes de la démarche abductive	Mode de raisonnement logique de type abductif		Mode de progression des connaissances
<i>« Je m'étonne de cet étrange résultat (iii) »</i>	Nous nous étonnons des espoirs – désespoirs suscités par les réseaux de santé qui progressent de façon continue alors même que les premiers retours d'expériences sont parfois décevants		Nous commençons par un couplage théorie / terrain (abordé par une littérature professionnelle et institutionnelle) pour révéler la confusion des réseaux de santé [chapitre 1]. Pour éclairer notre objet, nous réalisons ensuite une étude empirique exploratoire reposant sur la construction d'un idéaltype de réseau de santé vu par les acteurs (RHYCEBA). [chapitre 2]

Les étapes de la démarche abductive	Mode de raisonnement logique de type abductif	Mode de progression des connaissances
« Je tente de formuler une règle encore inconnue (i) »	<p>Nous cherchons à <i>expliquer</i> la distorsion entre le RHYCEBA et les réseaux de santé existants : nous proposons d'envisager les réseaux de santé comme une situation de gestion complexe et paradoxale (P1)</p> <p>Nous cherchons à <i>réduire</i> la distorsion : nous proposons de gérer les réseaux en suivant une logique paradoxale de dialogue (P2)</p>	<p>Nous procédons à une relecture théorique des données empiriques pour formuler nos propositions de recherche qui sont « <i>des propositions de réponse aux questions que se pose le chercheur. Elles constituent en quelque sorte des réponses provisoires et relativement sommaires qui guideront le travail de recueil et d'analyse des données</i> » (Quivy et Van Campenhout, 1995, p. 109). [chapitre 3]</p>
« Si la règle (i) était valable et si (iii) était le résultat d'un cas (ii), alors (iii) ne serait plus surprenant »	<p>Nous discutons les propositions de recherche en les confrontant au terrain :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour confirmer (ou infirmer) la présence des paradoxes ; - pour découvrir la mise en acte de la logique paradoxale de dialogue 	<p>Nous effectuons une seconde étude empirique pour discuter nos propositions de recherche [chapitre 5]. L'analyse des résultats, appuyée d'un approfondissement théorique, permet <i>in fine</i> de construire un modèle de management des réseaux de santé. [chapitre 6]</p>

Source : élaboration personnelle

Nous constatons que trois objectifs sous-tendent cette recherche et s'enchaînent dans une logique « chemin faisant », chaque résultat obtenu enrichissant les résultats précédents et ouvrant la voie à un nouvel objectif (Avenier, 1997).

- Figure 4.2 -
Trois objectifs de recherche

<u>OBJECTIFS</u>	<u>QUESTIONS DE RECHERCHE</u>	<u>RESULTATS</u>
<p>Décrire</p>	<p>QR 1 : qu'est-ce qu'un réseau de santé ? ... performant ?</p> <p>QR 2 : où en sont les réseaux de santé existants ?</p>	<p><i>Mise à jour d'une forte distorsion entre l'idéaltype des acteurs et les réseaux de santé existants</i></p>
<p>Comprendre</p>	<p>QR 3 : pourquoi des acteurs qui croient aux réseaux de santé tout en étant soutenus par l'Etat n'arrivent-ils pas à construire des réseaux de santé performants ?</p>	<p><i>Deux propositions de recherche pour expliquer et réduire la distorsion</i></p>
<p>Orienter</p>	<p>QR 4 : comment s'opérationnalise la logique paradoxale de dialogue théoriquement adaptée à la gestion des réseaux de santé ?</p>	<p><i>Proposition d'un modèle de management paradoxal des réseaux de santé</i></p>

Source : élaboration personnelle

La première partie de la thèse a consisté à répondre aux deux premiers objectifs. Voyons à présent quel protocole de recherche nous mettons en œuvre pour répondre à notre troisième objectif.

4.2.2 LE PROTOCOLE DE RECHERCHE

4.2.2.1 Le recours à des études de cas exemplaires

Notre protocole de recherche commence par questionner la méthode de terrain la plus adaptée pour étudier la gestion paradoxale des réseaux de santé. Notre choix s'est alors porté sur des études de cas multiples (*alinéa a*) en retenant cinq cas exemplaires de réseaux de santé (*alinéa b*).

a. Le choix de la méthode des cas

Le choix de la méthode des cas découle directement du problème étudié et des contraintes associées. Cette méthode a été particulièrement utilisée dans le champ de la stratégie pour améliorer la compréhension de processus complexes (Avenier, 1989 ; Giroux, 2003). Yin définit la méthode des cas comme « *une recherche empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel, lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte n'apparaissent pas clairement et dans lesquelles des sources d'informations multiples sont utilisées* » (Yin, 2003, p. 25). Avenier (1989) souligne par ailleurs l'intérêt de l'étude de cas pour découvrir des problématiques nouvelles et rendre intelligible un phénomène complexe.

Notre recherche vise à explorer le fonctionnement d'un mode d'organisation encore peu étudié pour lequel la prise en compte du contexte est déterminante. Nous intervenons d'une part dans un champ relativement récent s'intéressant au management des réseaux de santé et d'autre part sur un objet de recherche qui témoigne de dynamiques de changements et de tensions managériales. Nous adoptons un point de vue original en cherchant à étudier « *la stratégie en train de se faire* » (Chanal et al., 2001, p. 198) dans des organisations en construction (Rouleau et al., 2007). Dans notre recherche, il s'agit par ailleurs d'étudier non pas une organisation standard mais bien un réseau d'acteurs individuels et organisationnels aux frontières floues, nous conduisant à étudier en profondeur une ou plusieurs situations dans une ou plusieurs organisations (Evrard et al., 1997). En cela, la méthode des cas semble ainsi particulièrement adaptée à l'étude du management des réseaux de santé.

Yin (2003, p 40) distingue 4 typologies d'études de cas en fonction de deux critères :

- les design à cas unique *versus* design multi-cas ;
- les design holistiques (« holistic »), c'est-à-dire avec un seul niveau d'analyse, *versus* design imbriqués (« embedded »), c'est-à-dire avec plusieurs niveaux d'analyse.

En référence au premier critère de Yin, nous réalisons des études de cas multiples. Ce choix est lié aux spécificités du terrain d'étude. Rappelons qu'il n'existe pas un cas de réseau de santé faisant figure de modèle mais qu'il y a une grande diversité d'expériences de réseaux plus ou moins réussies (au sens du RHYCEBA). Nous ne pouvons donc pas répondre à notre problème de recherche en nous référant à un modèle unique de gestion à suivre. Par ailleurs, l'intérêt de retenir plusieurs cas en les étudiant dans une logique comparative est d'exploiter la diversité des réseaux de santé et de découvrir des régularités afin de renforcer la validité externe de la recherche (Yin, 2003 ; Vigour, 2005). « *La comparaison vise ainsi à susciter des questions, à envisager des problèmes nouveaux [...]. Est ainsi bien mis en évidence le caractère dynamique et stimulant de la comparaison comme instrument heuristique, comme outil de suggestion d'hypothèses. L'approche comparative est l'un des moyens de procéder à l'administration de la preuve* » (Vigour, 2005, p. 128). Nous utilisons la comparaison comme un moyen de « prouver » l'intérêt et la pertinence de la gestion paradoxale des réseaux de santé et comme un moyen d'élaboration progressive de généralisations.

En référence au second critère de Yin, nous étudions plusieurs niveaux d'analyse. Ce choix est justifié par notre positionnement théorique et par notre discipline de rattachement. En effet, les sciences de gestion se prêtent tout particulièrement à l'étude de plusieurs niveaux d'analyse. Si la psychologie s'intéresse plus volontiers à l'individu, la sociologie au groupe et à l'organisation, l'anthropologie à la société, les sciences de gestion sont spécifiques : elles sont concernées par l'articulation de ces différents niveaux (Lecocq, 2002). Par ailleurs, en cohérence avec notre positionnement théorique, « *l'appréhension paradoxale de tout système social nous incite à être capable d'intégrer différents niveaux d'analyse, allant de l'individuel à l'organisationnel puis à l'inter-organisationnel. C'est dans la multiplicité des niveaux d'analyse, dans l'appréhension simultanée des complémentarités et de la redondance des systèmes sociaux que se situe notre démarche de recherche* » (Josserand, 1998, p. 84). Dans notre recherche, nous suivons une approche « méso » qui réconcilie les niveaux micro et macro en les dépassant (Lecocq, 2002) : sans réifier le réseau de santé, nous nous intéressons

au fonctionnement de ce mode d'organisation en étudiant plus précisément les pratiques organisationnelles initiées par des acteurs individuels agissant collectivement.

b. Le choix des cas exemplaires

La méthode des cas étant retenue, il s'agit à présent de déterminer quels réseaux de santé étudier pour analyser et discuter la mise en acte d'une gestion paradoxale. Rappelons que les études de cas que nous menons sont instrumentales, c'est-à-dire qu'elles sont polarisées par une question de recherche centrale et qu'elles nécessitent dans le même temps une connaissance approfondie du terrain pour pouvoir y répondre (David, 2000). Notre question de recherche est la suivante :

↳ **Question de recherche 4 : comment s'opérationnalise la logique paradoxale de dialogue théoriquement adaptée à la gestion des réseaux de santé ?**

Dans notre mode de raisonnement, nous avançons que le type de management *a priori* adapté pour réduire la distorsion, et donc améliorer implicitement le fonctionnement des réseaux de santé, relève d'une stratégie paradoxale de dialogue. Par conséquent, nous nous attendons à trouver ce type de logique dans les réseaux de santé proche du RHYCEBA. Pour corroborer ce point, nous choisissons de mettre en perspective des cas exemplaires, autrement dit des cas de succès et d'échecs (David, 2003 ; Giroux, 2003), le succès étant typifié à travers le RHYCEBA. Nous considérons qu'un cas de succès est un cas qui se rapproche des critères du RHYCEBA et inversement pour un cas d'échec.

Le choix des cas exemplaires est toutefois rendu délicat tant la diversité des réseaux est grande, la visibilité est faible et la porosité mythe-réalité est présente. Pour dépasser ces contraintes inhérentes à notre objet de recherche, nous faisons appel aux experts précédemment rencontrés (Tableau 2.2) pour nous orienter vers des cas de succès. Nous leur spécifions par ailleurs que nous ne nous intéressons pas aux stratégies d'émergence des réseaux de santé et qu'à ce titre nous ciblons des réseaux qui ont plus de trois ans d'ancienneté (Larcher, 1998). Nous leur précisons également que nous souhaitons exploiter la diversité des cibles du réseau en étudiant différentes pathologies.

Au regard de ces critères de sélection, quatre cas de succès ont été retenus sur avis d'experts :

- ✓ **Alp'âges** : réseau gérontologie (ciblant des personnes âgées en difficultés médico-sociales)
- ✓ **Resp 13** : réseau de soins palliatifs (ciblant des personnes malades en fin de vie)
- ✓ **Diabaix** : réseau diabète
- ✓ **Réseau Canebière (RC)** : réseau addiction



Notons que les quatre cas de succès conseillés par les experts sont des réseaux nés d'initiatives locales. Ce point vient conforter le discours des experts recueilli en phase exploratoire qui faisait le constat d'un degré de distorsion plus important avec les réseaux « d'en haut ».

Parallèlement, notre connaissance du terrain obtenue au fil de la recherche nous a amenée à retenir un cas de réseau « témoin » en situation d'échec. Il fait figure de témoin pour attester la pertinence d'une stratégie paradoxale. En d'autres termes, le repérage d'une stratégie paradoxale dans un cas d'échec remettrait en cause l'intérêt d'une telle stratégie pour réduire la distorsion. Le réseau témoin choisi a été connu dans le cadre de notre étude exploratoire. Il s'agit de **Resodys** (réseau dyslexie). Les entretiens avaient alors révélé la situation déclinante du réseau qui a par ailleurs été confirmée par le non renouvellement de l'enveloppe DRDR.

Notons que ces cinq réseaux de santé sont en région PACA. La concentration des cas à l'échelle d'une même région est liée d'une part à notre méthode de sélection, en ce sens que les experts institutionnels implantés en PACA, nous ont naturellement orientée vers les réseaux qu'ils connaissaient le mieux, et d'autre part à notre volonté d'établir des comparaisons contrôlées entre des réseaux encadrés par une même politique régionale. L'approche régionale permet ainsi une plus grande cohérence des cas (Vigour, 2005) évoluant sur le même tissu de soins et étant soumis aux mêmes contraintes politiques et administratives. Rappelons par ailleurs que la région PACA est l'une des régions de France les plus dynamiques en matière de réseaux de santé (Annexe 2.1).

- Tableau 4.3 -
Grille de sélection des cas exemplaires
choisis pour l'étude du management des réseaux de santé

CIBLE \ ANCIENNETE	3 ans		10 ans	
	Population	ALP'AGES RESP 13		
Pathologie			RC DIABAIX RESODYX	

Légende :  Cas de succès
 Cas d'échec

Source : élaboration personnelle

4.2.2.2 Le mode de recueil des données

Après avoir sélectionné les cas exemplaires de réseaux de santé, l'enjeu méthodologique est désormais de savoir comment étudier, à l'intérieur de ces cas, la gestion paradoxale dans un référentiel constructiviste. Dans cette voie, le recueil de données nécessite de répondre à plusieurs questions d'ordre méthodologique. Elles concernent le type de données à recueillir (*alinéa a*), la méthode de recueil de données (*alinéa b*) et enfin la validité des données (*alinéa c*).

a. Le type de données à recueillir

Si le mode de fonctionnement des réseaux de santé est à ce jour peu connu, les pratiques locales n'en sont pas moins effectives. De nombreux acteurs locaux participent à faire vivre et évoluer les réseaux avec leur expérience, leur intuition, leur savoir-faire, leurs relations, etc. Les actions mises en œuvre semblent ainsi relever d'une forme de bricolage qui consiste, « face à un ensemble d'actions qui se laissent difficilement cerner, de métiers flous, de scènes d'actions éclatées ou de procédures informelles [...] à mobiliser de manière plus ou moins improvisée des moyens matériels et cognitifs dont l'individu dispose pour trouver des solutions provisoires » (Catla, 2005, p. 46). Plus précisément, le bricolage repose sur trois

notions (Roblain, 2005) : une combinaison d'éléments hétéroclites, des ressources limitées qui obligent à s'arranger « avec les moyens du bord » et un ensemble de relations entre éléments qui donne une compréhension générale du monde. Dans notre recherche, le bricolage y est envisagé non pas comme une voie de recours pour faire face à une situation subie faute de disposer de chemins d'action plus solides, mais comme un espace d'innovations managériales reconnaissant aux acteurs la capacité d'élaborer des arrangements intellectuels, créatifs et ingénieux (Levi Strauss, 1962 ; Brémond et *al.*, 1997 ; Clément, 2002 ; Gueret-Talon et Lebraty, 2007).

Partant de là, nous nous intéressons aux actions des « bricoleurs », que nous appelons les pratiques, afin d'en extraire, dans l'analyse, des savoirs pour l'action (Avenier et Schmitt, 2007). La pratique dont il est ici question ne relève pas d'une démarche de benchmarking consistant à repérer les meilleures pratiques existantes mais elle relève d'une volonté d'étudier la manière dont les acteurs expérimentés font la stratégie en situation. « *Dans ce cas, il s'agit de comprendre comment les individus réalisent leurs actions en contexte, étant entendu que ces actions ne sont pas le seul fait d'une délibération, mais qu'elles s'inscrivent dans un contexte de relations sociales, de significations, de règles et de routines, de savoir-faire et d'objectifs donnant sens à l'action ; autrement dit que ces actions actualisent et renouvellent un ensemble de pratiques existantes. C'est ce que l'on entend généralement par perspective de la pratique* » (Rouleau et *al.*, 2007, p. 17).

La pratique est donc le point d'entrée pour discuter la gestion paradoxale des réseaux de santé : nous cherchons à savoir si les pratiques des acteurs interviennent dans *des situations de gestion paradoxales* (Proposition de recherche 1) et si elles relèvent *d'une logique paradoxale de dialogue* (Proposition de recherche 2). L'étude de la pratique inscrit ainsi la recherche dans le champ du management stratégique envisageant la stratégie comme « *un ensemble d'actions élaborées au travers d'interactions sociales, de routines et de conversations par le biais desquelles les gestionnaires de même que les membres de l'organisation, définissent une direction pour l'entreprise* » (Rouleau et *al.*, 2007, p. 18).

Notons que le paradoxe n'est pas abordé directement avec les acteurs et reste un outil conceptuel d'analyse des pratiques. Il ne s'agit pas de demander « *au répondant de faire le travail du chercheur, d'analyser à sa place avec sa terminologie ce qui s'est passé. Le danger de cette approche est, d'une part, de fausser les données, et d'autre part, de ne rien*

apprendre parce que le chercheur force le répondant à utiliser ses propres catégories » (Demers, 2003, p. 190).

b. La méthode de recueil de données

Pour recueillir les pratiques, nous choisissons de faire parler les acteurs de terrain au moyen d'énoncés sur leurs pratiques professionnelles (Barbier, 1996, 2007). Ce mode de recueil de données s'inscrit dans la perspective des savoirs d'action qui désigne « *la formulation par un acteur d'un énoncé relatif à l'action professionnelle et considéré par lui comme élaboré dans celle-ci et bénéficiant d'une efficacité particulière. Il s'agit donc d'une construction se situant dans le champ des rapports entre les sujets et leurs activités* » (Avenier et Schmitt, 2007, p. 18). Les énoncés ainsi formulés n'ont pas le caractère de savoirs scientifiques en eux-mêmes mais ils en sont le matériau (Barbier, 2007). L'intention du chercheur est alors de construire des savoirs pour l'action à partir de l'étude des pratiques, elles-mêmes racontées par des acteurs qui se représentent les actions qu'ils ont mises en œuvre dans une activité de réflexion rétrospective.

Les récits de pratiques se présentent comme une forme particulière de la méthode biographique (Rouleau, 2003). « *Ce genre de récits permet de saisir une dimension du vécu correspondant à un type de pratiques spécifiques* » (Rouleau, 2003, p. 140), en l'occurrence des pratiques professionnelles. Cette méthode « *fait du sujet qui se raconte un expert* » et permet « *surtout de comprendre en profondeur la manière dont les gens vivent dans les organisations* » (Rouleau, 2003, p. 141 et 169). Les récits de pratique reposent sur la reconnaissance de la capacité d'action des individus dans leur milieu.

- Encadré 4.3 - Note sur les récits de pratiques

La méthode biographique se nourrit d'histoires vécues par les acteurs. Elle peut prendre plusieurs formes : les histoires de vie, l'histoire de vie de groupe, l'autobiographie, les récits de pratiques, etc. Nous utilisons dans cette recherche les récits de pratique envisagés de façon élargie comme mode de recueil des pratiques professionnelles.

Le chercheur s'intéresse à une partie du *vécu* d'un certain nombre de personnes correspondant à une *pratique sociale* :

- *vécu* : il s'agit de demander aux répondants de raconter des histoires vécues. Les récits de pratique mettent à jour des informations de nature subjective relevant de l'expérience réinterprétée de la personne qui se raconte. Cette méthode valorise le sujet qui se raconte en considérant qu'il a la capacité d'agir dans son milieu et d'inventer des solutions adaptées aux situations qu'il perçoit.
- *un certain nombre* : il s'agit de s'adresser à des personnes qui ont des choses à dire par rapport à la question de recherche et qui ont une connaissance approfondie du terrain.
- *pratique sociale* : la pratique consiste à comprendre comment les individus réalisent leurs actions en contexte. La méthode des récits de pratique considère qu'on ne peut pas comprendre les pratiques en dehors de l'expérience de l'individu.

Cette méthode implique une certaine démarche de collecte de données :

- Choix des individus : il faut trouver des personnes qui sont des gisements d'informations fiables et pertinentes.
- Conduite de l'entretien : un guide d'entretien est utile pour maîtriser la conduite de l'entretien. Il est à construire en fonction du type de pratiques à recueillir pour répondre à la question de recherche. Il est souvent semi-structuré pour laisser le répondant relativement libre et instaurer une conversation avec le chercheur.
- Validité des données : la question se pose de savoir quelle valeur accorder au témoignage d'une personne. La validité des données peut être augmentée en croisant les discours et en complétant les informations avec des données secondaires.

Source : élaboration personnelle à partir de Rouleau (2003), p.134 et Rouleau et al. (2007), p. 15

Les récits de pratiques supposent de mettre en place un certain contexte d'énonciation favorable au recueil de pratiques (Rouleau, 2003 ; Astier, 2007). Les situations difficiles permettent souvent de dégager des logiques d'acteurs plus compréhensibles pour les chercheurs, les pratiques étant poussées « *à leurs limites* » (Lièvre et Lecoutre, 2006, p. 87). Dans cet esprit, la technique de l'incident critique paraît adaptée à l'énonciation de pratiques en positionnant le répondant dans une situation limite correspondant à un moment significatif pour lui. Cette technique consiste « *à demander aux répondants de retracer dans leur vie professionnelle des exemples particuliers (correspondant à des incidents critiques) et d'expliquer leurs actes et leurs motivations dans les circonstances décrites* » (Usinier et al., 2000, p. 150).

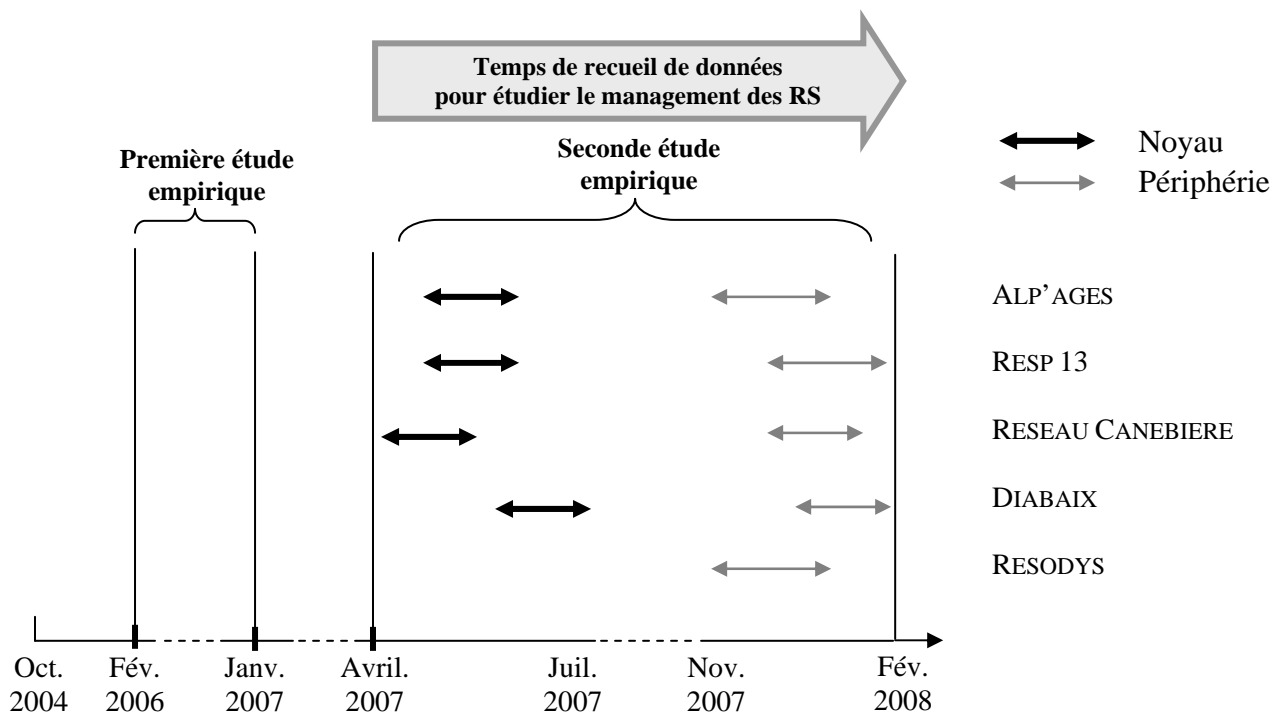
Nous utilisons cette technique pour faire parler les interviewés sur leurs pratiques en leur demandant de penser à des difficultés rencontrées avec le réseau de santé auquel ils sont liés, de les expliquer puis d'illustrer comment ils ont finalement fait face à la situation. Notons que les difficultés que nous évoquons sont des difficultés managériales (liées au fonctionnement du réseau) et non des difficultés cliniques (liées à la maîtrise de la pathologie). Par ailleurs, les difficultés ne sont qu'un moyen (et non un objectif) que nous mobilisons pour rendre visibles des pratiques jugées utiles et efficaces par les acteurs, dans des contextes d'action vécus comme délicats par eux-mêmes.

Il nous faut donc cibler des personnes qui soient des gisements d'informations, autrement dit qui participent activement au réseau. A ces fins, nous nous sommes orientée vers deux catégories de personnes :

- les acteurs qui gèrent le réseau au quotidien (le noyau)
- les acteurs qui participent ponctuellement aux activités du réseau (la périphérie)

Le recueil de données s'est ainsi effectué en deux temps comme le précise la figure qui suit : les entretiens avec le noyau ont été effectués entre Avril et Juillet 2007 et les entretiens avec les acteurs périphériques ont été effectués entre Novembre 2007 et Février 2008.

**- Figure 4.3 -
Calendrier du recueil de données pour étudier le management des réseaux de santé**



Source : élaboration personnelle

La première vague d'entretiens s'est adressée au noyau. Les acteurs du noyau ont été les principaux informateurs. Ce sont les professionnels investis dans la coordination du réseau et concernés dans leurs pratiques quotidiennes par la gestion du réseau. Afin d'identifier précisément les personnes constitutives du noyau, que nous appelons plus généralement les coordonnateurs, nous nous sommes systématiquement adressée au directeur de réseau.

La seconde vague d'entretiens s'est dirigée vers la périphérie. Celle-ci comprend les bénéficiaires inscrits dans le réseau et les professionnels de santé qui participent de façon épisodique au réseau (dans le cadre des prises en charge, des formations, des actions de prévention, etc.). Ces entretiens ont permis de compléter et de recouper les informations recueillies auprès de l'équipe de coordination. Ils ont participé à la validité et à la fiabilité des données. Notons que les entretiens avec les usagers sont sous-représentés. Leur état de santé souvent fragile rend l'échange délicat (soins palliatifs, gériatrie, addiction, etc.). Par ailleurs, rappelons que les réseaux de santé sont des réseaux de professionnels, ce qui ne facilite pas les contacts avec les bénéficiaires.

Le tableau suivant présente de façon sommaire la liste des répondants dont nous ferons une analyse détaillée dans la présentation des résultats de chaque cas (§ Chapitre 5).

**- Tableau 4.4 -
Acteurs de terrain sélectionnés pour l'étude du management des réseaux de santé**

	<i>Réseaux de santé</i>	ALP'AGES	RESP 13	DIABAIX	RC	RESODYS
	<i>Secteurs d'appartenance</i>					
NOYAU	Médical		1	2	2	
	Paramédical	1	1			
	Social	2	1			
	Administratif	1	1	1	1	
PERIPHERIE	Médical	2	1		2	
	Paramédical		1	3	1	1
	Social	1	1		1	1
	Usager	1		1		1
<i>Nombre de répondants</i>		8	7	7	7	3
32						

Source : élaboration personnelle

Pour mener les entretiens avec les coordonnateurs et les acteurs périphériques, nous nous sommes appuyée sur un guide d'entretien unique construit sur un mode semi-directif (Annexe 4.1). Il a été utilisé de manière souple pour instaurer une conversation avec l'interviewé afin de stimuler sa réflexion et sa mémoire en l'amenant à raconter des situations difficiles et à expliciter les pratiques mises en œuvre dans ces contextes délicats. Il est organisé en plusieurs phases qui ne suivent pas nécessairement un ordre séquentiel.

Dans une première phase, nous avons commencé l'entretien en expliquant le contexte lié à une recherche doctorale et en soulignant l'absence de lien avec les tutelles pour mettre en confiance l'interviewé sur les intentions du chercheur. Nous avons ensuite précisé l'objet de l'entretien, à savoir étudier les modalités de gestion du réseau de santé concerné. Afin de susciter l'adhésion des répondants, nous avons précisé que cette recherche a été motivée par une étude exploratoire préalable dans laquelle les acteurs de terrain avaient témoigné d'un manque de repères dans la gestion d'un réseau de santé.

Dans une seconde phase, nous avons cherché à mieux connaître le réseau de santé ciblé et le(s) rôle(s) du répondant dans ce dernier. Nous lui avons demandé de nous décrire le fonctionnement général du réseau (mission, organisation, participants, bénéficiaires, etc.) et de préciser son lien avec le réseau (origine, rôle(s), etc.). Ces questions ont permis d'établir le contact et ont été essentielles pour recueillir des données contextuelles.

La troisième phase abordait indirectement notre question de recherche en utilisant la technique des incidents critiques. Notre objectif était d'amener le répondant à se remémorer des situations difficiles en lien avec le réseau et à donner des exemples précis dans lesquelles ces difficultés ont été ressenties. Pour l'aider dans cette tâche, nous nous sommes parfois référée aux difficultés préalablement recensées en phase exploratoire afin de stimuler sa mémoire (§ 2.3.2.1).

La quatrième phase a consisté à recueillir des récits de pratiques en demandant aux acteurs de préciser les actions menées (par eux-mêmes ou autrui en précisant qui en était à l'origine) pour faire face aux situations problématiques qu'ils avaient préalablement évoquées. Nous leur avons également demandé les actions qu'ils auraient éventuellement souhaité mettre en œuvre ou qui ont été mises en œuvre par le passé mais qui ont échoué. Précisons que lors des entretiens périphériques, nous avons parfois fait des liens avec les pratiques énoncées par les coordonnateurs afin d'en compléter les données.

La cinquième phase concluait l'entretien par des remerciements et une proposition de restitution synthétique des résultats en fin de recherche. Nous avons également informé les coordonnateurs qu'une restitution de la discussion leur serait envoyée de façon confidentielle et que celle-ci serait suivie d'un appel de notre part pour en discuter. Nous avons limité la restitution aux entretiens avec les coordonnateurs dans la mesure où ils ont été les principaux informateurs eu égard à leur position privilégiée dans le réseau.

Par ailleurs, pour faciliter le recueil des récits de pratiques formulés par les acteurs en entretien, nous nous sommes aidée d'une grille de collecte de données qui a consisté à lister les « incidents critiques » au fil de la conversation (Annexe 4.2). Cette grille a permis entre autres de ne pas perdre d'informations en cours d'entretien et de veiller à ce que chaque incident soit associé à une ou plusieurs pratiques. La durée des entretiens avec les coordonnateurs a varié de 1h15 à 2h15. Les entretiens périphériques ont quant à eux duré entre 30 min et 1 h. Chaque entretien a été enregistré pour en faciliter la retranscription.

d. La validité interne des données

La validité interne des données est recherchée au moyen de trois « techniques ». Tout d'abord, nous avons interrogé des individus qui ont des liens entre eux puisqu'ils font partie d'un même réseau, ce qui offre la possibilité de croiser les discours dans la même grappe (Rouleau, 2003). Le croisement des récits de pratiques rend possible le recoupement des informations et participe à la validité des données en permettant de nous assurer de la congruence des histoires racontées.

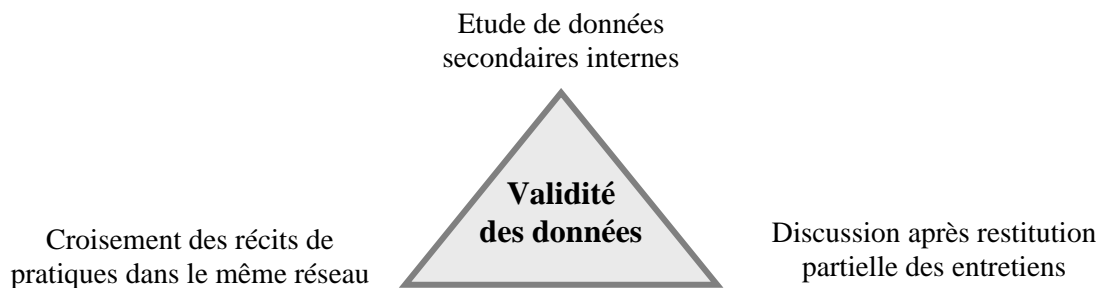
Ensuite, nous avons complété les entretiens par une analyse de données secondaires internes (Baumard et Ibert, 2003). Nous avons demandé aux répondants de nous fournir, dans la mesure du possible, des documents sur les activités du réseau et de nous autoriser l'accès aux archives ou au centre de documentation du réseau. C'est ainsi que nous avons obtenu des plaquettes d'information et de communication, des chartes de fonctionnement, des contrats types d'adhésion, des exemplaires de conventions partenariales, des comptes-rendus de réunion, des bilans d'activité du réseau et des articles de presse locale.

Enfin, nous avons procédé à une restitution partielle des entretiens menés avec les coordonnateurs. Cette restitution s'est faite sous la forme synthétique d'un tableau reprenant les difficultés énoncées par eux-mêmes et les pratiques associées pour y faire face

(Annexe 4.3). Nous avons transmis les restitutions par voie postale et contacté les répondants quinze jours après l'envoi pour recueillir leur avis. La restitution des entretiens a offert la possibilité aux répondants de compléter les données, permettant ainsi d'améliorer la richesse et la compréhension des énoncés et limitant les risques de mauvaise interprétation du chercheur (Astier, 2007).

Au final, la triangulation des informations est obtenue en associant le croisement des récits appartenant à une même grappe, une étude de données secondaires internes et une discussion rétrospective des principaux entretiens.

**- Figure 4.4 -
Triangulation des récits de pratiques**



Source : élaboration personnelle

4.2.2.3 L'analyse des données

Les différentes méthodes de collecte que nous avons utilisées ont engendré une quantité importante de données. Pour nous aider dans l'analyse des données, nous avons procédé à un codage dont nous présentons ici la démarche (Grawitz, 1996 ; Allard-Poesi, 2003 ; Miles et Huberman, 2003). Nous détaillons le processus de construction des codes (*alinéa a*) qui ont ensuite été soumis au test de double codage (*alinéa b*) afin d'obtenir l'arborescence définitive (*alinéa c*). Nous précisons également la méthode d'analyse retenue (*alinéa d*).

a. La construction de l'arborescence de codes

Nous avons d'ores et déjà exposé les étapes de l'exercice de codage lors de la première étude empirique (§ 2.1.2.2). Aussi, nous ne reviendrons pas sur ces étapes dans le détail. Nous rappelons simplement que la construction des codes nécessite une phase de préparation qui consiste à définir au préalable le type de données à coder, l'unité d'analyse et le mode de création des codes.

**- Tableau 4.5 -
Préparation au codage des données de la seconde étude empirique**

Les critères préliminaires au codage	Les choix du chercheur
Le type de données à coder (l'entretien, les documents internes, etc.)	Les <u>entretiens</u> constituent la principale source d'information. A ce titre, seules les données issues des entretiens se sont prêtées à l'exercice de codage.
Le choix de l'unité d'analyse (le mot, la phrase, le lieu, le thème, etc.)	L'unité d'analyse que nous retenons est le <u>thème</u> . Elle s'attache à procéder à un découpage en fonction du sens des mots. A cet effet, le découpage se fait le plus souvent à l'échelle du paragraphe.
Le mode de création des codes (les méthodes <i>a priori</i> consistent à élaborer les catégories avant le codage des données et les méthodes <i>a posteriori</i> définissent les catégories en cours de codage)	La réflexion conceptuelle menée dans le chapitre 3 fournit les éléments clés d'analyse nécessaires à la discussion de nos deux propositions de recherche. A ce titre, nous avons établi nos catégories <u>a priori</u> , tout en laissant une place à « l'émergent » en prévoyant des catégories à cet effet (nous les précisons dans l'arborescence des codes présentée plus loin)

Source : élaboration personnelle

Nous avons construit deux grilles d'analyse à partir des approfondissements théoriques (§ Chapitre 3) qui ont constitué les supports du codage. Nous les présentons ci-dessous.

⇒ **La première grille d'analyse concerne la proposition de recherche 1**

Nous avons suggéré l'existence de trois paradoxes dans les réseaux de santé. Il s'agit pour nous de confirmer ou d'infirmier leur présence à partir de l'étude des incidents critiques évoqués par les acteurs. Pour ce faire, nous établissons une première grille d'analyse.

**- Tableau 4.6 -
Grille d'analyse des incidents critiques**

Données brutes	Grille d'analyse des incidents critiques	
<i>Une liste d'incidents critiques</i>	formel / informel	Ce paradoxe existe dès lors qu'il y a cohabitation d'un cadre d'action explicite et formel et d'un espace d'action indéterminé en dehors du cadre
		un cadre d'action explicite et formel ⇔ un espace d'action indéterminé
	spécificité / unité	Ce paradoxe existe dès lors qu'il y a cohabitation d'une nécessaire segmentation des domaines de compétences et d'une approche globale de la santé
		une segmentation des domaines de compétences ⇔ une approche globale de la santé
	conformité / autonomie	Ce paradoxe existe dès lors qu'il y a cohabitation d'une recherche de conformité aux attentes des tutelles et d'une volonté de préserver l'autonomie des acteurs locaux
		une recherche de conformité aux attentes des tutelles ⇔ une volonté de préserver l'autonomie des acteurs

Source : élaboration personnelle

⇒ La seconde grille d'analyse concerne la proposition de recherche 2

Nous avons repéré dans la littérature deux types de stratégies : les stratégies simples et les stratégies doubles (ou paradoxales). Celles qui nous intéressent sont les stratégies paradoxales qui semblent les plus appropriées à la gestion des réseaux de santé. Parmi celles-ci, nous avons décrit trois logiques paradoxales : dialogue, différenciation et disparition. C'est la logique de dialogue qui convient théoriquement à la gestion des réseaux de santé. Partant de là, il s'agit pour nous d'analyser les pratiques professionnelles des acteurs de terrain pour identifier quelle type de stratégie est mobilisée et selon quelle logique elle est mise en œuvre. A cet effet, nous établissons une deuxième grille d'analyse pour caractériser la stratégie de gestion des réseaux étudiés.

**- Tableau 4. 7 -
Grille d'analyse des pratiques professionnelles**

Données brutes	Grille d'analyse des pratiques professionnelles		
Une liste de pratiques professionnelles	Stratégie simple	La gestion est envisagée sous l'angle du « soit / soit » ⇒ le paradoxe est tranché : seul un des pôles est pris en considération	
	Stratégie double	La gestion est envisagée sous l'angle du « et / et » ⇒ le paradoxe est pris en compte dans sa globalité en suivant une logique paradoxale	
		Logique de différenciation	Processus séquentiel Espaces cloisonnés Temps successifs
		Logique de dialogue	Processus dialectique Espaces d'échanges Temps de rencontres
		Logique de disparition	Saut cognitif supprimant le paradoxe

Source : élaboration personnelle

Prenant appui sur ces grilles d'analyse de données, nous avons défini l'arborescence de codes utilisés pour étudier les entretiens. Précisons par ailleurs que nous avons jugé opportun, à ce stade de la recherche, d'utiliser le logiciel N'VIVO pour nous aider à coder les entretiens. C'est un logiciel de traitement de données qualitatives qui permet la codification de données et qui offre la possibilité de les relier entre elles. La valeur ajoutée du logiciel n'est pas dans sa capacité d'analyse, dont la tâche incombe au chercheur et en aucun cas au logiciel, mais dans l'aide au traitement d'un volume important de données (Deschenaux et Bourdon, 2005).

« L'utilisation d'un logiciel de traitement de données qualitatives peut faciliter la mise en commun de l'ensemble des récits. [...]. Toutes les opérations de tri et de classement sont permises, ce qui rend le processus de mise en commun des récits beaucoup plus rigoureux tout en sauvant du temps » (Rouleau, 2003, p. 167). N'VIVO nous a ainsi permis de traiter une grande quantité de données en variant les critères de tri et de former des matrices de codes reprenant des extraits de texte dans le but de faciliter l'analyse.

Avant de présenter l'arborescence de codes définitive, nous exposons les résultats du test du double codage dont l'objectif a été de renforcer la fiabilité des codes retenus.

b. Le test du double codage

Nous avons soumis les codes au test du double codage, tel que le préconisent Huberman et Miles (2003). Ce test a été effectué avec le concours d'un autre chercheur du CRET-LOG, M^{elle} Nelly Massard, Maître de Conférences à l'Université de Lyon I. Deux textes ont été sélectionnés au hasard et fournis avec l'arborescence des codes afin de mesurer l'écart des résultats du codage et d'en améliorer la fiabilité. Pour veiller à la compréhension des codes utilisés dans N'VIVO, nous avons également transmis à M^{elle} Massard les grilles d'analyse présentées dans les tableaux 4.6 et 4.7. Le taux de fiabilité du double codage a été calculé à partir du ratio préconisé par Huberman et Miles :

$$\frac{\text{Nombre d'accords (chercheur/codeur)}}{\text{Nombre total d'unités à coder}}$$

Les taux de fiabilité ont été de 67,3 % pour le premier texte comptant 23 unités à coder et de 71,5 % pour le second texte comptant 19 unités à coder. Nous avons alors discuté les écarts et repris l'arborescence de codes. Un nouveau texte a ensuite été tiré au hasard pour être codé avec la nouvelle arborescence par M^{elle} Massard. Nous avons alors obtenu un taux de fiabilité de 90,8 % pour un nombre d'unité à coder s'élevant à 25.

c. L'arborescence de codes définitive

Le double codage nous a permis de construire l'arborescence définitive des codes qui est présentée dans l'encadré suivant. Les données fournies en entretien ont ainsi été « rangées » dans les catégories mentionnées dans l'arborescence. Nous spécifions en *italique* les catégories recueillant « l'émergent ». Autrement dit, nous envisageons la possibilité de découvrir :

↳ de nouveaux paradoxes : Code – incidents critiques / Sous code – situation de gestion paradoxale / Sous sous code – *autre paradoxe* ;

↳ de nouvelles logiques paradoxales : Code – pratiques mises en œuvre par les acteurs / Sous code – stratégie double / Sous sous code – *autre logique* ;

↳ des situations de gestion autre que paradoxales : Code – incidents critiques / Sous code – *autre situation de gestion*.

Pour illustrer l'exercice de codage, nous fournissons un entretien entièrement codé en annexe (Annexe 4.4).

- Encadré 4.4 -

Codes utilisés pour les entretiens de la seconde étude empirique

- Caractéristiques du répondant

- profession
- rôle dans le réseau
- ancienneté dans le réseau

- Présentation générale du réseau étudié

- ancienneté
- origine
- cible
 - pathologie
 - population
- mission
- organisation
- financement

- Incidents critiques

- situation de gestion paradoxale
 - paradoxe formel / informel
 - paradoxe spécificité / unité
 - paradoxe conformité / autonomie
 - *autre paradoxe*
- *autre situation de gestion*

- Pratiques professionnelles

- stratégie double
 - logique de dialogue
 - logique de différenciation
 - logique de disparition
 - *autre logique*
- stratégie simple

- Mode de management général

- « philosophie » gestionnaire des acteurs (convictions, valeurs, etc.)
- type de management (participatif, centralisé, etc.)

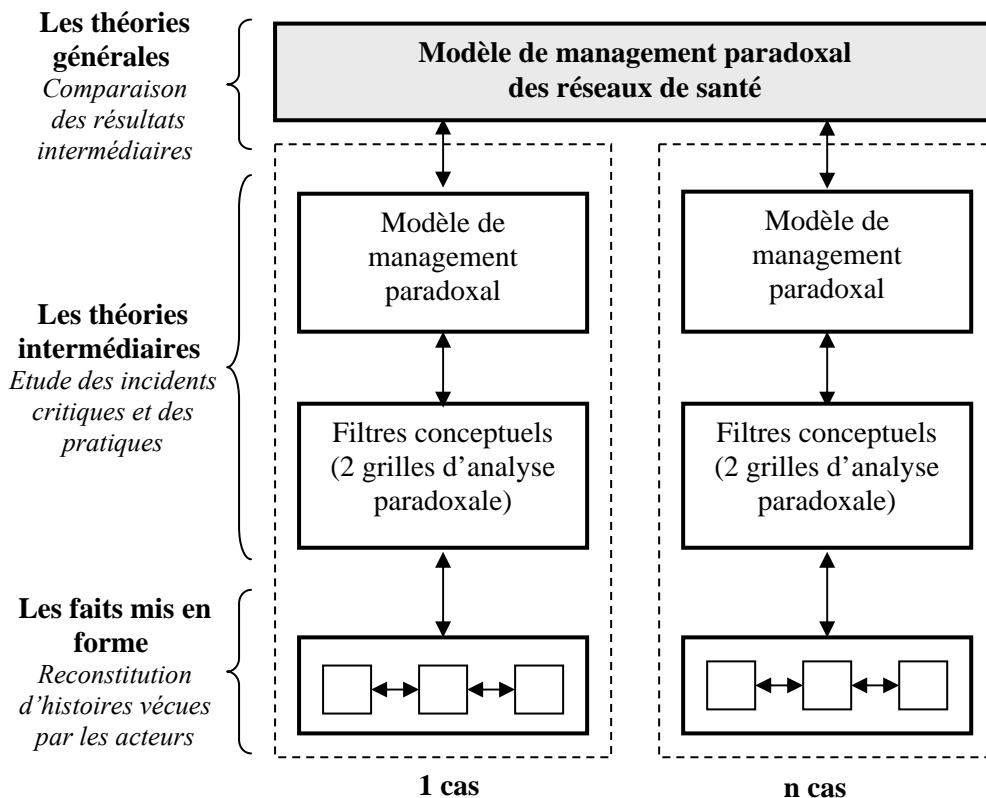
Source : élaboration personnelle

d. Méthode d'analyse et présentation des données

L'analyse des récits de pratiques ne peut faire l'impasse sur la question de la mise en forme des données qui prend une grande importance dès lors qu'il s'agit de « *rendre compte du vécu subjectif des personnes qui ont accepté de se raconter. [...] Lors de l'écriture, c'est souvent le chercheur qui devient le narrateur d'une histoire vécue par procuration. [...] Les histoires et les récits qui en découlent sont co-construits par le narrataire et le narrateur* » (Rouleau, 2003, p. 168).

Dans notre recherche, la présentation des données doit se faire de telle sorte qu'elle puisse permettre de discuter les propositions de recherche tout en respectant les récits de pratiques des acteurs. Pour cela, notre analyse suit une progression partant des histoires vécues par les acteurs jusqu'à la construction d'un modèle de management paradoxal des réseaux de santé. Cette montée en abstraction est obtenue par un double mouvement de généralisation verticale (au sein de chaque cas) et horizontale (entre les cas) (David, 2003 ; 2007). Nous illustrons ce point dans la figure suivante que nous explicitons par la suite.

- Figure 4. 5 -
Méthode d'analyse des récits de pratiques



Source : élaboration personnelle à partir de David (2003), p. 161.

Nous revenons à présent sur les trois paliers (faits mis en forme, théories intermédiaires et théories générales) que nous mobilisons pour monter en abstraction et répondre *in fine* à notre objectif de recherche consistant à construire un modèle de management des réseaux de santé. Les deux premiers niveaux sont traités dans le chapitre cinq de la thèse qui expose les cinq études de cas dans une démarche d'analyse intra cas. Le dernier niveau fait l'objet du chapitre six de la thèse qui procède d'une analyse comparative des résultats.

➤ **Premier palier : reconstitution d'histoires vécues par les acteurs**

Nous commençons par reconstituer, dans chaque cas, des histoires à partir d'extraits de récits recueillis en entretien. Ces histoires ne sont pas des données brutes mais elles sont déjà un premier niveau d'analyse. Elles sont racontées par le chercheur qui interprète et elles ont fait l'objet d'un choix d'extraits de récits de pratiques, croisant souvent plusieurs entretiens, qui ont été jugés pertinents compte tenu de la question de recherche. Les histoires reconstituées relèvent ainsi d'un premier niveau de généralisation : les faits mis en forme.

Pour permettre une lecture plus aisée des cas, nous avons fait le choix dans le chapitre suivant, de décrire un nombre limité d'histoires que nous estimons particulièrement significatives pour discuter nos propositions de recherche¹⁸.

➤ **Second palier : étude des incidents critiques et des pratiques professionnelles**

Le second palier est constitué de deux étapes : la première consiste à étudier les histoires reconstituées à partir de nos deux grilles d'analyses conceptuelles et la seconde consiste à construire un modèle de management intra cas à partir de nos résultats d'analyse.

Nous sommes ici à un deuxième niveau de généralisation. « *Ce sont des théories intermédiaires, c'est-à-dire encore très contextuelles, mais qui sont déjà transposables, donc en partie abstraites de leur contexte* » (David, 2003, p. 162). Les résultats intermédiaires « parlent » à un autre chercheur qui travaillerait sur d'autres situations empiriques.

Aussi, dans un premier temps, nous utilisons nos grilles d'analyse pour discuter nos propositions de recherche. La première grille d'analyse (Tableau 4.6) vise à filtrer les histoires en étudiant plus spécifiquement les contextes d'action dans lesquels se sont manifestés les incidents critiques. Nous analysons ces incidents sous la focale des paradoxes pour confirmer

¹⁸ Pour consulter l'intégralité des histoires reconstituées, contacter christellebruyere@univ-st-etienne.fr ou christellebruyere@yahoo.fr

ou infirmer leur présence et éventuellement en découvrir de nouveaux (Proposition de recherche 1). La seconde grille d'analyse (Tableau 4.7) vise à filtrer les histoires en concentrant l'analyse sur les pratiques professionnelles afin de mettre à jour la stratégie élaborée par les acteurs et opérer des rapprochements avec les logiques paradoxales que nous avons relevées dans la théorie (Proposition de recherche 2).

Par ailleurs, pour compléter et approfondir l'étude de la seconde proposition de recherche, nous effectuons une synthèse de l'ensemble des pratiques recueillies en entretien. Nous exposons la méthode de construction dans l'encadré suivant. Notons que nous avons fait le choix, dans le chapitre qui suit, de présenter cette synthèse en annexe pour ne pas alourdir la présentation des cas. Aussi, nous invitons le lecteur à se référer aux annexes au fil des cas pour en avoir une lecture plus détaillée.

- Encadré 4.5 -

Méthode de construction des matrices de pratiques

Pour avoir une vision d'ensemble des pratiques recueillies en entretien, nous avons réalisé une synthèse par cas. Cette synthèse prend la forme d'une matrice qui fournit deux types d'informations :

- les pratiques professionnelles racontées par les acteurs : le recensement des pratiques a une visée synthétique. Aussi, pour satisfaire cet objectif, nous nous centrons sur la tâche opératoire en limitant les données contextuelles.
- les savoir-être exprimés par les acteurs : il nous a semblé important d'associer, aux tâches opératoires, les savoir-être qui font écho à des caractéristiques de la personnalité : rigueur, force de conviction, curiosité d'esprit, initiative, etc. (Le Boterf, 2002). Ce choix est justifié par l'importance accordée par les interviewés sur ce point dans leurs récits. Aussi, les savoir-être que nous mentionnons sont ceux énoncés par les acteurs en entretien ou reformulés par nous même et ils décrivent des traits de la personnalité des coordonnateurs de réseau de santé.

Nous avons ensuite organisé les données en suivant un double classement :

- nous avons tout d'abord rattaché chaque pratique à une famille d'objectifs qui a été définie en cohérence avec les récits de pratiques (exemple : former le cadre d'action du réseau, communiquer sur le réseau, avoir un parcours de soins global, etc.).
- nous avons ensuite associé chaque famille d'objectifs à un paradoxe auquel elle semble plus spécifiquement liée.

Nous illustrons l'organisation des données avec un exemple :

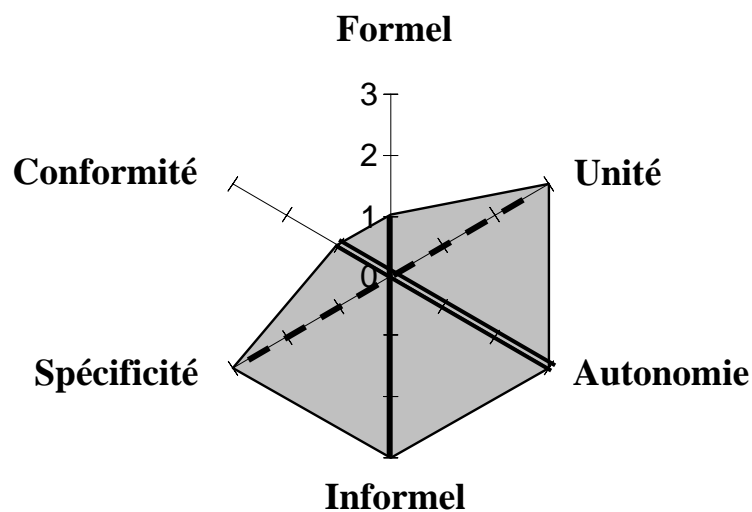
- ✓ Pratique : la réalisation collective d'une charte de fonctionnement
- ✓ Famille d'objectifs : pour formaliser le cadre d'action
- ✓ Paradoxe de rattachement : formel / informel

Notons que ce choix de répartition des informations ne signifie pas que les paradoxes sont hermétiques entre eux mais répond plutôt à un travail de classification des données. Précisons également que ces synthèses fournissent une liste exhaustive des principales pratiques énoncées en entretiens mais en aucun cas des pratiques mises en œuvre dans le réseau.

Source : élaboration personnelle

Enfin, au terme de l'étude de chaque cas, nous réalisons un modèle proposant une image du management paradoxal mis en acte par les acteurs. Ce modèle a une visée descriptive et il est construit à la lumière des résultats intermédiaires issus de la discussion de nos propositions de recherche. Nous donnons, dans l'encadré suivant, un exemple de lecture d'un modèle puis nous en détaillons la méthode de construction.

**- Encadré 4.6 -
Exemple d'un modèle de management paradoxal (cas du réseau de santé addiction)**



Lecture simplifiée du modèle – Le mode de management du réseau addiction est illustré par la zone grisée. Il forme un hexagone : tous les pôles sont pris en compte dans le réseau. Toutefois, certains pôles paraissent plus présents : nous repérons une tendance à arbitrer en faveur de l'autonomie des acteurs et de l'informel, formant ainsi un espace de gestion sensiblement réduit à l'intérieur duquel les coordonnateurs mobilisent trois logiques organisationnelles paradoxales (dialogue, différenciation et disparition).

Source : élaboration personnelle

La configuration générale du modèle s'apparente à une roue dans laquelle chaque rayon correspond à un paradoxe. Nous suivons ensuite une succession de 3 étapes pour former une image du management paradoxal mis en œuvre par les acteurs.

Etape 1 : positionner les points sur chaque axe de la roue

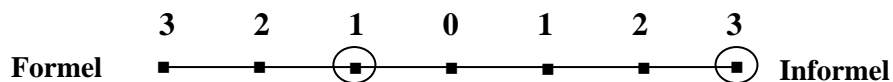
Les rayons représentent les paradoxes. Sur chaque axe, il s'agit d'apprécier le degré de présence des pôles distants dans le réseau. Il ne s'agit pas de sous-entendre ici qu'il y a une hiérarchie de pôles mais plutôt d'en percevoir le dosage pour faciliter la démarche comparative des cas.

A ces fins, nous graduons nos axes, à la manière des échelles bipolaires. Une différence fondamentale est toutefois à souligner : sur une échelle sémantique bipolaire, on ne peut pas être à la fois A et non A. Il s'agit donc de positionner le curseur entre les deux pôles. Or, dans notre recherche, nous avons expliqué que les paradoxes sociaux ne relèvent pas de cette logique mathématique. La présence simultanée des deux pôles est possible et leur prise en compte est par ailleurs souhaitable pour répondre aux tensions managériales des organisations concernées. A ce titre, nous n'envisageons non pas un mais deux curseurs évoluant sur une échelle centrée allant de 0 à 3, chacun des curseurs positionnant les deux pôles d'un même paradoxe.

L'échelle graduée consiste donc à répondre à la question suivante :

La présence du pôle est-elle : forte (3) - moyenne (2) - faible (1) - nulle (0) ?

Exemple : le pôle « formel » est faiblement présent et le pôle « informel » est fortement présent.



Les points sont ainsi placés par le chercheur en fonction de sa connaissance du réseau au terme de l'étude de cas. Pour faciliter la lecture de l'échelle et améliorer la fiabilité du positionnement, nous précisons le sens accordé aux degrés extrêmes (0 et 3) dans le tableau suivant.

**- Tableau 4.8 -
Echelle graduée du modèle de management paradoxal**

Graduation	3	0
formel	un fonctionnement explicitement cadré (par des documents formels)	un fonctionnement qui n'est pas explicitement cadré
informel	un espace de liberté important autour du cadre d'action	un cadre d'action qui ne laisse pas de marge de manœuvre
conformité	une recherche de correspondance aux attentes des tutelles	un fonctionnement indépendant des attentes des tutelles
autonomie	des professionnels exerçant leurs soins sans contrainte	des professionnels contraints dans l'exercice de leurs soins
spécificité	des intervenants au domaine de compétences distinctement balisé	des intervenants « polyvalents » au domaine de compétences diffus
unité	une réponse concertée au besoin de santé	une réponse segmentée au besoin de santé

Source : élaboration personnelle

Étape 2 : relier les points pour visualiser l'espace de gestion du réseau

Nous relierons ensuite chacun des points pour former une figure géométrique. Si la figure est un hexagone, cela traduit la prise en compte de chacun des pôles dans le management du réseau (aucun point n'est au centre). Un arbitrage est alors en jeu :

- Plus l'hexagone est étendu, plus les pôles sont présents dans leur intégralité. Cela signifie que le réseau arbitre dans un espace de gestion étendu.
- Plus l'hexagone est étroit, plus la présence des pôles est limitée. Cela signifie que le réseau arbitre dans un espace de gestion réduit.

Si la forme géométrique n'est pas un hexagone, cela implique qu'un ou plusieurs points ont été placés au centre pour signifier l'absence d'un des pôles. Le paradoxe a alors été tranché au détriment d'un des pôles qui disparaît. L'espace de gestion est restreint.

Étape 3 : caractériser les axes de la roue en fonction des logiques paradoxales mobilisées

Il s'agit, dans une dernière étape, de visualiser le(s) type(s) de logiques organisationnelles mobilisées par les acteurs dans l'espace de gestion ainsi formé. Nous avons relevé, dans la revue de littérature, l'existence de trois logiques paradoxales (§.3.3.2). Nous symbolisons chacune de ces logiques en représentant différemment les axes de la roue.

- | | |
|------------------------------|-------|
| ➤ Logique de dialogue | — |
| ➤ Logique de différenciation | == |
| ➤ Logique de disparition | - - - |

Une fois ce travail de modélisation effectué, nous passons au troisième palier d'analyse (Figure 4.5).

➤ Troisième palier : comparaison des résultats intermédiaires

Le troisième palier est traité dans le dernier chapitre de la thèse. Il a pour objet de passer à un troisième niveau de généralisation en comparant les résultats intermédiaires obtenus dans chaque cas afin de repérer des invariants, seuls capables de faire la part des choses entre la contingence locale et les régularités plus profondes (Vigour, 2005). C'est à partir de cette étude transversale que nous construirons un modèle général de management paradoxal des réseaux de santé. Ce modèle descriptif (et non causal) souhaite apporter sa contribution au

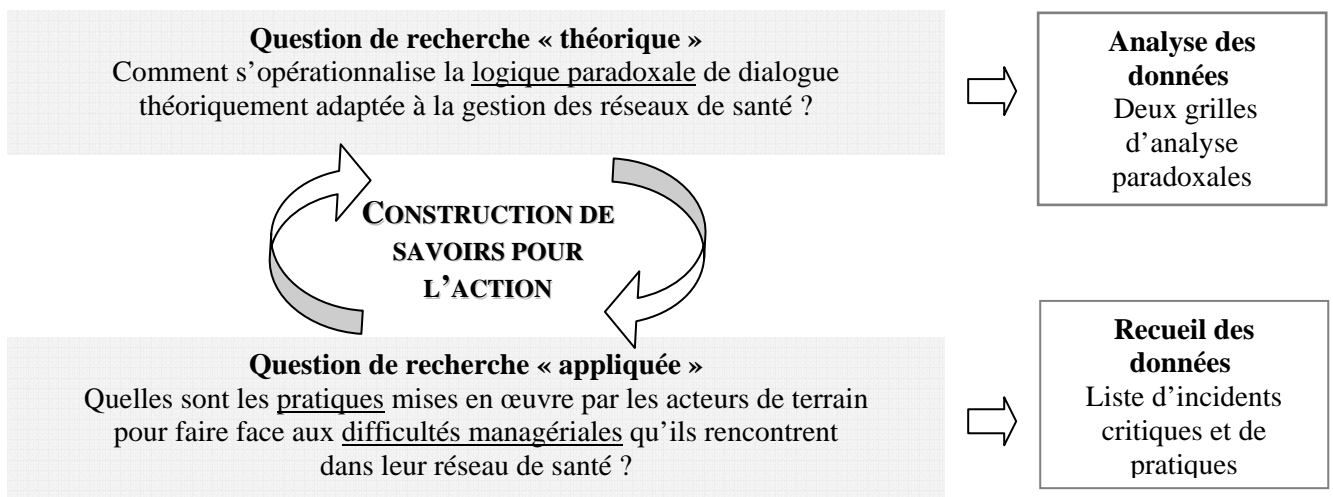
secteur de la santé en particulier et au champ du management stratégique en général en proposant une réflexion sur la gestion paradoxale des réseaux hybrides centrés sur une population type.

En définitive, le processus de généralisation que nous suivons relève d'une généralisation analytique qui procède d'une part d'une description des cas à différents niveaux théoriques et d'autre part d'une analyse comparative (David, 2003).

4.2.2.4 Synthèse des choix méthodologiques

En résumé, la question de recherche qui canalise l'examen des cas se décline à deux niveaux de lecture : un niveau théorique qui utilise le paradoxe comme outil théorique pour traiter les données et un niveau appliqué qui utilise les difficultés managériales comme outil empirique pour recueillir les récits de pratiques des interviewés. Nous puisons le savoir dans l'action qui est elle-même analysée par le savoir, et ce afin de formuler des savoirs pour l'action qui sont « des énoncés susceptibles d'être utiles à l'action des praticiens, construits par le chercheur à partir d'informations obtenues au cours du travail de terrain » (Avenier, 2007, p. 158).

- Figure 4.6 -
Deux niveaux de lecture de la question de recherche centrale



Source : élaboration personnelle

Pour répondre à cette question de recherche centrale, nous avons été amenée à faire des choix méthodologiques que nous résumons dans le tableau suivant.

- Tableau 4.9 -
Synthèse des choix méthodologiques de la seconde étude empirique

Questions méthodologiques	Protocole de recherche
Méthode de terrain	
<i>Quelle méthode de terrain retenir?</i>	La méthode des cas
<i>Un cas unique ou plusieurs cas ?</i>	Des études de cas multiples et encadrées, étudiées dans une logique comparative
<i>Quels réseaux choisir pour répondre à la question de recherche ?</i>	5 cas exemplaires : 4 cas de succès (des réseaux qui se rapprochent du RHYCEBA) et 1 cas d'échec
Méthode de collecte de données	
<i>Quelles données recueillir pour répondre à la question de recherche ?</i>	Les pratiques professionnelles initiées par le réseau de santé (en détaillant les contextes d'action)
<i>Un niveau d'analyse ou plusieurs niveaux d'analyse ?</i>	Plusieurs niveaux d'analyse : individuel et organisationnel
<i>Comment étudier les pratiques ?</i>	Par des énoncés de pratiques formulés par les acteurs (recueil de récits de pratique)
<i>Comment faire parler les gens ?</i>	Par la technique des incidents critiques (faire penser à des difficultés managériales et décrire les pratiques pour y faire face)
<i>Qui interroger ?</i>	Le noyau : des coordonnateurs gérant le réseau (14 entretiens) La périphérie : des professionnels participant aux activités du réseau (18 entretiens)
<i>Comment conduire l'entretien ?</i>	Par un guide d'entretien souple pour instaurer une conversation « guidée » Par une grille de collecte de données pour veiller à ce que chaque incident critique soit associé à une ou plusieurs pratiques
<i>Comment assurer la validité interne des données recueillies ?</i>	Par 3 techniques : le croisement des récits dans un même réseau ; la restitution des entretiens aux coordonnateurs et une étude de données secondaires internes
Méthode d'analyse des données	
<i>Comment retranscrire les données ?</i>	Enregistrement des entretiens pour faciliter la retranscription
<i>Comment analyser les données ?</i>	Codage <i>a priori</i> à partir de 2 grilles d'analyse (tout en prévoyant des catégories recueillant l'émergent) Aide du logiciel N'Vivo pour coder les données
<i>Quelle mise en forme des données ?</i>	Reconstitution d'histoires significatives pour la recherche, à partir des récits de pratiques des acteurs
<i>Comment assurer la validité externe des résultats ?</i>	Par deux processus liés de généralisation analytique : - un processus vertical (intra cas) consistant à monter en abstraction (des histoires racontées par les acteurs à un modèle de management paradoxal du réseau) - un processus horizontal (inter cas) consistant à repérer des régularités (des modèles intra cas à un modèle général de management paradoxal des réseaux de santé)

Source : élaboration personnelle

4.3 PRESENTATION DES ETUDES DE CAS

L'étude des pratiques professionnelles initiées dans le cadre des réseaux de santé nécessite au préalable une connaissance générale du terrain pour permettre une analyse fine des récits. A ce titre, nous terminons ce chapitre en présentant chacun des cas étudiés. Cette présentation se fera en deux temps :

➤ Dans un premier temps, nous donnons des éléments contextuels clés sous la forme d'un tableau mentionnant quatre types d'informations :

- Les critères d'entrées des bénéficiaires dans le réseau : rappelons que les réseaux de santé définissent des critères d'inclusion pour former un groupe « homogène » de malades concernés par la thématique de soins (§ 2.2.1.4) ;
- L'histoire du réseau : nous précisons la naissance du réseau et les faits marquants de son évolution ;
- La mission du réseau : nous exposons rapidement la raison d'être du réseau et ses objectifs associés ;
- La composition du réseau : nous présentons les participants au réseau en distinguant le noyau (équipe de coordination) et la périphérie (bénéficiaires et professionnels).

➤ Dans un second temps, nous décrivons le processus d'entrée / sortie des bénéficiaires et des professionnels participant au réseau. Ce processus est présenté en trois étapes :

- L'entrée dans le réseau, à savoir comment les acteurs sont généralement mis en contact avec le réseau et quelles sont les modalités d'entrée ;
- La participation au réseau, à savoir quelles sont leurs activités dans le réseau ;
- La sortie du réseau, à savoir quels sont les principaux motifs de sorties.

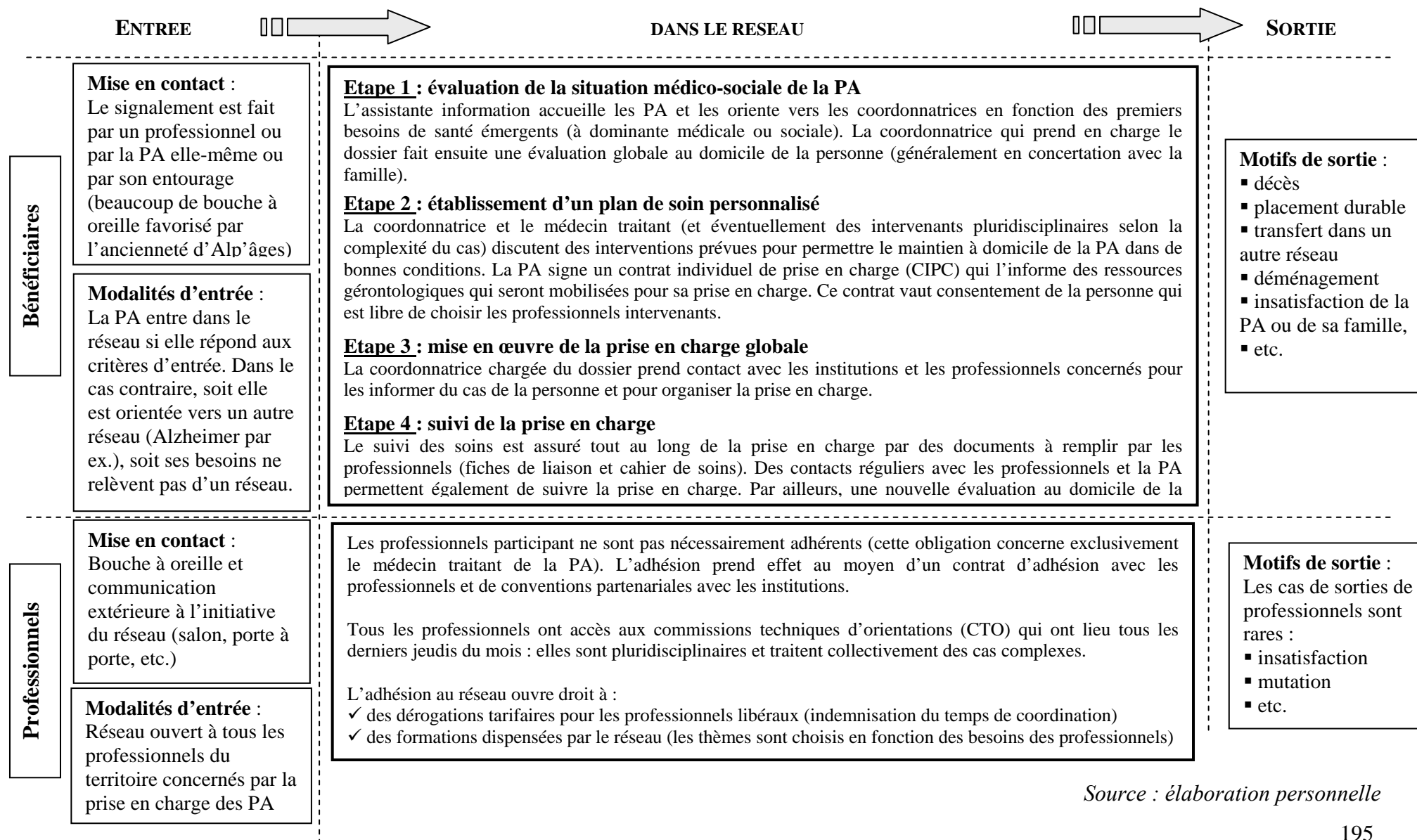
4.3.1. Le réseau gérontologique (cas de succès)

**- Tableau 4.10 -
Tableau signalétique d'Alp'âges**

Réseau de santé gérontologique : Alp'âges	
CRITERES D'ENTREE DU BENEFICIAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir plus de 60 ans ▪ Souffrir d'une perte d'autonomie physique ou psychique, renforcée par des difficultés économiques et sociales ▪ Etre sur la zone géographique couverte par le réseau (bassin de 20 communes rurales des Bouches du Rhône) ▪ Avoir un médecin traitant adhérent (critère récemment ajouté pour faciliter la coordination de la prise en charge)
HISTOIRE DU RESEAU	Le réseau est né de la volonté d'un groupe de professionnels médico-sociaux qui était confronté sur le terrain à la difficulté d'accès aux soins des personnes âgées (PA). Cette difficulté était par ailleurs accentuée par la ruralité du territoire. Alp'âges a vu le jour en 1997 sous la forme d'un CLIC (Comité Local d'Information et de Coordination) puis a évolué en réseau de santé en 2004 sous l'impulsion de la réforme de 2002. Le réseau est aujourd'hui financé par la DRDR et a obtenu le renouvellement en 2007 pour une période de 3 ans suite à son évaluation.
MISSION (S) DU RESEAU	<p>Alp'âges ne dispense pas de soins. Les soins sont le fait exclusif des différents intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans la prise en charge de la personne. La mission générale du réseau est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situation difficile. Cette mission se décline en deux axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ permettre un maintien à domicile des personnes âgées : le réseau coordonne une prise en charge globale adaptée aux besoins de santé de la personne pour lui permettre de rester à son domicile quand son état le permet. Si toutefois des séjours hospitaliers sont nécessaires, le réseau gérontologique veille à éviter toute rupture de prise en charge en maintenant un accompagnement de la personne et en préparant son retour à domicile. ✓ offrir un lieu de concertation et de formation des professionnels : le réseau met à disposition un centre de documentation, organise des formations et prévoit des concertations pour discuter des cas complexes de patients.
COMPOSITION DU RESEAU	<p>Noyau (équipe de coordination) ⇨ 6 professionnels permanents qui travaillent au siège du réseau : une directrice, deux coordonnateurs médicaux (infirmière et médecin), une coordonnatrice sociale, une coordonnatrice administrative et une assistante information orientation.</p> <p>Périphérie (participants au réseau) ⇨ 170 personnes âgées bénéficiaires et 120 professionnels de soins adhérents : médecins généralistes, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, pharmaciens et professionnels de santé hospitaliers (médecins gériatres et médecins psychiatres). Le réseau travaille également avec des maisons de retraites, des services de soins infirmiers à domicile et d'autres réseaux de santé (un réseau de soins palliatifs et un réseau de santé Parkinson).</p>

Source : élaboration personnelle

**- Figure 4.7 -
Processus entrée/sortie d'Alp'âges**



Source : élaboration personnelle

4.3.2. Le réseau de soins palliatifs (cas de succès)

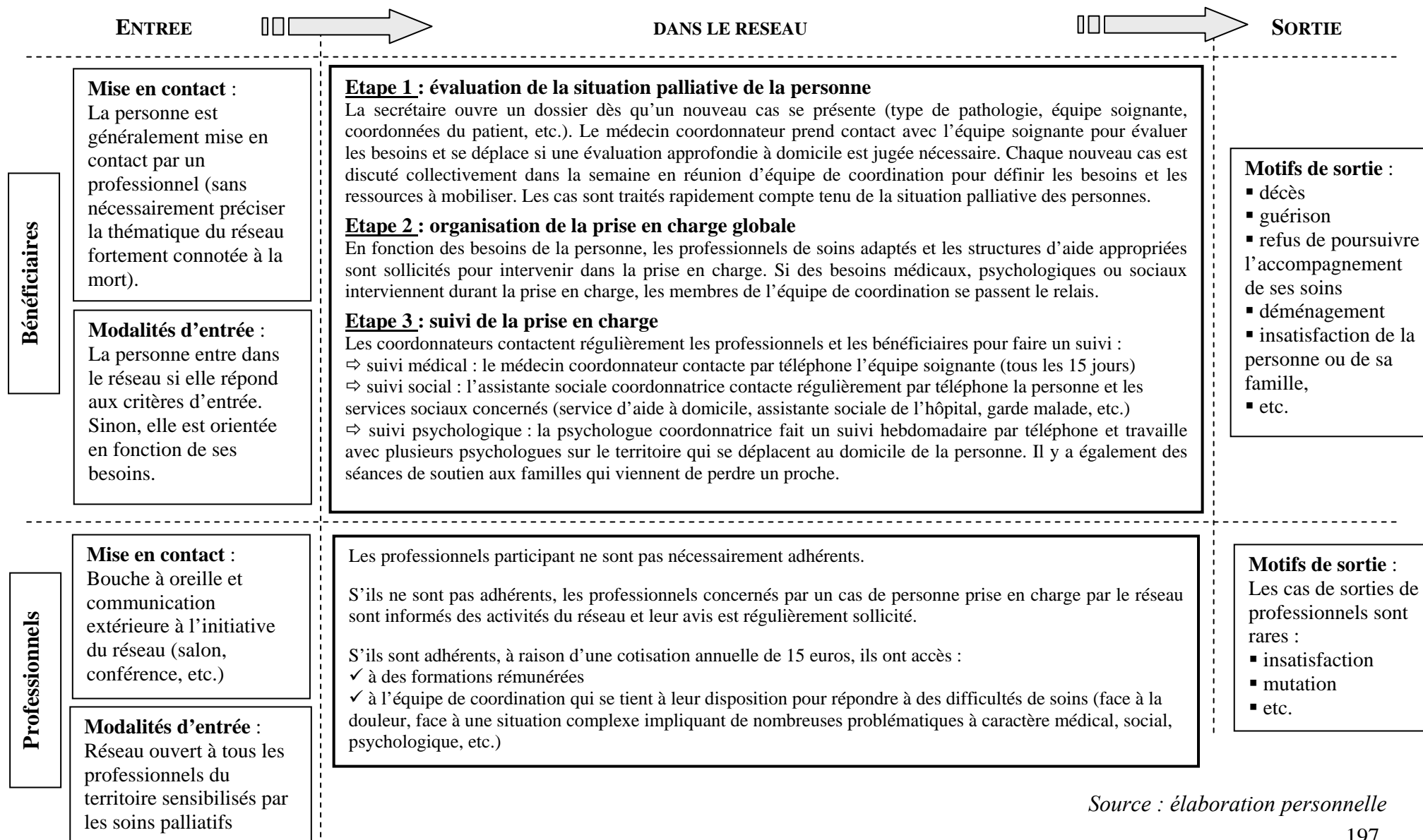
- Tableau 4. 11 -
Tableau signalétique de Resp 13

Réseau de soins palliatifs : Resp 13	
CRITERES D'ENTREE DU BENEFICIAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre en situation palliative : souffrir d'une maladie grave, chronique, évolutive quel que soit le type de pathologie (référence à l'art. 1^{er} de la loi du 9 juin 1999¹⁹) ▪ Etre sur la zone géographique couverte par le réseau (Les Bouches du Rhône)
HISTOIRE DU RESEAU	Le réseau est né d'une volonté locale de professionnels sensibilisés par les soins palliatifs. Le projet a débuté en 2002 et a ensuite été soumis aux tutelles en 2003 qui ont accordé un financement DRDR. Ce financement a été renouvelé en 2006 pour 3 ans.
MISSION (S) DU RESEAU	<p>Resp 13 ne dispense pas de soins. Les soins sont le fait exclusif des différents intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans la prise en charge de la personne. La mission générale du réseau est d'apporter un soutien médico-socio-psychologique aux personnes en fin de vie. Cette mission se décline en deux axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ accompagner le patient en situation palliative (et sa famille). Le réseau apporte une aide dans la prise en charge globale de la personne sur le lieu de son choix (domicile ou institution) : évaluation de ses besoins de santé, mobilisation des professionnels de soins adaptés et des structures de soins appropriées, mise en place d'un soutien médical, social et psychologique pour le patient et sa famille. ✓ former les professionnels et les bénévoles : les formations ont lieu une fois par mois à Aix en Provence, Salon de Provence ou Marseille, le plus souvent dans les établissements ayant une activité palliative. Elles abordent des questions médicales, paramédicales ou éthiques en lien avec les soins palliatifs.
COMPOSITION DU RESEAU	<p>Noyau (équipe de coordination) ⇒ 5 professionnels permanents qui travaillent au siège du réseau : une directrice, une secrétaire, un médecin, une assistante sociale, une psychologue.</p> <p>Périphérie (participants au réseau) ⇒ en constante progression : médecins généralistes, médecins hospitaliers, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, etc. Aucun chiffre ne nous a été communiqué.</p>

Source : élaboration personnelle

¹⁹ Art. 1^{er} de la loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique ».

**- Figure 4.8 -
Processus entrée/sortie de Resp 13**



Source : élaboration personnelle

4.3.3. Le réseau addiction (cas de succès)

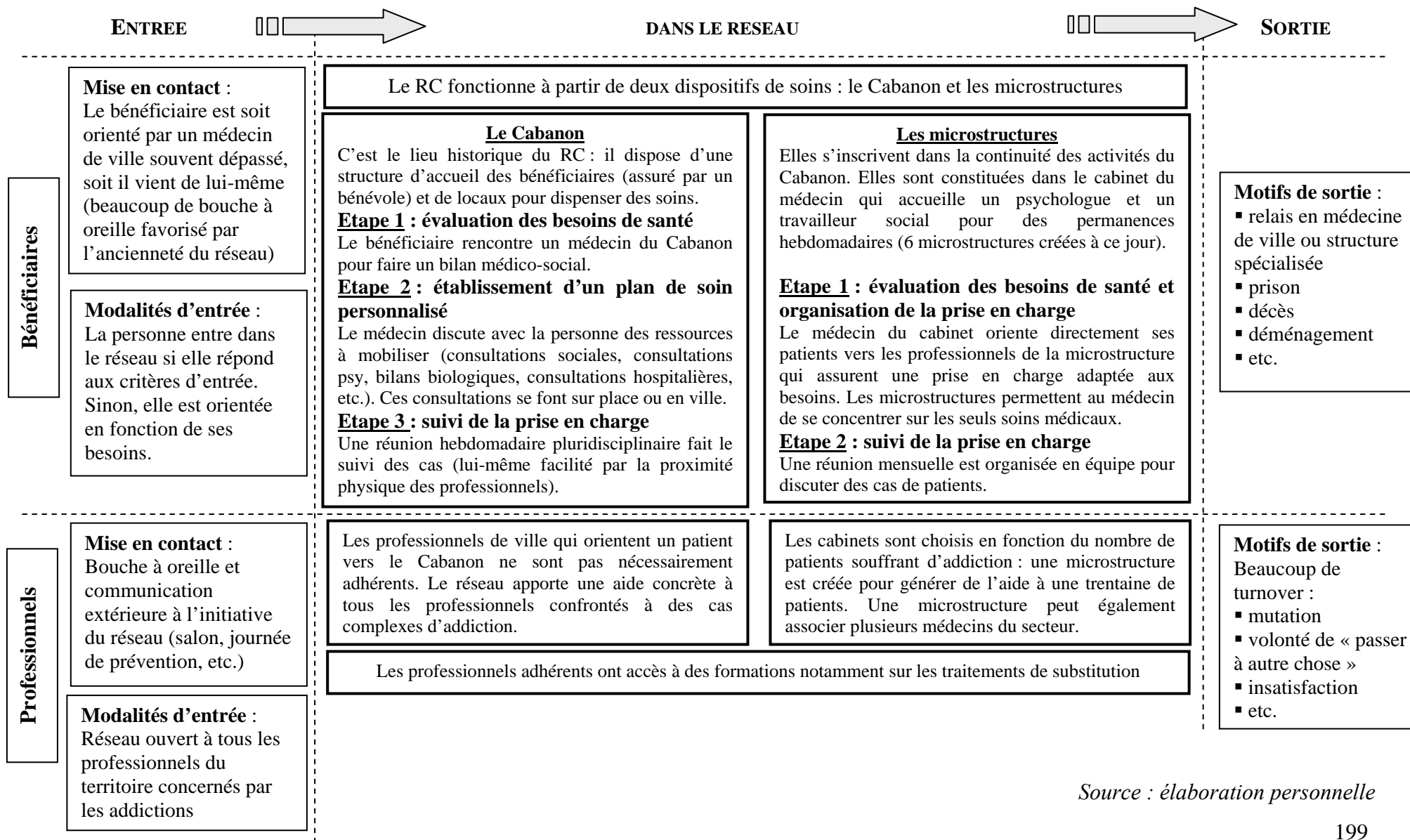
- Tableau 4.12 -
Tableau signalétique du réseau Canebière

Réseau addiction : le réseau Canebière (RC)	
CRITERES D'ENTREE DU BENEFICIAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre en situation addictive : souffrir d'une dépendance à l'égard d'une drogue (consommation d'opiacés, d'alcool, ou usage de substances psycho actives) ▪ Etre sur la zone géographique couverte par le réseau (Les Bouches du Rhône)
HISTOIRE DU RESEAU	<p>Le réseau Canebière existe depuis 1998. Il est né à l'initiative de 3 médecins et d'une infirmière qui se sont retrouvés dans les années 90 démunis devant la nouvelle politique de réduction des risques²⁰. Celle-ci demandait aux médecins de ville de prendre en charge les personnes concernées par les conduites addictives, alors qu'elles relevaient jusqu'ici de structures de soins spécialisés (centres de sevrages). Le réseau est né en réaction à une incompréhension du système positionnant les professionnels dans une situation de soins à laquelle il pouvait difficilement répondre en l'Etat. Depuis 2003, le réseau est financé par la DRDR qui a par ailleurs été renouvelée en 2006 pour une période de 3 ans.</p>
MISSION (S) DU RESEAU	<p>La mission générale du réseau est d'aider les professionnels de ville qui ont des patients présentant des conduites addictives et, de manière sous-jacente, faciliter l'accès aux soins des patients décidés à arrêter leur consommation. Cette mission se décline en deux points :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ permettre une prise en charge globale des patients souffrant d'addiction : un professionnel de ville confronté à une situation d'addiction complexe qui lui semble nécessiter une prise en charge globale peut orienter son patient vers le réseau. Le RC est un lieu de soins à la différence des autres réseaux étudiés. Concrètement, une quinzaine de professionnels pluridisciplinaires effectuent des consultations médicales avec un suivi des traitements de substitution, assurent un accompagnement social et apportent un soutien psychologique. L'objectif du réseau n'est pas de garder les patients mais de proposer un accompagnement temporaire de manière à stabiliser sa situation médico-sociale. Ensuite, un relais s'opère en médecine de ville ou en structure spécialisée selon sa situation. ✓ assurer une formation des professionnels confrontés à des situations complexes : le réseau est un lieu d'informations, de formations et d'échanges sur des problématiques communes. Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires font la synthèse des cas. Ce sont lors de ces réunions que sont décidées les possibilités de sortie du patient relayé en médecine de ville ou hospitalisé selon les cas.
COMPOSITION DU RESEAU	<p>Noyau (équipe de coordination + équipe soignante)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 coordonnateurs de réseau : un président d'association, une coordonnatrice administrative, une coordonnatrice médicale, une secrétaire. ▪ Une quinzaine de praticiens vacataires : médecins, travailleurs sociaux et psychologues. <p>Périphérie (participants au réseau) ⇨ différents acteurs individuels et organisationnels du champ des addictions : médecins généralistes, pharmaciens, travailleurs sociaux, hôpitaux, cliniques, centres méthadones, officines et laboratoires de ville, centres d'hébergements, associations supports (AIDES, médecin du monde, etc.), etc. Aucun chiffre ne nous a été communiqué.</p>

²⁰ Dans les années 1990, la France a fait le constat d'un drame sanitaire. Près de 50 % des toxicomanes étaient contaminés par le VIH. Les politiques répressives entraînaient une clandestinité des pratiques qui a contribué à augmenter les risques de contamination. Afin de lutter contre ce fléau sanitaire, une politique de réduction des risques a été mise en œuvre en urgence. Elle a profondément bouleversé les relations médecins – usagers de drogue (mise en vente libre de seringues, prescription de produits de substitution par les médecins généralistes, messages de prévention, etc.).

Source : élaboration personnelle

- Figure 4. 9 -
Processus entrée/sortie du réseau Canebière (RC)



Source : élaboration personnelle

4.3.4. Le réseau diabète (cas de succès)

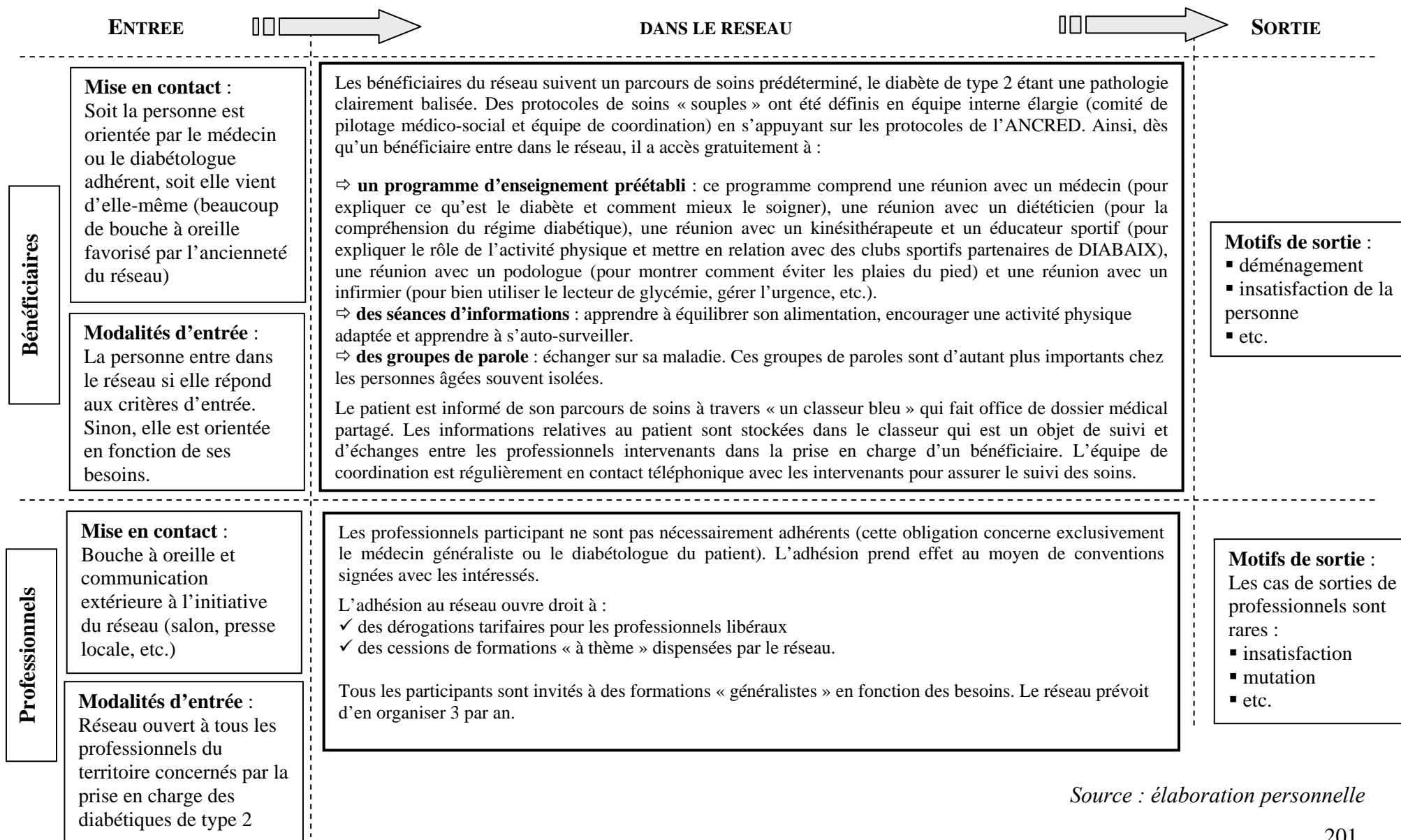
- Tableau 4.13 -
Tableau signalétique de Diabaix

Réseau addiction : Diabaix	
CRITERES D'ENTREE DU BENEFICIAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etre diabétique de type 2²¹ ▪ Etre sur la zone géographique couverte par le réseau (Aix en Provence, Salon, Pertuis, Manosque et Port de Bouc) ▪ Avoir un médecin généraliste et/ou diabétologue adhérent
HISTOIRE DU RESEAU	Le projet d'un réseau diabète a débuté en 1996. Il est né d'une réflexion commune entre deux médecins hospitaliers qui réfléchissaient à une coordination entre la ville et l'hôpital. Le projet a été présenté en 2000 aux tutelles qui ont accepté de le financer. Ensuite, Diabaix a été reconnu réseau de santé en 2003. Le Financement DRDR a été renouvelé en 2006 pour une période de 3 ans.
MISSION (S) DU RESEAU	<p>Diabaix ne dispense pas de soins. Les soins sont le fait exclusif des différents intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans la prise en charge de la personne. La mission générale du réseau est d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète de type 2 et plus précisément d'éviter les complications liées à une mauvaise prise en charge de la maladie. Cette mission se décline en trois axes prioritaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ assurer la coordination des soins : le réseau veille à coordonner les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins nécessaires à une prise en charge globale. Celle-ci comprend entre autres des consultations de diététique, des soins de podologie, une consultation si besoin chez un diabétologue et éventuellement un suivi psychologique. ✓ assurer une éducation thérapeutique des bénéficiaires : alimentation, cours de cuisine, courses au supermarché, lecture des étiquettes, connaissance du diabète, soin des pieds, auto-surveillance, activité physique, cours de gym, etc. ✓ former les professionnels : accès à des formations indemnisées et à des protocoles médicaux actualisés
COMPOSITION DU RESEAU	<p>Noyau (équipe de coordination) ⇒ 4 professionnels permanents qui travaillent au siège du réseau : une directrice, une coordonnatrice médicale, une coordonnatrice administrative et une secrétaire. Par ailleurs, 1 médecin coordonnateur adjoint gère une antenne du réseau dans une ville voisine.</p> <p>Périphérie (participants au réseau) ⇒ 1700 patients et 700 professionnels de santé adhérents (médecins généralistes, diabétologues, podologues, médecins hospitaliers, psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes, éducateur sportif, infirmiers, etc.). Le réseau est également proche de deux associations fortement investies dans le diabète : l'Association Française des Diabétiques (AFD) et l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCRED). L'AFD propose, grâce à son réseau d'associations sur toute la France, un soutien aux personnes atteintes de diabète. L'ANCRED vise principalement à coordonner et capitaliser les actions des réseaux diabètes en France. Elle fournit notamment des protocoles de soins destinés à guider les professionnels de santé.</p>

²¹ Le diabète de type 1 est aussi appelé « diabète maigre ». Il survient souvent chez le sujet non obèse, avant l'âge de 30 ans. Il représente 10 % des cas de diabète et se traite par l'insuline. Le diabète de type 2 est aussi appelé « diabète gras ». Il apparaît autour de la cinquantaine et concerne particulièrement les personnes en surpoids. Des facteurs comme la sédentarité ou une mauvaise alimentation peuvent en être la cause. Il se traite principalement en respectant des règles hygiéno-diététique.

Source : élaboration personnelle

**- Figure 4. 10 -
Processus entrée/sortie de Diabaix**



Source : élaboration personnelle

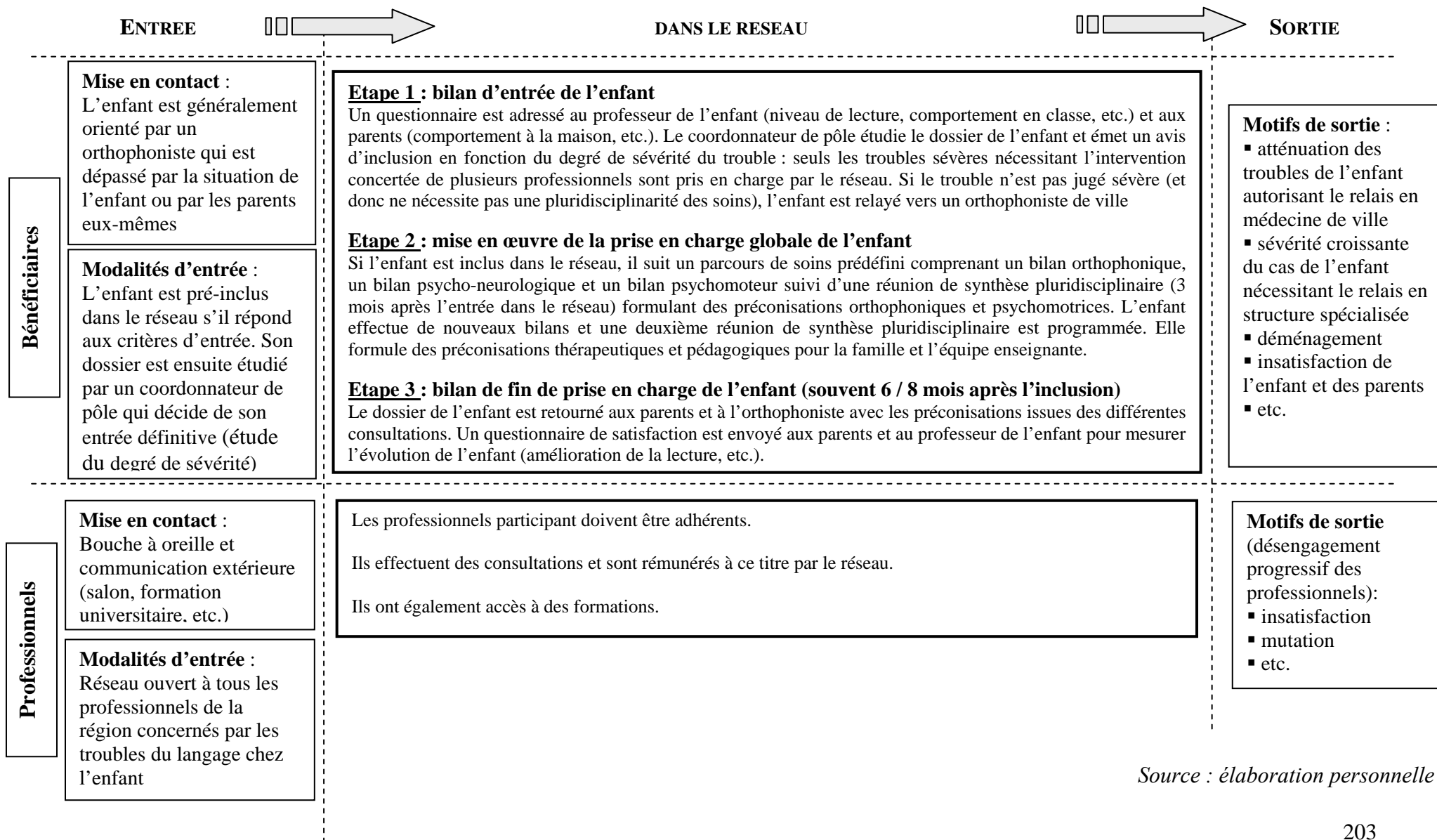
4.3.5. Le réseau dyslexie (cas d'échec)

- Tableau 4. 14 -
Tableau signalétique de Resodys

Réseau dyslexie : Resodys	
CRITERES D'ENTREE DU BENEFICIAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir plus de 6 ans (il faut avoir commencé la lecture) ▪ Présenter des troubles du langage et de l'apprentissage sévères (référence à la circulaire de mai 2001²²) ▪ Etre sur la zone géographique couverte par le réseau (région PACA)
HISTOIRE DU RESEAU	Le projet de réseau est né en 1994 sous l'impulsion de professionnels et de parents d'enfants dyslexiques. Resodys a été reconnu réseau de santé en 2002 et a obtenu le financement DRDR. En revanche, le renouvellement du financement n'a pas été accordé suite aux dernières évaluations.
MISSION (S) DU RESEAU	<p>Resodys ne dispense pas de soins. Les soins sont le fait exclusif des différents intervenants sanitaires et sociaux impliqués dans la prise en charge de l'enfant. La mission générale du réseau est de soulager les troubles du langage et de l'apprentissage chez l'enfant. Cette mission se décline en deux axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ permettre un accès aux soins plus rapide et à moindre coût : un enfant qui souffre de troubles du langage et de l'apprentissage peut recourir soit aux soins hospitaliers (le temps d'attente est très long et la prise en charge est morcelée) soit aux soins libéraux (le temps d'attente est court mais les soins sont coûteux). Resodys suggère une alternative en proposant une prise en charge globale et concertée à l'échelle du territoire avec des dérogations tarifaires permettant un accès aux soins plus rapide et moins coûteux. ✓ informer et former les professionnels et les usagers : le réseau met à disposition un centre de documentation, des sessions de formation sont proposées aux professionnels, des groupes de paroles sont organisés avec les usagers et une formation est dispensée à la faculté de médecine.
COMPOSITION DU RESEAU	<p>Noyau (équipe de coordination) ⇒ La gestion du réseau est éclatée entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resodys central : une cellule de gestion administrative composée du directeur de réseau et de deux secrétaires - Des pôles de proximité (5 pôles correspondant à des antennes du réseau sur 5 villes) : un médecin coordonnateur par pôle <p>Périphérie (participants au réseau) ⇒ des généralistes, des orthophonistes, des psychomotriciens, des neuropsychologues, des psychanalystes, des psychologues, des professionnels enseignants (professeurs des écoles, psychologues scolaires), des chercheurs (neurosciences, approches cognitives, etc.) et des bénévoles. Resodys travaille également avec un grand hôpital de la région. Aucun chiffre ne nous a été communiqué. Notons toutefois que le nombre de participants est décroissant aux dires des interviewés.</p>

²² Circulaire DHOS/01/2001/209 du 4 mai 2001 relative à la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit : « améliorer la prise en charge, l'accès aux soins et la lisibilité des orientations d'enfants souffrant de troubles spécifiques de l'apprentissage du langage oral et écrit [...], faciliter les liens entre les professionnels œuvrant dans le domaine des troubles de l'apprentissage du langage oral et écrit, professionnels de santé, avant tout, mais aussi personnels scolaires et travailleurs sociaux, et de faciliter le contact entre ces professionnels et le CHU [...], une mission de formation de ces professionnels et d'homogénéisation des pratiques ».

**- Figure 4. 11 -
Processus entrée/sortie de Resodys**



Source : élaboration personnelle

- CONCLUSION CHAPITRE 4 -

Ce chapitre a eu pour objet de présenter l'articulation épistémologie / ontologie / méthodologie dans un souci de cohérence de la recherche.

Partant des développements effectués dans la première partie de la thèse, nous avons commencé dans une première section par revisiter la progression du problème de recherche pour positionner l'articulation épistémologie / ontologie. Aussi, nous avons montré que notre volonté de penser autrement les réseaux de santé en englobant leur complexité et notre volonté de construire un modèle de management qui soit utile pour l'action, inscrivait cette recherche dans un référentiel constructiviste, d'ordre non pas ingénierique mais dialectique.

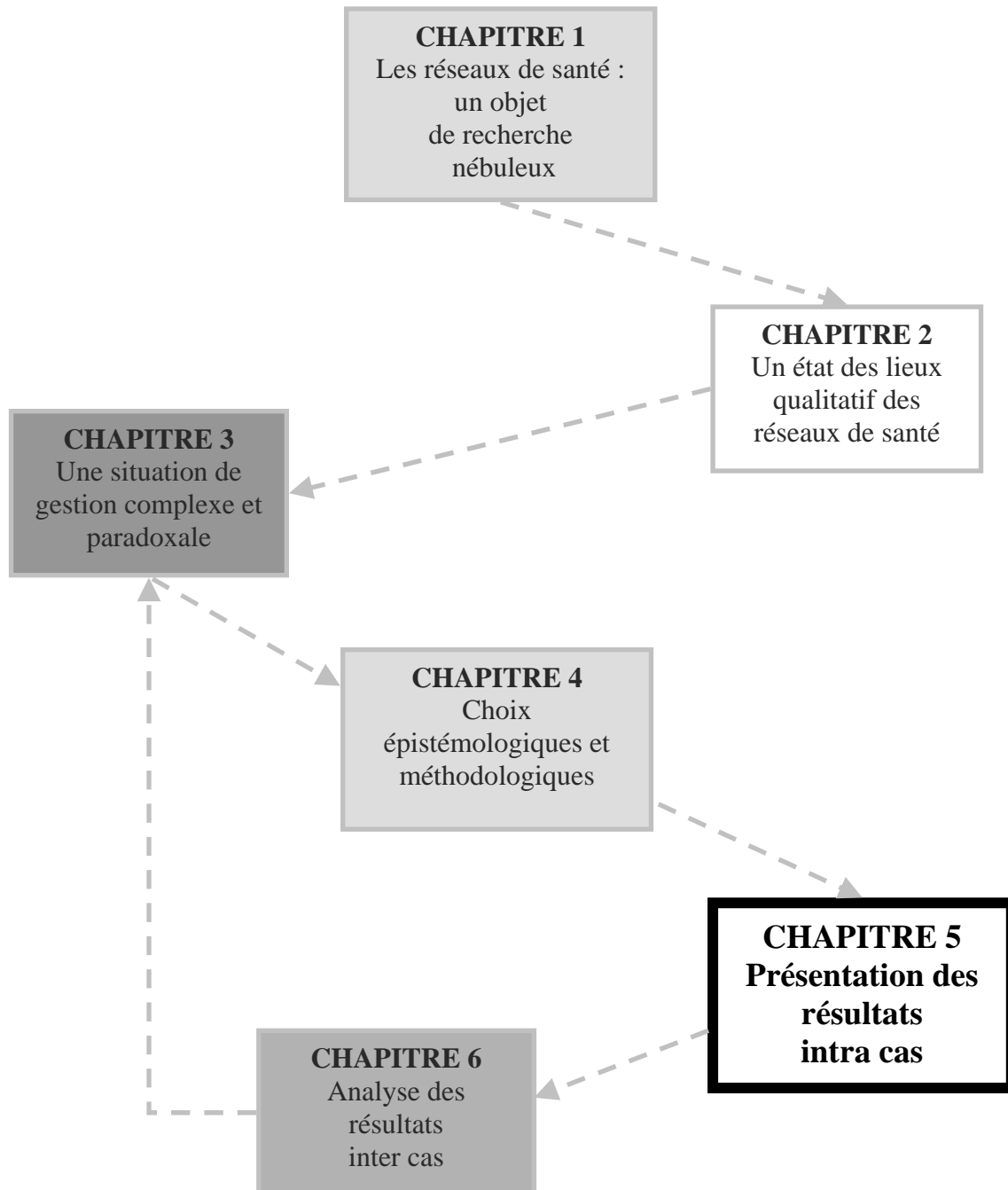
Dans une seconde section, nous avons exposé nos choix méthodologiques en prenant garde à l'articulation épistémologie / ontologie / méthodologie. Nous avons justifié le recours à cinq études de cas multiples et encadrées dans lesquelles nous avons jugé opportun de recueillir des récits de pratiques (sur incidents critiques) auprès de deux types de répondants : le noyau de coordonnateurs impliqués au quotidien dans la gestion des réseaux de santé et les acteurs périphériques participant au réseau de façon épisodique. Nous avons ensuite développé la méthode d'analyse qui repose sur un codage *a priori* des données et un processus de généralisation analytique.

Enfin, nous avons terminé ce chapitre par une présentation succincte des cinq études de cas. Nous avons souligné l'importance d'avoir une connaissance générale des cas, d'une part pour permettre une analyse fine des récits de pratiques, et d'autre part pour envisager des comparaisons « contrôlées ». Nous avons ainsi présenté chaque réseau de santé en précisant les éléments contextuels clés (critères d'entrée dans le réseau, histoire du réseau, mission(s) et participants) et le processus d'entrée / sortie des bénéficiaires et des professionnels en lien avec le réseau.

Le chapitre suivant présente successivement les résultats des cinq études de cas.

- CHAPITRE 5 -

PRESENTATION DES RESULTATS INTRA CAS



Nous exposons à présent les résultats des cinq études de cas dans une perspective d'analyse intra cas. L'étude transversale fera l'objet du dernier chapitre de la thèse. Aussi, dans ce chapitre, la présentation des résultats de chaque cas se fera en trois temps, au cours desquels nous alimenterons nos analyses de verbatim.

Le premier temps consistera à fournir le matériau d'analyse des propositions de recherche. Plus précisément, nous commencerons par donner les caractéristiques des répondants et par préciser leur(s) rôle(s) dans le réseau. Cette phase préliminaire permettra de cerner « qui fait quoi » dans le réseau. Elle sera par ailleurs essentielle à la compréhension des histoires reconstituées à partir des récits de pratiques. Nous sélectionnerons ici les histoires que nous considérons comme particulièrement significatives pour notre recherche.

Une fois la base de réflexion posée, nous pourrons dans un second temps entamer la discussion de nos propositions de recherche. Précisons que nous réservons au chapitre 6 les résultats émergents et connexes à nos propositions. Nous nous attacherons donc, dans ce présent chapitre, à répondre précisément aux deux propositions de recherche en questionnant tout d'abord la présence des paradoxes pressentis (Proposition de recherche 1), et en étudiant les logiques organisationnelles mises en œuvre par les acteurs pour y faire face (Proposition de recherche 2).

Enfin, dans une dernière étape, nous conclurons chaque cas par une analyse générale et synthétique du mode de management adopté par le réseau que nous conceptualiserons au moyen d'un modèle descriptif.

Nous commencerons la présentation des résultats par les quatre cas de succès : le réseau gérontologique Alp'âges (§ 5.1), le réseau de soins palliatifs Resp 13 (§ 5.2), le réseau addiction Canebière (§ 5.3) et le réseau diabète Diabaix (§ 5.4). Nous terminerons par Resodys, le réseau dyslexie en situation d'échec (§ 5.5).

5.1 LE RESEAU GERONTOLOGIQUE ALP'AGES

Alp'âges est un réseau de santé gérontologique qui cherche à améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situation médico-sociale difficile. Alp'âges a vu le jour en mars 1997 sous la forme d'un CLIC. Son activité était alors principalement sociale. Puis, en 2004, Alp'âges a été reconnu réseau de santé par les tutelles. Le réseau bénéficie d'une solide réputation sur son territoire. Avant de discuter nos propositions, nous commencerons par fournir le matériau d'analyse, à savoir l'échantillon de répondants et les histoires reconstituées (§ 5.1.1). Sur cette base, nous étudierons successivement nos deux propositions de recherche (§ 5.1.2). Au regard des résultats intermédiaires que nous mettrons à jour, nous conclurons sur le mode de gestion du réseau de santé Alp'âges que nous modéliserons au moyen d'un modèle de management paradoxal (§ 5.1.3).

5.1.1 LE MATERIAU D'ANALYSE

5.1.1.1 Echantillon de répondants

Nous avons fait appel à deux catégories de répondants que nous présentons l'une après l'autre : le noyau (*alinéa a*) et la périphérie (*alinéa b*).

a. Le noyau

Alp'âges est soutenu par une équipe de coordination composée de 6 professionnels permanents qui travaillent ensemble au siège du réseau. Nous reprenons les intitulés de poste donnés par le réseau :

- Une directrice (Françoise)
- Une coordonnatrice sociale (Véronique)
- Une coordonnatrice médicale (Sylvie)
- Une coordonnatrice administrative (Martine)
- Une assistante Information Orientation (Delphine)
- Un médecin coordonnateur (depuis le printemps 2008)

Nous avons tout d'abord eu un premier contact téléphonique avec la directrice du réseau qui nous a proposé de passer une journée au siège d'Alp'âges. Cette journée a été l'occasion de

réaliser deux entretiens avec Françoise et Véronique, d'observer leur travail de coordination *in situ* ou en rendez vous externes et d'accéder aux sources secondaires du réseau. Le déroulement de la journée est précisé dans l'encadré qui suit.

- Encadré 5.1 - Déroulement de la journée d'observation à Alp'âges
9H15 : arrivée au réseau Alp'âges
9H20 : présentation aux membres de l'équipe présents (Françoise, Véronique, Martine)
9H45 : entretien avec Françoise
10h45 : accompagnement de Françoise à un rendez vous avec un directeur hospitalier pour faire le point sur la coordination du réseau avec l'hôpital local
13H00 : retour au réseau et déjeuner avec Françoise et Véronique
14H00 / 14H30 : point personnel sur les discussions informelles de la matinée et de la pause déjeuner
14H30 : suite de l'entretien avec Françoise
15H30 : consultation des documents internes (rapports d'activité du réseau, rapports d'évaluation destinés aux tutelles, comptes rendu de réunions, bibliothèque du réseau, etc.)
16H30 : accompagnement de Véronique à un rendez vous chez une personne âgée pour le suivi d'une prise en charge
17h30 : retour au réseau et entretien avec Véronique
18h15 : aide à l'organisation du conseil d'administration débutant à 19h00
19h00 : départ du réseau Alp'âges
<i>Source : élaboration personnelle</i>

Nous avons complété cette journée d'entretiens et d'observations par des entretiens téléphoniques avec Sylvie et Martine. Nous n'avons pas pu échanger avec Delphine qui était en congé au moment de la réalisation des entretiens. Le médecin coordonnateur n'était quant à lui pas encore recruté.

Afin de mieux comprendre l'activité de chacun des répondants du noyau de coordination, nous construisons un tableau mentionnant deux types d'informations :

- **Le métier du répondant** : nous avons demandé aux interviewés de nous préciser leur métier ou leur formation initiale.
- **Le(s) rôle(s) du répondant dans le réseau** : nous avons demandé aux interviewés d'explicitier leur(s) rôle(s) dans le réseau. Il s'agit donc du (des) rôle(s) perçu(s) par eux-mêmes.

- Tableau 5.1 - Coordonnateurs interviewés dans Alp'âges

REONDANTS	METIER / FORMATION	ROLE(S) DANS ALP'AGES	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
Directrice (depuis 1997) Françoise	Educatrice spécialisée	« Je suis une autodidacte. Ça fait 13 ans que je travaille dans le secteur. Il faut un peu de militantisme aussi. Je suis très contente de l'équipe que j'ai. C'est structuré. L'équipe est complémentaire. Il y a une coordonnatrice sociale et une coordinatrice médicale. Il y a aussi une coordonnatrice administrative qui aide le travail des autres coordonnatrices. Il faut être clair. Les filles, on les forme mais bon...on a une visibilité à moyen terme. Il faut penser aussi à revaloriser. C'est mon souci, jusqu'où former? et ce que je vous disais c'est que concomitant à l'augmentation de la montée en charge et à l'augmentation de notre activité, au contraire on a plutôt les subventions qui diminuent et on n'est pas les plus mal lotis ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurer la gestion fonctionnelle du réseau (ressources humaines, financières, physiques, etc.) ➤ Manager l'équipe de coordination ➤ Animer et faire progresser le réseau
Coordonnatrice sociale (depuis 2003) Véronique	Conseillère en économie sociale et familiale	« <u>Chercheur</u> : pourriez vous m'expliquer le rôle que vous avez dans Alp'âges? Quelles sont vos fonctions? » <u>Répondant</u> : en tant que coordinatrice, j'interviens à la demande des personnes ou de leur famille, ou par demande d'un professionnel avec accord de la personne âgée pour l'aider dans son projet de vie. C'est soit une recherche de placements si besoin, un maintien à domicile à organiser (mettre en place les professionnels sanitaires et sociaux qui permettront à la personne âgée de rester le plus longtemps possible à son domicile), ou ensuite tout ce qui est retraite, droits et autres. On est en contact avec tous les partenaires ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apporter une expertise sociale dans l'évaluation des besoins de la personne, l'élaboration de sa prise en charge globale et son suivi ➤ Entretenir le partenariat social
Coordonnatrice médicale (depuis 2004) Sylvie	Infirmière	« En fait, au niveau des prises en charge individuelles des personnes âgées, j'ai le même rôle que Véronique sauf que je suis sur des problématiques plus médicales. Ma deuxième mission, c'est justement animer le réseau. C'est moi avec Françoise qui met en œuvre les actions, les projets, qui prend contact, prend les rendez-vous...je suis l'animatrice du réseau ». <u>Chercheur</u> : vous entendez quoi par actions? Projets? <u>Répondant</u> : par exemple, le travail de coordination pour les sorties d'hospitalisation. Hier on est allé rencontrer l'UMG (Unité médicale gériatrique) à l'hôpital d'Avignon. Chaque année on fait le point avec les partenaires. C'est moi qui mène les actions dans le projet réseau quoi. Ça veut dire aussi développer le partenariat, développer les adhésions au réseau avec les médecins, les libéraux aussi, faire des formations pluridisciplinaires... »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apporter une expertise médicale dans l'évaluation des besoins de la personne, l'élaboration de sa prise en charge globale et son suivi ➤ Entretenir le partenariat médical ➤ Participer à l'animation du réseau
Coordonnatrice administrative (depuis 2006) Martine	Secrétaire commerciale	« <u>Chercheur</u> : quel rôle avez-vous dans le réseau Alp'âges? <u>Répondant</u> : je suis l'assistante des deux autres coordinatrices. Mon travail est surtout administratif. J'ai commencé en novembre 2006. Il a fallu déjà que j'assimile le mode de fonctionnement ici. [...] Mon poste a été créé pour enlever le plus possible d'administratif aux coordinatrices pour qu'elles puissent rendre plus souvent visite aux personnes âgées. Avant il y avait beaucoup de problèmes à cause de ça, elles étaient débordées par l'administratif ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etre un support opérationnel de l'équipe en prenant en charge les tâches administratives

Source : élaboration personnelle

b. La périphérie

Au-delà de cette équipe de coordination, Alp'âges regroupe aujourd'hui environ 170 bénéficiaires et près de 120 professionnels de soins adhérents. Ces acteurs périphériques sont en lien avec le réseau dans le cadre des prises en charge et/ou des activités annexes (formations, forums, assemblées générales, réunions diverses, etc.).

Pour sélectionner les acteurs périphériques du réseau, nous avons demandé conseil à Françoise. Il nous fallait cibler des personnes suffisamment impliquées dans le réseau pour assurer la pertinence des informations. Parmi celles-ci, nous avons interviewé quatre personnes de secteurs différents :

- un médecin libéral (Régis)
- un médecin hospitalier (Fabienne)
- un travailleur social (Céline)
- un usager (Vincent)

Comme pour le noyau de coordination, nous réalisons un tableau mentionnant le métier et le(s) rôle(s) de chacun des acteurs périphériques interviewés dans le réseau.

- Tableau 5.2 - Acteurs périphériques interviewés dans Alp'âges

REONDANTS	METIER / LIEN AVEC LE RESEAU	ROLE(S) DANS ALP'AGES	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
Médecin libéral (dans le réseau depuis sa création) Régis	Médecin généraliste en libéral Médecin coordonnateur d'une maison de retraite	« Je suis médecin traitant adhérent du réseau, c'est symbolique. J'ai payé 16 euros. Et en même temps je suis membre du conseil d'administration d'Alp'âges. Et puis, je suis également médecin coordonnateur d'une maison de retraite. <i>Chercheur</i> : pouvez vous m'expliquer plus précisément le rôle que vous avez dans le réseau Alp'âges ? <i>Répondant</i> : quand je vois une personne âgée qui aurait besoin d'un suivi, je téléphone à Françoise [directrice] et je dis « voilà, il y a Mme Y qui a peut être besoin de vous ». Ensuite pendant la prise en charge, je suis la personne âgée et si besoin je vais aux CTO [Commission technique d'orientation] [...] Sinon, il y a les conseils d'administration, il y en a environ 4 par an [...] J'ai fait une formation avec quatre médecins et quatre pharmaciens. Et j'ai aussi assisté à des formations organisées par le réseau».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire des signalements ➤ Participer au suivi des soins ➤ Participer aux rencontres (Conseils d'Administration, Commission Technique d'Orientation, formations, etc.)
Médecin hospitalier Fabienne	Médecin gériatre dans le secteur hospitalier Service moyen séjour	«Je suis entrée en contact avec le réseau par un médecin gériatre de l'hôpital qui a participé à la mise en route du réseau.[...]Je participe aux CTO [Commission technique d'orientation], on y va à tour de rôle avec les médecins hospitaliers pour qu'il y ait un représentant chaque mois. Je fais également des signalements quand une personne âgée ne veut pas rentrer en maison de retraite et nécessite un suivi à domicile. Je donne les coordonnées du réseau à la famille ou à la personne âgée et j'informe Alp'âges. Sinon, pour les cas d'urgence aussi, je peux être amenée à faire entrer une personne âgée en urgence à l'hôpital. Ca s'est passé dernièrement. La coordonnatrice m'a appelé pour faire entrer une personne en urgence et je l'ai dépannée. [...] Ca fait longtemps que je n'ai pas participé aux formations ou aux assemblées d'Alp'âges ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire des signalements ➤ Dépanner en cas d'urgence ➤ Participer aux Commission Technique d'Orientation
Travailleur social Céline	Employée du conseil général Service APA (allocation personnalisée d'autonomie)	« J'ai pris le relais d'une ancienne collègue qui travaillait déjà avec Alp'âges. Le Conseil Général est de toute façon lié à Alp'âges, c'est un travail de coordination. [...] Il y a deux options : soit je reçois un dossier pour une demande d'APA, je fais une évaluation à domicile et si j'estime que la personne a besoin d'un suivi par le réseau alors je l'oriente vers le réseau parce qu'Alp'âges permet un suivi qu'on ne peut pas faire. Je reste ensuite informée de l'état de la personne par les coordonnatrices avec qui je continue à travailler pour les dossiers en commun [...] Soit je suis contactée par les coordonnatrices pour le cas d'une personne nécessitant l'APA. [...] Si un cas difficile a besoin d'être discuté, je vais en CTO ou je passe au réseau pour en discuter»	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire des signalements ➤ Participer au suivi des soins ➤ Participer aux Commission Technique d'Orientation
Usager (dans le réseau depuis 2002) Vincent	Fils de Charles, personne âgée prise en charge par le réseau	« Si le réseau n'était pas là, mon père serait en structure médicalisée. Il a essayé d'aller en maison de retraite mais ça ne lui convenait pas. [...] Je prends les décisions pour mon père je signe les papiers pour mon père et je suis sa prise en charge. [...] Je ne vais pas souvent aux réunions parce que j'habite Paris »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participer au suivi des soins

Source : élaboration personnelle

5.1.1.2 Quelques histoires significatives

Histoire 5.1 : le no man's land organisationnel

Françoise se remémore les débuts d'Alp'âges. Elle faisait partie du groupe de travail à l'origine du réseau auquel a participé Régis. Lui-même se souvient qu'il y avait entre autres Françoise, une assistante sociale, un médecin gériatre hospitalier, le directeur de la fédération ADMR. Tous deux soulignent l'importance d'« ouvrir les portes du réseau »²³ dès son démarrage pour impliquer tous les acteurs motivés et concernés par la gérontologie. Le réseau social (carnet d'adresses) a été essentiel au démarrage du réseau et est encore aujourd'hui indispensable au fonctionnement d'Alp'âges.

C'est la bande de copains quoi. (Régis)

C'est essentiel d'ouvrir les portes du réseau dès le début. C'est essentiel pour que les gens adhèrent au projet. (Françoise)

On ressent quand on est avec eux que c'est basé sur du professionnalisme, des bonnes volontés et des affinités. (Vincent)

Françoise nous confie qu'« il a fallu tout faire » : définir les objectifs, développer le partenariat, structurer l'organisation, conventionner, etc. « C'est beaucoup d'énergie ». Sylvie se rappelle qu'il a fallu convaincre les médecins du territoire. L'équipe du réseau a alors créé une nouvelle plaquette de communication et est allée faire du porte à porte.

Il a fallu tout faire. C'est beaucoup d'énergie. Ca demande d'y aller et d'y retourner. (Françoise)

On a créé un fascicule pour expliquer ce qu'on faisait auprès des professionnels et on a fait du porte à porte. On a pris RDV dans les cabinets. On n'a pas non plus vu tout le monde. Il y a 80 médecins, aujourd'hui il y a je crois la moitié de médecins adhérents. C'est bien mais il reste encore beaucoup à faire. Donc on a eu cette grosse période où on faisait du porte à porte et maintenant c'est plus au fur et à mesure des dossiers qu'on essaie de recueillir des adhésions. (Sylvie)

C'était « une organisation à créer » et Françoise regrette de ne pas avoir eu davantage de soutien des tutelles dans la mise en œuvre du réseau. C'est le « no man's land ». Si les textes de lois sont intéressants dans les débats qu'ils ouvrent, ils ne précisent pas comment mener

²³ Les termes ou expressions en italique sont extraits des verbatim insérés dans chaque histoire.

l'action. En d'autres termes, les circulaires annoncent ce qu'il serait souhaitable d'obtenir sans indiquer comment l'obtenir.

Nous on décrète rien à Alp'âges. On s'appuie sur l'expérience. [...] Il y a toute une organisation à créer finalement. [...] La difficulté de départ a été de s'organiser et puis surtout on n'a eu aucune directive de fonctionnement. Il a fallu que nous on comprenne bien ce qu'était un réseau de santé. [...] Ça c'est certain qu'il n'y a rien, c'est le no man's land. On nous dit de faire mais comment, débrouillez vous! (Françoise)

On ne sait pas trop ce qu'on attend de nous. (Sylvie)

On est des découvreurs. (Régis)

Par ailleurs, Sylvie remarque que l'équipe de coordination et les tutelles n'ont pas nécessairement la même vision du réseau dans la pratique : selon elle, l'intérêt d'un réseau est de permettre de faire « *du cas par cas* » même si « *c'est lourd* ». Or, elle souligne que cette conception n'est pas partagée par les tutelles qui préféreraient que les personnes s'adaptent au cadre du réseau plutôt qu'inversement.

Nous ce qu'on a voulu depuis le début c'est adapter le fonctionnement du réseau par rapport aux demandes, aux professionnels, au public. Mais on se rend compte que les institutionnels nous demandent plutôt d'adapter les personnes au cadre qui doit être mis en place. Donc c'est un peu à nous de mettre les gens dans des cases alors que c'est toujours du cas par cas. [...] On est en constante évolution, on crée des nouveaux outils. Alors, pareil, c'est un peu à double tranchant, c'est très enrichissant, c'est intéressant mais je dirai que c'est aussi très lourd. (Sylvie)

Histoire 5.2 : Madame V.

Véronique se souvient du cas de Madame V. qui avait un faible revenu, qui ne se nourrissait plus et qui était atteinte d'Alzheimer. Cette personne oubliait de manger. Ce type de cas difficile est normalement discuté en CTO (Commission Technique d'Orientation) (Annexe 5.1).

C'est lors de la CTO qu'ils vont discuter des cas. Ces CTO sont très diversifiées pour apporter au mieux les solutions pour les personnes âgées. On peut avoir une AS de l'APA, un psychiatre... il y a deux types d'intervenants. Les intervenants fixes qui ne connaissent pas forcément la personne âgée et les intervenants invités qui connaissent bien le cas et peuvent en discuter avec les fixes. Et de là sont décidées les actions à mettre en œuvre, une hospitalisation, voir un CMP...c'est là que se décident les actions. (Martine)

Or, les CTO sont programmées tous les derniers jeudi du mois. Devant la situation de Madame V., Véronique s'est concertée avec l'infirmière et le CCAS (Centre Communal d'Actions Sociales) sans attendre la CTO. Il a été décidé de mettre en place temporairement un portage de repas à domicile financé par le CCAS avant de trouver une solution définitive en CTO.

On a effectivement des temps de réunion qu'on a mis en place. Avant il n'y en avait pas donc c'était un peu comme ça. Mais même avec les réunions prévues, ça nous arrive régulièrement de discuter des dossiers sans attendre la réunion. C'est pas quelque chose de formel. Si c'est un cas très difficile, on le présente en CTO mais les CTO c'est une fois par mois et souvent on ne peut pas attendre. Pour les temps de réunion, c'est pareil, c'est fonction de nos emplois du temps, une fois ou deux par mois. C'est plus un bilan. Si on a un cas difficile, ça nous arrive souvent d'en discuter autour d'une tasse de café, de savoir comment on pourrait intervenir. (Véronique)

Histoire 5.3 : l'épluchage

Françoise évoque un mail de l'ARH qu'elle a reçu la veille de l'entretien. Il lui a demandé définir des critères précis pour un projet de formation prévu à l'horizon 2010. Françoise ne comprend pas cette requête car elle n'est pas en mesure de fournir aujourd'hui ces informations qu'elle va pourtant essayer de transmettre tout en sachant qu'elles ne seront certainement pas fiables.

Par exemple, j'ai encore un mail de Mme X bien sympathique au demeurant mais elle me demande pour la 3ème fois des critères très précis. Bon allez encore, demain je vais m'y mettre. Elle demande un truc qui est prévu pour 2010. Qu'est-ce que j'en sais pour l'instant? La formation, on est en train de la monter et on veut déjà qu'on fasse des projections. Je sais bien qu'il faut anticiper mais pas dans cette mesure. Trop d'information tue l'information et trop de détails tue l'énergie! C'est pas comme si on avait que ça à faire ! (Françoise)

Les coordonnatrices pensent qu'il est important de rendre des comptes aux tutelles mais critiquent leur niveau d'exigence croissant. Sylvie compare ça à de « l'épluchage » et Véronique craint de s'éloigner des préoccupations locales si les évaluations sont de plus en plus pointues car c'est autant de temps passé en moins sur le terrain.

Ils veulent qu'on mette sur papier tout tout tout...des choses qu'on fait de manière automatique en fait, ils veulent qu'on fasse des protocoles...par exemple, mettre sur papier nos critères d'inclusion. Je ne sais pas s'il s'en serve derrière. Nous on leur donne tous les documents et systématiquement, ils nous demandent ce qu'ils ont déjà et nous posent des questions dont les réponses sont dans les dossiers [...] On a passé

quand même un trimestre sur l'évaluation. On doit trop rentrer dans le détail sans être sûr d'être financé à hauteur de ce qu'on demande et sans savoir ce qu'ils en font. Je pense qu'il y a des gens qui sont payés à évaluer ce que font les autres alors qu'il me semble que les institutionnels ont aussi une mission de trait d'union au niveau des politiques sanitaire et sociale et là, rien! C'est sûr qu'on est passé d'un système où l'argent public a été à un moment gaspillé mais alors maintenant...et puis je pense qu'il n'y a pas deux poids deux mesures. Je voudrais voir si certains qui ont des noms sont autant...hein?! Je pense qu'on n'ose pas le dire. C'est un peu démoralisant. Ça m'emballe un peu... [rire] et pourtant je suis pas contre l'évaluation. (Françoise)

Depuis le début du réseau, il a fallu créer des outils avec des tableaux de bords, l'activité générale du service. Tous les mois on note tout ce qu'on donne comme appel téléphonique, ce qu'on reçoit...il faut rendre compte au maximum de tout ce qu'on fait. [...] Mais ce qui est rageant, c'est que soyons clairs, au final, c'est l'arbitrage comptable et financier qui prime. C'est de l'épluchage. Et encore de l'épluchage pourquoi pas, mais quand on voit à quoi ça sert! (Sylvie)

Histoire 5.4 : le secret médical

Martine raconte l'histoire d'un kinésithérapeute à qui elle avait envoyé une fiche de liaison (Annexe 5.2) pour le suivi de son patient. Il l'a appelée étonné en se demandant qui était à l'origine de ce courrier et quelle légitimité il avait à diffuser une information sur son patient. Cet incident s'est produit car le kinésithérapeute ne connaissait pas l'existence du réseau de santé et n'avait pas été informé du suivi de la prise en charge de son patient par Alp'âges. Sylvie a alors pris le relais en expliquant les missions du réseau et ses obligations de secret professionnel. Par la suite, Martine a envoyé un contrat d'adhésion sur lequel il est précisé qu'Alp'âges est tenu au secret professionnel et que le patient a signé un contrat stipulant son consentement. Aujourd'hui ce professionnel n'est toujours pas adhérent.

C'est surtout pour le secret médical qu'on peut rencontrer des problèmes. Je prends le cas d'un kiné à qui j'avais envoyé une grille de soins qu'il devait me retourner. Et il m'a appelé en me disant «mais qui vous êtes? Je n'ai pas le droit de donner des informations comme ça». Il a fallu qu'on lui envoie une convention pour qu'il comprenne qu'on était tenu au secret professionnel et qu'on avait un contrat avec la personne âgée nous autorisant à envoyer ce genre de grille. Ce kiné n'était pas au courant de ce protocole car il n'était pas encore adhérent. On leur demande quand même poliment s'ils peuvent nous remplir les documents. Lui ne connaissait même pas Alp'âges. Une fois qu'on lui a expliqué, qu'on lui a envoyé la convention, ça a été mais il n'est toujours pas adhérent. (Martine)

Il y a une résistance des médecins à partager des informations compte tenu du secret médical. Pour tenter de lever ce frein, Alp'âges précise dans les contrats d'adhésion leur obligation de secret professionnel. Par ailleurs, Martine détruit systématiquement les fiches de

renseignements médicaux une fois les éléments sécurisés dans le logiciel interne. Lors des CTO, l'anonymat est préservé en mentionnant uniquement le prénom des patients. Malgré ces dispositions, Françoise remarque qu'une solution plus radicale serait appréciée : il faudrait que des décisions soient prises au conseil de l'ordre avec l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) pour trancher sur les droits des réseaux de santé en matière de partage d'informations.

Véronique pense quant à elle que ce frein est d'autant plus important qu'il n'y a pas de médecin dans l'équipe de coordination d'Alp'âges. Sylvie, qui est infirmière, partage cet avis et pense en outre que la présence d'un médecin favoriserait la mobilisation des professionnels médicaux que ce soit pour des formations ou des prises en charge.

Nous on n'a pas de médecin en plus dans le réseau. On n'a pas d'interlocuteur médecin et ça nous dessert pour le moment. Ils estiment qu'ils doivent parler entre médecins et surtout moi qui ne suis même pas infirmière, ils sont hésitants avant de me donner une information. (Véronique)

Depuis le printemps 2008, Alp'âges a obtenu un financement pour un poste de médecin coordonnateur. Céline espère que l'arrivée d'un médecin dans l'équipe favorisera les échanges médicaux. Jusqu'à présent, lorsqu'elle avait besoin d'une information médicale, elle échangeait avec le médecin traitant de la personne âgée or la communication n'était pas facile. Avec le médecin coordonnateur, elle nous confie qu'elle osera davantage poser des questions sur la pathologie des personnes et qu'elle pourra ainsi mieux suivre le dossier.

Depuis peu, il y a un médecin coordonnateur. Pour le moment, il est en visite à domicile avec les coordonnatrices pour se familiariser avec le travail en réseau et les personnes âgées à suivre. Je pense qu'un médecin dans l'équipe permettra de mieux comprendre les pathologies des personnes âgées. Le contact sera sûrement plus facile. (Céline)

5.1.2 DISCUSSION DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE

5.1.2.1 Proposition de recherche 1

Revenons à présent sur les histoires racontées pour confirmer (ou infirmer) la présence des paradoxes pressentis en phase exploratoire. Nous les reprenons un à un.

➤ Formel et informel

Le réseau a su saisir les opportunités institutionnelles pour se développer. Rappelons qu'avant d'être un réseau de santé, Alp'âges a été un CLIC. D'un volet purement social, l'association est passée à un volet médico-social. Françoise a accordé de l'importance, dès la naissance d'Alp'âges, à formaliser le cadre d'action du réseau et les relations établies avec les professionnels du territoire (Histoire 5.1). Elle estime que la plus value du réseau réside précisément dans la formalisation d'une coordination longtemps restée à l'état embryonnaire sur un mode informel. Pour autant, la politique du réseau est de former un cadre souple qui puisse s'adapter au « *cas par cas* » plutôt que de former un cadre figé qui consisterait à « *mettre les gens dans des cases* » (Histoire 5.2).

☞ *Alp'âges dispose d'un cadre d'action formel sans verrouiller les relations*

➤ Spécificité et unité

Alp'âges a évolué en s'ouvrant à tous les professionnels de soins concernés par les personnes âgées (Histoire 5.1). C'est un réseau pluridisciplinaire à la croisée du médical, paramédical et social. L'aspect psychologique est encore peu développé mais il fait partie des projets d'Alp'âges. En dehors de cette catégorie de professionnels sous-représentée, le point commun entre les différents adhérents d'Alp'âges est leur relation avec un public de personnes âgées en situation médico-sociale difficile. Alp'âges est dans une logique de complémentarité des professionnels qui ont tous un rôle à jouer, dans leur périmètre de compétences, pour permettre à une personne âgée dont l'état l'autorise de rester à son domicile dans de bonnes conditions. La recherche d'unité ne se fait toutefois pas sans difficulté (Histoire 5.4). La quête d'unité occasionne des « *tensions* » dans un univers fragmenté où chacun a des devoirs et des limites qui lui sont propres.

On est là pour travailler ensemble et non l'un contre l'autre ou l'un plus fort que l'autre. Alors, oui parfois il y a des tensions mais en grande partie et heureusement pour nous, ça se passe relativement bien. (Véronique)

☞ *Alp'âges pense globalement tout en respectant les limites de chacun*

➤ Conformité et autonomie

Alp'âges est pionnier sur son territoire. Il a été parmi les premiers CLIC à évoluer en réseau de santé. Toutefois, l'avance du réseau ne le dispense pas des contraintes exigées par les tutelles (Histoires 5.1 et 5.3). L'équipe de coordination estime que les tutelles sont de plus en plus pointilleuses, « *épluchent* » les réseaux, exigent des statistiques qui ne reflètent pas

l'activité du terrain, demandent un travail administratif lourd qui prend du temps et éloigne des préoccupations locales, etc. Bien que ces exigences ne soient pas toujours partagées par les coordonnatrices, elles cherchent malgré tout à être conformes aux attentes des tutelles pour entériner le soutien financier. Elles reconnaissent par ailleurs l'importance de rendre des comptes sur l'activité du réseau. C'est à ce titre qu'un travail quotidien de traçabilité des activités du réseau est effectué (Histoire 5.4). Il met à contribution les professionnels et bénéficiaires d'Alp'âges sans amputer leur autonomie : les professionnels intervenant dans les prises en charge effectuent leur consultation librement et restent les seuls juges de leurs prestations. Les bénéficiaires sont quant à eux libres de choisir leur équipe soignante et de sortir du réseau s'ils le souhaitent.

On n'a pas le droit de dire qu'il faut faire intervenir cette association plutôt qu'une autre ou ce professionnel plutôt qu'un autre. On a un devoir de neutralité du fait de notre statut d'information. Dans le cas des aides à domicile, je vais donner la liste de toutes les associations qui existent sur la commune et la personne âgée ou sa famille choisit. Après on se met en rapport avec l'association. Si la personne âgée a besoin d'un kiné, même chose. Je lui donne la liste et elle choisit vers qui elle veut aller. (Véronique)

🔗 **Alp'âges veille à être conforme tout en préservant l'autonomie des acteurs**

L'analyse des histoires sous la focale des paradoxes nous amène ainsi à confirmer la présence des paradoxes pressentis. Les discours des acteurs font par ailleurs ressortir les deux facettes du paradoxe, se présentant tour à tour comme un espace d'expression créatif et une source d'ambiguïté et de fatigue professionnelle. Françoise nous fait part de l'expérience enrichissante et unique qu'elle vit en créant une organisation avec son équipe, Martine souligne le caractère stimulant des idées novatrices qui sont à la portée de tous, Céline et Fabienne expriment leur satisfaction à l'idée de pouvoir à tout moment faire des propositions qui seront entendues. D'un autre côté, Françoise dit parfois être « *fatiguée et démoralisée* ». Vincent ressent quelquefois un certain flottement dans l'organisation des soins de son père. Alp'âges évolue dans une démarche d'amélioration continue qui implique de remettre constamment en cause l'organisation, ce qui génère un sentiment de fragilité. Ce sentiment est par ailleurs renforcé par les financements renouvelables qui rendent difficile une projection à long terme.

Je ne vous cache pas que je suis parfois fatiguée et démoralisée. On ne sait pas ce qu'on va devenir. On est toujours un peu sur le qui vive de dire on va être à la porte. Bon, on n'en est pas là mais il y a toujours cette petite lumière qui s'allume et qui

nous dit «attention». Je pense qu'à Alp'âges, on est une équipe très motivée, qu'on est à fond dans notre travail et qu'on se mobilise pour que les subventions continues. (Françoise)

Après avoir reconnu la présence des paradoxes au sein d'Alp'âges, la question se pose désormais de savoir comment les acteurs du réseau gèrent les situations paradoxales. Pour ce faire, nous nous concentrons sur les pratiques professionnelles énoncées par les acteurs. Rappelons que pour avoir une lecture détaillée des pratiques, une matrice de synthèse est proposée en annexe (Annexe 5.3).

5.1.2.2 Proposition de recherche 2

Les récits de pratiques révèlent que le réseau de santé Alp'âges gère les paradoxes sous l'angle du « et / et » : Alp'âges ne s'impose pas un choix entre un réseau répondant à une logique exclusivement formelle ou informelle, entre un réseau en recherche de conformité ou un réseau en totale autonomie, entre un réseau différencié ou un réseau unifié. Les pratiques professionnelles énoncées répondent à une logique d'arbitrage entre des dimensions habituellement opposées. Il nous reste à déterminer quel type de logique est à l'œuvre dans Alp'âges. Pour ce faire, revenons sur les pratiques mises en œuvre pour gérer chacun des paradoxes.

➤ Formel et informel

Alp'âges dispose d'un cadre d'action explicité dans sa charte de fonctionnement (Annexe 5.4). Ce cadre n'a pas été parachuté par les tutelles ni imposé par la directrice du réseau mais il est le fruit d'une réflexion collective initiée par les acteurs locaux concernés par la prise en charge des personnes âgées. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été formé au démarrage du réseau. Le réseau s'est par ailleurs appuyé sur les textes de loi pour se structurer en adéquation avec les attentes des tutelles. Le cadre de fonctionnement ainsi établi n'est pas figé mais évolutif en fonction des nouvelles circulaires, des nouvelles propositions d'acteurs, etc. A l'intérieur de ce cadre, pour que chacun comprenne le rôle qu'il a à jouer, des documents ont été créés par l'équipe de coordination pour formaliser les liens. Françoise a très vite mis un point d'honneur à formaliser les relations pour « rendre le réseau tangible ». Les documents créés prennent la forme d'un contrat individuel de prise en charge (CIPC) signé avec les usagers, d'un contrat d'adhésion signé avec les professionnels et de

conventions signées avec les partenaires institutionnels. Les coordonnatrices pense que ces supports, qui sont discutés collectivement avec les acteurs (le plus souvent en face à face quand ils entrent dans le réseau), sont importants pour « clarifier [le] rôle » de chacun dans le réseau et favoriser « l'engagement » des acteurs. Ils « donnent un cadre et amènent les partenaires à le respecter ».

On a rendu très vite le réseau tangible avec ses conventions parce qu'un réseau, c'est vague. Avec les conventions, il y a une contrepartie, chacun s'engage et est au clair avec ses objectifs dans le réseau. [...] C'est important d'amener l'autre à clarifier son rôle et ses objectifs. Ces documents donnent un cadre et amènent les partenaires à le respecter. Ils encouragent leur engagement. (Françoise)

Les acteurs périphériques reconnaissent également l'intérêt de ces documents pour se familiariser avec le fonctionnement du réseau. Ils voient là des « contrats symboliques » et n'ont pas le sentiment d'être contraints par ces documents.

Au début, il y a un contrat. C'est mieux de démarrer avec ça qu'une feuille blanche. Ça a une valeur de démarrage, une valeur symbolique, c'est un premier document qui donne un repère. (Vincent)

La formalisation des liens ne s'accompagne pas d'un verrouillage des relations. Les outils sont révisables en fonction des situations. La charte de fonctionnement a par exemple été modifiée à plusieurs reprises depuis la naissance du réseau. Par ailleurs, le cadre de fonctionnement du réseau est souple et adaptable selon les cas. Les coordonnatrices disposent d'une marge de manœuvre qu'elles gèrent en s'appuyant sur leur propre expérience et en faisant appel réciproquement à l'expérience des autres. Françoise pense qu'avoir une équipe formée, solidaire et dynamique est indispensable à un usage adapté du cadre d'action.

➤ **Spécificité et unité**

De manière générale, l'unité d'Alp'âges est garantie par les valeurs que partagent les adhérents du réseau : il s'agit des valeurs associées au travail collectif et à la conviction qu'une approche globale des soins est indispensable pour mieux soigner les personnes âgées. Rappelons que dès le démarrage du réseau, la pluridisciplinarité était de mise. Ces valeurs sont par ailleurs favorisées par l'implantation du réseau sur un territoire rural qui encourage les professionnels à rompre leur isolement en se coordonnant. Adhérer à ces valeurs est la condition d'entrée dans le réseau. Si toutefois un professionnel de soins ou un usager est réticent, la politique du réseau est d'informer sans « s'acharner ».

De toute façon, il ne faut pas s'acharner, on informe et on essaie de convaincre mais on ne peut pas faire plus. (Françoise)

Malheureusement, on n'a pas de solution. Si l'infirmière qui soigne la personne âgée n'adhère pas au réseau, on ne va pas lui dire de changer d'infirmière. On essaie de reprendre contact avec l'infirmière mais on ne force pas. Il y en a qui sont totalement hermétiques. On continue d'intervenir, nous à la base, c'est les personnes qu'on aide. Mais c'est vrai que le travail sera forcément moins parlant. Si la personne n'est pas du tout dans une logique de réseau, on n'a pas de solution pour la faire adhérer. (Sylvie)

Pour encourager l'unité du réseau tout en valorisant les spécificités de chacun, les coordonnatrices prévoient diverses actions : entre autres des formations pluridisciplinaires indemnisées sont organisées en fonction des thématiques souhaitées par les professionnels (leur avis est recueilli au moyen d'un questionnaire) ; un projet d'association avec un grand laboratoire de santé est en cours pour faire des formations qualifiantes pour la formation médicale continue (FMC) et attirer ainsi davantage de médecins ; des concertations sous forme de commission technique d'orientation (CTO) sont prévues tous les derniers jeudis du mois pour mettre en place des diagnostic concertés sur les cas complexes ; une communication permanente sur le réseau est instaurée par les coordonnatrices pour rappeler l'existence du réseau et mettre en avant ses résultats (plaquette de communication, affiches, presse locale, site Internet, etc.) ; un annuaire des professionnels a été récemment créé pour identifier les personnes concernées par la gérontologie sur le territoire.

➤ **Conformité et autonomie**

Les coordonnatrices cherchent à préserver l'autonomie des acteurs tout en menant un travail quotidien de traçabilité des soins. Ce travail est mené par obligation pour satisfaire les exigences des tutelles mais aussi et surtout par conviction. Les coordonnatrices pensent que la légitimité du réseau est dans la mise en place d'un suivi rigoureux des soins qui n'est pas possible dans le système de santé classique. Cet avis est partagé par les acteurs périphériques qui font des signalements au réseau dès lors qu'ils estiment qu'une personne âgée nécessite un suivi de ses soins. Pour permettre cette traçabilité, des outils ont été construits par les coordonnatrices : un cahier de soins au domicile de la personne âgée recense tous les actes médicaux qui lui sont dispensés ; des fiches de liaison transitent entre les professionnels et les coordonnatrices ; une base de données créée par Martine retrace le parcours de soins de la personne âgée, etc. L'usage de ces outils est systématiquement expliqué en face à face lors de l'entrée dans le réseau. Les acteurs périphériques interrogés reconnaissent l'utilité des outils de traçabilité pour le suivi des prises en charge tout en pointant la lourdeur administrative

qu'ils occasionnent. C'est ainsi que les retours d'informations sont souvent laborieux. Les fiches de liaison peinent à être retournées au réseau. Les coordonnatrices n'hésitent pas à relancer les professionnels pour obtenir les informations (par téléphone ou en face à face). Elles espèrent par ailleurs que l'embauche d'un médecin coordonnateur pourra contribuer à faciliter les retours d'informations médicales. L'accent est ici mis sur la confiance entre pairs.

Le réseau a également un projet d'informatisation afin de limiter les transferts de documents et faciliter ainsi les flux d'information. Plus précisément, une discussion est en cours pour mettre en place d'un dossier électronique de la prise en charge du patient. Certaines informations pourraient ainsi être saisies directement par les professionnels via Internet (alors que jusqu'à maintenant, l'information doit être recherchée auprès d'eux pour ensuite être saisie par les coordonnatrices dans la base de donnée du réseau). Cet espace de travail collaboratif sécurisé (similaire à la sécurité des sites de banques en ligne) permettrait aux professionnels d'accéder à de la documentation ciblée, de participer à des forums de discussion, de s'informer sur leurs patients (et non ceux de ses confrères) et d'alimenter les rubriques en ligne.

5.1.3 SYNTHÈSE SUR LE MODE DE MANAGEMENT D'ALP'ÂGES

5.1.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) d'Alp'âges

Alp'âges gère les paradoxes en permettant l'expression des dimensions contraires. Les arbitrages répondent à une logique de dialogue entre les pôles opposés :

- Le cadre d'action du réseau s'est structuré par des échanges successifs et cumulatifs et il s'est enrichi de situations nouvelles. Formel et informel sont dans une dialectique permanente ;
- La recherche de conformité est une préoccupation constante des coordonnatrices qui sensibilisent les acteurs du réseau, en les impliquant notamment dans la traçabilité des activités. Conformité et autonomie sont dans une dialectique permanente ;
- Les coordonnatrices diffusent progressivement une vision globale des soins dispensés aux personnes âgées en favorisant les liens entre des domaines de compétences différenciés. Unité et spécificité sont dans une dialectique permanente.

Les échanges se font à l'occasion de rencontres programmées par le réseau (assemblées générales, conseils d'administration, CTO, concertations ponctuelles, réunions d'équipe, formations, etc.). Ces temps d'échanges prévus favorisent un apprentissage des contraires. Les échanges se font également sur un mode plus informel (discussions au sein de l'équipe de coordination, discussions avec les patients, contacts téléphoniques spontanés avec les professionnels du réseau, etc.). Les lieux d'échanges sont choisis en fonction des situations. Par exemple, les concertations ponctuelles se font souvent au cabinet du médecin voir au CCAS mais rarement au réseau car cela demande un déplacement de tous les professionnels. Les formations sont parfois dispensées au siège du réseau. Les rencontres avec les professionnels pour les demandes d'adhésion se font dans leur cabinet ou leur service. Les évaluations de patients se font à leur domicile. De manière générale, les coordonnatrices accordent de l'importance aux rencontres en face à face qui favorisent, selon elles, la productivité des échanges et la confiance mutuelle.

Ainsi, au terme de ce bilan, notre meilleure connaissance du réseau de santé Alp'âges nous permet d'identifier des « variables » qui paraissent déterminantes dans le succès du réseau et qui sont des éléments importants de son management stratégique. Nous les appelons facteurs clés de succès. Précisons que ces facteurs ne sont pas exclusifs. Ils participent plutôt à mettre l'accent sur des caractéristiques qui semblent contribuer de façon significative au succès du réseau étudié. Nous repérons quatre facteurs clés de succès du réseau Alp'âges :

⇒ **L'innovation** : la directrice encourage l'innovation en favorisant la réflexion collective et en laissant une importante marge de manœuvre à l'équipe de coordination en particulier et aux acteurs du réseau en général.

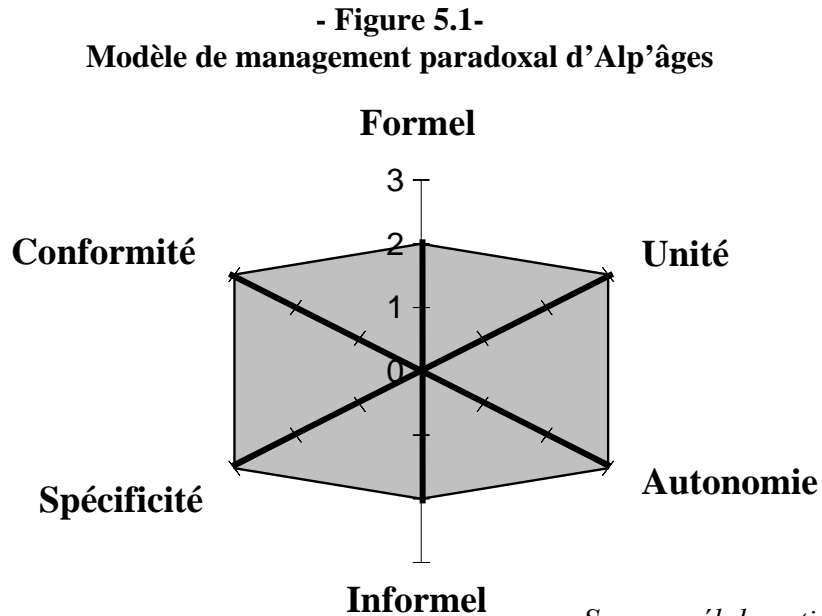
⇒ **La proximité** : les coordonnatrices veillent à être au plus proche des préoccupations locales et multiplient les occasions de rencontre à cet effet.

⇒ **Les valeurs** : l'envie de travailler ensemble pour améliorer les soins des personnes âgées est le ciment du réseau. Les coordonnatrices cherchent à entretenir ces valeurs, indispensables au maintien d'une coordination pluridisciplinaire.

⇒ **La traçabilité** : effectuer un suivi rigoureux des soins est au centre de la gestion d'Alp'âges qui justifie par ailleurs sa raison d'être par la qualité de suivi de ses prises en charge.

5.1.3.2 Modèle de management paradoxal d'Alp'âges

En résumé, nous modélisons la gestion paradoxale d'Alp'âges en suivant les étapes de construction que nous avons présentées dans le chapitre 4 (§ 4.2.2.3).



Nous proposons une lecture du modèle en précisant le positionnement des points sur l'échelle graduée, l'espace de gestion dans lequel évoluent les coordonnateurs, la logique organisationnelle qu'ils mobilisent dans cet espace et les facteurs clés de succès du réseau.

- Tableau 5.3 -
Lecture du modèle de management paradoxal d'Alp'âges

<i>Lecture du modèle</i>	Réseau de santé Alp'âges
Positionnement des points	<p><u>Formel (2) – Informel (2)</u> : Alp'âges dispose d'un cadre d'action formel qui indique les grandes orientations stratégiques du réseau (sans préciser explicitement les actions à mener) tout en laissant la possibilité aux acteurs d'explorer de nouvelles pistes d'actions (en cohérence avec les orientations données)</p> <p><u>Spécificité (3) – Unité (3)</u> : les domaines de compétences des intervenants sont distinctement balisés et ils fournissent ensemble une réponse globale et concertée aux besoins de santé des personnes âgées</p> <p><u>Conformité (3) – Autonomie (3)</u> : le réseau cherche à répondre aux attentes des tutelles sans contraindre l'autonomie des acteurs</p>
Espace de gestion	Les coordonnateurs disposent d'un espace de gestion relativement étendu ouvrant ainsi le champ des possibles dans l'aire paradoxale
Logique organisationnelle	Dans cet espace de gestion, ils mobilisent une logique de dialogue dynamique reposant sur un processus dialectique
Facteurs clés de succès	Nous repérons quatre facteurs clés de succès du réseau Alp'âges : l'innovation, la proximité, les valeurs et la traçabilité

Source : élaboration personnelle

5.2 LE RESEAU DE SOINS PALLIATIFS RESP 13

Resp 13 est un réseau de soins palliatifs qui vise à apporter un soutien médico-socio-psychologique aux personnes en fin de vie. C'est un jeune réseau dont le projet a débuté en 2002. Il a été reconnu réseau de santé en 2003. Avant de discuter nos propositions, nous commencerons par fournir le matériau d'analyse, à savoir l'échantillon de répondants et les histoires reconstituées (§ 5.2.1). Sur cette base, nous étudierons successivement nos deux propositions de recherche (§ 5.2.2). Au regard des résultats intermédiaires que nous mettrons à jour, nous concluons sur le mode de gestion du réseau de santé Resp 13 que nous modéliserons au moyen d'un modèle de management paradoxal (§ 5.2.3).

5.2.1 LE MATERIAU D'ANALYSE

5.2.1.1 Echantillon de répondants

Nous avons fait appel à deux catégories de répondants que nous présentons l'une après l'autre : le noyau (*alinéa a*) et la périphérie (*alinéa b*).

a. Le noyau

L'équipe de coordination du réseau est composée de 5 professionnels. Nous reprenons les intitulés de poste donnés par le réseau :

- une directrice (Nathalie)
- une secrétaire (Palmyre)
- un médecin (Sylvie)
- une assistante sociale (Emmanuèle)
- une psychologue (Caroline)

La directrice définit cette équipe comme « *un noyau de personnes qui militent* ».

Il faut une poignée de professionnels à la base dans une logique de complémentarité des idées et des projets pour pouvoir développer ce travail en réseau. Il faut des volontés communes. Quelque part, on est un noyau de personnes qui militent.
(Nathalie)

Nous nous sommes entretenue avec la directrice du réseau, le médecin, la psychologue et l'assistante sociale. L'entretien avec la secrétaire s'est rapidement montré improductif : elle nous a confié avoir un quart de temps exclusivement administratif qui ne l'impliquait pas dans le fonctionnement de Resp 13 (montage de dossiers d'inclusion de patients, réalisation de courriers, envoi des mailings de formation aux professionnels, standard, etc.). Nous n'avons alors pas jugé utile de prolonger l'entretien.

Le tableau 5.4 qui suit précise le(s) rôle(s) des coordonnateurs interviewés.

b. La périphérie

Resp 13 compte près de 250 bénéficiaires. Il est par ailleurs ouvert à tous les professionnels de soins palliatifs présents sur le territoire d'intervention du réseau. Nous ne disposons pas de données chiffrées précisant le nombre de participants au réseau. Pour sélectionner des acteurs périphériques, nous avons demandé conseil à Nathalie. C'est ainsi que nous avons interrogé 3 personnes de secteurs différents :

- un médecin hospitalier (Claudine)
- un psychologue libéral (Rémi)
- une employée d'association d'aide à domicile (Audrey)

Le tableau 5.5 qui suit précise le(s) rôle(s) des acteurs périphériques interviewés.

- Tableau 5.4 - Coordonnateurs interviewés dans Resp 13

REONDANTS	METIER / FORMATION	ROLE(S) DANS RESP 13	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
Directrice (depuis 2005) Nathalie	Formation d'ingénieur en santé publique	<p>« Moi, j'ai une formation d'ingénieur en santé publique. C'est un avantage. Parce que dans le métier de coordonnateur, il y a beaucoup de travail administratif, de travail d'évaluation. Moi, je suis spécialisée en évaluation. Je fais les rapports d'activité, les évaluations, les statistiques ».</p> <p>« Le coordonnateur est un peu un directeur. Un directeur organise le travail en interne, il fait fonctionner la structure, il supervise le travail de tout le monde. En même temps, je suis le garant auprès du conseil d'administration du bon fonctionnement de la structure. C'est un contrat. C'est aussi le représentant de la structure en terme de communication ».</p>	<p>➤ Assurer la gestion fonctionnelle du réseau (ressources humaines, financières, physiques, etc.)</p> <p>➤ Superviser le travail de l'équipe de coordination</p> <p>➤ Assurer l'évaluation du réseau et son suivi</p>
Médecin (depuis 2003) Sylvie	Médecin depuis 10 ans dans une unité de soins palliatifs à l'hôpital	<p>« Je peux donner une expertise en soins palliatifs. Mon rôle, c'est que lorsqu'on fait appel à nous, la secrétaire remplit tout un dossier avec la pathologie, les coordonnées...ensuite, moi je prends contact avec les soignants, donc médecin et infirmier. J'évalue avec eux les besoins médicaux de la personne, le degré d'urgence de la situation et je mets en place avec l'équipe de coordination les ressources nécessaires à la personne ».</p>	<p>➤ Apporter une expertise médicale en soins palliatifs</p> <p>➤ Assurer une coordination médicale</p>
Assistante sociale (depuis 2003) Emmanuèle	Assistante sociale	<p>« J'ai un rôle de coordination sur le plan social. La coordination, elle se situe principalement entre l'hôpital et le domicile. Je suis régulièrement en contact avec les assistantes sociales des hôpitaux avec lesquels on travaille et j'organise les retours à domicile ».</p>	<p>➤ Apporter une expertise sociale en soins palliatifs</p> <p>➤ Assurer une coordination sur le plan social</p>
Psychologue (depuis 2006) Caroline	Psychologue clinicienne Formation en systémique	<p>« J'ai plusieurs missions. La première, celle de la coordination psychologique pour les patients. Les personnes qui sont reconnues en soins palliatifs peuvent bénéficier d'une prise en charge psychologique financée par la sécurité sociale. Je suis dans l'écoute totale et la disponibilité. Je dois évaluer les besoins de la patiente, comprendre sa demande, comprendre pourquoi à ce moment là précisément. Par exemple si un soignant me demande d'intervenir sur une patiente, je dois me demander pourquoi à ce moment là, si c'est pas lui qui est en difficulté. [...]Autre mission, j'essaie aussi d'informer au maximum les autres psychologues des manifestations qui sont organisées, de les sortir de l'isolement ».</p>	<p>➤ Apporter une expertise psychologique en soins palliatifs</p> <p>➤ Assurer une coordination psychologique</p> <p>➤ Etre un relais d'information entre les psychologues du réseau</p>

Source : élaboration personnelle

- Tableau 5.5 - Acteurs périphériques interviewés dans Resp 13

REPONDANTS	METIER / LIEN AVEC LE RESEAU	ROLE(S) DANS RESP 13	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
<p>Médecin hospitalier</p> <p><i>Claudine</i></p>	<p>Médecin d'équipe mobile</p> <p>Responsable d'une unité de soins palliatifs</p>	<p>« J'ai participé au groupe de travail à l'origine du réseau. Je suis administrateur du réseau. Je suis membre du conseil d'administration. [...] Mon principal rôle est d'inclure des patients dans le réseau. On évalue à l'hôpital que le patient peut rentrer à son domicile, au niveau médical, paramédical, social et psychologique. On fait un compte rendu de sortie d'hospitalisation qu'on faxe au réseau en marquant sur ce document quels sont les besoins par rapport au réseau : ils peuvent être multiples (psycho, médical, social...) ou simplement axé sur un type de besoin. C'est à ce moment là que le réseau intervient, pour le retour à domicile. Il s'appuie sur notre évaluation. Ensuite on reste en lien par mail ou par courrier pour nous informer du suivi des soins, pour nous dire ce qui a été mis en place. Notre activité principale est l'inclusion. Quelque fois, c'est juste des signalements au cas où... [...] Je fais une formation d'une demi-journée dans le cadre du réseau. Elle a lieu une fois par an et s'adresse aux professionnels libéraux et hospitaliers. J'interviens sur les traitements de la douleur et plus spécifiquement sur l'utilisation de la pompe à morphine. C'est une formation plus pratique ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire des signalements ➤ Participer aux conseils d'administration ➤ Dispenser des formations
<p>Psychologue libéral</p> <p><i>Rémi</i></p>	<p>Psychologue clinicien libéral</p>	<p>« RESP 13, c'est pluridisciplinaire, il y a l'aspect social, médical et psycho. Moi, c'est que la partie psycho. Pour comprendre le rôle de chacun, on s'est expliqué au téléphone, les enjeux, les buts et puis on s'est rencontré. J'avais également des modules à la fac sur les réseaux. [...] Quand Caroline pense qu'un nouveau patient pourrait avoir besoin d'un soutien psy et qu'il est dans mon secteur, elle m'informe par téléphone. On discute ensemble du cas et on définit si je vais ou non au domicile pour faire un soutien psy au patient et à sa famille. Si on sent tous les deux qu'il y a un besoin, j'y vais. Tout se fait dans la discussion par téléphone et je me rends au réseau quand je peux. On échange des fiches de liaison (avec le jour, le nombre de visites, la durée, l'état de la personne...) et Caroline me demande parfois des synthèses plus précises [...] Caroline organise des conférences et des groupes inter-psy. Ça a eu lieu une ou deux fois. C'était bien de se rencontrer entre praticiens pour échanger nos expériences ».</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurer un soutien psychologique au domicile de la personne ➤ Participer au suivi des soins ➤ Participer aux rencontres (conférences, groupes de parole, etc.)
<p>Travailleur social</p> <p><i>Audrey</i></p>	<p>Employée dans une association d'aide à domicile</p>	<p>« On est des prestataires de service pour la CPAM. On gère des aides à domiciles qui interviennent au domicile des personnes pour soulager les familles. Et avec Resp 13, et bien on envoie des garde-malades aux personnes qui en ont besoin. Emmanuèle ou Nathalie me contactent et me donnent des infos sur la personne : les coordonnées, le régime de retraite, les ressources, etc. Ensuite je planifie une visite pour constituer le dossier au domicile de la personne sous 48h maximum. Et puis j'organise les interventions des garde-malades. Je reste en contact avec Resp 13. Je les appelle si j'ai un problème. On fait régulièrement des points par téléphone sur la situation du malade [...]. Il y a eu également des formations en soins palliatifs sur la pratique physique et sur l'approche des patients en soins palliatifs. Ce qui est bien aussi, c'est les temps de paroles. Mes garde-malades ont beaucoup apprécié. Ce sont des réunions en petit groupe qui permettent d'échanger sur les pratiques, sur les situations qui posent problème, de donner des ficelles, c'est très utile »</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser l'intervention des garde-malades au domicile de la personne ➤ Participer au suivi des soins ➤ Participer aux rencontres (formations, temps de parole, etc.)

Source : élaboration personnelle

5.2.1.2 Quelques histoires significatives

Histoire 5.5 : la succession

Nathalie n'a pas participé à l'émergence du projet de Resp 13. Elle a repris le poste de l'ancien directeur du réseau qui s'est désengagé en cours de projet pour des raisons professionnelles. Elle nous fait part de la difficulté de succéder à un acteur clé de la naissance du réseau. Nathalie parle alors de « *challenge* » à relever.

Vous avez des réseaux et vous avez des coordonnateurs qui défilent parce qu'il faut pouvoir le relever le challenge, c'est pas facile. (Nathalie)

Elle ne partait néanmoins pas de rien. Tout d'abord, le projet avait été formalisé sur papier. Elle avait accès à tous les dossiers de son prédécesseur qui avait également laissé son carnet d'adresses. Nathalie disposait d'un ensemble de volontés locales. Elle pouvait également compter sur Emmanuèle et Sylvie qui étaient d'ores et déjà en poste quand Nathalie est arrivée.

J'étais dans le groupe de travail qui a réfléchi au projet de réseau de soins palliatifs. Quand Nathalie est arrivée, c'est certain que ce n'était pas facile. On ne savait pas comment allait évoluer le réseau, si ce qu'on avait fait jusqu'à présent allait continuer. Mais Nathalie a dès le départ voulu s'appuyer sur ce qu'on avait fait. (Sylvie)

Tout en s'appuyant sur l'existant pour faire évoluer le réseau, Nathalie nous explique que son premier travail a été de positionner clairement le réseau par rapports aux différents acteurs locaux. Ce point a été particulièrement critique avec les équipes mobiles du territoire qui travaillaient déjà sur des problématiques de soins palliatifs. L'enjeu était alors de discuter avec eux pour un partage efficace des rôles.

Parce que quand on a créé les réseaux, et ça tout le monde ne le comprend pas bien, l'idée n'était pas de rajouter des structures dans l'offre de soins. Ça c'est pas bien intégré. Le réseau c'est tous les acteurs de soins palliatifs du département. Nous, on est un pôle de coordination pour mettre les acteurs en liens. L'idée n'est pas de créer des postes, c'est créer une structure qui va permettre de mobiliser les structures existantes et d'optimiser le travail de chacun en travaillant dans la complémentarité et non dans la concurrence. (Nathalie)

La concurrence, elle est parfois avec les équipes mobiles. Avant Resp 13, ils fonctionnaient un peu comme un réseau. On les a rencontré pour en parler, pour se positionner, pour définir les liens. Ils fonctionnaient en équipe mobile réseau depuis

très longtemps, nous on arrive, c'est pas évident de leur demander de nous passer le relais sur certaines choses qu'ils faisaient très bien eux même. (Caroline)

Je me souviens des tensions avec l'équipe mobile au début. Le pôle de coordination les a rencontrés et c'était primordial parce qu'ils avaient l'impression que le réseau allait prendre leur travail alors que pas du tout. L'équipe mobile est intra hospitalière et le réseau prend le relais pour l'organisation des soins à domicile. C'est un mode de fonctionnement différent. Le réseau, c'est vraiment de la coordination. (Claudine)

La directrice met en évidence l'importance de la « négociation » pour définir le positionnement du réseau. La « négociation » se fait dans la « rencontre » et la « personnalité compte beaucoup ».

Il faut avoir une personnalité. Le travail du coordonnateur, c'est beaucoup de rencontres et de négociations. C'est pour ça que la personnalité compte beaucoup. (Nathalie)

Selon Nathalie, il faut d'être dans l'ouverture tout en posant des limites. Par exemple, certains réseaux de soins palliatifs sont hébergés par les hôpitaux. C'est le cas de Resp 13 qui est au sein du centre gérontologique d'Aix en Provence. Parfois, le réseau est réquisitionné par l'hôpital pour organiser le retour à domicile des patients. Or, ce travail incombe à l'assistante sociale de l'hôpital et non à Emmanuèle. Il faut alors clairement recadrer les activités de Resp 13 et maintenir son positionnement. « Il faut savoir dire non ».

Il y a des réseaux qu'on réquisitionne pour organiser le retour à domicile des patients. C'est pas notre boulot. Quand les professionnels nous appellent dans ce cas, il faut savoir dire non. Où commence notre travail et où il s'arrête, c'est ça se positionner. Et quand on nous appelle pour nous dire «tient vous n'avez pas fait ça», et bien c'est parce que c'est pas notre travail. [...] On n'est pas là pour combler les manques de l'établissement, c'est pas mon problème. Moi, j'ai un budget pour faire ça et pas pour faire ça. Si tous les professionnels se positionnaient un peu mieux au lieu de vouloir copiner, «ce n'est pas ma mission mais ça va, je te le fais quand même», ça éviterait de la confusion et des malentendus. (Nathalie)

Répondant: et puis une autre difficulté c'est le partage des rôles. Par exemple, nous on n'organise pas le retour à domicile des patients mais on prend le relais à partir du moment où la personne est à domicile. Parfois il y a confusion avec les AS.

Chercheur: et comment faites vous pour lever ces confusions?

Répondant: dans certaines prises en charge, ça se frotte un petit peu. Donc on organise une réunion. Les gens se voient et on met les choses à plat. C'est important de se rencontrer. (Emmanuèle)

Pour veiller au respect du positionnement du réseau et éviter des dérives, l'équipe de coordination prévoit des « garde-fous ». Ce sont des documents formels (contrat, procédure,

charte, etc.) qui explicitent le cadre de la relation et qui protègent le réseau d'éventuels détournements.

Ce matin, en réunion, Emmanuèle a proposé de mettre en place un système d'aide à domicile pour les personnes qui ne dépendent pas de la CPAM car leur revenu dépasse le plafond. Quel est le risque? C'est celui d'une dérive et que les gens travaillent au black. Je ne veux pas être porteur de cette dérive donc là il faut mettre en place des garde-fous. Ca peut être un système, un contrat, une procédure, une charte de fonctionnement, un document signé, etc. qui permet de cadrer les choses de façon explicite et de garantir l'engagement des personnes. Ca nous protège. Parce qu'on pourrait choisir de contrôler mais on ne s'en sort plus. (Nathalie)

Histoire 5.6 : la peur d'une fuite de patient

Sylvie évoque une objection souvent formulée par les médecins généralistes : la peur de perdre des patients une fois pris en charge par le réseau. Elle se souvient d'un cas récent. L'hôpital contacte Resp 13 pour faire un signalement. Il s'agit d'une personne âgée atteinte d'un cancer qui ne souhaite pas prolonger le traitement parce qu'elle le supporte mal. Elle décide de rentrer chez elle. Son état de santé nécessite un accompagnement à domicile. Sylvie contacte l'équipe soignante, médecin hospitalier et infirmier, pour faire le point sur la situation du patient. Ils discutent des ressources médicales à mobiliser. Sylvie présente ensuite le dossier en réunion d'équipe de coordination pour traiter les autres problématiques connexes (sociales et psychologiques). Les coordonnatrices organisent les soins de la personne en fonction de leur domaine de spécialité. Sylvie contacte le médecin traitant de la personne âgée pour l'informer de sa situation. L'adhésion du médecin traitant n'est pas un critère d'entrée dans Resp 13. Toutefois, pour faire connaître le réseau, Sylvie explique le fonctionnement de Resp 13. Le médecin paraît de prime abord réticent. Il finit par confier à Sylvie qu'il craint de perdre son patient une fois pris en charge par le réseau. Sylvie comprend cette objection et y répond en expliquant le rôle du réseau. Aujourd'hui, ce médecin est adhérent de Resp 13.

On leur explique et ça se passe généralement bien. On leur explique qu'on est là en tant que soutien. On ne prend pas en charge les patients. Au contraire, on demande au patient de reprendre le médecin généraliste en général. Le médecin généraliste a souvent été squizzé pendant longtemps par l'hôpital du fait de la pathologie lourde. On remet dans le bain le médecin généraliste. C'est tout le contraire d'une fuite de patient. On ne fait pas de soins infirmiers, on ne fait rien. Moi, le patient ne va pas venir me voir pour les soins. (Sylvie)

Histoire 5.7 : les caméras de surveillance

L'équipe de coordination accorde de l'importance au suivi des soins. Pour ce faire, des fiches de liaison sont échangées avec les professionnels de santé et des contacts réguliers par téléphone viennent compléter les informations. Par exemple, pour assurer un suivi psychologique, Caroline demande aux psychologues libéraux et hospitaliers qui travaillent avec le réseau de faxer une fiche de liaison (mentionnant la date de la consultation, la durée et un avis général sur le patient).

Pendant la prise en charge, je fais mes consultations comme je l'entends. Le réseau ne me donne aucune consigne si ce n'est d'échanger des fiches de liaison. Mais seules les infos indispensables sont données parce qu'on a une obligation de secret professionnel. Si j'ai des questions, j'appelle Caroline. A sa demande, je peux aussi rédiger des synthèses sur cas. (Rémi)

La coordonnatrice psychologique essaie également de contacter par téléphone chaque semaine les bénéficiaires pour prendre de leurs nouvelles. Dernièrement, dans la discussion, un patient a confié à Caroline qu'il avait un nouveau symptôme depuis quelques jours. Il n'avait néanmoins pas contacté son médecin traitant. Caroline a alors fait le relais auprès de Sylvie qui a ensuite pris contact avec le médecin traitant du bénéficiaire concerné. Ces contacts permettent « d'avoir plusieurs caméras de surveillance ».

Ça permet d'avoir plusieurs caméras de surveillance sur le patient et sa famille : les médecins, les kinés, les infirmières et avec le psychologue, une caméra supplémentaire et c'est du coup une chance en plus de ne pas laisser passer un symptôme... ». (Caroline)

Histoire 5.8 : le bras de fer avec les tutelles

Au sein de Resp 13, c'est la directrice du réseau qui gère la relation avec les tutelles.

Je ne rentre pas dans ces choses là. C'est plutôt Nathalie qui est concernée. Les directives, c'est Nathalie qui s'en occupe et puis après ça vient à nous. (Emmanuèle)

Moi, je n'ai aucun rapport avec les tutelles. C'est au cours de discussion avec Nathalie que ça se décide. Derrière, je ne sais pas comment ça se passe. [...] L'évaluation, c'est Nathalie qui s'occupe de ça, c'est son dada. (Caroline)

On est surtout informé des nouvelles dispositions ou des nouvelles circulaires par Nathalie. Nous on se concentre sur la coordination des soins et le travail administratif, c'est surtout Nathalie qui le gère. (Sylvie)

Nathalie reconnaît qu'un réseau « *ne peut pas ignorer la demande institutionnelle* ». Ne pas y répondre, c'est prendre le risque de ne pas avoir de financements. Elle s'est par exemple vu reprocher, par un coordonnateur d'un autre réseau de santé, la logique quantitative poursuivie par Resp 13 à ses débuts. Elle reconnaît que Resp 13 a privilégié dans un premier temps le nombre de bénéficiaires inclus. Nathalie pense que cette logique quantitative est inévitable pour pérenniser les financements des tutelles.

Il n'y a pas longtemps, on me disait «oui dans tel réseau ils sont plutôt dans le qualitatif. Vous à RESP 13, vous êtes plutôt dans la quantité». Et oui, forcément. Derrière, il y avait une petite pointe d'ironie, «toi tu inclus 250 patients à l'année et le qualitatif tu t'en fous pas mal». Forcément, je vais être dans le quantitatif, le réseau a 2 ans, je ne peux pas ignorer la demande institutionnelle. Si je n'y réponds pas, je n'ai pas de financement. (Nathalie)

Aujourd'hui, Resp 13 s'est développé et représente près de 250 patients sur le territoire. La relation avec les tutelles a évolué : le réseau est désormais « *en mesure de faire pression* ».

Aujourd'hui, je suis en mesure de faire pression. Par exemple, j'ai besoin d'un mi temps de soignant, soit vous me l'accordez, soit les 250 patients, c'est terminé. Ou alors, on va réduire notre zone géographique. (Nathalie)

Nathalie estime que le contrôle des tutelles est réel mais négociable. « *C'est une affaire d'homme à homme* ». Elle parle de « *négociation* » et de « *manipulation* ».

C'est pas chacun fait sa dinette dans son coin. Je pense que les tutelles sont prêtes à lâcher des choses. C'est une affaire de négociation avec les tutelles. Ils veulent 3 papiers qui veulent dire la même chose, signés de la même personne, et bien non! On leur en rendra qu'un. C'est une affaire de positionnement. Je les appelle pour leur expliquer quitte à fusionner les documents, on fait notre dinette interne. Après c'est une affaire d'homme à homme, ça se négocie tout ça. [...] La manipulation pour parler clairement, elle va dans les deux sens. Eux [les tutelles], ils font pression de ce côté et nous on fait pareil de l'autre. Moi, je vois la tutelle qui pousse par là, mais moi je pousse aussi. (Nathalie)

Histoire 5.9 : la cerise sur le gâteau

Nathalie imagine une situation dans laquelle les tutelles exigeraient du réseau qu'il ait 50 conventions signées. Une première façon de réagir pourrait consister à paniquer et à répondre à la lettre la demande institutionnelle pour s'affranchir de la menace de suppression des financements. Le réseau se retrouverait donc avec un nombre élevé de conventions sans pour autant faire du collectif. Elle remarque que cette première réaction est très souvent adoptée.

On va vous dire, il faut 50 conventions. On va paniquer en se disant «il nous faut des partenaires» et finalement après on se rend compte qu'on ne travaille pas avec ces gens là. C'est faire le travail à l'envers. Tout le monde signe des conventions parce qu'il en faut pour les tutelles et bien moi, je dis non. Je ne signe pas de conventions de façon aléatoire avec un partenaire. Vous allez avoir des réseaux qui vont avoir 80 conventions signées et qui travaillent tout seul dans leur coin. C'est le coup classique. Nous on ne travaille pas comme ça, ça c'est se positionner. (Nathalie)

Une deuxième réaction, qui est son parti pris, consisterait à ne signer des conventions qu'à la seule condition qu'il y ait un réel « *partenariat* ». L'équipe de coordination abonde dans ce sens en relevant unanimement l'importance d'accorder un sens profond aux conventions en créant de solides « *partenariats* », quitte à ce que le réseau ait peu de conventions. La convention intervient uniquement pour finaliser un partenariat et formaliser sur papier les rôles de chacun des partenaires qui ont été au préalable discutés. Elle est « *la cerise sur le gâteau* ». Resp 13 s'attache ainsi à prouver son travail de coordination non pas en multipliant les conventions mais par « *de la transparence et de la traçabilité* ».

Bien sûr qu'on travaille avec d'autres structures mais je dis que si un partenariat n'a pas lieu d'être il ne faut pas le forcer. Il y a des gens qui n'ont pas besoin de nous et bien tant mieux pour eux et tant mieux pour nous, ça nous fera moins de boulot. A quoi bon vouloir signer un partenariat à tout prix ? [...] Je n'ai pas de conventions kiné dans mon rapport d'activité mais à côté de ça, s'ils lisent bien le rapport, des réunions d'activité on en a fait 60 en 2007. S'ils me font le reproche des conventions, je vais leur dire encore la même chose : je ne signe pas de conventions sans faire d'abord des rencontres. Les partenariats ne sont peut être pas formalisés, pas aboutis, mais dans la pratique, oui RESP 13 a des vrais partenaires. Pour le montrer, il faut de la transparence et de la traçabilité. La convention, c'est la cerise sur le gâteau, la finalisation d'un réel partenariat. (Nathalie)

C'est avant tout la confiance qui entretient les liens. Les gens me font confiance et c'est comme ça que ça marche. (Sylvie)

Emmanuèle est venue me voir à l'association pour m'expliquer le rôle de Resp 13 et on a discuté ensemble des liens qu'on pourrait avoir, de notre façon de fonctionner ensemble. Je n'ai pas signé de contrat ou de document mais ça ne manque pas, les rôles de chacun sont clairs. Peut être que la direction a signé quelque chose, qu'il y a quelque chose de formaliser, je ne sais pas...Ils font appel à l'association quand ils ont besoin de nous. Le réseau ne m'a jamais adressé un patient sans avoir toutes les informations. Ce que j'aime, c'est qu'on n'a pas le sentiment qu'ils se déchargent. C'est un vrai travail collectif. (Audrey)

5.2.2 DISCUSSION DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE

5.2.2.1 Proposition de recherche 1

Revenons à présent sur les histoires racontées pour confirmer (ou infirmer) la présence des paradoxes pressentis en phase exploratoire. Nous les reprenons un à un.

➤ Formel et informel

Resp 13 est clairement positionné dans l'offre de soins (Histoire 5.5). Le cadre d'action sert de référent pour baliser le champ d'intervention du réseau sans faire doublon ni concurrence aux ressources existantes. Pour permettre un partage efficace des rôles et pour éviter tout débordement, Nathalie souligne l'importance de définir des « *garde-fous* ». Ce sont des documents formels qui explicitent l'activité du réseau et qui ont pour objet de s'affranchir d'une éventuelle dérive. Ils ne visent pas à verrouiller les relations mais au contraire à autoriser une certaine latitude. C'est en prévoyant des « *garde-fous* » que le réseau peut autoriser une souplesse de fonctionnement.

Au départ, on a tendance à tout verrouiller. On se dit parfois qu'un bon verrouillage met tout le monde dans les clous et ça se passe mieux mais il faut de la souplesse et suffisamment de latitude. Il faut aussi de la traçabilité et des garde-fous. Si on est un réseau qui a bonne réputation, c'est que tout en se positionnant, en cadrant, en accordant de la souplesse, je mets toujours des garde-fous. Il faut avoir de la souplesse en anticipant les risques. [...] On est dans une démarche de co-évaluation. Il faut être capable de rénover, d'avancer, de s'améliorer, de reconnaître ce qui est moins bien...et le fait de s'améliorer fait que vous repensez le cadre d'action, vous refaites de la com, de la diffusion, de nouvelles plaquettes que vous renvoyez à tous les partenaires. (Nathalie)

☞ **Resp 13 dispose d'un cadre d'action formel tout restant souple**

➤ Spécificité et unité

Resp 13 est un réseau pluridisciplinaire associant des problématiques médicales, paramédicales, sociales et psychologiques (Histoire 5.7). Un patient en situation palliative est généralement au carrefour de plusieurs problématiques de soins liées. L'équipe de coordination contribue à identifier et rassembler les professionnels concernés par la prise en charge de la personne malade (Histoire 5.6).

« Quand on est en soins palliatifs, il y a nécessairement une difficulté au niveau médical mais pas uniquement. Il y a beaucoup de problématiques liées, parfois psychologiques, sociales, etc. Il y a beaucoup de douleur. Les professionnels peuvent vite être démunis. (Sylvie)

La complémentarité des professionnels permet non seulement d'améliorer la prise en charge des personnes en situation palliative en articulant les différentes problématiques imbriquées mais aussi de soulager le professionnel de santé en passant le relais lorsque les besoins repérés ne relèvent pas de son domaine de compétences (Histoire 5.7). Les coordonnatrices font par ailleurs remarquer que l'urgence de la situation palliative encourage les acteurs à être réactifs dans le passage de relais.

↳ *Resp 13 pense globalement tout en reconnaissant les spécificités de chacun*

➤ **Conformité et autonomie**

Resp 13 est un jeune réseau qui a 4 ans d'existence. Être conforme aux attentes des tutelles est indispensable pour obtenir les financements qui soutiennent son fonctionnement. Cette recherche de conformité a toutefois évolué dans le temps (Histoire 5.8). Au début, le réseau a cherché à satisfaire les demandes des tutelles en incluant un nombre important de patients. Puis, au fil du temps, le réseau est monté en charge. Aujourd'hui, Resp 13 bénéficie d'une solide réputation dans le département et la directrice estime être en mesure de négocier avec les tutelles. Nathalie pense disposer d'une marge de manœuvre l'autorisant à redéfinir les attentes des tutelles. Pour veiller à satisfaire les attentes ainsi redéfinies, l'équipe de coordination refuse d'exercer un contrôle permanent sur les professionnels participant au réseau. C'est par un travail de « *transparence* » et de « *traçabilité* » que le réseau veille à répondre aux attentes des tutelles (Histoire 5.9).

↳ *Resp 13 veille à être conforme sans compromettre son positionnement ni contraindre les acteurs*

L'analyse des histoires nous amène ainsi à confirmer la présence des paradoxes pressentis. Nous remarquons par ailleurs que les arbitrages en jeu dans Resp 13 sont globalement bien vécus par l'équipe de coordination. Ils sont ressentis comme une liberté d'action qui autorise une certaine créativité.

Il faut faire confiance aux uns et aux autres, mettre du lien entre les uns et les autres pour que ça fonctionne bien. Avoir de l'invention, avoir de nouveaux projets qu'on fait partager, qu'on fait ensemble...si par exemple quelqu'un a l'idée de créer une

| nouvelle fiche de liaison, on le soumet en réunion et on y travaille tous ensemble.
| (Sylvie)

Nathalie suggère également qu'il est possible de tirer avantage des paradoxes en « *dos[ant] habilement* ». Pour cela, il faut « *savoir naviguer* ».

| Il faut savoir être stratégique, jongler et doser habilement. Soit vous savez naviguer
| et vous réussissez, soit vous ne savez pas et préférez le confort. (Nathalie)

Après avoir discuté la première proposition de recherche et reconnu la présence des paradoxes, la question se pose désormais de savoir comment les acteurs de Resp 13 gèrent ces paradoxes. Pour cela, nous allons recentrer l'analyse sur les pratiques professionnelles énoncées par les acteurs. Pour avoir une lecture détaillée des pratiques, une matrice de synthèse est proposée en annexe (Annexe 5.5).

5.2.2.2 Proposition de recherche 2

Les récits de pratiques révèlent que les acteurs du réseau Resp 13 gèrent les paradoxes sous l'angle du « et /et » : ils ne s'imposent pas un choix entre un réseau répondant à une logique exclusivement formelle ou informelle, entre un réseau en recherche de conformité ou un réseau en totale autonomie, entre un réseau différencié ou un réseau unifié. Etudions à présent les pratiques mises en œuvre pour gérer chacun de ces couples d'opposition.

➤ Formel et informel

La particularité de Resp 13 est d'avoir vu se succéder deux directeurs en phase de démarrage. Nathalie, qui a pris la succession du réseau, nous confie la difficulté de ce « *challenge* »²⁴. La survie du réseau n'était selon elle pas assurée. Aujourd'hui, après 3 années passées au sein de Resp 13, Nathalie pense avoir relevé le « *challenge* » avec son équipe dans une démarche d'amélioration continue.

| On s'améliore au fil du temps. On ne peut pas tout faire parfait dès le début. Il faut
| l'accepter. Y en a qui disent, « quand tu travailles avec des soignants, tu peux pas te
| louper ». Quand tu démarres une structure, si tu peux pas te louper au moins une
| fois! Qui ne se trompe pas. Oui on se trompe, on se ramasse, on se relève et on
| apprend. Un réseau qui fonctionne bien, c'est un réseau qui s'est cassé la figure, qui
| a appris de ses erreurs. (Nathalie)

²⁴ Certaines expressions ou certains termes en italique insérés dans la discussion de la proposition de recherche 2 sont extraits des verbatim proposés dans les histoires préalablement présentées

Ainsi, pour relancer le réseau, Nathalie s'est référée aux documents formalisés par son prédécesseur. Il s'agissait entre autres de son carnet d'adresses et du projet remis aux tutelles pour l'obtention des financements DRDR. Elle a capitalisé à partir de l'existant. Elle s'est également appuyée sur l'expérience d'Emmanuèle et de Sylvie qui ont participé au démarrage du réseau. Elle a ensuite mis un point d'honneur à définir précisément le cadre d'action du réseau pour le positionner clairement dans l'offre de soins. Ce positionnement n'a pas été le fruit d'un « *copinage* » mais d'une réflexion collective impliquant les membres du conseil d'administration, l'équipe de coordination et les professionnels de soins concernés par les soins palliatifs. Cette réflexion a donné lieu à des « *négociations* » pour que chacun trouve sa place dans Resp 13 sans créer de structures supplémentaires ni faire concurrence aux ressources existantes. Le positionnement du réseau s'est ainsi construit dans l'échange avec les acteurs de terrain et selon une approche rationnelle : il a consisté à mettre en rapport les attentes des tutelles, les prestations en soins palliatifs présentes sur le territoire (professionnels et structures de soins existantes) et les moyens financiers du réseau.

Chercheur: comment s'est formé le cadre que vous vous êtes donné?

Répondant: avec des échanges, en regardant nos objectifs en rapport avec nos moyens, avec des discussions. Si on met en rapport la demande et les moyens, on ne tergiverse pas pendant 15 ans, le positionnement est vite vu. (Nathalie)

Des documents ont été créés en interne pour formaliser le cadre d'action (charte de fonctionnement, plaquette de communication, contrat d'adhésion, convention, etc.). Les coordonnatrices s'accordent à dire qu'il est important de ne pas perdre de vue le sens de ces documents qui n'interviennent que pour formaliser une relation concrète. Ce n'est pas tant la formalisation que la négociation des rôles de chaque acteur qui importe pour Resp 13. La formalisation n'est pas un objectif en soi. Elle n'intervient qu'à l'issue d'un processus de négociation des rôles de chacun qui sont perceptibles dans la pratique quotidienne.

➤ **Spécificité et unité**

Les soins palliatifs sont fortement connotés à la douleur et à la mort. Les bénéficiaires ne sont pas les seuls acteurs en souffrance dans cette situation. Les professionnels sont parfois démunis. L'unité du réseau est assurée par la volonté partagée des professionnels de trouver un soutien à leurs pratiques professionnelles quotidiennes et corrélativement de mieux prendre en charge les patients en fin de vie. Cette volonté encourage les échanges entre des professionnels de secteurs différents allant du médical au psychologique. Toutefois, Claudine

souligne que cette volonté est encore le fait d'une minorité. Elle pense que les soins palliatifs souffrent d'un manque de reconnaissance.

Ca fait 15 ans que je travaille dans les soins palliatifs. Et il faut se battre pour être reconnu. En gros, ce n'est pas rentable. Il y a beaucoup de personnels pour un malade en fin de vie. C'est pour ça qu'il faut en parler. (Claudine)

Aussi, les coordonnatrices œuvrent pour faire progresser le réseau dans cette logique de complémentarité en essayant de sensibiliser les acteurs du territoire aux soins palliatifs. Pour aller dans ce sens, elles s'emploient à communiquer largement pour faire connaître le réseau. Resp 13 multiplie les occasions de communication : congrès, évènements, stands dans les colloques. Nathalie intervient également à la faculté dans le cadre d'un module sur les réseaux de santé. Différents supports de communication sont utilisés (en plus du bouche à oreille qui reste un moyen puissant de communication à l'échelle du territoire) : des mailings, un site Internet en cours de construction et des plaquettes destinées aux professionnels et aux usagers (la plaquette destinée aux usagers ne comporte pas de mention relative aux soins palliatifs dans la mesure où ceux-ci sont fortement connotés à la mort). La création de ces supports se fait en équipe de coordination et nécessite d'inventer un « *langage commun* ».

Par exemple, quand je parle à un patient, plutôt que de parler de service d'aide à domicile, je vais parler d'aide ménagère. Il y a un langage commun à inventer dans les réseaux et c'est ça qui est intéressant. (Emmanuèle)

L'équipe de coordination essaye ainsi de sensibiliser sans pour autant « *forcer* » la relation. Au mieux, les coordonnatrices cherchent à répondre aux objections des professionnels réticents en expliquant le fonctionnement du réseau et en les rassurant. L'adhésion au réseau procède donc d'une participation volontaire. Celle-ci donne par ailleurs droit à des formations pluridisciplinaires indemnisées qui représentent l'occasion de rassembler des professionnels de différents secteurs (des psychologues, des médecins, des prêtres, des infirmiers etc.). Les coordonnatrices ajoutent que la formation ne se limite pas aux rencontres programmées. Elles assurent elles-mêmes une formation permanente en se tenant à disposition des professionnels et des usagers. La situation palliative des personnes implique souvent de traiter les questions dans l'urgence. Aussi, pour répondre rapidement aux acteurs, les contacts se font le plus souvent par téléphone et des rencontres sont parfois organisées pour discuter des cas complexes. La disponibilité de l'équipe de coordination est « *rassurant[e]* » pour les professionnels.

Elle [la formation] se fait de trois façons, soit par des formations programmées sur des thématiques incontournables. On essaie aussi de voir ce qui a marché les années précédentes et on essaie de balayer large. Soit par téléphone quand ils me contactent et qu'ils ont un problème. Soit on organise rapidement une réunion de coordination avec les intervenants pour discuter d'un cas difficile. (Sylvie)

Le réseau est rassurant. Il y a toujours quelqu'un. On peut appeler. On a les infos et quand je n'ai pas l'information, Caroline me rappelle. C'est sain. (Rémi)

➤ Conformité et autonomie

La directrice du réseau est l'interlocutrice exclusive des tutelles. C'est elle qui échange avec les financeurs, qui négocie les attentes et qui rédige les rapports d'évaluation. La personnalité de la directrice, militante et stratège, semble être déterminante dans la relation avec les tutelles. Les membres de l'équipe de coordination ne s'en plaignent pas. Ils soulignent au contraire l'intérêt de ce partage des rôles qui leur permet de se consacrer à leur cœur de métier (expertise sociale, expertise médicale et expertise psychologique). Les coordonnatrices sont mises au fait des exigences des tutelles en réunion d'équipe. Pour être conforme aux attentes tout en préservant l'autonomie des acteurs, l'équipe de coordination cherche à être transparente sur les activités du réseau. Des fiches de liaison ont été créées en interne pour assurer la traçabilité des prises en charge. Les coordinatrices se sont appuyées sur les documents d'un réseau de soins palliatifs frontalier. Ces fiches sont données aux professionnels intervenants pour permettre un suivi des soins. Les retours d'informations sont néanmoins difficiles. Les coordonnatrices relancent régulièrement les professionnels et complètent les informations en contactant le bénéficiaire et/ou sa famille.

Chercheur: et comment faites vous pour obtenir l'information ?

Répondant: On a des fiches de liaison qui nous permettent de suivre les soins qui sont faits. Mais souvent c'est laborieux. Les professionnels oublient de nous les transmettre. Alors je relance. Oui, je n'abandonne pas et en général ils finissent par me rappeler. (Emmanuèle)

5.2.3 SYNTHÈSE SUR LE MODE DE MANAGEMENT DE RESP 13

5.2.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) de Resp 13

Resp 13 gère les paradoxes en permettant l'expression des dimensions contraires. Il y a un couplage de deux logiques paradoxales au sein de Resp 13 : la logique de dialogue et, dans une moindre mesure, la logique de différenciation.

La logique de dialogue prédomine en étant mobilisée dans la gestion des paradoxes « formel-informel » et « spécificité-unité » :

- Le cadre d'action du réseau s'est structuré dans le temps et la pratique en s'enrichissant continuellement de nouvelles situations. Formel et informel sont dans une dialectique permanente ;
- L'équipe de coordination diffuse une vision globale des soins dispensés aux personnes en situation palliative en permettant la rencontre de domaines de compétences habituellement isolés. Unité et spécificité sont dans une dialectique permanente.

Les échanges se font à l'occasion de rencontres programmées dans le cadre du fonctionnement du réseau (réunion d'équipe hebdomadaire, formations pluridisciplinaires, etc.). Les échanges se font également sur un mode plus informel (discussions au sein de l'équipe de coordination, organisation de réunions pour gérer certaines situations urgentes, contacts téléphoniques spontanés avec les acteurs du réseau, etc.). Les lieux d'échanges dépendent principalement de l'objectif des rencontres et des personnes en présence. Par exemple, les réunions d'équipe se déroulent au siège de Resp 13. Les concertations médicales se font généralement chez les médecins ou infirmiers selon leur disponibilité. Le domicile des bénéficiaires peut également être un lieu de rencontres si sa situation palliative nécessite le déplacement des professionnels et des coordonnatrices.

Ajoutons qu'une logique de différenciation intervient dans la gestion du paradoxe « conformité-autonomie ». La gestion de ces deux pôles repose en partie sur un travail de segmentation. Plus précisément, tout en s'appuyant sur le travail de traçabilité effectué par les professionnels du réseau et l'équipe de coordination, la directrice du réseau s'attribue la responsabilité de répondre aux exigences de conformité des tutelles. Elle en est à ce titre l'interlocutrice privilégiée. Nathalie instaure une relation exclusive avec les tutelles et se charge personnellement de la rédaction des rapports d'évaluation. Conformité et autonomie font l'objet d'espaces distincts et de temps séquentiels : pour discuter les attentes des tutelles et y répondre, Nathalie réserve des espaces distincts (dans son bureau ou chez les tutelles) et des temps d'expression séquentiels (une fois l'échange réalisé avec les tutelles, Nathalie en réfère à l'équipe de coordination). Les points de rencontres entre l'équipe et les tutelles sont

limités et les phases d'échanges se succèdent : Nathalie et les tutelles puis Nathalie et l'équipe de coordination.

Ainsi, au terme de ce bilan, il ressort quatre facteurs clés de succès du réseau Resp 13. Rappelons que ces facteurs visent à mettre l'accent sur certains traits significatifs du management stratégique de Resp 13.

⇒ **Les valeurs** : les acteurs du réseau partagent une volonté de faire reconnaître les soins palliatifs qui souffrent d'une certaine discrimination dans l'offre de soins. Ils cherchent par ailleurs un soutien à leur pratique et une meilleure prise en charge des personnes en fin de vie.

⇒ **La proximité** : les soins palliatifs nécessitent une forte réactivité pour répondre rapidement à la demande. Aussi, l'équipe de coordination veille à être disponible et accessible pour les acteurs du réseau.

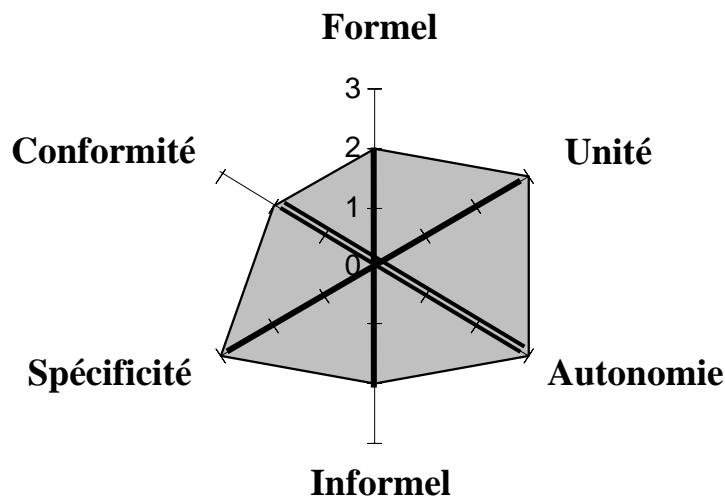
⇒ **La traçabilité** : en soins palliatifs, les problèmes doivent être détectés rapidement compte tenu de la situation fragile des bénéficiaires. La traçabilité est indispensable à la cohérence et à l'agilité des prises en charge.

⇒ **La négociation** : la négociation est au cœur des échanges établis au sein de Resp 13. Les rencontres sont l'objet de discussions et de négociations qui mettent en balance les attentes de chacun et permettent l'établissement d'accords communs.

5.2.3.2 Modèle de management paradoxal de Resp 13

En résumé, nous modélisons la gestion paradoxale de RESP 13 en suivant les étapes de construction que nous avons présentées dans le chapitre 4 (§ 4.2.2.3).

**- Figure 5.2-
Modèle de management paradoxal de Resp 13**



Source : élaboration personnelle

Nous proposons une lecture du modèle dans le tableau suivant.

**- Tableau 5.6 -
Lecture du modèle de management paradoxal de Resp 13**

<i>Lecture du modèle</i>	Réseau de santé Resp 13
Positionnement des points	<p><u>Formel (2) – Informel (2)</u> : Resp 13 dispose d'un cadre d'action formel qui indique les grandes orientations stratégiques du réseau (sans préciser explicitement les actions à mener) tout en laissant la possibilité aux acteurs d'explorer de nouvelles pistes d'actions (en cohérence avec les orientations données)</p> <p><u>Spécificité (3) – Unité (3)</u> : les domaines de compétences des intervenants sont distinctement balisés et ils fournissent ensemble une réponse globale et concertée aux besoins de santé des personnes en soins palliatifs</p> <p><u>Conformité (2) – Autonomie (3)</u> : le réseau négocie les attentes des tutelles auxquelles ils cherchent à répondre sans contraindre l'autonomie des acteurs</p>
Espace de gestion	Les coordonnatrices disposent d'un espace de gestion relativement étendu ouvrant ainsi le champ des possibles dans l'aire paradoxale
Logiques organisationnelles	Dans cet espace de gestion, ils mobilisent une logique de dialogue dynamique reposant sur un processus dialectique. Dans une moindre mesure, une logique de différenciation intervient dans l'arbitrage du couple « autonomie-conformité »
Facteurs clés de succès	Nous repérons quatre facteurs clés de succès du réseau Resp 13 : les valeurs, la proximité, la traçabilité et la négociation

Source : élaboration personnelle

5.3 LE RESEAU ADDICTION CANEBIERE

Le réseau Canebière (RC) est un réseau de santé qui vise à apporter un soutien aux professionnels de villes confrontés à des patients en situation addictive complexe. A la différence des réseaux de santé précédents, le RC dispose d'une unité interne de soins appelé le Cabanon. En d'autres termes, non seulement le RC organise les soins des bénéficiaires mais il fournit également un ensemble de prestations en interne. Une équipe de praticiens pluridisciplinaires salariés du réseau effectuent des consultations médicales, sociales et psychologiques au Cabanon. Le réseau propose ainsi un accompagnement temporaire du bénéficiaire de manière à stabiliser sa situation. Ensuite, un relais s'opère en médecine de ville ou en institut spécialisé. Le réseau propose également des extensions dans tout le département en intégrant, dans des cabinets de ville, des équipes pluridisciplinaires pour soutenir la pratique quotidienne du médecin généraliste confronté à des cas d'addiction. Ces extensions sont appelées les microstructures. Le RC a dix ans d'ancienneté et a été reconnu réseau de santé en 2003. Avant de discuter nos propositions, nous commencerons par fournir le matériau d'analyse, à savoir l'échantillon de répondants et les histoires reconstituées (§ 5.3.1). Sur cette base, nous étudierons successivement nos deux propositions de recherche (§ 5.3.2). Au regard des résultats intermédiaires que nous mettrons à jour, nous conclurons sur le mode de gestion du réseau Canebière que nous modéliserons au moyen d'un modèle de management paradoxal (§ 5.3.3).

5.3.1 LE MATERIAU D'ANALYSE

5.3.1.1 Echantillon de répondants

Nous avons fait appel à deux catégories de répondants que nous présentons l'une après l'autre : le noyau (*alinéa a*) et la périphérie (*alinéa b*).

a. Le noyau

L'équipe de coordination du RC est composée de 4 professionnels. Nous reprenons les intitulés de poste donnés par le réseau :

- un directeur (François)
- une coordinatrice administrative (Sylviane)
- une coordinatrice médicale (Karine)
- une secrétaire

Nous avons rencontré dans un premier temps la coordonnatrice administrative du réseau. Elle a intégré le RC dès son démarrage et elle travaille dans le secteur des addictions depuis plus de 15 ans. Elle est une figure emblématique du réseau. Un ancien patient, venu en visite au Cabanon pendant les heures d'ouverture au public et avec qui nous avons discuté en attendant notre rendez-vous, parle de Sylviane comme d'une « *maman* ».

Sylviane, tout le monde la connaît. C'est notre maman. Moi, ça fait longtemps que je viens ici, enfin plus pour les soins, j'en ai fini avec tout ça mais pour discuter. C'est important, surtout quand on est seul. J'aime revenir ici. C'est un peu comme ma maison. (Intermède avec un ancien bénéficiaire du réseau)

Nous nous sommes également entretenue avec la coordonnatrice médicale et le directeur qui est par ailleurs le président d'association du réseau. Il est à l'origine du réseau avec deux de ses confrères et Sylviane. La secrétaire a quant à elle récemment rejoint le réseau dans le cadre d'un remplacement. Après une discussion informelle, il ne nous a pas semblé utile de prolonger l'entretien dans la mesure où elle découvrait le fonctionnement du réseau qu'elle avait intégré depuis moins d'une semaine. Le tableau 5.7 qui suit précise le(s) rôle(s) des coordonnateurs interviewés.

b. La périphérie

Nous distinguons deux cercles périphériques. Le premier cercle, qui est le plus proche du noyau, comprend les acteurs qui participent directement aux prises en charge faites dans le cadre du réseau. Il s'agit des professionnels vacataires travaillant au Cabanon et des professionnels composant les microstructures.

Le second cercle périphérique comprend les acteurs qui participent indirectement aux prises en charge. Ce sont les hôpitaux, les cliniques, les centres méthadones, les officines, les laboratoires pharmaceutiques, les centres d'hébergements et les associations supports (médecin du monde, AIDES, etc.).

Nous avons sélectionné des acteurs périphériques appartenant au premier cercle. Ce sont ceux qui sont les plus concernés dans leurs pratiques professionnelles par le RC. Plus précisément, nous avons interviewé quatre professionnels (Tableau 5.8) :

- un médecin généraliste ayant accepté d'ouvrir une microstructure dans son cabinet (Jean)
- une psychologue faisant des permanences au Cabanon et en microstructure (Claire)
- une assistante sociale faisant des permanences en microstructure (Marion)
- un médecin généraliste faisant des permanences au Cabanon (Sylvain)

- Tableau 5.7 - Coordonnateurs interviewés dans le réseau Canebière

REPONDANTS	METIER / FORMATION	ROLE(S) DANS LE RESEAU CANEBIERE	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
Directeur (depuis 1998)	Médecin généraliste Président d'association	« A Marseille, le réseau est parti de 3 médecins, moi y compris. Il a fait suite à la nouvelle politique de réduction des risques. Au lieu de proposer des sevrages et des thérapies, on nous a fait une proposition de traitement de substitution. Donc ça s'inscrit dans une rupture de la conception du soin. Le but était d'apporter une réponse à la prise en charge et à l'accès aux soins. Ça avait pour conséquence d'être en capacité de former les médecins de ville ce qui est d'autant plus nécessaire que le champ de la pathologie n'est pas balisé, posé, en tous cas ni cohérent ni consensuel. Le réseau cherchait aussi à mettre en rapport des intervenants médico-socio-psychologiques qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble sauf dans des centres spécialisés. [...] Je suis président d'association. Je participe aux réunions d'équipe, aux rencontres qu'on organise, aux formations. Je fais également des consultations quand il y a un nouveau patient et en cours de prise en charge pour un suivi médical [...] On discute ensemble des projets, je pense par exemple aux microstructures et on décide des actions à mettre en place ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prendre les décisions stratégiques (en concertation avec l'équipe élargie) ➤ Apporter une expertise médicale dans l'évaluation des besoins de la personne, l'élaboration de sa prise en charge et son suivi ➤ Participer à la vie collective du réseau
Coordonnatrice administrative (depuis 1998)	Infirmière	« J'ai une formation d'infirmière. Ça fait plus de 15 ans que je travaille dans le milieu des addictions. C'est pas facile, il faut se battre parce que c'est diabolisé aux yeux des gens. [...] J'ai intégré le réseau dès le début [...] Vous dire ce que je fais, c'est simple, je fais tout [rire]. Sérieusement, je suis la coordinatrice administrative. Ça veut tout dire et rien dire. Je suis au Cabanon toute la semaine. J'accueille les patients, les nouveaux et les habitués. J'organise les rendez vous avec les médecins, avec les psy et avec les assistantes sociales. Je gère le travail administratif. Vous voyez, là on est en pleine évaluation. Je gère les formations, les soirées à thème. On a organisé il y a peu de temps une journée de prévention en Lycée, etc. Si on a besoin d'un relais en institution, je fais le nécessaire, etc. Je fais aussi un suivi des patients une fois relayé en médecine de ville ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accueillir et orienter les bénéficiaires ➤ Assurer la gestion fonctionnelle du réseau (organisation, évaluation, formation, etc.) ➤ Entretien du réseau partenarial ➤ Assurer le suivi des patients hors réseau
Coordonnatrice médicale (depuis 2004)	Médecin généraliste libéral	« J'ai une formation de médecin généraliste. J'ai fait une thèse en 2002 avec le laboratoire de santé publique sur la relation entre les médecins généralistes et les usagers de drogues. C'est comme ça que j'ai connu le réseau. Depuis 2004, je suis coordinatrice médicale. Plus concrètement, je fais des vacations au Cabanon entre midi et deux. Je fais un accueil médico-socio-psychologique des nouveaux entrants et je fais des consultations médicales. Et je suis également chargée du développement des microstructures dans les Bouches du Rhône ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apporter une expertise médicale dans l'évaluation des besoins de la personne, l'élaboration de sa prise en charge et son suivi ➤ Développer les microstructures

Source : élaboration personnelle

- Tableau 5.8 - Acteurs périphériques interviewés dans le réseau Canebière

REPONDANTS	METIER / LIEN AVEC LE RESEAU	ROLE(S) DANS LE RESEAU CANEBIERE	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
Médecin généraliste <i>Jean</i>	Médecin généraliste libéral Son cabinet héberge une microstructure depuis 2006	« C'est Karine qui est venue me voir pour m'expliquer le fonctionnement des microstructures. Je ne connaissais pas du tout. Elle m'a expliqué son projet. [...] J'étais un peu septique au début parce que j'avais déjà eu des expériences antérieures de réseau qui avaient donné beaucoup d'espoir pour finalement périlcliter. Mais son projet m'a convaincu, d'autant que j'avais des cas de patients difficiles que je suivais depuis un moment sans trop savoir quoi faire de plus. Et puis il y a peu de dispositifs sur le territoire. La microstructure est en place dans mon cabinet depuis 2006. J'ai aménagé un bureau à côté du mien pour les permanences du psy et de l'assistante sociale. Ils prennent le relais pour des patients qui ont des dossiers chargés, qui dépassent le seul domaine médical et c'est très souvent le cas pour les personnes dépendantes ».	➤ Orienter les patients en situation addictive complexe vers la microstructure
Psychologue <i>Claire</i>	Psychologue libérale Vacataire au Cabanon et en microstructure	« Je participe à un réseau VIH et j'ai rencontré le réseau Canebière parce qu'on avait un patient en commun. Puis on est resté en contact. Il n'y avait pas vraiment de suivi psy au Cabanon et J'ai proposé de faire des groupes de parole avec les patients du Cabanon. Ca a duré un an ou deux et ensuite j'ai mis en place des consultations individuelles. Donc aujourd'hui, je fais une permanence d'une matinée par semaine au Cabanon pour des consultations psy. C'est en général le médecin qui fait le bilan d'entrée ou Sylviane qui prend rendez vous pour une consultation avec moi et je les reçois pendant ma permanence. Je travaille aussi dans une microstructure, à raison de 2h par semaine. Je participe aux réunions d'équipe du Cabanon et de la microstructure ».	➤ Apporter une expertise psychologique ➤ Assurer un suivi des bénéficiaires du Cabanon et des microstructures
Travailleur social <i>Marion</i>	Assistante sociale Vacataire en microstructure	« Je travaille dans 6 microstructures différentes pour le moment. Je fais une permanence hebdomadaire dans chacune de ces microstructures. Les gens que je rencontre me sont envoyés directement par le médecin généraliste qui a été d'accord pour faire vivre la microstructure, donc mettre à disposition son cabinet. Ça se fait dans le cabinet du médecin généraliste. J'organise mon temps de façon à pouvoir faire une permanence par semaine dans chacune de ces microstructures. Je travaille concrètement dans la prise en charge ».	➤ Apporter une expertise sociale ➤ Assurer un suivi des bénéficiaires des microstructures
Médecin généraliste <i>Sylvain</i>	Médecin généraliste libéral Vacataire au Cabanon	« Je suis ici depuis environ 1 an. J'ai connu le réseau par Karine [coordonnatrice médicale]. On était à la fac ensemble. J'avais envie d'en savoir plus sur ce travail en réseau. Je me suis présenté au Cabanon. On est resté en contact. Ils m'ont invité à des soirées à thèmes. Et un jour ils m'ont appelé pour me proposer de faire des permanences. Donc depuis, je fais une permanence d'une matinée par semaine. C'est très formateur et ça sort de l'isolement. Parce que j'exerce en cabinet libéral et on est isolé dans nos pratiques. Ici, c'est stimulant de discuter des cas en équipe. On touche du doigt des problématiques auxquelles on n'aurait pas pensé seul et même si on y avait pensé, ça dépasse nos compétences ».	➤ Apporter une expertise médicale ➤ Assurer un suivi des bénéficiaires du Cabanon

Source : élaboration personnelle

5.3.1.2 Quelques histoires significatives

Histoire 5.10 : le Cabanon

Dans les années 1990, la nouvelle politique de réduction des risques a profondément modifié la relation médecins de ville-usagers de drogues. Beaucoup de médecins se sont trouvés démunis face à cette nouvelle responsabilité les amenant à prescrire des traitements de substitution et à prendre en charge des personnes addictives en situation complexe.

Avant, la médecine c'était une pathologie, un soin, une guérison ou une pathologie, un soin, la mort. Maintenant il y a des pathologies chroniques, qui sont longues, qui sont mouvantes, qu'il faut accompagner. Chez les toxicomanes, les dossiers sont souvent chargés. Ils ont généralement des problématiques imbriquées : VIH, VHC, troubles psychiatriques, parcours de vie difficile, problèmes sociaux, etc. (Karine)

Or, les professionnels de villes n'étaient pas formés à la prise en charge des addictions.

Peu de médecins étaient formés, l'hôpital ne l'était pas davantage. Les conceptions du psychiatre ou du médecin généraliste se sont trouvés parfois en antagonisme, pour le moins en discussion et en débat. (François)

Les personnes dans cette situation sont souvent dans des contextes difficiles, avec des problèmes de logements, des problèmes de droits sociaux, etc. Le médecin a besoin d'être formé à ces difficultés. Et puis, il a besoin d'être formé aux traitements de substitution en eux même, c'est quelque chose de nouveau pour lui. (Sylviane)

C'est dans ce contexte qu'est né le réseau Canebière en 1998.

Aujourd'hui, la communauté scientifique internationale s'accorde à reconnaître que l'addiction aux substances psycho actives est un comportement psychopathologique à caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Cette complexité nécessite une approche pluridisciplinaire et de travailler en réseau.

Extrait de la plaquette de communication du réseau Canebière (Annexe 5.6)

Il a été créé à l'initiative de trois médecins de ville (dont François) et d'une infirmière (Sylviane) qui étaient confrontés à une forte population de toxicomanes. Ils ont mis en place un « lieu de travail collectif qui s'appelle le Cabanon ».

Pour nous, il était tout à fait insuffisant d'imaginer un réseau qui soit simplement un lieu de formation, une connaissance d'adresses et un partenariat, disons comme celui qui existait avant. Donc on a imaginé un lieu de travail collectif qui s'appelle le Cabanon où les médecins de ville viennent faire des consultations et les dossiers de suivi sont discutés tous les mercredis soirs par l'ensemble des intervenants. On échange sur des situations cliniques qui sont en train de se dérouler, sur la pratique concrète et immédiate que l'on vit au présent. Ça met en lumière toute la difficulté d'avoir un point de vue sur une situation (entre les problèmes d'hébergements, de

travail, de consommation...). Donc les différents intervenants dans leurs compétences sont amenés à éclairer une situation clinique. Toutes les questions de prise en charge apparaissent au fur et mesure qu'on prend en charge les personnes et on est dans le concret des choses. (François)

Les fondateurs du RC ont imaginé un réseau capable d'apporter une « aide concrète » aux professionnels de soins en intégrant une unité interne de soins.

L'aide concrète, c'est que quand le médecin ne s'en sort pas au cabinet, il nous l'oriente. (Sylvain)

Ainsi, les médecins de ville dépassés peuvent orienter leur patient vers le réseau. Le patient rencontre ensuite un médecin du Cabanon qui fait une évaluation globale de sa situation.

On ne hiérarchise pas le médical par rapport au social, le psychologique par rapport au médical...il peut y avoir des moments où il n'y a pas du tout de problème de consommation, ou au contraire il y a des problèmes psychologiques importants qui posent des problèmes sur l'autonomie d'une personne. (François)

Dans le réseau, chacun a sa place et a son mot à dire. Chacun est impliqué au même titre. (Claire)

Un plan de soins personnalisés est discuté avec le bénéficiaire en fonction de ses besoins. Ce plan peut comprendre des consultations sociales s'il a des problèmes sociaux (avec des travailleurs sociaux sur place ou extérieurs), des bilans biologiques (avec un laboratoire sur place ou un laboratoire de ville partenaire), des consultations psy (avec un psychologue sur place ou un psychologue de ville, avec un psychiatre de ville ou hospitalier), des consultations gastro (avec un médecin sur place ou hospitalier) et des consultations hospitalières. Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires font la synthèse des cas de patients. Ce sont lors de ces réunions que sont décidées les possibilités de sortie du bénéficiaire, qui sera, selon les cas, relayé en médecine de ville ou hospitalisé. Un suivi de patients est ensuite réalisé par Sylviane qui veille à rester en contact avec eux après leur sortie du réseau.

En tous cas, les réseaux, si ce sont des réseaux efficaces, ne peuvent pas se reposer sur la coordination et la formation, sur ces choses qui sont assez évidentes pour un travail de réseau [...] Le problème du réseau est de spécifier quel est l'aspect concret d'une prise en charge globale, qu'est-ce qu'on met dedans. Nous, on fait travailler les différents intervenants pour donner corps à ça. [...] Il n'y a pas de réseau qui fonctionne s'il n'apporte pas aux niveaux des professionnels des réponses à des difficultés ou besoins qu'ils n'avaient pas antérieurement. Le réseau ne peut pas se réduire à un cycle de formation. (François)

Histoire 5.11 : l'enfant qui apprend à marcher

Sylviane compare le démarrage du Cabanon à un « *enfant qui apprend à marcher* ». Les débuts ont été hésitants puis la progression a été de plus en plus rapide jusqu'à se stabiliser.

Au début c'est de l'appréhension. C'est comme l'enfant qui apprend à marcher. Au début il va avoir peur de mettre un pied devant l'autre et une fois qu'il a compris le système, il va coordonner les mouvements puis enchaîner et chercher la rapidité. C'est évolutif. Quand un réseau débute, il cherche ses partenaires, il tâtonne, il est bancal, il avance à l'aveugle, monopolise une énorme énergie et après quand c'est acquis on passe à autre chose, on avance, c'est assez intuitif finalement. (Sylviane)

Elle souligne qu'« *il n'y a pas de mode d'emploi* » pour apprendre à marcher, au même titre qu'« *il n'y a pas de mode d'emploi* » pour développer un réseau.

L'aventure humaine, il ne faut pas qu'elle soit formalisée plus que ça. [...] Il n'y a pas de mode d'emploi. Il ne faut pas tout standardiser. (Sylviane)

Le réseau dispose aujourd'hui d'un « *large champ partenarial* » qui s'est développé dans la pratique.

Répondant : Il faut voir aussi que notre réseau est particulier, il a un large champ partenarial, il est immense. Il existe depuis longtemps.

Chercheur : et comment s'est formé le champ partenarial ?

Répondant : les liens se font par connaissance. Il y a un repérage des médecins engagés sur tel ou tel point de la pathologie. Ensuite les liens s'élargissent selon les cas. Tout se fait dans la pratique, dans l'analyse des situations à traiter. On est amené à la fois à faire des liens et éventuellement des conventions pour les tutelles. La convention n'a de sens que dans la mesure où on a mis le doigt sur un partenaire avec qui on travaille et avec qui on continuera de travailler.

Chercheur : et est-ce que tous les partenariats se soldent par une convention ?

Répondant : non, pas du tout. A la limite, le partenariat n'aurait pas nécessairement besoin de se solder par une convention. C'est un document un peu formel pour les tutelles notamment pour préciser les objectifs et la qualité d'un travail de lien. (François)

Histoire 5.12 : l'expertise

Au sein du réseau Canebière, les professionnels disposent d'une grande autonomie dans la pratique de leurs soins.

Si je compare avec le réseau mistral, le RC me laisse totalement libre du choix de mes consultations, du nombre de séances, des patients que je veux voir. Dans l'autre réseau, on est beaucoup plus cadré, on doit avoir 10 séances, point. Dans le réseau

Canebière, on laisse le professionnel complètement libre de ses outils et je pense que c'est une bonne chose. On peut vraiment adapter les soins à la personne. (Claire)

Cette liberté est toutefois canalisée par « un cadre qui structure le travail d'équipe ».

On est tous différents. Il faut des règles pour travailler ensemble. On a un cadre qui structure le travail d'équipe. L'accueil au public est de telle heure à telle heure, les psy c'est de telle heure à telle heure...on ne tolère pas que l'utilisateur nous insulte, qu'il nous fasse des menaces, qu'il soit violent. On ne tolère pas les dérives médicamenteuses, c'est l'expulsion immédiate. Et tout ça, ça a été pensé et réfléchi ensemble et c'est dit dès le départ aux nouveaux intervenants. Ce sont des règles de fonctionnement. Il faut des règles pour travailler ensemble et être cohérent. Pour autant, pour avoir travaillé dans plusieurs réseaux, il faut aussi garder ce côté informel entre nous, c'est essentiel. (Sylviane)

Récemment, un patient est arrivé au Cabanon en dehors des heures d'ouverture au public en expliquant qu'il avait trouvé un emploi et qu'il avait un besoin urgent d'ordonnance. Sylviane s'est retrouvé dans une situation où la question se posait de savoir dans quelle mesure elle s'autorisait à déroger aux règles.

Ce sont des règles de fonctionnement. Après si un patient arrive à 11h30, il a trouvé un boulot et a besoin de son ordonnance, je ne vais pas lui dire : « non ! meurt ». J'ai eu un cas récemment. Je vais appeler un médecin, contacter la pharmacie. Je vais pas dire au patient, non tu n'es pas dans le cadre, c'est ouvert à 12h30. Tout ça s'évalue en fonction de la situation, de notre expérience et de l'expertise. C'est savoir s'adapter en fonction de chacun. (Sylviane)

Sylviane évoque l'importance de l'« expertise » pour évaluer les situations. La connaissance des problématiques attenantes aux conduites addictives est essentielle pour apprécier le degré d'urgence de la situation et apporter une réponse adaptée à la situation.

Il faut des coordonnateurs conscients de la problématique. Il faut bien connaître le champ et les particularités du champ où on exerce. Il faut savoir en quoi à un moment donné telle chose est importante et quand est-ce que le médecin devient important car le médecin n'est pas toujours important. (Sylviane)

Il faut des coordonnateurs acteurs du soin ciblé par le réseau : il faut être impliqué et savoir de quoi on parle. (Karine)

L'expertise s'acquière selon Sylviane par la formation initiale, la connaissance du terrain et la motivation.

Le coordonnateur doit savoir tout ça. Malheureusement il n'y a qu'un facteur temps pour connaître le champ dans lequel il exerce. Il y a aussi un facteur professionnel, sa formation, et un facteur humain, s'il est motivé. (Sylviane)

Histoire 5.13 : les microstructures

Les microstructures ont été mises en place pour la première fois en Alsace en 2000.

Les alsaciens ont inventé des microstructures. Elles mettent en place, dans des cabinets de médecine générale, des psychologues et des travailleurs sociaux afin d'assurer un relais en ville. C'est un cadre pluridisciplinaire capable de répondre aux problèmes d'isolement du médecin. C'est un outil complémentaire à développer dans la même logique. (François)

Karine s'est intéressée au développement des microstructures dans le cadre de ses études de médecine. Elle a proposé à l'équipe du RC de développer un réseau de microstructures dans les Bouches du Rhône. Après en avoir discuté collectivement, François a confié le projet à Karine. Les microstructures proposent des soins de proximité aux personnes en situation addictive. Elles sont constituées sur accord du médecin dans son cabinet. Elles sont composées d'un psychologue et d'un travailleur social qui font des permanences hebdomadaires. Le médecin généraliste signe une charte et une fiche d'adhésion.

On choisit les médecins qui sont confrontés aux problèmes de l'addiction chez leurs patients. Une microstructure est créée pour générer de l'aide pour au moins 20 - 30 patients. On peut aussi associer plusieurs médecins du secteur. (Karine)

Les patients sont orientés vers le psychologue et/ou le travailleur social directement par le médecin du cabinet. Sur consentement du patient, des informations sont échangées entre les professionnels de soins de la microstructure. Pour compléter les discussions informelles qui permettent d'échanger sur les cas, une réunion d'équipe est prévue une fois par mois. Les microstructures permettent de sortir le médecin de l'isolement et de déléguer les problématiques psychologiques et sociales pour se concentrer sur les soins.

Un médecin isolé dans son cabinet ne peut répondre à une demande que dans la limite de ses connaissances et de ses compétences. Au mieux, il va essayer d'orienter le patient mais le patient se trouve dans un tel marasme, dans de telles difficultés que ce n'est pas simple. La motivation peut y être mais de là à franchir le pas, ça peut être très long et très difficile. Et pour le médecin du cabinet, ça peut être assez désespérant. Avec les microstructures, le médecin a accès au psy et au travailleur social facilement. Je propose un accompagnement social pour aider le patient dans ses démarches. Les microstructures permettent de repérer des besoins que le médecin ne peut pas repérer parce que ce n'est pas ses compétences. (Marion)

Ca me permet de me concentrer sur mon rôle médical et d'arrêter de patauger dans des démarches psychologiques ou sociales que je ne maîtrise pas. (Jean)

Par ailleurs, des exceptions sont parfois tolérées au cas par cas pour des patients ne souffrant pas directement d'addiction mais nécessitant un accompagnement psychologique et/ou social.

Histoire 5.14 : les priorités de santé publique

Sylviane soulève la difficulté de rester dans les créneaux institutionnels puisque les priorités de santé publique évoluent constamment.

Parce que si on sort du champ des priorités de santé publique, on est mal. Parce que si demain, l'Etat décide de privilégier le handicap, la gérontologie et le diabète, bien nous on fait quoi ? (Sylviane)

Pour autant, elle n'est pas inquiète quant à l'avenir du réseau Canebière. Sylviane considère qu'on trouve « *toujours un truc qui fait qu'on va accrocher sur la thématique du jour* ». Au démarrage du réseau, l'accent était mis sur le VIH. Puis, il y a eu le VHC et maintenant la précarité des toxicomanes. Il faut prêter attention à être en adéquation avec les priorités de santé publique tout en maintenant l'« *identité* » du réseau.

On garde notre identité et on essaie de convaincre les gens que oui on est un réseau. On trouve toujours le lien qui fait qu'à un moment donné on pourra valoriser le travail. Il y a toujours un truc qui fait qu'on va accrocher sur la thématique du jour. Par exemple avant c'était le VIH. Beaucoup de toxicos étaient touchés par le VIH. Maintenant, moins. Soit ils sont morts, soit ils savent comment se soigner. Puis il y a eut le VHC. En ce moment, on met l'accent sur la précarité des toxicos. On trouve toujours le champ qui va valoriser le travail du réseau et coller aux thèmes majeurs des politiques. (Sylviane)

Actuellement en pleine période d'évaluation du réseau par les tutelles, Sylviane nous confie que toute l'équipe est ponctuellement mobilisée.

Oui, c'est très lourd ce qu'on nous demande. Et en ce moment, tout le monde s'y colle. On est dessus depuis un moment, ça fait deux mois en fait. Tout le monde a d'ailleurs hâte que ça se termine. (Sylviane)

5.3.2 DISCUSSION DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE

5.3.2.1 Proposition de recherche 1

Revenons à présent sur les histoires racontées pour confirmer (ou infirmer) la présence des paradoxes pressentis en phase exploratoire. Nous les reprenons un à un.

➤ Formel et informel

Le RC est né en réaction à une incompréhension du système positionnant les professionnels de ville dans une situation de soins à laquelle ils pouvaient difficilement répondre en l'état. La

mission du réseau a été d'apporter une aide concrète aux professionnels de ville pour prendre en charge les addictions (Histoire 5.10). C'est autour de cette ligne directrice que le cadre d'action du réseau s'est formé. Il est formalisé dans une charte. Des règles de fonctionnement ont également été décidées collectivement pour régir le fonctionnement du Cabanon (horaires d'ouverture au public, horaires de consultation, mesures d'expulsion d'un bénéficiaire, etc.). Les acteurs périphériques interrogés n'ont toutefois pas le sentiment d'être contraints par ces règles. Elles sont indispensables au fonctionnement de la structure mais ne contraignent pas l'exercice des soins (Histoire 5.12). Chaque acteur adapte le cadre d'action en fonction des situations. Notons que peu de documents formels circulent dans le réseau. François a mentionné l'existence de conventions pour formaliser les partenariats. Ils confient toutefois que ces documents n'ont d'autre intérêt que de répondre aux attentes des tutelles (Histoire 5.11). Karine a mentionné l'existence de lettres d'adhésion mais elle précise que ces documents ne sont pas essentiels.

Les médecins doivent signer une lettre d'adhésion, la charte, etc. Idem pour le patient. Mais le côté administratif, ce n'est pas l'essentiel et puis il faut dire qu'il y n'y en n'a pas tant que ça ici. Ce qui est important, c'est d'obtenir la motivation et le contact humain y fait beaucoup. C'est très important. (Karine)

↳ Le RC a un cadre d'action souple qui balise globalement le champ d'intervention du réseau, laissant ainsi une importante marge de manœuvre aux acteurs

➤ **Spécificité et unité**

La particularité du réseau Canebière est d'avoir une unité interne de soins pluridisciplinaires appelée le Cabanon. Il est un lieu de formation, de coordination et de travail collectif réunissant des praticiens vacataires qui reçoivent des patients et effectuent des consultations (Histoire 5.10). Chacun, dans son domaine de compétences, apporte une réponse adaptée au besoin de la personne et passe le relais aux professionnels appropriés pour permettre une prise en charge globale et concertée des bénéficiaires du réseau. Le RC ne fait pas « *de la rétention de patients* ». Il apporte une aide concrète aux médecins de ville en proposant un accompagnement temporaire des patients, le temps de stabiliser leur situation, pour ensuite les relayer vers leurs médecins.

Parce qu'ici on ne fait pas de la rétention de patients. On ne nous les oriente pas pour les garder. On essaie de repérer tout ce qui ne va pas chez le patient, ce que le médecin n'a pas le temps de faire car nous on est une équipe. Donc il y a l'accueillant, l'assistante sociale, la psychologue, la secrétaire...on a tous la même sensibilité. Une fois qu'on sait ce qui fait que...on peut faire du travail d'équipe. Et

| *donc après quand on bien cadré, le patient on le renvoie sur le médecin de ville.*
 | *(Sylviane)*

Dans le même esprit, les microstructures réunissent en un même lieu des psychologues, des travailleurs sociaux, des médecins et des patients (Histoire 5.13). L'équipe pluridisciplinaire, installée dans le cabinet, vise à apporter un soutien au médecin confronté à des cas d'addiction complexes.

✧ ***Le RC pense globalement tout en respectant les spécificités de chacun***

➤ **Conformité et autonomie**

Le RC a dix ans d'ancienneté. Il est reconnu sur le territoire et dispose d'un large champ partenarial (Histoire 5.11). Sylviane et François ne sont pas inquiets quant à l'avenir du réseau (Histoire 5.14). Ils cherchent à satisfaire les attentes des tutelles en s'adaptant aux priorités de santé publique sans pour autant compromettre l'identité du RC et l'autonomie des acteurs. Claire, qui participe à deux réseaux de santé et qui peut en comparer les fonctionnements, apprécie la liberté dont elle dispose dans le RC pour exercer ses soins (Histoire 5.11). C'est une autonomie qu'elle estime profitable pour la qualité de la prise en charge.

✧ ***Les coordonnateurs recherchent la conformité par « opportunisme » en adaptant le réseau aux priorités de santé publique, laissant les acteurs autonomes dans la pratique de leurs soins***

L'analyse des histoires nous amène ainsi à confirmer la présence des paradoxes pressentis. Ils semblent par ailleurs encourager une dynamique créative. L'innovation est au cœur du RC qui encourage les acteurs à « proposer de nouvelles modalités de soins ». Les microstructures en sont un exemple.

| *Le réseau n'est pas simplement de la coordination. Il faut qu'il invente quelque chose de ce qui manque. Chaque réseau, s'il fonctionne bien, doit être en capacité de proposer des modalités nouvelles de soins. (François)*

Après avoir discuté la première proposition de recherche et reconnu la présence des paradoxes au sein du RC, la question se pose désormais de savoir comment les acteurs du réseau gèrent ces paradoxes. Dans cette optique, nous allons concentrer l'analyse sur les pratiques professionnelles énoncées par les acteurs. Une matrice de synthèse est proposée en annexe pour avoir une lecture détaillée des pratiques (Annexe 5.7).

5.3.2.2 Proposition de recherche 2

Les récits de pratiques révèlent que le réseau Canebière gère les paradoxes sous l'angle du « et /et ». Les pratiques professionnelles répondent à une logique d'arbitrage entre un réseau formel et informel, entre un réseau conforme et autonome, entre un réseau unifié et différencié. Revenons sur les pratiques mises en œuvre pour gérer chacun de ces paradoxes.

➤ Formel et informel

Le RC est né d'un mouvement historique pointant les lacunes du système de santé. Il s'est développé autour de la volonté, de trois médecins et d'une infirmière, d'apporter « *une aide concrète* » aux professionnels de ville dans la prise en charge des addictions. Les fondateurs du réseau se sont appuyés sur leur carnet d'adresses pour former un groupe de travail. Ce groupe était composé d'acteurs locaux pluridisciplinaires sensibilisés aux situations addictives. Il s'agissait de réfléchir collectivement à de nouvelles modalités de soins.

*Le réseau a eu comme raison d'être d'apporter des améliorations et des solutions à des situations qui ne pouvaient pas être prises en charge dans le cadre habituel.
(François)*

C'est ainsi qu'il a été envisagé de mettre à disposition un lieu de travail collectif (le Cabanon). Le cadre d'action du réseau s'est formé dans l'échange pluridisciplinaire, dans la discussion et dans la pratique. Le développement des microstructures a suivi la même démarche.

En général, une microstructure démarre toujours lentement, c'est très incrémental encore une fois, comme ça l'a été pour le Cabanon. (Sylviane)

Karine a soumis le projet en réunion hebdomadaire. François a validé sa demande et a laissé Karine libre de composer elle-même son projet en cohérence avec le fonctionnement du Cabanon. Les répondants ont largement insisté sur l'importance de « *l'expertise* », autorisant une liberté d'action dans le réseau. Cette expertise est entretenue dans l'échange, dans la pratique et par des formations dispensées dans le cadre du réseau.

➤ Spécificité et unité

Le RC a progressé autour d'un noyau militant œuvrant pour le rapprochement des problématiques liées aux addictions (problématiques médicales, sociales et psychologiques). L'unité du réseau est fortement liée aux valeurs partagées du travail collectif. « *C'est une affaire de désir* ».

On cherche des gens dans notre secteur qui partagent le même état d'esprit. Il suffit juste de trouver les bons interlocuteurs dans chaque champ d'intervention avec qui on travaille. (Sylviane)

C'est une affaire de désir. C'est une équipe de gens qui ont envie de faire des choses. Si on a envie, on peut entrer dans le réseau. (Karine)

Il semble y avoir des figures fortes dans le RC qui « donnent envie de travailler ». Parmi celles-ci ont été désignées François et Sylviane.

Il donne envie de travailler. Il suscite le désir. Je parle de François. Il suscite le désir pour qu'on s'y engage et qu'on ne traîne pas des pieds. Il y a quelque personnage dans ce réseau cannebière qui font que ça tourne, qu'on a tous envie d'y être. (Claire)

La politique du réseau est de susciter l'envie de travailler ensemble sans forcer la relation. Par exemple, le développement d'une microstructure dans le cabinet d'un médecin ne se fera que si le médecin adhère au projet et donne son accord. Pour cela, Karine s'est déplacée dans les cabinets pour expliquer en face à face le projet. Elle souligne qu'ils étaient souvent de prime abord réticents et c'est en leur expliquant et en leur montrant l'aide concrète que les microstructures pouvaient leur apporter que les médecins ont adhéré au projet. En outre, les interviewés ont souligné l'importance de la rencontre en créant des occasions d'échange (formations pluridisciplinaires dispensées par le réseau, réunions d'équipe, etc.). Plus généralement, les échanges sont facilités par la structure même du réseau qui dispose d'un espace de travail commun, espace qui permet une proximité physique des professionnels et qui participe ainsi à l'unité du réseau tout en valorisant les spécificités de chacun. Les acteurs nous ont confié l'intérêt de travailler sur un même lieu pour mieux comprendre les différents domaines de compétences et les problématiques connexes aux siennes.

Notons enfin que les interviewés ont évoqué un fort turnover parmi les praticiens exerçant au Cabanon. Ce turnover n'est toutefois pas perçu comme un désengagement. Les coordonnateurs pensent que l'implication des acteurs est naturellement variable. Le réseau demande du temps et de l'énergie aux acteurs qui parfois arrivent « à saturation ». Ainsi, pour préserver l'unité du réseau, Sylviane pense qu'« il ne faut pas chercher à retenir ».

Les médecins sont très sollicités par ailleurs. Ils ne peuvent pas tout faire. Et puis, on a beaucoup de jeunes médecins. Ils ont vu ce qu'était la toxico et ils ont envie de voir autre chose. Il faut accepter de passer à autre chose. Oui, parfois on ne trouve plus l'intérêt. C'est humain, à un moment donné, tu arrives à saturation. On l'a compris avec le nombre des années et en observant. Il ne faut pas chercher à retenir. (Sylviane)

➤ Conformité et autonomie

Les coordonnateurs limitent l'usage de documents formels pour ne pas alourdir la charge de travail des praticiens.

La vie de réseau, c'est prendre du temps, orienter, écouter, partager des infos, etc. C'est quand même des obligations qu'on le veuille ou non. On ne va pas ajouter du travail administratif en plus. On évite de surcharger les médecins avec ça. (Sylviane)

François met un point d'honneur à faire « confiance » à l'expertise des praticiens qui sont autonomes dans l'exercice de leurs soins. Le contrôle exercé par le réseau repose sur la « confiance » des acteurs.

Ce qui me paraît assez fantastique, c'est qu'on a un directeur qui fait terriblement confiance aux gens avec qui il travaille. (Claire)

La confiance est entretenue par la mise à disposition d'un lieu de travail collectif (le Cabanon et les microstructures) qui favorise les échanges spontanés et encourage la gestion des paradoxes en « temps réel » : coordonnateurs, professionnels et bénéficiaires se retrouvent ensemble sur un même lieu et au même moment. Le suivi des prises en charge est assuré par des échanges réguliers et un dossier médical partagé (sur consentement du bénéficiaire).

Par ailleurs, pour être conforme aux attentes des tutelles tout en maintenant cette liberté de fonctionnement, les coordonnateurs suivent l'évolution des politiques publiques et veillent à articuler le réseau avec les priorités de santé publique du moment. Sylviane n'hésite pas à contacter les tutelles dès lors qu'une circulaire ou un texte lui paraît ambigu. Ponctuellement, lors de l'évaluation du réseau par les financeurs, toute l'équipe (coordonnateurs et praticiens vacataires) est mobilisée. Un groupe de travail a par exemple été organisé lors des dernières évaluations pour réfléchir collectivement à des indicateurs de résultats.

5.3.3 SYNTHÈSE SUR LE MODE DE MANAGEMENT DU RESEAU CANEBIERE

5.3.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) du Réseau Canebière

Nous repérons trois logiques paradoxales au sein du RC :

- la logique de dialogue intervient dans la gestion du paradoxe « formel-informel » ;

- la logique de différenciation intervient dans la gestion du paradoxe « conformité-autonomie » ;
- la logique de disparition intervient dans la gestion du paradoxe « unité-spécificité ».

De manière générale, la logique paradoxale de dialogue est la logique dominante du réseau en permettant un échange entre les pôles distants. Nous l'identifions particulièrement dans la gestion du paradoxe « formel-informel ». Le cadre d'action du réseau, formé dans l'échange et la pratique, autorise une importante marge de manœuvre qui contribue elle-même à enrichir le cadre dans un processus d'apprentissage. Formel et informel sont dans une dialectique permanente.

Les échanges sont facilités par la proximité physique des professionnels de soins du réseau. Rappelons que la particularité du RC est de disposer d'une unité interne de soins (à la différence des autres cas étudiés dans cette recherche). Le Cabanon est le lieu historique du Réseau Canebière. C'est un lieu de rencontre avec des bureaux de consultations et un espace d'accueil réservé aux bénéficiaires (pendant les heures d'ouverture au public). Les échanges entre les praticiens se font de façon informelle lors de leurs permanences au Cabanon et tous les mercredis soirs en réunion d'équipe. Les microstructures sont un autre dispositif de soins réunissant en un même lieu un ou plusieurs médecins généralistes, un psychologue et un travailleur social. Les échanges se font en temps réel, au cabinet du médecin, quand un cas de patient se présente. A cela s'ajoute une réunion prévue une fois par mois pour discuter collectivement des dossiers. En dehors de ces deux dispositifs de soins, des rencontres se font également lors de formations ou de soirées à thème (par exemple, une soirée grossesse et addiction a été dernièrement organisée).

Nous repérons par ailleurs une logique de différenciation pour gérer le paradoxe « conformité-autonomie ». C'est en partie par un travail de segmentation que les coordonnateurs trouvent un équilibre à cette situation paradoxale. Plus précisément, les coordonnateurs aménagent le paradoxe en permettant l'expression des contraires à des périodes successives. La recherche de conformité s'exprime ponctuellement en période d'évaluation par les tutelles. Lors de cette phase, les coordonnateurs et les praticiens vacataires sont mobilisés pour réaliser collectivement l'évaluation du réseau, en veillant à correspondre aux priorités de santé publique du moment. En dehors de cette période, la conformité est latente, laissant la place libre à l'autonomie des acteurs.

Enfin, nous identifions une logique de disparition dans la gestion du paradoxe « unité-spécificité ». Nous constatons que ce paradoxe disparaît dans l'enceinte du Cabanon et des microstructures. Le fait de disposer d'une unité interne de soins permet d'effectuer naturellement la réconciliation entre unité et spécificité. Les professionnels vacataires ont intégré les dimensions contradictoires. Notons toutefois que si le paradoxe semble disparaître en ces lieux de travail collectif, il reste actif en dehors de ceux-ci. C'est la logique de dialogue qui prend alors le relais, en cherchant à favoriser la rencontre de domaines de compétences isolés pour diffuser une conception globale des soins dispensés aux personnes en situation addictive.

Ainsi, au terme de ce bilan, nous repérons cinq facteurs clés de succès du réseau Canebière :

⇒ **La proximité** : le réseau Canebière accorde une grande importance à la proximité de ses membres. La structure physique du réseau offre la possibilité de créer des liens réguliers et continus qui favorisent une gestion en « temps réel » des paradoxes.

⇒ **L'innovation** : les fondateurs du RC ont insisté sur la nécessité d'apporter une aide concrète aux professionnels de ville, et cette aide ne relève pas du seul travail de coordination mais exige d'inventer de nouvelles modalités de soins. L'innovation est au cœur de l'identité du réseau.

⇒ **L'expertise** : seuls des professionnels « experts », autrement dit conscients des problématiques liées aux troubles des conduites addictives, peuvent apporter une réponse adaptée aux besoins de santé. Aussi, l'expertise des professionnels est essentielle à l'adéquation entre l'offre de soins proposée par le réseau et la demande de soins.

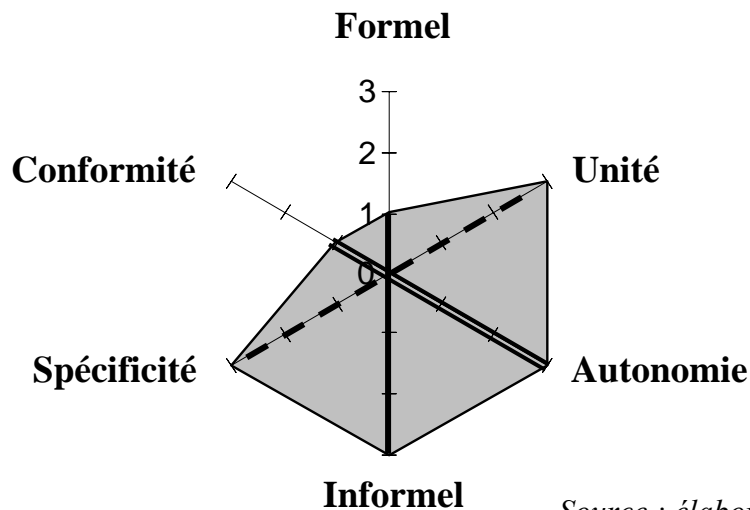
⇒ **Les repères** : au sein du RC, les repères ne sont pas tant le fait d'un cadre d'action formel mais relève plutôt de points d'ancrage qui favorisent et régulent les échanges. Ces points d'ancrage prennent des formes diverses, qu'il s'agisse de personnes ressources (François et Sylviane notamment), de règles de fonctionnement connues de tous, de réunions d'équipe régulières, etc.

⇒ **Les valeurs** : les participants au réseau partagent une volonté de travailler autrement pour mieux soigner les patients souffrant d'addiction. Ils échangent dans un climat de confiance et revendiquent une considération égale des problématiques de soins dans la prise en charge des bénéficiaires (problématiques médicales, sociales et psychologiques).

5.3.3.2 Modèle de management paradoxal du réseau Canebrière

En résumé, nous modélisons la gestion paradoxale du RC en suivant les étapes de construction que nous avons présentées dans le chapitre 4 (§ 4.2.2.3).

- Figure 5.3-
Modèle de management paradoxal du réseau Canebrière



Source : élaboration personnelle

Nous proposons une lecture du modèle dans le tableau suivant.

- Tableau 5.9-
Lecture du modèle de management paradoxal du réseau Canebrière

<i>Lecture du modèle</i>	Réseau de santé Canebrière
Positionnement des points	<p><u>Formel (1) – Informel (3)</u> : seul le champ d'intervention du réseau est explicite, laissant ainsi une grande place à l'informel</p> <p><u>Spécificité (3) – Unité (3)</u> : les domaines de compétences des intervenants sont distinctement balisés et ils fournissent ensemble une réponse globale et concertée aux besoins de santé des personnes souffrant d'addiction</p> <p><u>Conformité (1) – Autonomie (3)</u> : la recherche de conformité n'est pas une préoccupation constante des coordonnateurs, accordant une grande importance à l'autonomie des acteurs</p>
Espace de gestion	Les coordonnateurs disposent d'un espace de gestion sensiblement réduit limitant ainsi le champ des possibles dans l'aire paradoxale
Logiques organisationnelles	Dans cet espace de gestion, ils mobilisent une logique de dialogue dynamique (formel et informel), une logique de différenciation (conformité et autonomie) et une logique de disparition (unité et spécificité)
Facteurs clés de succès	Nous repérons cinq facteurs clés de succès du réseau Canebrière : la proximité, l'innovation, l'expertise, les repères et les valeurs

Source : élaboration personnelle

5.4 LE RESEAU DIABETE DIABAIX

Diabaix est un réseau de santé qui a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de diabète de type 2 et plus précisément d'éviter les complications liées à une mauvaise prise en charge de la maladie (cécité, atteinte de pieds pouvant conduire à des amputations, infarctus, accidents vasculaires cérébraux, etc.). Rappelons que le diabète de type 2 se traite par un régime et une hygiène de vie, et éventuellement par des médicaments ou des injections d'insuline après quelques années d'évolution. Le projet de réseau a débuté en 1996 et Diabaix existe depuis 2000. Il a été reconnu réseau de santé en 2003. C'est un réseau qui a huit ans d'ancienneté. Avant de discuter nos propositions, nous commencerons par fournir le matériau d'analyse, à savoir l'échantillon de répondants et les histoires reconstituées (§ 5.4.1). Sur cette base, nous étudierons successivement nos deux propositions de recherche (§ 5.4.2). Au regard des résultats intermédiaires que nous mettrons à jour, nous conclurons sur le mode de gestion du réseau de santé Diabaix que nous modéliserons au moyen d'un modèle de management paradoxal (§ 5.4.3).

5.4.1 LE MATERIAU D'ANALYSE

5.4.1.1 Echantillon de répondants

Nous avons fait appel à deux catégories de répondants que nous présentons l'une après l'autre : le noyau (*alinéa a*) et la périphérie (*alinéa b*).

a. Le noyau

Diabaix est soutenu par une équipe de coordination composée de 4 professionnels. Nous reprenons les intitulés de poste donnés par le réseau :

- Un médecin coordonnateur directeur (Céline)
- Un médecin coordonnateur adjoint sur le site d'Aix en Provence (Anne)
- Un médecin coordonnateur adjoint sur le site de Port de Bouc (Jean Denis)
- Une coordonnatrice administrative (Fanny)

Nous avons rencontré dans un premier temps le médecin coordonnateur directeur du réseau. Nous lui avons demandé conseil sur les personnes qu'il lui semblerait pertinent de rencontrer compte tenu de notre projet de recherche. Elle nous a alors orientée vers le médecin adjoint d'Aix en Provence et la coordonnatrice administrative. Le médecin en activité sur Port de Bouc était indisponible au moment des entretiens. Céline pense que le travail du médecin de Port de Bouc est similaire à celui d'Anne, le médecin d'Aix en Provence. Les informations des deux entretiens auraient, selon elle, été redondantes. Nous nous sommes donc entretenue avec trois personnes : Céline, Anne et Fanny.

Nous précisons le(s) rôle(s) de chacun des acteurs rencontrés dans le tableau 5.10 qui suit.

b. La périphérie

Diabaix regroupe aujourd'hui environ 1700 patients et 700 professionnels de santé. Par ailleurs, le réseau est proche de deux associations fortement investies dans le diabète : l'Association Française des Diabétiques (AFD) et l'Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCREDE). L'AFD a été créée en 1938. Elle propose, grâce à son réseau d'associations sur toute la France, un soutien aux personnes atteintes de diabète. L'ANCREDE vise principalement à coordonner et à capitaliser les actions des réseaux diabète en France. L'association fournit entre autres des guides destinés à orienter la prise en charge du diabète (Annexe 5.8). Il faut souligner qu'il y a un tissu associatif très présent autour du diabète.

Dans ce cercle périphérique, nous avons rencontré 4 acteurs :

- Une diététicienne libérale (Laurence)
- Un infirmier libéral (Dominique)
- Un infirmier hospitalier (Philippe)
- Un usager (Gaelle)

Nous précisons le(s) rôle(s) de ces personnes interviewées dans le tableau 5.11 qui suit.

- Tableau 5.10 - Coordonnateurs interviewés dans Diabaix

REONDANTS	METIER / FORMATION	ROLE(S) DANS DIABAIX	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
Médecin coordonnateur directeur Céline (depuis 1998)	Médecin hospitalier (service diabétologie)	« Le réseau est né d'une réflexion commune de deux médecins du service de pédiatrie qui ciblaient les diabétiques de type 1. C'était en 1996. Puis, entre 1998 et 2000, ils ont communiqué auprès de leurs collègues et ils ont organisé des groupes de travail. J'en faisais partie. [...] En 1999, le diabète a été déclaré priorité de santé publique et des fonds ont été versés pour encourager le développement des réseaux diabète. On a décidé d'abandonner le diabète de type 1 et d'élargir le projet au diabète de type 2. On est passé d'une réflexion éducative à une véritable prise en charge thérapeutique avec des protocoles de soins, de la prévention et des formations aux professionnels. Aujourd'hui, je suis médecin coordonnateur à la direction du réseau. Je travaille avec mon équipe sur l'organisation des prises en charge, sur leur bon déroulement, sur la structuration du réseau, etc. »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assurer la gestion fonctionnelle du réseau (ressources humaines, financières, physiques, etc.) ➤ Superviser le travail de l'équipe de coordination ➤ Veiller au bon déroulement des prises en charge
Médecin coordonnateur adjoint Anne	Médecin généraliste	« Je suis coordonnateur adjoint du réseau. Céline est directrice du réseau. Je suis plus particulièrement en charge de la formation des professionnels, c'est-à-dire que j'établis le programme des formations et j'assiste aux séances de formation des professionnels. [...] Donc après ça, j'ai un rôle d'information ponctuelle auprès des patients quand ils se présentent au réseau. Je vais aussi rencontrer les nouveaux médecins adhérents en face à face pour leur expliquer le fonctionnement du réseau. Et puis je rencontre les anciens pour faire le point régulièrement avec eux sur leurs patients, ce que leurs patients ont fait au point de vue formation et éducation thérapeutique et on voit aussi pour les dérogations tarifaires »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser la formation médicale des professionnels ➤ Etre un relais d'information médicale auprès des professionnels et des bénéficiaires
Coordinatrice administrative Fanny (depuis 2005)	Formation d'assistante de direction	« Je suis ici depuis 2 ans. Mon rôle est d'abord de m'occuper des formations. Je fais les inscriptions et m'occupe du déroulement. Je prends donc contact avec les patients et professionnels. Je m'occupe également de l'accueil sur le terrain. Il faut leur donner un questionnaire de satisfaction. Puis, au quotidien, je suis proche des patients pour savoir si tout va bien, s'ils comprennent le fonctionnement du classeur bleu qui reprend l'organisation de leurs soins, si les formations se passent bien, s'ils sont satisfaits, s'ils ont des attentes ou des revendications... »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etre un support opérationnel du fonctionnement du réseau (formations, réunions, etc.) ➤ Etre un relais d'information sur le fonctionnement du réseau auprès des professionnels et des bénéficiaires

Source : élaboration personnelle

- Tableau 5.11 - Acteurs périphériques interviewés dans Diabaix

REONDANTS	METIER / LIEN AVEC LE RESEAU	ROLE(S) DANS DIABAIX	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
Diététicienne <i>Laurence</i> (2001)	Diététicienne libérale	« Je suis intervenante en diététique donc je m'occupe des formations en diététique. Ce sont des séances d'éducation en groupe. Et je suis également autorisée en tant que professionnelle libérale à faire des consultations individuelles prises en charge par le réseau. Ce qu'il se passe, c'est qu'en tant que professionnel du réseau, on a le devoir de faire un cycle de formation à valider pour pouvoir faire des consultations. Une fois qu'on a fait ça, y pas de souci, on démarre nos interventions [...] Je vais aussi aux réunions générales tous les trimestres. On nous donne des nouvelles sur le réseau, combien d'adhérents professionnels, combien de patients, etc. Il y a des professionnels qui interviennent sur différents thèmes d'actualité sur le diabète (sur la diététique, sur un nouveau médicament...) J'ai par exemple fait une intervention en diététique. Avant que les conférences commencent, on fait aussi des ateliers pratiques auxquels les professionnels peuvent assister. Par exemple, on en a fait un sur les plateaux repas, comment préparer un repas. [...] Il y a également des formations qui se passent le soir. On nous propose d'y assister en tant qu'adhérents. C'est volontaire. Le calendrier des formations est mis à jour tous les semestres».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Animer des séances d'éducation ➤ Faire des consultations individuelles (après avoir validé un cycle de formation) ➤ Participer aux rencontres organisées par le réseau (formations, assemblées générales, etc.)
Infirmier <i>Philippe</i> (2004)	Infirmier dans un service diabétologie d'un hôpital local	« Je travaille dans un service de diabète à l'hôpital. Au quotidien dans le travail, on informe les patients de l'existence du réseau. On a des supports à leur présenter : une plaquette du réseau et la lettre d'information mensuelle. Le patient est libre de s'inscrire ou pas. Et au cours de l'année, on assiste à des formations. Ça permet de nous mettre à jour sur le diabète, sur la maladie, sur ses complications, etc. Tout ça, c'est volontaire. C'est laissé au désir de chacun. Je vais aussi aux assemblées générales, on nous donne un programme des formations dans l'année. En fonction de ça, on s'inscrit. [...] Je n'interviens pas en séance d'éducation parce qu'on le fait déjà à l'hôpital. Nous on éduque le patient sur la pathologie à l'hôpital et on l'informe sur le réseau. On reçoit peu de patients inscrits à Diabaix mais on fait plutôt le relais vers le réseau».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etre un relais d'information en orientant les patients hospitalisés vers le réseau ➤ Participer aux rencontres organisées par le réseau (formations, assemblées générales, etc.)
Infirmier <i>Dominique</i>	Infirmière libérale	« J'ai participé au groupe de travail à l'origine de Diabaix donc naturellement je suis restée en lien. Les liens que j'ai aujourd'hui avec le réseau, c'est dans le cadre des formations. J'anime parfois des séances d'éducation. Et puis, j'ai eu assisté à des formations au début mais maintenant c'est vrai que je n'y vais plus parce que c'est redondant. Aussi, je participe aux réunions et je parle du réseau à mes patients. Quand j'ai un patient diabétique, je lui dis que Diabaix existe après, il fait ce qu'il veut. »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etre un relais d'information auprès des patients ➤ Participer aux rencontres organisées par le réseau (formations, assemblées générales, etc.)
Usager <i>Gaëlle</i> (2002)	Bénéficiaire du réseau	« Je suis diabétique depuis 15 ans maintenant. Avant Diabaix, j'avais pas conscience de tout ce qu'on pouvait faire pour mieux vivre avec ça. C'est super parce que je comprends mieux ce que j'ai et comment m'en accommoder au quotidien »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'impliquer dans sa prise en charge (éducation et suivi)

Source : élaboration personnelle

5.4.1.2 Quelques histoires significatives

Histoire 5.15 : des protocoles structurants

Céline souligne l'importance du volontariat au démarrage de Diabaix.

On avance avec son expérience, ses connaissances, son intuition...c'est un petit peu tout ça. Et puis après il faut organiser les choses. Il y a beaucoup de volontariat à la base. Moi j'ai coutume de dire que jusqu'en 2003, on n'avait aucune indemnisation pour les professionnels, ni pour le suivi des patients, ni pour la participation au réseau mais on avait une très bonne dynamique. (Céline)

Toutefois, elle considère que les « *bonne[s] volonté[s]* » ne se suffisent pas à elles-mêmes. « *Si on veut des résultats, il faut structurer* ».

Ce que je constate, c'est qu'il y a plein de gens de bonne volonté mais que derrière ça ne passe pas forcément à l'acte. Si on veut des résultats, il faut structurer. Si on veut améliorer la prise en charge des patients, il faut à un moment donné avoir une carte et dire où vous en êtes avec votre patient et faire mieux la fois d'après. S'il n'y a pas tout ça mais qu'on est tous là, c'est super et après ? Il faut amener les gens à faire bien et ça c'est grâce à des documents, grâce à des conventions parce que ça nous amène nous aussi à rencontrer les partenaires. (Céline)

Diabaix s'est structuré en équipe, en s'appuyant sur des réflexions théoriques, sur les textes institutionnels et sur les documents de l'ANCRED.

Les réseaux diabète sont des réseaux très bien structurés. Ils sont plus de 170 en France. Ils sont très bien organisés. [...] Tout était à inventer. On s'est appuyé sur les textes qu'on a trouvés, sur la théorie, sur nos idées certainement utopiques, etc. A partir des circulaires, on a étoffé le projet pour en faire quelque chose de beaucoup plus global avec toute la partie thérapeutique, protocolaire, formation pour coller aux recommandations et financements. [...] Il y a des textes qui sont très structurés et structurants. Et une fois le projet soumis et accepté par les tutelles, on a très vite voulu contrôler la relation. (Céline)

Aujourd'hui, le réseau dispose de protocoles organisationnels qui explicitent le fonctionnement du réseau et de protocoles de soins qui explicitent les étapes du parcours de soins du bénéficiaire inclus dans le réseau. Les professionnels intervenant dans une prise en charge sont ainsi guidés par des protocoles (Annexe 5.9). Ils suivent par ailleurs un cycle de formation obligatoire avant d'intervenir dans les prises en charge.

Ajoutons que les protocoles sont évolutifs : ils s'adaptent aux nouvelles réglementations et aux nouvelles situations. Par exemple, le parcours de soins prévoyait à un moment donné des entretiens individuels avec un psychologue. Ces rencontres étaient financées par la Sécurité Sociale. Mais très vite, les coordonnateurs se sont aperçus que ça ne fonctionnait pas. Cette étape de soins a été discutée en équipe pour se solder finalement par l'organisation de groupes de paroles collectifs.

Chercheur: et les protocoles sont évolutifs dans le temps?

Répondant: bien sûr. Par exemple, celui du parcours des patients a changé suite à la loi. Après ils sont mis à jour selon les besoins, selon les utilisations. Moins ceux des professionnels parce que ça a moins évolué que ceux des patients qui ont été changés plusieurs fois depuis le début. (Céline)

Les coordonnateurs soulignent l'importance de formaliser tout en « rest[ant] réaliste » et en préservant la « liberté d'action » des acteurs.

Là par exemple, on se questionne en ce moment sur le parcours de soins. Il nous semble qu'il va bien et après on a des doutes. On fait des groupes de travail avec des patients et des professionnels. Toute la difficulté quand on est à notre échelle est de garder contact avec le terrain pour ne pas être dans l'utopie, dans la théorie et dire il faut ci, il faut ça. Il faut rester réaliste. (Céline)

C'est compliqué pour le patient et les professionnels. Par exemple, les patients doivent faire un fond d'œil deux fois par an. C'est prévu dans le protocole. On les relance pour leur rappeler. Ils le font ou ils ne le font pas, notre limite d'action elle est là. On ne peut pas être intrusif, il ne s'agit pas d'obliger les gens ni de les amener à se retirer parce que c'est trop contraignant. Il faut respecter leur liberté d'action. (Anne)

On n'est pas contraint par le réseau. On nous propose des actions et après on est libre de dire oui ou non. Il n'y a que des avantages à fonctionner comme ça. Il y a une meilleure prise en charge de la personne qui se responsabilise un peu plus. Pour ma part, je n'ai pas de contraintes sinon je n'en ferai plus partie je crois. (Laurence)

Histoire 5.16 : la peur d'une fuite de patient (2)

Hier encore, Anne s'est entendu dire par un médecin « Est-ce que je vais perdre mon patient si je l'envoie vers le réseau ? ».

Chercheur: et du côté des professionnels, quelles sont les principales réticences?

Répondant: hier encore, on m'a demandé : est-ce que je vais perdre mon patient si je l'envoie vers le réseau? (Anne)

Le discours qui nous revient régulièrement des médecins généralistes, c'est la peur de perdre leurs patients. Ils ont l'impression que du moment où leur patient va

adhérer au réseau, on va les dispatcher sur plein d'autres professionnels et pas forcément prendre en compte le suivi du médecin traitant. (Céline)

Dans le même esprit, les formations dispensées par le réseau sont l'objet de crainte pour les professionnels : est-ce que les généralistes formés au diabète vont prendre les patients des diabétologues ? Est-ce que les diabétologues vont prendre les patients des généralistes ?, etc.

Par exemple la coordination entre généraliste et spécialiste diabétologue est indispensable mais pas toujours facile. Former les généralistes, on se dit «du coup, est-ce que les diabétologues vont continuer à voir les patients ou est-ce que les généralistes vont les garder?» [...] Mais ce n'est pas en ne formant pas les gens qu'on avancera. Ce n'est pas les généralistes qui vont plus travailler que les diabétologues. Au contraire, c'est quand ils sont vraiment sensibilisés, qu'ils diront «là, j'y arrive pas» et qu'ils demanderont un avis. Mais c'est vrai que c'est pas gagné au démarrage. [...] Il y a du travail encore à faire, beaucoup mais à force de marteler, de redire, on y arrive. La collaboration entre généralistes et spécialistes en diabète n'est pas gagner alors qu'on a des protocoles qui disent qu'au-dessus de tant, il faut envoyer chez le diabétologue. C'est vrai que c'est pas fait systématiquement. Donc au réseau de continuer, comme quoi le réseau a sa raison d'être, d'orienter, d'expliquer, de demander, de proposer. (Céline)

Céline et Anne considèrent que la crainte d'un « détournement » de patient se désamorce assez facilement en « rassurant » et en « expliquant » que le réseau « est là pour rendre service ». En outre, Céline souligne l'intérêt des « procédures » qui contribuent à rassurer les professionnels. Elle met également l'accent sur les formations qui sont essentielles pour sensibiliser les acteurs aux problématiques de soins liées au diabète et favoriser ainsi le relais.

Je trouve personnellement que c'est assez facile à démontrer comme argument. Le réseau est là pour rendre service. On n'offre pas de soins ici, on prend en charge les patients juste sur le plan de l'éducation et de l'information et puis c'est tout. A priori, il n'y a pas de risque de détournement puisqu'on insiste bien sur le fait que les patients gardent leur médecin traitant qui de toute façon doit être maintenant un médecin adhérent du réseau. De ce côté-là, y a pas de problème. En ce qui concerne le spécialiste, soit le patient a déjà un diabétologue et c'est le médecin généraliste qui l'adresse au diabétologue. C'est ce qui se faisait avant d'être dans le réseau. Soit le patient n'a pas de diabétologue et il voit avec son médecin traitant vers qui il peut s'adresser. Y a pas de raison de... quand il s'agit de donner des noms de professionnels de santé autre que les médecins, on voit en fonction du lieu d'habitation du patient et on lui donne plusieurs noms et après c'est lui qui choisit. (Anne)

Chercheur: et comment on fait face à la peur d'une fuite de patient?

Répondant: en expliquant, en rassurant, en mettant en place les procédures qui répondent à ça. En effet, il ne faut pas que les patients échappent à leur médecin. (Céline)

Histoire 5.17 : la consultation de podologie

Le patient diabétique souffre d'une fragilité des pieds. Des consultations dérogatoires de podologie sont prévues dans le protocole de soins de Diabaix. Cette consultation implique des coups de téléphones pour expliquer l'objet des soins, des fiches de liaison entre professionnels de soins (Annexe 5.10), des mesures de correspondance avec le protocole, des échanges éventuels sur des points à discuter, des enregistrements dans la base de données du réseau, etc. Cette consultation prend plus de temps qu'une consultation podologique hors réseau mais c'est, selon Céline, ce qui fait que cette consultation a « *un sens différent différent d'une consultation podologique hors réseau* ».

Par exemple, une consultation dérogatoire de podologie aujourd'hui, c'est long. C'est des documents qu'il faut expliquer, qu'il faut créer, qu'il faut envoyer aux professionnels, qu'il faut envoyer aux patients, qu'il faut expliquer, donc pas mal de contacts téléphoniques, courriers, réunions... Ensuite derrière on reçoit le document, il faut le traiter, le contrôler pour voir s'il répond aux protocoles, appeler, écrire, téléphoner s'il y a des points à discuter, enregistrer sur une base pour rendre des comptes, faire un chèque, voilà... tout ça prend énormément de temps pour une consultation podologique. Mais en même temps c'est ce qui fait qu'on a une consultation podologique qui a un sens différent d'une consultation podologique hors réseau. C'est la valeur ajoutée du réseau et c'est quelque chose de très important. (Céline)

Les coordonnateurs de Diabaix soulignent unanimement l'exigence de traçabilité des soins et plus largement l'exigence de traçabilité des activités du réseau (formations, ateliers, etc.). Ils pensent que la traçabilité est nécessaire quand on gère un effectif élevé de professionnels et de bénéficiaires. Elle permet non seulement d'assurer la cohérence des soins mais aussi de prouver la production du réseau aux financeurs.

Ce qui est sûr c'est que les financeurs sont demandeurs d'évaluations ne serait-ce que pour continuer à financer les dispositifs qui fonctionnent. A nous de montrer que ça fonctionne. (Céline)

La traçabilité passe par la création d'outils qui ont été discutés en groupe de travail. Ces outils prennent la forme d'une charte, de conventions, de contrats d'adhésion, de fiches de liaison (Annexe 5.10), d'une fiche de suivi annuel (Annexe 5.11), d'un questionnaire de satisfaction, etc. Les professionnels et les patients sont sensibilisés à l'importance de ces outils lors de leur adhésion et de façon ponctuelle tout au long de l'année. Pourtant, Anne relève que les retours d'informations médicales sont difficiles. Les professionnels de soins sont relativement hostiles à ces papiers.

Parfois ce qui rebute un peu les professionnels, c'est l'aspect administratif. Ils trouvent qu'il y a beaucoup de papiers à remplir mais en fait c'est pas des papiers supplémentaires. Quand ils adressent un patient à un diabétologue, un podologue ou un ophtalmo, ils font des courriers. Donc la fiche de liaison qu'on leur propose remplace le courrier en donnant les renseignements attendus par l'autre professionnel et l'avantage c'est que le patient peut en garder un exemplaire dans son classeur bleu. C'est pas une surcharge. (Anne)

Céline soulève également le risque de se déconnecter du terrain dès lors que le travail administratif est trop prenant.

Il ne s'agit pas de s'éloigner du terrain parce qu'il faut quand même aller motiver les gens, les rencontrer...et quand on fait de l'administratif, on ne fait pas forcément de terrain. (Céline)

Histoire 5.18 : le classeur bleu

Après avoir signé les documents d'usage (conventions, charte, etc.) et reçu les diverses informations sur le réseau (plaquette de communication, lettre d'information, site Internet, etc.), c'est souvent « *une inconnue* » pour les nouveaux entrants. Aussi, pour aider à se repérer dans le réseau, l'équipe de coordination a mis en place un dossier médical partagé, connu sous l'appellation « *classeur bleu* ».

Oui, il faut rendre le réseau lisible pour les patients. Ce qui n'est pas facile, c'est que d'abord on signe un document et après, qu'est-ce qui se passe? C'est une inconnue pour les patients, c'est une inconnue pour les professionnels. C'est à nous de dire au patient «voilà, vous rentrez. Vous avez droit à des réunions d'information, des consultations gratuites. On vous demande de fournir vos résultats et vous avez un dossier médical partagé, c'est votre classeur bleu». Comme ça, pour les patients, ça leur semble beaucoup plus clair. Pour les professionnels, c'est la même chose. (Fanny)

Le classeur bleu dresse un historique du parcours de soins du patient. Toutes les informations relatives aux soins du bénéficiaire sont stockées dans ce classeur dont il a la garde. Il est un objet de suivi et d'échanges entre les différents professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du bénéficiaire.

Il y a toutes les informations relatives au parcours de santé du patient : la fiche signalétique, toutes les fiches de liaison. Par exemple, quand un patient vient me voir en consultation individuelle, j'ai une fiche à remplir. C'est comme un compte rendu si vous voulez. C'est pareil pour la podologie, le cardiologue, etc. Ça permet de recenser tout ce que le patient a fait au sein du réseau. Le médecin peut vite voir si le patient a fait sa diététique, ses suivis de podolo, etc. Et puis, on voit aussi s'il est allé aux séances d'éducation. Les professionnels qui les animent signent. Ce

classeur est gardé par les patients qui le trimbalent avec eux. [...] On est tous tenu au secret professionnel donc le partage d'informations entre les professionnels du réseau ne pose aucun problème. Les patients viennent bien avec leur classeur, y a pas de souci. (Laurence)

Céline précise qu'au départ, ce dossier était informatisé mais très vite, l'équipe de Diabaix s'est rendu compte que ce système ne fonctionnait pas dans la mesure où les gens avaient l'impression d'être « fliqués ». Le format papier a donc été privilégié pour que les acteurs s'approprient plus facilement l'objet.

Par exemple, au démarrage, nous on avait un dossier informatique et puis on s'est dit « il faut qu'on arrête, ça nous dessert ». C'était une perte de temps. On est passé sur un autre mode qui ne donne pas l'impression aux gens d'être fliqués, surveillés. En arrêtant, y en a à qui ça a déplu car ils étaient pour l'informatique mais y en a d'autres qui sont venus parce qu'ils étaient contre l'informatique. Ça marche beaucoup mieux. (Céline)

5.4.2 DISCUSSION DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE

5.4.2.1 Proposition de recherche 1

Revenons à présent sur les histoires racontées pour confirmer (ou infirmer) la présence des paradoxes pressentis en phase exploratoire. Nous les reprenons un à un.

➤ Formel et informel

Si le volontariat et l'énergie des acteurs ont été déterminants pour faire naître le réseau, sa formalisation n'en a pas moins été de mise très rapidement (Histoire 5.15). De nombreux documents formalisent aujourd'hui le réseau. Les coordonnateurs pensent que ces documents sont indispensables à la pérennité du réseau. Ils prennent la forme de protocoles de soins, de protocoles organisationnels, de conventions, de fiches de liaisons, d'une charte, etc. Ils servent de références en guidant les activités du réseau et permettent d'en cadrer le fonctionnement pour éviter des détournements (Histoire 5.16). Le nombre élevé de bénéficiaires et de professionnels adhérents à Diabaix n'est pas étranger à l'importance que les coordonnateurs accordent à la formalisation du réseau. Les documents formels ne figent toutefois pas les relations. Ils évoluent en fonction des situations (évolution des pratiques médicales, nouveau dispositif juridique, etc.). Ils sont l'objet de discussions collectives et se précisent dans le temps.

Oui, les documents évoluent. Par exemple, on a refait notre charte il y a quelques mois, elle est beaucoup plus claire. Et tout ça évolue par des audits, des groupes de travail, par des réflexions internes, par les propositions des professionnels, par l'écoute des patients eux-mêmes...par des tests : on mène des actions et on mesure le résultat derrière. Voilà, beaucoup de réflexion, énormément... (Céline)

☞ **Diabaix met un point d'honneur à formaliser le cadre d'action du réseau sans verrouiller les relations**

➤ **Spécificité et unité**

Diabaix est un réseau pluridisciplinaire à orientation médicale (Histoire 5.18). Il est principalement composé de professionnels médicaux et paramédicaux (médecins généralistes, diabétologues, endocrinologues, kinésithérapeutes, diététiciens, podologues, infirmiers, etc.). Chacun, dans son périmètre d'intervention, participe à la prise en charge des diabétiques adhérents au réseau. Céline explique l'absence de professionnels du secteur social et psychologique par la politique de développement progressif du réseau en fonction des priorités de soins, celles-ci relevant selon la directrice des problématiques médicales et paramédicales. Céline souligne toutefois que la problématique socio-psychologique n'a pas été écartée des préoccupations du réseau. Elle est actuellement traitée de manière détournée par des groupes de paroles, des rencontres, la disponibilité de l'équipe de coordination, etc.

Le côté psychologique, c'est les groupes de parole, c'est l'idée de ne pas se sentir seul. On leur passe un petit coup de fil de temps en temps, ou ils viennent là, c'est comme une famille. Tout ça c'est des mots qui me reviennent d'eux. C'est psychologique et social parce que l'isolement est très grand chez les patients. C'est tout à fait intéressant de dire que si on veut améliorer la prise en charge du diabète, il ne faut pas faire uniquement de la diabétologie. Il y a aussi la prise en charge psychologique et sociale. Rien que le fait de sentir qu'on appartient à un groupe aide dans la prise en charge. Il faut aujourd'hui qu'on travaille là-dessus. (Céline)

☞ **Malgré l'orientation médicale du réseau, Diabaix pense globalement tout en reconnaissant les spécificités de chacun**

➤ **Conformité et autonomie**

Céline « ne croit pas avoir beaucoup de marge de manœuvre face aux tutelles ». Céline et son équipe jugent essentiel de prouver la plus value d'une prise en charge en réseau par rapport à une prise en charge traditionnelle.

Je ne crois pas avoir beaucoup de marge de manœuvre face aux tutelles. En même temps j'imagine que c'est incontournable, on ne va pas financer des projets qui ne marchent pas ou qui ne donnent pas de résultats. Je ne suis pas en opposition avec ça, je trouve ça normal. On commence un rapport d'activité et on attaque le suivant car ça évolue tout le temps. C'est long mais c'est incontournable. (Céline)

A ce titre, l'équipe de coordination fournit un travail quotidien de traçabilité des activités du réseau (Histoire 5.17). Les outils de traçabilité mettent à contribution les bénéficiaires et les professionnels pour faire remonter l'information aux coordonnateurs. Par ailleurs, des protocoles de soins garantissent une harmonisation des pratiques en guidant les professionnels qui interviennent au titre de Diabaix. Les professionnels doivent en outre nécessairement suivre un cycle de formations pour participer aux prises en charges. Ces protocoles ne sont pour autant pas coercitifs. Ils orientent l'action des professionnels qui restent libres d'adapter les protocoles.

☞ ***Diabaix cherche une conformité en guidant les pratiques des acteurs tout en veillant à préserver leur autonomie***

De manière générale, les coordonnateurs appréhendent les situations paradoxales de façon relativement sereine. Les arbitrages en jeu semblent aujourd'hui faire partie des routines de gestion du réseau qui sont explicitées dans des protocoles servant de cadre de référence. Le réseau est dans une démarche d'amélioration continue. Céline estime qu'il « *est important de capitaliser, de se servir des expériences, d'en laisser une trace et d'en faire quelque chose* ».

C'est vrai qu'on a beaucoup de documents et quand on arrive dans le réseau, ça fait beaucoup de choses. Alors, est-ce qu'il y en a trop? En même temps on sait que si on en faisait moins, ça marcherait moins. C'est important de capitaliser, de se servir des expériences, d'en laisser une trace et d'en faire quelque chose. C'est comme ça qu'on avance. (Céline)

Après avoir discuté la première proposition de recherche et reconnu la présence des paradoxes au sein de Diabaix, la question se pose de savoir comment les acteurs du réseau gèrent ces paradoxes. Nous allons désormais nous pencher sur les pratiques professionnelles mises en œuvre par les acteurs pour gérer les paradoxes. Pour avoir une lecture détaillée des pratiques, une matrice de synthèse est proposée en annexe (Annexe 5.12).

5.4.2.2 Proposition de recherche 2

Les récits de pratiques révèlent que le réseau de santé Diabaix gère les paradoxes sous l'angle du « et /et » : Diabaix ne s'impose pas un choix entre un réseau répondant à une logique exclusivement formelle ou informelle, entre un réseau sous contrôle ou un réseau en totale autonomie, entre un réseau différencié ou un réseau unifié. Etudions à présent les pratiques mises en œuvre pour gérer les paradoxes.

➤ **Formel et informel**

Le cadre d'action du réseau n'a pas été dicté par les tutelles ou par la directrice du réseau mais il a fait l'objet d'une réflexion collective. En 1998, un groupe de travail composé de médicaux et de paramédicaux volontaires et concernés par la prise en charge du diabète a été constitué. Ce groupe s'est appuyé sur des textes « structurants » initiés par les tutelles (circulaires, décrets, etc.) et par l'ANCRED (guides) pour définir le champ d'intervention du réseau. Le diabète ayant été déclaré priorité de santé publique en 1999, l'Etat a diffusé de nombreux textes visant à soutenir le développement des réseaux diabète. Cette réflexion a par ailleurs été alimentée par un travail bibliographique et par l'expérience d'autres réseaux de santé (notamment dans le domaine du sida). Très rapidement, le cadre d'action a été formalisé.

Aujourd'hui, différents supports explicitent le champ d'intervention du réseau et en permettent la diffusion : charte, site Internet, plaquette de communication, protocoles, etc. Les protocoles prennent la forme de processus formalisés sur papier qui sont discutés collectivement, testés et révisés en fonction des situations nouvelles et des résultats. Ils se sont affinés dans la pratique. Ils sont physiquement stockés au sein du réseau dans des classeurs thématiques. Il existe des protocoles organisationnels et des protocoles de soins. Les protocoles de soins déterminent les étapes de la prise en charge globale du bénéficiaire. Ces protocoles ont été définis en équipe interne élargie (comité de pilotage médical et paramédical) et se sont inspirés des guides fournis par l'ANCRED. Les protocoles de soins prédéfinissent un parcours de soins que les patients sont invités à suivre. Ils servent de référents, permettent d'apprécier les écarts et de prendre les mesures nécessaires pour les réduire (discussion en équipe pour modifier le protocole, relance des patients pour les inciter à suivre le parcours de soins, etc.).

➤ **Spécificité et unité**

Au sein de Diabaix, les bénéficiaires sont particulièrement actifs, ce qui participe à l'unité du réseau. Rappelons que le diabète de type 2 se traite avant tout par une éducation thérapeutique faisant de l'usager un acteur essentiel de sa prise en charge. Les bénéficiaires sont encouragés à intégrer de nouvelles règles de vie pour éviter les complications liées à leur maladie. Des séances d'informations gratuites sont animées par des spécialistes pour leurs apprendre à équilibrer leur alimentation (faire les courses, lire les étiquettes, apprendre à cuisiner, etc.), pour les encourager à avoir une activité physique et pour leurs apprendre à s'auto-surveiller. Le bénéficiaire est ainsi amené tout au long de sa prise en charge à rencontrer une grande

diversité de professionnels médicaux et paramédicaux : des diététiciens pour la compréhension du régime diabétique, des kinésithérapeutes et des éducateurs sportifs pour expliquer le rôle de l'activité physique dans l'équilibre du diabète et pour montrer quelques mouvements à effectuer seul, des médecins formés en diabétologie pour expliquer ce qu'est le diabète et comment mieux le soigner, des podologues pour montrer comment éviter les plaies du pied, des infirmiers pour bien utiliser le lecteur de glycémie, savoir effectuer une analyse d'urine et gérer l'urgence. Ces professionnels sont liés par le dossier médical partagé du bénéficiaire (le classeur bleu). Ils sont également amenés à se rencontrer lors de formations pluridisciplinaires indemnisées et d'assemblées générales trisannuelles qui font le point sur l'activité du réseau et proposent des conférences sur l'actualité du diabète.

On propose des formations pluridisciplinaires qui permettent, même si au départ il y a des petites réticences de certains professionnels à travailler main dans la main avec d'autres, de se rencontrer, de connaître la personne avant de connaître la discipline. Donc ça permet de faire un noyau assez lié. Entre eux, c'est vrai qu'ils fonctionnent bien, quand on envoie un patient chez un podologue qui le renvoie chez la diététicienne. Il y a en interne un bon noyau. Les formations aident beaucoup. (Fanny)

Si toutefois un cas difficile se présente ou des questions surviennent, les professionnels et les bénéficiaires peuvent passer au siège du réseau ou appeler les coordonnateurs. Par ailleurs, pour entretenir les liens, les coordonnateurs multiplient les moyens de communication (Internet, plaquette, lettre mensuelle, etc.). L'ANCRED est également un vecteur de communication nationale en favorisant les échanges entre réseaux nationaux (lors des journées inter-réseaux par exemple).

➤ **Conformité et autonomie**

Diabaix a « très vite voulu contrôler la relation ». C'est un réseau de relations contrôlées par une traçabilité des activités. Céline souligne que le contrôle des relations établies dans le cadre du réseau ajoute de la plus value en apportant du lien et du sens aux actions qui souffrent souvent de dispersion et d'incohérence dans le système de soins classique. Les outils de traçabilité ont été discutés et travaillés en interne avec l'aide d'un évaluateur externe et de documents existants.

On a travaillé avec un évaluateur externe. On a structuré, travaillé à partir de documents qu'on a trouvé en se renseignant un peu partout et en cherchant nous-mêmes, créé des échelles de qualité de vie parce qu'on voulait l'évaluer. (Céline)

Pour faire accepter l'utilisation de ces outils et amener les professionnels à se conformer aux protocoles, les coordonnateurs prennent le temps d'en expliquer l'intérêt lors de toute nouvelle adhésion (idéalement en face à face pour favoriser la confiance ou au minimum par téléphone). Ensuite, les coordonnateurs prêtent attention à sensibiliser continuellement les adhérents dès qu'une occasion de rencontre se présente. Si malgré ces efforts, les informations ne remontent pas au réseau, ils effectuent des relances téléphoniques, essaient de recouper les informations entre les bénéficiaires et les médecins. En dernier recours, ils éditent une fiche de liaison simplifiée qui se limite aux strictes informations indispensables pour le suivi du dossier. Ces informations sont essentielles à l'évaluation du réseau. Les rapports d'évaluation à l'attention des tutelles sont l'objet d'une mobilisation collective de l'équipe de coordination. Ils s'appuient sur une grille d'évaluation commune qui avait été réfléchiée en groupe de travail à l'initiative des tutelles pour définir des indicateurs communs aux différents réseaux diabète. Céline en faisait partie au titre de Diabaix.

5.4.3 SYNTHÈSE SUR LE MODE DE MANAGEMENT DE DIABAIX

5.4.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) de Diabaix

Diabaix gère les paradoxes en permettant l'expression des dimensions contraires. La logique de dialogue est au cœur de la stratégie paradoxale du réseau en recherchant un échange entre les pôles opposés :

- Le cadre d'action s'enrichit continuellement des nouvelles situations qui se présentent. Les protocoles du réseau relèvent d'un processus de mémorisation et d'apprentissage. Formel et informel sont dans une dialectique permanente ;
- La recherche de conformité est une préoccupation constante des coordonnateurs qui sensibilisent les acteurs du réseau, en les impliquant notamment dans la traçabilité des activités. Conformité et autonomie sont dans une dialectique permanente ;
- Les coordonnateurs diffusent progressivement une vision globale des soins dispensés aux diabétiques, en commençant par œuvrer pour le rapprochement des problématiques médicales et paramédicales. Unité et spécificité sont dans une dialectique permanente.

Les échanges se font à l'occasion de rencontres programmées dans le cadre du fonctionnement de Diabaix (comités de pilotage, groupes de travail, formations, réunions générales trisannuelles, séances d'éducation, etc.). Ces temps d'échanges prévus favorisent un apprentissage des contraires. Les échanges se font également sur un mode plus informel (discussions au sein de l'équipe de coordination, discussions avec les professionnels et les bénéficiaires, contacts téléphoniques spontanés, etc.). Les lieux d'échanges sont fonction des situations. Par exemple, les rencontres avec les partenaires institutionnels pour discuter des conventions se font généralement dans leur établissement. Les bénéficiaires peuvent s'ils le souhaitent venir au siège de Diabaix. Les rencontres lors des nouvelles adhésions ont souvent lieu dans le cabinet du médecin.

Ainsi, au terme de ce bilan, il ressort quatre facteurs clés de succès du réseau Diabaix :

⇒ **La traçabilité** : Diabaix fournit un effort quotidien de traçabilité des soins en particulier et des activités du réseau en général. Pour cela, de nombreux outils créés à l'initiative des acteurs du réseau servent de traceurs.

⇒ **Les repères** : Les coordonnateurs de Diabaix ont unanimement souligné l'importance d'avoir des repères pour structurer les échanges et ceux-ci prennent notamment la forme de documents, de protocoles, de procédures, etc. Ces repères contribuent à stabiliser les relations paradoxales.

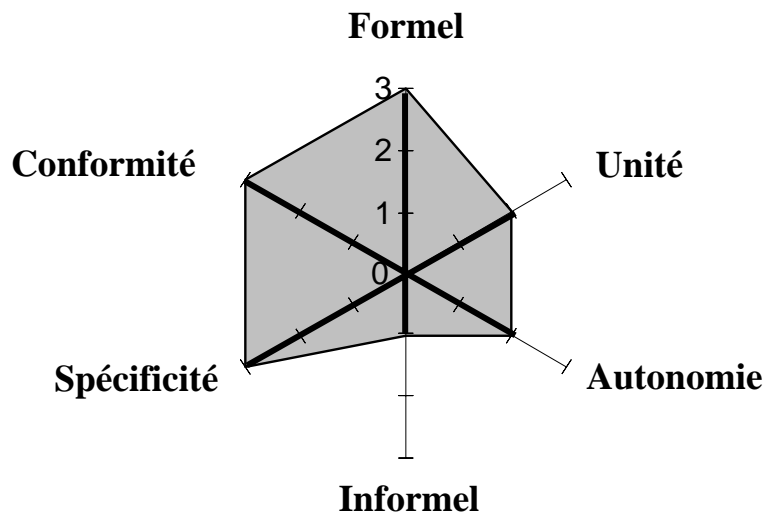
⇒ **L'expertise** : l'expertise, autrement dit la connaissance des problématiques de soins liées au diabète, est indispensable au passage de relais entre professionnels. Elle est notamment entretenue par des formations et des rencontres pluridisciplinaires.

⇒ **L'innovation** : Diabaix est dans une démarche d'innovation en travaillant sur des protocoles de soins innovants pour permettre une meilleure prise en charge des besoins de santé des diabétiques.

5.4.3.2 Modèle de management paradoxal de Diabaix

En résumé, nous modélisons la gestion paradoxale de Diabaix en suivant les étapes de construction que nous avons présentées dans le chapitre 4 (§ 4.2.2.3).

**- Figure 5.4 -
Modèle de management paradoxal de Diabaix**



Source : élaboration personnelle

Nous proposons une lecture du modèle dans le tableau suivant.

**- Tableau 5. 12 -
Lecture du modèle de management paradoxal de Diabaix**

<i>Lecture du modèle</i>	Réseau de santé Diabaix
Positionnement des points	<p><u>Formel (3) – Informel (1)</u> : le fonctionnement de Diabaix repose sur des protocoles structurants qui laissent une marge de manœuvre limitée aux acteurs</p> <p><u>Spécificité (3) – Unité (2)</u> : les domaines de compétences des intervenants sont distinctement balisés et ils fournissent une réponse concertée. En revanche, la réponse apportée est à dominante médicale (l'intégration du secteur social et du secteur psychologique est en prévision)</p> <p><u>Conformité (3) – Autonomie (2)</u> : le réseau cherche à répondre aux attentes des tutelles en guidant les acteurs dans cette voie</p>
Espace de gestion	Les coordonnateurs disposent d'un espace de gestion sensiblement réduit limitant ainsi le champ des possibles dans l'aire paradoxale
Logique organisationnelle	Dans cet espace de gestion, ils mobilisent une logique de dialogue dynamique reposant sur un processus dialectique
Facteurs clés de succès	Nous repérons quatre facteurs clés de succès du réseau Diabaix : la traçabilité, les repères, l'expertise et l'innovation

Source : élaboration personnelle

5.5 LE RESEAU TEMOIN RESODYS

Resodys est un réseau de santé qui vise à améliorer la prise en charge des enfants souffrant de dyslexie. Il a été d'ores et déjà mobilisé dans le cadre de l'étude exploratoire qualitative (§ 2.1.2.3). Resodys a été reconnu réseau de santé en 2002. Il a toutefois près de 10 ans d'ancienneté dans la mesure où Resodys s'inscrit dans la continuité de Coridys, association créée en 1994. Nous revenons à présent sur ce réseau qui fait figure de témoin, dans notre recherche, compte tenu de sa situation déclinante. La dernière évaluation du réseau s'est soldée par le non renouvellement de ses financements. Avant de discuter nos propositions, nous commencerons par fournir le matériau d'analyse, à savoir l'échantillon de répondants et les histoires reconstituées (§ 5.5.1). Sur cette base, nous étudierons successivement nos deux propositions de recherche (§ 5.5.2). Au regard des résultats intermédiaires que nous mettrons à jour, nous conclurons sur le mode de gestion du réseau de santé Resp 13 que nous modéliserons au moyen d'un modèle de management paradoxal (§ 5.5.3).

5.5.1 LE MATERIAU D'ANALYSE

5.5.1.1 Echantillon de répondants

L'organisation de Resodys se distingue des autres cas de réseaux jusque là étudiés. Le réseau est composé :

- d'une cellule de coordination administrative : Resodys central. Cette cellule comprend le directeur et deux secrétaires (une secrétaire administrative et une secrétaire comptable) ;
- de pôles de proximité : à ce jour, 5 pôles ont été constitués (Aix en Provence, Salon de Provence, Martigues, Marseille et Toulon). Les pôles de proximité effectuent les prises en charge locales. Chaque pôle est géré par un médecin coordonnateur.

Resodys est par ailleurs soutenu par Coridys qui est une association de parents d'enfants dyslexiques créée en 1994. Resodys s'inscrit dans la continuité du travail de l'association. Aujourd'hui, les deux entités travaillent ensemble, Coridys étant davantage le soutien logistique de Resodys. En périphérie, de nombreux professionnels participent au réseau : une majorité d'orthophonistes, des neuropsychologues, des psychomotriciens, des médecins, des

psychologues, des psychiatres, des orthoptistes, des médecins scolaires, des psychologues scolaires et des enseignants.

Pour rappel, dans le cadre de l'étude exploratoire réalisée en première partie de thèse, nous étions entretenue avec une secrétaire de la cellule administrative du réseau, le président d'association de Coridys, un coordonnateur de pôle de proximité et une neuropsychologue participant aux prises en charge. Notons que le directeur du réseau n'avait pas pu nous recevoir. C'est lors de ces entretiens que la fragilité du réseau s'était révélée. Nous avons ainsi jugé pertinent de reprendre l'étude de ce cas dans la seconde phase empirique. Il fait ici office de témoin en contraste avec les quatre autres cas de réseaux réputés pour leur bon fonctionnement.

Comme pour les cas de succès, nous avons contacté dans un premier temps le directeur de réseau pour lui expliquer notre projet de recherche et lui demander conseil sur les personnes à interviewer. Nous n'avons évidemment pas fait état du statut de ce réseau dans notre recherche pour ne pas en freiner l'accès. Le directeur a malgré tout fait blocage, ce qui a limité les possibilités d'entretiens. Nous pensons que la situation fragile du réseau n'est pas étrangère à ce blocage. Sur les entrefaites, le réseau n'a pas obtenu le renouvellement de l'enveloppe DRDR.

Ainsi, nous avons interviewé un nombre limité de personnes en nous appuyant sur les contacts établis précédemment dans ce réseau :

- Le président d'association (Ariel)
- Une neuropsychologue (Marie)
- Une famille bénéficiaire (Lionel)

Nous avons commencé par un entretien avec Ariel avec qui nous étions restée en contact suite à la phase exploratoire. Il nous tenait informée de l'évolution du réseau via des contacts téléphoniques et des mails. Nous lui avons ensuite demandé conseil sur les personnes qu'il serait possible d'interviewer compte tenu de la situation. Il nous a conseillée de contacter à nouveau la neuropsychologue précédemment rencontrée qui s'était depuis désengagée du réseau. Elle a ainsi pu parler librement de Resodys. Celle-ci nous a orientée vers une famille dont l'enfant dyslexique avait été pris en charge par le réseau.

Nous précisons le(s) rôle(s) des acteurs interviewés dans le tableau suivant.

- Tableau 5. 13 - Acteurs interviewés dans Resodys

REONDANTS	METIER / LIEN AVEC LE RESEAU	ROLE(S) DANS RESODYS	
		VERBATIM	SYNTHESE DES ROLES
Président d'association (depuis 1994) <i>Ariel</i>	Psychanalyste Président d'association de Coridys	« <i>Ma fille est dyslexique. Et compte tenu de mon métier, c'est vrai que j'avais tendance au début à chercher une cause psychologique aux difficultés de ma fille. Et puis, je me suis rendu compte de la difficulté pour les enfants et pour les parents de faire face à ces situations. Parce qu'il n'y a pas une réponse unique mais bien une multitude de sources qui peuvent expliquer les troubles des apprentissages chez l'enfant. [...] J'ai monté Coridys en 1994 avec d'autres parents. Coridys est l'acronyme de Coordination des Intervenants auprès des personnes souffrant de Dysfonctionnements neuropsychologiques. C'est une association qui fait à la fois centre de ressources et réseau. C'est-à-dire qu'on a commencé par être un centre de documentation, on a fait de la guidance parentale. Puis, petit à petit, on a fait parler de nous. Des professionnels nous ont rejoints. On a organisé des groupes de parole et des formations pour les parents et les enseignants, etc. On avait toutefois pas de structure médicale donc on était limité dans nos activités. En 2002, un réseau de santé a été créé dans la continuité de Coridys. On a signé une convention de partenariat. Aujourd'hui, à Coridys, on accueille, on conseille et on oriente les professionnels et les familles concernées en soutien à l'activité de Resodys</i> ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accueillir, conseiller et accompagner les familles et les professionnels dans les prises en charge ➤ Etre un appui technique du réseau sur le terrain ➤ Diffuser l'information ➤ Former les usagers et les enseignants
Neuropsychologue (A démissionné du réseau en 2007) <i>Marie</i>	Neuropsychologue libérale	« <i>Je suis neuropsychologue libérale et je travaille aussi avec le service de neuropédiatrie et de neuropsychologie de la Timone. J'ai travaillé avec Resodys. Je participais au diagnostic des enfants. C'est-à-dire qu'on m'adressait des enfants et je faisais mon bilan neuropsychologique dans mon coin [...] J'ai démissionné parce que je n'adhérais pas au fonctionnement du réseau. Je travaille aujourd'hui avec un réseau qui cherche à mieux prendre en charge les enfants sourds. Et c'est un vrai réseau cette fois-ci</i> ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Effectuer un diagnostic neuropsychologique des enfants inclus dans le réseau
Usager <i>Lionel</i>	Sa fille a été prise en charge par le réseau	« <i>Il y a un formulaire d'engagement à signer. On nous demande au début de décrire notre enfant avec des cases à cocher. On nous dit qu'il faut se présenter aux rendez-vous et après on reçoit un gros dossier avec tous les bilans dedans et c'est l'orthophoniste qui nous explique tout ça</i> ».	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se présenter aux consultations et renseigner les documents liés à la prise en charge

Source : élaboration personnelle

5.5.1.2 Quelques histoires significatives

Histoire 5.19 : le partenariat Coridys / Resodys

Le projet de réseau est né en 1994 sous l'impulsion d'une association de parents d'enfants dyslexiques. Cette association, répondant au nom de Coridys (Coordination des Intervenants auprès des personnes souffrant de Dysfonctionnements Neuropsychologiques) a pour objectif de construire un réseau pluridisciplinaire de personnes motivées par le traitement des dysfonctionnements neuropsychologiques (Annexe 5.13). Ces dysfonctionnements peuvent être liés à la prématurité, à un incident périnatal, à un traumatisme, à une maladie, à des problématiques sociales et psychologiques, etc. Ils touchent 4 à 6 % de la population soit un enfant par classe. L'année 2001 a représenté un tournant. Une circulaire DHOS du 4 mai 2001 (Tableau 4.14) a œuvré dans le sens d'un rapprochement entre les différents professionnels concernés par les troubles du langage et le CHU. C'est ainsi qu'un réseau de santé, appelé Resodys, a été mis en place en 2002. Il a obtenu le financement DRDR et a adopté le statut juridique d'une association loi 1901. Un neurologue hospitalier (Michel) a été nommé à sa présidence. Coridys est aujourd'hui financé en partie sur l'enveloppe DRDR de Resodys. Les deux entités (Coridys et Resodys) ont signé une convention de partenariat pour préciser leur fonctionnement (Annexe 5.14). Nous en présentons un extrait :

« Coridys et Resodys sont deux associations ayant comme but commun l'amélioration de la prise en charge des enfants souffrant de troubles des apprentissages.

Resodys est donc le réseau de professionnels et d'usagers, ayant pour buts de fédérer les différents acteurs, médicaux, paramédicaux, scolaires, et associations d'usagers. [...] Resodys est en relation étroite avec le CHU dont il émane. [...]

Coridys a développé une action de centres de ressources et de documentation. [...] Le rôle de Coridys à l'intérieur du réseau [est] : diffusion de l'information et production de documents pour le réseau, formation des usagers et d'une partie des enseignants, guidance parentale, aide technique sur le terrain. [...]

Coridys et Resodys s'engagent en commun dans un certain nombre de projets ayant trait principalement à la formation, l'interface entre l'offre de soins et les usagers, incluant les divers aspects sociaux et pédagogiques. »

Extrait de la convention de partenariat entre Coridys et Resodys (Annexe 5.14)

Le partenariat évoqué dans la convention semble toutefois souffrir de dysfonctionnements dans la pratique. Ariel nous en donne quelques exemples :

- Un des champs d'action de Coridys est de former les enseignants. Or, Michel n'a pas invité Coridys à la réception qui a eu lieu à l'occasion de la signature de la convention entre Resodys et le rectorat ;
- Ariel est membre du conseil d'administration, or il n'a pas été convié aux deux dernières réunions ainsi qu'à la dernière assemblée générale. Il en a été informé par des orthophonistes qui se sont étonnés de son absence. Pour Ariel, cela signifie que Resodys considère que les professionnels concernés par la dyslexie se limitent aux médecins et aux orthophonistes, au détriment des personnes de l'éducation nationale et du monde associatif ;
- Lorsque le pôle de Resodys s'est monté sur Aix en Provence, des professionnels mobilisés ont souhaité organiser des conférences, produire des documents d'informations, etc. Or, c'est ce que Coridys fait depuis plus de 10 ans. Coridys s'est montré volontaire pour les aider et éviter les doublons mais ils ont préféré agir seul. Aujourd'hui, Ariel observe que ces professionnels se sont démotivés et se sont isolés entre orthophonistes et médecins hospitaliers.

Pour essayer de trouver une issue à chacune de ses situations, Ariel a pris contact avec les acteurs concernés afin d'ouvrir le dialogue mais sans succès. A titre d'illustration, Ariel a contacté Resodys central pour comprendre pourquoi il n'avait pas été informé des dernières instances du réseau et on lui a répondu que ses cotisations n'étaient pas à jour. Il a alors envoyé les références des chèques attestant que sa situation était en règle et depuis il n'a pas eu de nouvelles. Les deux associations ont du mal à communiquer.

J'ai revu Michel en octobre dernier à l'occasion de la rencontre des dys. Et je lui ai dit qu'il faudrait qu'on se voit pour parler mais il n'aborde jamais les problèmes de fond. Moi je lui ai dit que c'est vraiment très dangereux pour tout le monde, qu'on ne voit pas comment on peut travailler ensemble si on ne met pas tout à plat. Mais on en est toujours là aujourd'hui, on n'a plus de communication. (Ariel)

Ariel regrette les difficultés d'articulation entre les deux associations.

Chacun suit sa logique en étant débordé. Maintenant, Resodys et Coridys fonctionnent en parallèle. C'est très dommage parce qu'on avait des éléments pour un travail en commun mais pour ça il faut que certains laissent la place aux autres. (Ariel)

Une concurrence semble s'être installée. Ariel nous confie que la DDASS et la DRASS ont tout à fait conscience qu'il y a un problème mais ils ne veulent pas intervenir, estimant que cette tâche incombe aux acteurs locaux.

Ce que je comprends, c'est que les moyens sont rares et les besoins immenses et qu'il faut qu'en interne Resodys soit organisé pour faire des choix. Je perçois pour ma part qu'il y a compétition là où il devrait y avoir une stratégie partagée.

Extrait d'un mail écrit par une responsable institutionnelle à l'attention des acteurs « clés »²⁵ de Resodys, juin 2007.
Ce mail nous a été transféré par Ariel.

Marie pense que le blocage vient de Resodys.

Le blocage vient de Resodys. Comme Coridys n'a pas de structure médicale, l'association est de suite limitée. Ce serait tout bénéf pour les enfants qu'il y ait une articulation entre les deux mais Resodys bloque tout. La preuve, quand je travaillais pour eux j'ai essayé de mettre en place des liens avec Coridys pour le suivi des prises en charge mais Michel n'a rien voulu entendre. Les médecins font leurs trucs dans leur coin. Ceux qui fonctionnent le plus en réseau c'est Coridys alors que ce n'est pas leur boulot. (Marie)

Resodys reproche à Coridys d'être trop dans le dialogue et pas assez dans l'action.

Je regrette qu'Ariel m'ait oubliée sur le dernier mail où il demande qui fait quoi et quel réseau etc... Je trouve une fois de plus que nous perdons un temps et une énergie précieuse. Si Ariel pense que c'est nécessaire de reposer les choses et de discuter de nouveau, moi je suis quelqu'un qui préfère agir et avancer concrètement.

Extrait d'un mail écrit par un médecin coordonnateur de pôle et diffusé aux acteurs « clés » de Resodys, juin 2007.
Ce mail nous a été transféré par Ariel.

Coridys pense que Resodys est amené à disparaître. Face à ce blocage et pour capitaliser l'action des deux associations, Coridys travaille de son côté au rapprochement des professionnels de ville et des hospitaliers dans le but de construire un réseau de santé fidèle au projet initial.

J'aimerais faire fonctionner un réseau médico-social. La vocation du centre de ressource est d'être un appui technique du réseau. Si Resodys veut travailler avec nous, c'est ok mais sinon, nous on a un réseau informel qui fonctionne très bien et qui est financé en partie par des subventions. On travaille très bien avec des neurologues, des enseignants, des ortho. La DDASS nous a dit qu'ils étaient prêts à nous financer s'il y a une cohérence au niveau de la politique régionale. Je vais faire mon maximum pour faire une convention avec le CHU... (Ariel)

²⁵ Nous entendons par là les acteurs directement concernés par la gestion du réseau, à savoir la direction de Resodys, les coordonnateurs de pôles de proximité et le président de Coridys.

Histoire 5.20 : le pouvoir médical

Le président de Resodys, Michel, est un neurologue hospitalier. Les coordonnateurs des pôles de proximité sont des médecins qui connaissent Michel. Marie et Ariel considèrent que Resodys est une « *extension de l'hôpital* ».

Ce qui est embêtant c'est que Resodys n'est plus un réseau mais une extension de l'hôpital. Voilà où on en est, c'est assez désastreux. (Ariel)

Quand j'ai démissionné, j'avais vraiment l'impression de mettre un coup de feu dans l'air. Michel n'était pas étonné de mon départ. Je leur ai dit que ce n'était pas ma façon de fonctionner. Ce n'est ni plus ni moins qu'une extension du fonctionnement hospitalier. (Marie)

D'après les interviewés, le fonctionnement du réseau traduit la primauté du « *pouvoir médical* ». Ils estiment que Michel se met en « *position de monopole* ». Le directeur est perçu comme un point de passage obligé alors même qu'il n'est pas joignable. Marie regrette de ne pas connaître « *son avis alors qu'il décide de tout* ».

Michel, on ne le voit jamais. C'est quelqu'un de reconnu à l'hôpital mais en tant que coordonnateur, je ne l'ai vu qu'une seule fois. Il est censé coordonner les coordonnateurs de pôles, et on ne le voit pas. Il n'y a pas de suivi, on ne connaît pas son avis alors qu'il décide de tout. On a plus souvent affaire à ses secrétaires. [...] Je me souviens d'un enfant qui avait un problème d'apprentissage et je pensais qu'il avait peut être un problème au cerveau. Je l'ai renvoyé vers Michel qui est neurologue. Je n'ai jamais eu de nouvelles. (Marie)

Les mandarins médicaux ont un sacré pouvoir qu'ils ne sont pas prêt à lâcher. Il n'y a aucune raison qu'un problème comme les troubles de l'apprentissage soient la propriété de la neuropédiatrie et de la médecine à l'hôpital. C'est un truc qui pourrait se régler beaucoup plus à l'école. C'est dommage quand ça coince pour des questions de pouvoir médical. Michel ne sait pas ce que c'est qu'un réseau. Il se met dans une position de monopole. Il n'est pas du tout dans la culture médico-sociale. Il est plutôt d'une culture médicale et médicale hospitalière. (Ariel)

Une des conséquences de ce fonctionnement est de créer une certaine inertie chez les professionnels participant. Marie a essayé à plusieurs reprises de formuler des propositions d'amélioration de prise en charge mais elles n'ont pas été entendues.

J'ai essayé de proposer des choses. Il y a probablement des choses que j'aurais pu faire en plus mais quand on essaie et qu'on se prend des retours de bâtons, on arrête. (Marie)

Marie et Ariel y voient une hiérarchisation du réseau qui s'est médicalisé au détriment d'une approche transversale pluridisciplinaire.

Nous on est des subalternes, carrément. On est du petit personnel, on a des bilans à faire et on n'a pas notre mot à dire. De mon expérience, s'il y a deux points de vue différents, c'est qu'il y a matière à chercher et non à faire fermer la bouche de l'autre. Je ne vois pas Resodys comme un réseau mais comme une pyramide. Au lieu que ce soit une boucle et qu'on tourne, c'est une pyramide. C'est comme une marche d'escalier, il n'y a pas de lien entre chaque étape. (Marie)

Il existe cependant un danger dans la mesure où ce qui devrait être un réseau transversal, devient, de plus en plus, une structure pyramidale où les médecins sont seuls décisionnaires, relayés par les paramédicaux. Le secteur éducatif est associé. Les associations sont respectées et consultées, mais de plus en plus marginalisées et sans voix au chapitre autre que consultative.

Extrait d'une note rédigée par Ariel
et diffusée aux acteurs du réseau. (Annexe 5.15)

Histoire 5.21 : une mission de diagnostic

Lorsque Marie travaillait avec Resodys, elle effectuait des bilans neuropsychologiques. Autrement dit, elle recevait en consultation des enfants inclus dans le réseau pour apporter une expertise neuropsychologique. Son travail s'arrêtait là. Elle était indemnisée pour chaque bilan effectué au titre de Resodys. Toutefois, à plusieurs reprises, elle a suggéré de revoir certains enfants en grande difficulté. Elle aurait souhaité faire un suivi de la prise en charge avec Coridys. Cette requête n'a pas été acceptée. Elle considère que l'activité de Resodys relève du diagnostic et non de la prise en charge.

Plusieurs fois, je leur ai suggéré de voir les enfants suite au diagnostic parce que finalement dans le réseau, il n'y a pas du tout de prise en charge. C'est uniquement du diagnostic. Donc moi, j'avais dans l'idée de suivre certains enfants avec Coridys parce qu'ils font de l'accompagnement. Je parle des enfants qui en ont besoin et que j'ai consultés dans le cadre du réseau. Ils n'ont jamais voulu. Il y a des enfants qui ont vraiment besoin de prise en charge neuropsych mais ils n'ont jamais voulu. C'est fermé et verrouillé. (Marie)

Plus encore, Marie estime que les diagnostics réalisés dans le cadre du réseau sont peut-être pluridisciplinaires mais en aucun cas concertés. Les professionnels ne sont pas consultés pour l'admission des enfants et ils se voient uniquement deux à trois fois par an pour exposer leurs bilans en réunion de synthèse.

On se voit en tout et pour tout deux fois pendant le parcours de soins de l'enfant. Chacun discute de son bilan. Chacun fonctionne de façon parallèle. Il y a un point de recoupement, c'est vrai mais on n'échange pas. Et les instits, on ne les voit jamais mais ce n'est pas de leur faute. On ne les consulte pas. Ils reçoivent un courrier les informant qu'un enfant est pris en charge par le réseau et qu'une

réunion se tiendra tel jour à 20h30, super ! Donc on commence la synthèse à 19h et on fait 3 à 4 gamins, je vous explique le sérieux de la synthèse ! On remplit la feuille de synthèse, on répond à des indicateurs qui n'ont pas de sens (est-ce que ça a évolué ? oui, on coche) et on met ça dans le dossier. On fait dire ce qu'on veut à ces indicateurs. Après, ils calculent des scores qui montrent qu'il y a une amélioration mais ce n'est en rien significatif [...]. On peut être un réseau pluridisciplinaire et fonctionner de façon indépendante entre professionnels. Si 5 minutes de réunion deux fois par an, c'est de la concertation, je dis non ! (Marie)

Ensuite, l'enfant est relayé vers son orthophoniste de ville qui continue les soins, appuyés des recommandations formulées dans les bilans.

On reçoit des gamins qui ont des difficultés dans le processus de prise en charge normale. Ce qui découle de nos bilans, c'est que le gamin retourne dans le processus normal. C'est-à-dire que l'orthophoniste envoie une enfant parce que ça coince, il a besoin de bilans complémentaires et une fois que tout le monde a fait son travail, eh bien l'orthophoniste continue sa prise en charge en essayant de l'améliorer. Le travail de réseau n'y est pas du tout ! il n'y a pas de changement. Au mieux il y a différents bilans de différents professionnels qui ne se sont même pas concertés. Et après, c'est retour à l'orthophoniste. (Marie)

Marie pense que ce mode de fonctionnement encourage les comportements opportunistes en détournant le réseau à des fins utilitaristes, et ce à deux niveaux : soit en faisant une demande d'inclusion au réseau pour obtenir un diagnostic rapidement, soit en participant au réseau en tant que professionnel à des fins financières.

Ils peuvent faire un diagnostic très très rapidement. C'est bien plus rapide que de passer par l'hôpital. En plus, moi qui suis neuropsychologue, je ne suis pas médecin donc je ne peux pas poser un diagnostic. En passant par le réseau, ça permet d'aller vite. En quelques mois, on peut poser un diagnostic qui remonte aussitôt à la maison du handicap. Le réseau permet une reconnaissance rapide du handicap. C'est vrai que j'y ai pensé pour des enfants que je suis et pour en avoir parlé avec des collègues, je ne suis pas la seule. (Marie)

Les orthophonistes ont été bombardés de pub et quand on est nouveau dans la région c'est tout bénéf de travailler avec eux. Ils sont payés et l'enfant en profite. Certains refusent de rentrer là dedans parce qu'ils trouvent que c'est trop rigide et tous les rapports à remplir ne servent à rien. Mais finalement ils finissent parfois par y aller pour l'argent même s'ils n'adhèrent pas au fonctionnement. (Marie)

Histoire 5.22 : la démission de Marie

Marie a démissionné en 2007 après deux années de participation au réseau en tant que neuropsychologue libérale. Le motif de son désengagement auprès de Resodys est lié au fonctionnement du réseau auquel elle n'adhérait pas. Elle se souvient du cas qui a déclenché

sa démission. Une maman est arrivée furieuse à la consultation neuropsychologique de son enfant. Cette maman ne comprenait pas pourquoi sa fille enchaînait les consultations sans avoir de retours d'informations.

Une maman en avait ras le bol de voir sa fille passer des bilans. Elle m'a incendiée. Je n'y étais pour rien. Je n'avais aucune info sur la gamine si ce n'est son nom. J'ai découvert cette maman hystérique. (Marie)

Marie n'avait pas de dossier médical quand elle recevait un enfant pour effectuer un bilan neuropsychologique. Elle découvrait ainsi l'équipe soignante de l'enfant lors de sa consultation.

Quand on m'adresse un enfant, je n'ai pas de question. Je fais mon truc de mon côté. Je ne sais pas toujours ce qui a été diagnostiqué avant par les autres. Je ne connais pas son équipe soignante. C'est là que le réseau ne fonctionne pas pour moi. Quand je fais des bilans dans d'autres associations, j'interviens dans un processus, dans la continuité d'un travail qui a été fait, en complémentarité, je réponds à une question : il y a telle et telle personne qui a vu l'enfant et on se pose telle question, j'aimerais savoir ce que vous en pensez ? A Resodys, je reçois un mail m'informant que j'ai 5 nouveaux enfants. Je leur fais passer le test que je dois leur faire passer et je fais mon bilan. Je suis persuadée qu'on est passé à côté de tas de choses parce que ça a été fait comme ça. (Marie)

Pour gérer l'incident avec la maman furieuse, Marie a proposé de revoir l'enfant dans un « cadre plus calme » et a souhaité contacter son orthophoniste. Marie pensait que cet enfant était « doté de capacités » plus importantes que ce que laissaient entendre les bilans précédents. Elle a informé le coordonnateur du pôle de proximité concerné et le secrétariat de Michel de son intention. Elle s'est fait « taper sur les doigts » et l'incident « a été classé sans suite ». Bien qu'elle n'ait pas pu réaliser sa consultation dans de bonnes conditions, Resodys central lui a demandé de rédiger un bilan tel que prévu dans le parcours de soins de l'enfant. « C'est obligé parce que dans le parcours de l'enfant c'est comme ça ».

A en croire les bilans passés, elle avait tous les problèmes du monde. Celui qui cherche le problème A, il avait trouvé le problème A. Celui qui cherche le problème B, il avait trouvé le problème B, etc. Quand j'ai rencontré cette petite, elle me semblait beaucoup plus dotée de capacités que ce que disait les bilans par contre la maman était hystérique. J'ai proposé de revoir la petite dans un cadre plus calme et de contacter son orthophoniste. Et là Resodys n'a pas du tout été d'accord. Je me suis fait taper sur les doigts. Ils m'ont dit que les bilans avaient déjà été faits et qu'elle cumulait tous les problèmes et que ça n'avait pas été malin de ma part de discuter comme ça avec la mère. Je voulais chercher à comprendre mais c'est pas possible du fait que j'étais pas dans le fonctionnement de Resodys. On ne peut pas s'adapter, ni communiquer. Ça a été classé sans suite. Ce que je voulais, c'est contacter l'orthophoniste mais on ne m'a pas laissée faire. Ils n'ont pas du tout été

d'accord. Je ne peux pas aller contre ça. En plus, dans ce cas, il y avait une vraie discussion scientifique. L'avis des médecins n'est pas discutable. Et il faut quand même rédiger un bilan, c'est obligé même s'il n'y a pas de bilan. C'est obligé parce que dans le parcours de l'enfant c'est comme ça. Les pochettes sont prêtes et il faut les remplir. C'est ridicule. (Marie)

Histoire 5.23 : la place des parents dans le réseau

Lionel n'a pas été satisfait de Resodys. Il n'a pas eu l'impression d'avoir affaire à un réseau. Il ne critique pas le travail de l'équipe soignante mais bien plus le manque de coordination. Quand il est entré dans le réseau, il a signé un formulaire d'engagement et a été informé des différentes consultations auxquelles sa fille aurait droit. A la fin du parcours de soins de sa fille, soit 6 mois après l'inclusion, il a reçu un dossier avec tous les bilans. Ceux-ci ont également été fournis à son orthophoniste.

Il y a un formulaire d'engagement à signer. On nous demande au début de décrire notre enfant avec des cases à cocher. On nous dit qu'il faut se présenter aux rendez-vous et après on reçoit un gros dossier avec tous les bilans dedans et c'est l'orthophoniste qui nous explique tout ça. C'est difficile à comprendre pour nous. Je reconnais que c'est bien de voir des spécialistes. En plus c'est gratuit et bien plus rapide qu'à l'hôpital mais je m'attendais à autre chose, à ce qu'ils travaillent ensemble, à ce qu'on soit soutenu dans cette démarche. (Lionel)

Marie pense que le parcours de soins de l'enfant dans le réseau n'est pas adapté. « *Tous les enfants sont lissés et comparables* ». Le parcours repose sur une succession de consultations incontournables quelques soient les enfants et il se solde par une réunion de synthèse à laquelle les parents ne sont pas conviés.

L'enfant doit suivre toutes les étapes. Il y a des feuilles standardisées. Tous les enfants sont lissés et comparables. On est obligé de faire passer un bilan standard et il y a des tas de fois ou j'aurais voulu faire passer autre chose, ou différemment. Il fallait faire des bilans standards et comparables. On s'est fait reprocher qu'entre neuropsychologie, on ne faisait pas tous des bilans standards. [...] Les parents n'assistent pas à la réunion de synthèse. Ils déposent leur enfant pour les bilans, les récupèrent. Ensuite ils reçoivent un dossier avec la synthèse des bilans en jargon médical. J'essaye que le bilan soit compréhensible mais on est obligé d'utiliser des termes médicaux précis. Donc pour les parents, j'essayais de mettre entre parenthèse des mots plus simples. Il me semble qu'on devrait être tous ensemble pour les restitutions. Il ne peut pas y avoir un porte parole. On est plusieurs cerveaux et tous apportent des choses et les parents attendent de voir tout le monde et non ! On fait du grand n'importe quoi... (Marie)

5.5.2 DISCUSSION DES PROPOSITIONS DE RECHERCHE

5.5.2.1 Proposition de recherche 1

Revenons à présent sur les histoires racontées pour confirmer (ou infirmer) la présence des paradoxes. Nous cherchons à savoir si Resodys est soumis aux paradoxes pressentis : formel et informel, conformité et autonomie, spécificité et unité.

➤ Formel et informel

Resodys a défini son champ d'activité en s'articulant avec Coridys (Histoire 5.19). Une convention de partenariat a été signée pour formaliser le travail de chacun. Resodys fonctionne autour d'un cadre d'action formel qui prédétermine le parcours de soins des enfants (Histoire 5.23). L'enfant qui entre dans le réseau effectue une première série de consultations desquelles découlent des préconisations pédagogiques. Il enchaîne ensuite avec une deuxième série de consultations qui se soldent par des préconisations thérapeutiques. Marie a fait état de situations qui auraient mérité d'adapter le parcours de soins mais ces requêtes n'ont pas été entendues (Histoires 5.20 et 5.22). Le cadre d'action du réseau n'englobe pas la diversité des cas d'enfants. Certaines situations lui échappent sans qu'il en soit pour autant modifié.

✂ *Resodys a un cadre d'action formel et rigide. Ce dernier ne laisse pas de place à l'informel bien que certaines situations ne correspondent pas au cadre établi*

➤ Spécificité et unité

Resodys est un réseau pluridisciplinaire composé de médicaux, de paramédicaux, de professionnels scolaires et d'associations d'usagers. Toutefois, tous les adhérents n'interviennent pas dans les prises en charge (Histoires 5.19 et 5.23). Le pouvoir médical est très présent (Histoire 5.20), au détriment des parents (Histoire 5.23) et des autres professionnels de soins relégués au rang consultatif. Ariel a manifesté son souhait de redéfinir la complémentarité des ressources pour mettre en œuvre un réel travail en commun mais le dialogue n'a pas été ouvert (Histoire 5.19). Par ailleurs, les intervenants fonctionnent isolément, dans le sens où chacun fournit son diagnostic indépendamment des autres professionnels concernés par le cas de l'enfant (Histoire 5.21).

☞ *Resodys est composé d'acteurs aux domaines de compétences différenciés. La réponse de santé apportée aux enfants n'est toutefois ni globale (tous les adhérents ne participent pas aux prises en charge) ni concertée (les échanges sont limités)*

➤ **Conformité et autonomie**

Resodys a été impulsé sous l'effet d'une circulaire encourageant le rapprochement du CHU et des professionnels de ville dans la prise en charge des enfants souffrant de dyslexie (Histoire 5.19). Le réseau utilise des questionnaires (administrés aux parents, aux professeurs des écoles, etc.) et des indicateurs quantitatifs pour mesurer la plus value de la prise en charge en réseau (Histoire 5.21). Les professionnels se retrouvent limités dans leurs pratiques par l'usage d'outils standards (grilles de soins pendant la consultation, bilans post-consultation, etc.). Ces outils n'ont pas été discutés collectivement mais ils sont imposés par la direction du réseau. Marie a essayé d'adapter les outils en consultation mais cela lui a été reproché (Histoire 5.23). Par ailleurs, précisons que la conformité qui est ici recherchée est davantage celle de la direction du réseau que celle des tutelles (Histoire 5.19).

☞ *Resodys est en quête de conformité (aux attentes de la direction plus qu'à celles des tutelles) en diffusant des outils standards qui contraignent fortement les professionnels dans l'exercice de leurs soins*

Les histoires reconstituées à partir des récits de pratiques des acteurs confortent la présence de paradoxes bien qu'ils soient masqués par la logique de gestion du réseau. En effet, certains pôles sont invisibles parce qu'ils sont effacés au profit de leur corollaire. Les situations racontées par les acteurs témoignent d'un besoin d'informel qui n'est pas pris en compte, d'une recherche d'autonomie qui est sanctionnée et d'une demande de complémentarité qui n'est pas entendue. Il se dégage un climat de tension au sein de Resodys. Les tutelles n'ont pas renouvelé les financements. Les professionnels se désengagent. Le pôle de proximité de Martigues s'est dernièrement détaché de Resodys pour former son propre réseau.

Resodys Martigues n'était pas du tout d'accord avec le fonctionnement de Resodys central. Les bilans étaient faits n'importe comment alors que Resodys Martigues faisait vraiment un travail de proximité. Ils ont recherché des subventions auprès du Conseil Général. Ils avaient une entrée au Conseil Général et c'est Michel qui est allé au rendez-vous. Il a négocié une subvention qu'il utilise pour avoir plus d'heures à Resodys Central pour recevoir les familles. Alors que ce n'est pas leur formation ni leur boulot. C'est Coridys qui développe ce service. On ne comprend pas ce qu'il fait. Donc aujourd'hui, Resodys Martigues est parti et a continué son travail indépendamment de Resodys central en créant son propre réseau. (Ariel)

Nous constatons à la fois des désaccords managériaux et des frictions de personnes. S'oppose dans ce réseau une vision pyramidale et hiérarchique telle qu'elle semble menée par le directeur actuel et une vision transversale et subsidiaire telle qu'elle était prévue dans les fondements de Resodys (Annexe 5.15). Nous allons désormais nous pencher sur les pratiques professionnelles mises en œuvre par Resodys pour gérer les situations paradoxales. Rappelons que pour avoir une lecture détaillée des pratiques, une matrice de synthèse est proposée en annexe (Annexe 5.16).

5.5.2.2 Proposition de recherche 2

Les récits de pratiques révèlent que le réseau de santé Resodys gère les paradoxes sous l'angle du « soit / soit » : plutôt que de chercher une dialectique entre les pôles distants, c'est une démarche dichotomique qui est suivie. Les paradoxes sont tranchés de telle façon qu'un seul des pôles est pris en compte. En l'occurrence, le formel l'emporte sur l'informel, la spécificité est privilégiée à l'unité et la conformité prime sur l'autonomie. Revenons sur les pratiques mises en œuvre pour gérer chacun des paradoxes.

➤ Formel et informel

Resodys dispose d'un cadre d'action clairement explicité. Il apparaît notamment dans la convention de partenariat signée avec Coridys. Chacune des deux entités a délimité son champ d'activité pour éviter les doublons et favoriser les synergies. C'est ainsi que Resodys est chargé d'organiser les soins tandis que Coridys s'occupe plus spécifiquement de l'accompagnement des familles. Pour organiser les soins, la direction de Resodys, représentée par un neurologue hospitalier du CHU, a déterminé un parcours de soins. Ce parcours est suivi par tous les enfants inclus dans le réseau.

L'enfant est envoyé par l'orthophoniste. Ensuite il voit le neuropsychologue et le psychomotricien. L'enfant passe à chaque fois par les 3 bilans même s'il n'en a pas réellement besoin. Et il n'a aucun bilan psychologique. Or le trouble de l'apprentissage chez un enfant n'est pas que du médical pur. L'enfant a une histoire. Il faut contextualiser chaque cas. Pour moi, le réseau ce n'est pas ça. On voit d'abord l'enfant et ensuite on décide qui intervient autour de lui. (Marie)

Les professionnels sont informés du fonctionnement du réseau par courrier ou par mail. Ils sont tenus de respecter ce mode de fonctionnement qui n'est pas ouvert à la discussion. Marie en a fait l'expérience : elle a essayé à plusieurs reprises de contacter la direction pour

envisager des aménagements concernant certains enfants mais la direction s'est montrée inflexible. Dans le même esprit, Ariel a multiplié les tentatives de dialogue pour redéfinir le partenariat entre Resodys et Coridys mais Resodys n'a pas donné suite à ses demandes. Ariel pense en effet qu'il y a des doublons qui ponctionnent inutilement des subventions et que le travail en commun n'y est pas..

➤ **Spécificité et unité**

Si Resodys est un réseau pluridisciplinaire qui comprend une grande variété de professionnels, son unité n'en est pas moins « fictive ».

Tout d'abord, les professionnels fonctionnent en parallèle et les échanges sont limités. Au commencement du parcours de soins, l'inclusion des enfants est faite sur le seul avis du médecin coordonnateur de pôle. Les professionnels sont ensuite informés par mail des cas qui leurs sont attribués. Lorsqu'ils reçoivent l'enfant, ils n'ont pas connaissance de son passif médical. Il n'y a pas de dossier médical partagé. Les professionnels découvrent l'équipe soignante en rendez-vous, effectuent leur consultation et rédigent un bilan qu'ils retournent ensuite au réseau. Leurs consultations ne s'inscrivent pas « *dans la continuité* » des bilans précédents dans la mesure où elles sont menées indépendamment des prestations connexes. Les temps de rencontre sont limités aux réunions de synthèse. Deux réunions sont prévues dans le parcours de soins. Marie témoigne toutefois de la faiblesse des échanges lors de ces réunions : les bilans ne sont pas discutés collectivement mais présentés individuellement par chaque professionnel exposant son diagnostic en fonction de son domaine d'expertise. Les parents ne sont pas invités à ces réunions. Les professionnels scolaires sont quant à eux informés par courrier mais peu d'entre eux se déplacent. Marie remarque que les réunions sont fixées sans prendre en compte leur disponibilité et qu'ils ne sont pas impliqués dans le parcours de l'enfant si ce n'est pour remplir un questionnaire sur son comportement en classe.

Par ailleurs, nous constatons que le pouvoir médical conditionne fortement l'activité du réseau. Les formations dispensées s'adressent aux médecins et les professionnels non médicaux sont sous-représentés dans les instances décisionnaires du réseau. Marie estime que le travail du réseau relève plus du diagnostic que de la prise en charge. Selon elle, l'intérêt du réseau est d'accéder à des consultations gratuites et rapides permettant de poser un diagnostic. En dehors du travail de diagnostic, il n'y a pas d'accompagnement ni de suivi de l'enfant.

➤ Conformité et autonomie

Resodys s'assure de la conformité des activités du réseau en diffusant des outils standards conçus par la direction. Ces outils sont imposés aux professionnels de soins. Ils prennent par exemple la forme de grilles de soins à administrer aux enfants lors des consultations, de bilans standards à rédiger après les consultations, etc. Marie nous confie qu'elle a eu formulé des propositions de remaniement d'outils mais que celles-ci avaient rapidement avorté. Elle s'était par ailleurs fait reprocher par la direction de ne pas respecter les modalités de rédaction des bilans. Elle avait alors été informée par courrier d'une réunion dont l'objet était d'uniformiser le rendu des bilans.

A cette réunion, on a parlé de beaucoup de choses, des subventions, de tout sauf du bilan. On nous a même ajouté un nouveau test à faire en consultation. (Marie)

Les professionnels sont ainsi contraints à se conformer à des outils standards alors même qu'ils n'ont pas participé à leur construction et qu'ils n'adhèrent pas nécessairement à leur contenu. Le contrôle directif du réseau limite l'autonomie des acteurs et n'encourage pas leur cohésion.

5.5.3 SYNTHÈSE SUR LE MODE DE MANAGEMENT DE RESODYS

5.5.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) de Resodys

La gestion de Resodys ne relève pas d'une logique d'arbitrage : les paradoxes sont gérés en les fractionnant. La complémentarité des pôles n'est pas reconnue. L'autonomie des acteurs fléchit sous le poids d'un contrôle directif, l'informel est étouffé par un cadre d'action inflexible et l'unité du réseau est dissoute par une hiérarchie interne.

La communication dans le réseau est difficile. L'information circule essentiellement par mail et courrier. Les occasions de rencontres sont peu fréquentes. Elles se limitent aux réunions de synthèses aux pôles de proximité et aux réunions organisées par le réseau (assemblée générale, conseil d'administration, réunions ponctuelles, etc.). Les échanges informels sont limités par le poids de la direction et l'inertie du réseau. Les tentatives de dialogue lancées par les interviewés ont souvent échoué.

Le manque d'arbitrage et de dialogue entre les différentes parties prenantes n'est probablement pas étranger à la décision des tutelles de ne pas renouveler l'enveloppe DRDR.

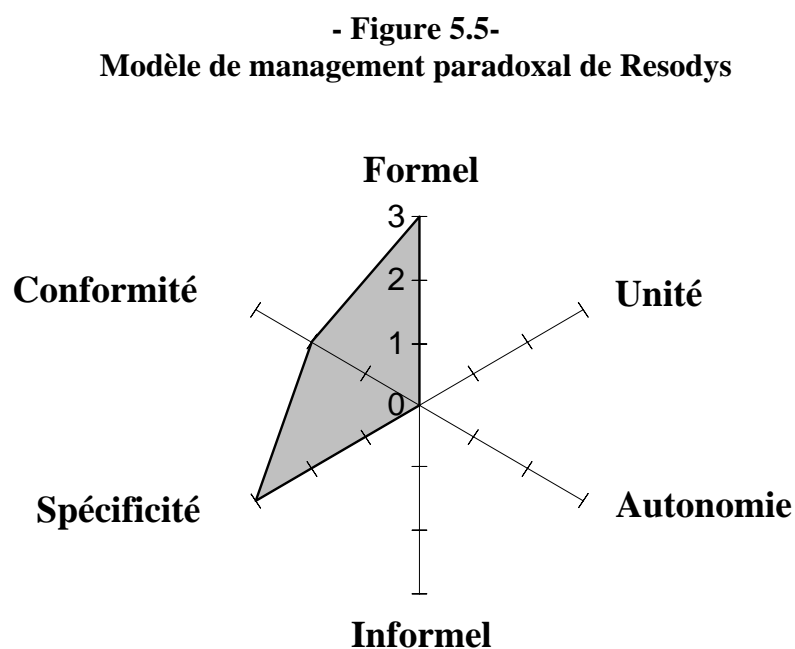
Comme d'habitude, je vais être directe. Être concret c'est bien, mais on ne peut rien construire de valable si le projet qu'on défend ne fait pas partie d'un consensus. Pour ma part, j'ai tendance à dire que Résodys doit se positionner clairement pour soutenir son projet auprès de la tutelle. Je précise bien que je n'ai pas la prétention d'intervenir dans ces arbitrages sauf que les échanges critiques que je lis, révèlent des tiraillements entre les objectifs des uns et des autres. Quelle stratégie mettez-vous en place pour régler ces désaccords qui font partie de la vie normale d'un réseau ?

Extrait d'un mail écrit par une responsable institutionnelle
à l'attention des acteurs « clés » de Resoys, juin 2007.
Ce mail nous a été transféré par Ariel.

Ainsi, au terme de ce bilan, nous constatons que Resodys gère ses paradoxes d'une manière centralisée : Resodys central (la direction) est un point de passage obligé qui concentre le pouvoir, décide des orientations stratégiques du réseau et définit le(s) rôle(s) des acteurs dans une logique de hiérarchisation des problématiques de soins.

5.5.3.2 Modèle de management paradoxal de Resodys

En résumé, nous modélisons la gestion paradoxale de Resodys en suivant les étapes de construction que nous avons présentées dans le chapitre 4 (§ 4.2.2.3).



Source élaboration personnelle

- Tableau 5. 14-
Lecture du modèle de management paradoxal de Resodys

<i>Lecture du modèle</i>	Réseau de santé Resodys
Positionnement des points	<p><u>Formel (3) – Informel (0)</u> : le fonctionnement de Resodys est explicitement cadré et ne laisse pas de marge de manœuvre aux acteurs</p> <p><u>Spécificité (3) – Unité (0)</u> : les domaines de compétences des intervenants sont distinctement balisés et ils fournissent une réponse segmentée aux besoins de santé des enfants souffrant de troubles de l'apprentissage</p> <p><u>Conformité (2) – Autonomie (0)</u> : la direction du réseau est en quête de conformité, au détriment de l'autonomie des acteurs qui sont conditionnés dans leur pratique par l'usage d'outils standards. Notons par ailleurs que Resodys cherche davantage à satisfaire les attentes de la direction du réseau que celles des tutelles</p>
Espace de gestion	Les coordonnateurs disposent d'un espace de gestion tronqué : les paradoxes sont amputés d'un de leur pôle
Logique organisationnelle	Dans cet espace de gestion, ils mobilisent une logique simple centrée sur une recherche de conformité, une formalisation des activités du réseau et une association de professionnels aux domaines de compétences spécifiques

Source : élaboration personnelle

- CONCLUSION CHAPITRE 5 -

Dans ce chapitre, nous avons présenté les résultats des cinq études de cas de manière indépendante. Ces résultats ne sont pas des données brutes. Ils ont fait l'objet d'une analyse progressive telle qu'elle a été décrite dans la figure 4.5 (§ 4.2.2.3). Nous sommes partie d'un premier niveau d'analyse en reconstituant des histoires significatives à partir des récits de pratiques. Nous avons ensuite utilisé un filtre théorique paradoxal pour discuter nos deux propositions de recherche. Nous avons enfin conclu chaque cas en modélisant leur gestion paradoxale.

✓ Alp'âges est un réseau gérontologique qui gère ses paradoxes en arbitrant entre les pôles distants. Les coordonnateurs évoluent dans un espace de gestion étendu, dans lequel ils mettent en œuvre une logique de dialogue dynamique.

✓ Resp 13 est un réseau de soins palliatifs qui gère ses paradoxes en arbitrant entre les pôles distants. Le mode de gestion de ce réseau est proche d'Alp'âges si ce n'est qu'une logique de différenciation intervient dans l'arbitrage du couple « autonomie – conformité ». La directrice du réseau prévoit des temps de dialogue distincts et des espaces de rencontres séparés pour discuter les attentes des tutelles.

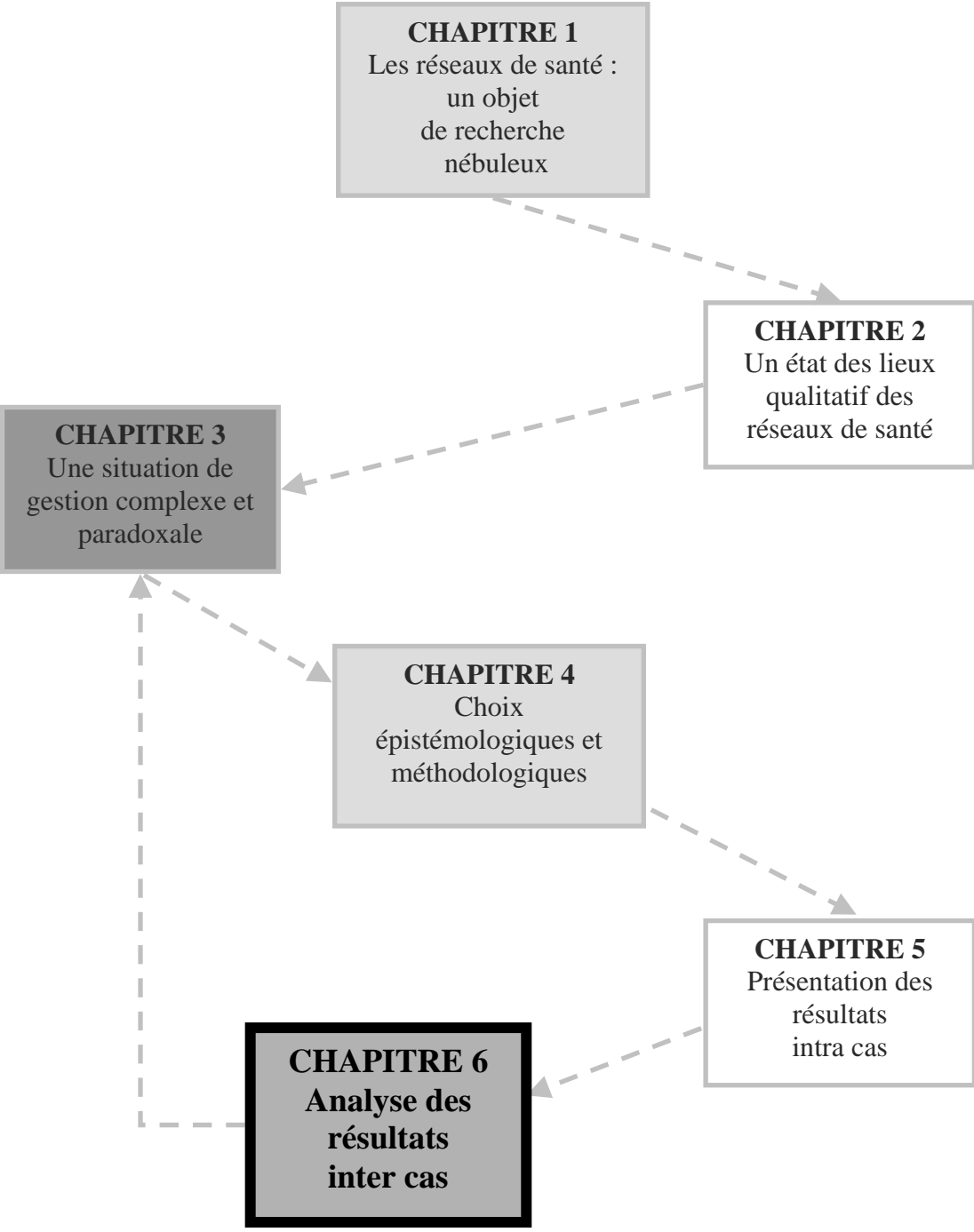
✓ Le réseau Canebière est un réseau addiction qui gère ses paradoxes, de manière générale, en arbitrant entre les pôles distants. Dans une moindre mesure, interviennent une logique de différenciation dans la gestion du couple « autonomie – conformité » et une logique de disparition dans la gestion du couple « spécificité – unité ». Les coordonnateurs évoluent dans un espace de gestion sensiblement réduit, l'arbitrage se faisant en faveur de l'autonomie et de l'informel.

✓ Diabaix est un réseau diabète qui gère ses paradoxes en arbitrant entre les pôles distants. Les coordonnateurs évoluent dans un espace de gestion sensiblement réduit, l'arbitrage se faisant en faveur de la conformité, de la spécificité et du formel. Dans cet espace, ils mettent en œuvre une logique de dialogue dynamique.

✓ Resodys est un réseau dyslexie qui gère ses paradoxes en les fractionnant. Le réseau est polarisé sur le formel, la spécificité et la conformité au détriment des autres pôles.

Dans le chapitre suivant, nous procéderons à une analyse inter cas en rediscutant nos propositions de recherche de façon approfondie dans le but d'apprécier la pertinence d'une stratégie paradoxale pour le management des réseaux de santé et de construire un modèle de gestion adapté aux réseaux de santé.

CHAPITRE 6 - ANALYSE DES RESULTATS INTER CAS



Ce dernier chapitre propose, de manière transversale aux cas, une interprétation et une discussion des résultats éclairés d'un retour sur littérature. Notre objectif est de faire un bilan de nos deux propositions de recherche en vue de construire *in fine* un modèle de management paradoxal des réseaux de santé.

Aussi, afin de mener cette discussion, nous commencerons par faire une synthèse des principaux résultats intermédiaires qui ont été formulés à l'issue de l'analyse de chacun des cas (§ 6.1).

Prenant appui sur cette synthèse, nous étudierons successivement nos deux propositions de recherche, en commençant par la première qui envisage le réseau de santé comme une situation de gestion complexe et paradoxale. Par une lecture croisée des résultats, nous pointerons le désordre organisateur généré par cette nouvelle forme d'organisation des soins et nous ferons émerger un paradoxe central intégrateur qui sera déterminant dans la réflexion sur le management des réseaux de santé (§ 6.2).

Nous nous recentrerons ensuite sur la seconde proposition de recherche qui suggère de recourir à une logique de dialogue pour gérer les paradoxes des réseaux de santé. Nous procéderons à une comparaison des modèles de management de chaque cas pour mettre à jour l'intérêt d'une stratégie paradoxale et étudier sa mise en œuvre par les acteurs (§ 6.3).

Puis, à la lumière de l'analyse de nos deux propositions de recherche, nous proposerons un modèle de management paradoxal des réseaux de santé qui prendra appui sur la systémique ago-antagoniste (§ 6.4).

Enfin, nous terminerons ce chapitre par une réflexion générale sur le pilotage des réseaux de santé et sur leur avenir qui interroge les acteurs de la santé. Nous questionnerons pour conclure la portée de nos résultats qui pourraient intéresser d'autres formes d'organisations hybrides, par delà le seul champ de la santé (§ 6.5).

6.1 UNE SYNTHÈSE DES RESULTATS INTERMÉDIAIRES

Afin d'avoir une vision d'ensemble des analyses précédemment menées, nous construisons un tableau de synthèse indiquant pour chaque cas de réseaux de santé étudiés :

- les principaux résultats d'analyse des propositions de recherche ;
- le modèle de management associé.

Pour faciliter la lecture du tableau, nous rappelons rapidement l'enjeu des deux propositions de recherche qui ont guidé l'approche empirique.

P1. Les réseaux de santé se présentent comme une situation de gestion complexe et paradoxale (trois paradoxes sont pressentis : formel et informel, conformité et autonomie, spécificité et unité).

Cette proposition a consisté à suggérer une explication nouvelle à la distorsion entre le RHYCEBA (idéotype mythique de réseau de santé) et les réseaux de santé existants. Pour cela, nous avons adopté une représentation paradoxale afin de mettre en relief les tensions managériales de cette nouvelle forme d'organisation des soins. Cette proposition poursuit un objectif principalement confirmatoire en cherchant à valider les paradoxes pressentis en phase exploratoire, sans exclure par ailleurs la possibilité d'en découvrir de nouveaux.

P2. La logique paradoxale de dialogue semble théoriquement la plus adaptée pour gérer les paradoxes des réseaux de santé. Ses modalités concrètes de mise en œuvre restent toutefois à définir.

Cette proposition a consisté à suggérer un moyen de réduire la distorsion en proposant, suite à notre revue de littérature, le recours à une stratégie paradoxale de dialogue qui semble *a priori* adaptée aux tensions managériales des réseaux de santé. La mise en acte de ce type de stratégie reste néanmoins à découvrir. Cette proposition poursuit un double objectif : prouver l'intérêt d'une stratégie paradoxale de dialogue pour la gestion des réseaux de santé et contribuer à son « opérationnalisation » en analysant les savoirs d'action énoncés par les acteurs.

⇒ Notre objectif *in fine* est de construire un modèle de management paradoxal des réseaux de santé.

**- Tableau 6.1 -
Tableau de synthèse des résultats intermédiaires**

MODELES DE MANAGEMENT PARADOXAL	PROPOSITIONS DE RECHERCHE	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">ALP'AGES</div>	<p>P 1</p> <p>✓ Confirmée</p>	<p>P 2</p> <p>↪ Logique paradoxale de DIALOGUE</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">RESP 13</div>	<p>P 1</p> <p>✓ Confirmée</p>	<p>P 2</p> <p>↪ Logique paradoxale de DIALOGUE</p> <p>↪ Logique paradoxale de DIFFERENCIATION</p>

<p>RESEAU CANEBIERE</p>		<p>✓ Confirmée</p>	<p>↪ Logique paradoxale de DIALOGUE</p> <p>↪ Logique paradoxale de DIFFERENCIATION</p> <p>↪ Logique paradoxale de DISPARITION</p>
<p>DIABAIX</p>		<p>✓ Confirmée</p>	<p>↪ Logique paradoxale de DIALOGUE</p>
<p>RESODYS</p>		<p>✓ Confirmée (bien que l'informel, l'autonomie et l'unité soient masqués)</p>	<p>↪ Logique SIMPLE</p>

Dans cette thèse, nous défendons l'idée que les pratiques locales sont une source de savoirs et que la singularité des réseaux de santé est une richesse pour le gestionnaire. C'est dans cet esprit que nous avons adopté une approche comparative pour exploiter la diversité des réseaux de santé et pour repérer des invariants qui sont essentiels à une meilleure compréhension de la forme réseau et de son mode de management.

Aussi, le modèle de management paradoxal des réseaux de santé que nous présentons dans ce chapitre est construit dans une perspective comparative et suit plusieurs phases de construction :

➤ **Phase 1** : comparer les réseaux de santé, élevés au rang d'objet de recherche, pour en avoir une connaissance approfondie et cibler leurs caractéristiques clés. Cette phase est un préalable indispensable à l'étude de leur mode de management (§ 6.2).

➤ **Phase 2** : comparer les modes de management des réseaux de santé pour décrire les logiques organisationnelles paradoxales mises en œuvre par les acteurs. Cette phase est nécessaire à la compréhension de ce qui rend les paradoxes soutenables dans les réseaux de santé (§ 6.3).

➤ **Phase 3** : par agrégation des résultats d'analyse des deux phases précédentes, proposer un modèle de management paradoxal des réseaux de santé qui puisse être utile pour l'action (§ 6.4).

6.2 DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE RECHERCHE 1

Avant de savoir comment se gère un réseau de santé, encore faut-il savoir ce que l'on gère. Autrement dit, il est essentiel d'avoir une connaissance fine des réseaux de santé pour mieux en comprendre le management. C'est dans cet esprit que nous consacrerons cette section à l'approfondissement de la première proposition de recherche qui a été validée par les cinq cas étudiés (Tableau 6.1). Aussi, pour mener l'étude transversale de cette proposition, nous la décomposerons en trois axes d'analyse. Le premier se concentrera sur l'association du réseau à une situation de gestion. Nous reviendrons alors sur le réseau de santé vu comme une réaction collective à un impératif de soins (§ 6.2.1). Le second se penchera sur la complexité des réseaux, pointant le désordre organisateur qu'ils génèrent (§ 6.2.2). Enfin, le troisième consistera à revisiter les paradoxes des réseaux de santé que nous compléterons de nouveaux couples d'opposition jusqu'à faire émerger un paradoxe central intégrateur (§ 6.2.3).

6.2.1 UNE REACTION COLLECTIVE A UN IMPERATIF DE SOINS

Avant de faire un retour sur le réseau de santé en tant que situation de gestion, faisons un rappel de la définition qui a été donnée dans le chapitre 3 (§ 3.2.3) : « *une situation de gestion se présente lorsque des participants sont réunis et doivent accomplir, dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe* » (Girin, 1990, p. 142). Nous avons utilisé cette définition de manière extensive en considérant les réseaux de santé comme « *une réaction collective à un impératif* » (Girin, 1990, p.144). Nous revenons ici sur trois propriétés d'une situation de gestion : l'action collective, le temps et le résultat de cette action.

6.2.1.1 L'action collective initiée dans les réseaux de santé

Les réseaux de santé concernés par cette recherche sont tous nés en réaction à une insuffisance du système de santé ne permettant pas en l'état une prise en charge satisfaisante aux yeux des acteurs rencontrés.

**- Tableau 6.2 -
Une réaction collective à un impératif de soins**

Réseaux de santé	Origine
Alp'âges	Le réseau a été initié par un groupe de professionnels médico-sociaux qui étaient confrontés à la difficulté d'accès aux soins des personnes âgées vivant sur un territoire rural. Travailler en réseau est apparu comme une nécessité pour faciliter l'accès aux soins des personnes âgées en faisant intervenir les professionnels au domicile de la personne et en rendant possible un suivi rigoureux de son état de santé.
Resp 13	Le réseau est né d'une volonté locale de professionnels sensibilisés par les soins palliatifs. La fin de vie pose des questions en termes de soulagement de la douleur et d'accompagnement médico-socio-psychologique des malades, de leur famille et des soignants confrontés à la mort. Travailler en réseau est apparu comme une nécessité pour permettre un accompagnement des malades et pour apporter un soutien aux professionnels confrontés aux problématiques des soins palliatifs.
Réseau Canebière	Le réseau a été impulsé par des médecins qui se sont retrouvés « démunis » dans les années 90 suite à la nouvelle politique de réduction des risques. Celle-ci leur conférait la responsabilité de prendre en charge les personnes en situation addictive. Travailler en réseau est apparu comme une nécessité pour former les professionnels à cette nouvelle responsabilité et apporter des soins adaptés à ce nouveau public.
Diabaix	Le réseau est né d'une réflexion commune entre deux médecins hospitaliers confrontés à la montée en puissance du nombre de patients diabétiques. Travailler en réseau est apparu comme une nécessité pour prévenir les complications liées à une mauvaise prise en charge de la maladie, qui fait par ailleurs souvent l'objet de déni chez les malades.
Resodys	Le réseau s'est développé dans la lignée de Coridys qui a été impulsé par un groupe de parents d'enfants dyslexiques confrontés à la difficulté de prise en charge des troubles de l'apprentissage : les soins hospitaliers sont longs et morcelés (prolongeant d'autant l'échec scolaire des enfants), les soins libéraux sont plus rapides mais coûteux. Travailler en réseau est apparu comme une nécessité pour permettre l'accès généralisé à des soins adaptés et à moindre coût.

Source : élaboration personnelle

Nous constatons que l'action collective s'est formée autour de la nécessité de se coordonner pour mieux soigner. La coordination dont il est question ici ne relève pas uniquement d'un arrangement entre professionnels à distance du malade mais elle invite à repenser le système pour inventer de nouvelles modalités de soins. Régis, qui participe à Alp'âges, se qualifie de « *découvreur* » (§ 5.1.2.1). François, directeur du Réseau Canebière, insiste sur l'importance de ne pas résumer le réseau à de la coordination et d'« *inventer[r] de nouvelles modalités de soins* » (§ 5.3.2.2). L'action collective a pour ciment une envie de travailler autrement. Dans nos études de cas, nous constatons que cette envie a été initialement portée par un noyau fondateur directement confronté aux insuffisances du système. Le carnet d'adresses des

fondateurs a été généralement déterminant pour les premiers pas du réseau. Les fondateurs se sont appuyés sur leur réseau social pour diffuser le projet à l'échelle du territoire et intégrer d'autres professionnels de différents secteurs concernés par le besoin de santé identifié. Les réseaux de santé se sont progressivement développés à force d'énergies locales, ponctuées parfois de militantisme notamment pour les thématiques de soins sujettes à discrimination (parmi celles que nous avons étudiées : la toxicomanie, les soins palliatifs et la dyslexie).

Le volontariat a ainsi été essentiel au démarrage et au développement des réseaux de santé que nous avons présentés. C'est la sensibilisation à la thématique du réseau et la conviction de la plus value d'un travail collectif qui motivent les acteurs à participer et à accepter d'y consacrer du temps. Toutefois, ce volontariat n'est pas invariable : il est amené à s'essouffler dans le temps. En effet, si les professionnels de santé qui participent au réseau sont concernés et volontaires, ils n'en sont pas moins occupés par ailleurs dans leurs activités respectives. Ils ont « autre chose à penser » que le réseau. L'équipe de coordination (autrement appelée le noyau) a alors été définie par les interviewés comme un soutien indispensable à l'action des professionnels. Elle intervient comme un acteur tiers déterminant pour le maintien du lien social et de la direction stratégique du réseau. Partant de ce constat, il ressort qu'il ne peut y avoir de véritable réseau dans la durée sans une professionnalisation de l'activité de coordination, et donc implicitement sans moyens financiers et humains qui la rendent possible.

La reconnaissance des réseaux de santé par les tutelles est de fait un moteur important du développement des réseaux en finançant des coordonnateurs et des locaux mais aussi en permettant d'indemniser les formations, en accordant des dérogations tarifaires, etc. Les coordonnateurs rencontrés s'accordent à dire que ce ne sont pas les financements qui font germer l'envie nécessaire à la formation de l'action collective mais ils n'en sont pas moins essentiels pour l'entretenir dans la durée.

Les réseaux de santé ainsi décrits rappellent les processus d'éco-organisation (Avenier, 1997 ; Morgan, 1999). Plus précisément, les réseaux de santé que nous avons étudiés ne répondent pas à une commande institutionnelle et relèvent d'une intervention délibérée. Les tutelles n'ont pas retenu la méthode autoritaire, préférant « *le pari du terrain* » en laissant les acteurs autonomes dans leur mise en œuvre (Schweyer, 2005). Ils sont tout au plus encadrés par des dispositifs juridiques qui fournissent une orientation stratégique sans donner concrètement les

moyens de se rapprocher du niveau opérationnel (Bruyère et Romeyer, 2005 ; Filâtre et De Terssac, 2005). En outre, l'équipe de coordination, pas plus que les financeurs, n'a de légitimité à se comporter comme le méta-pilote de l'ensemble des acteurs interconnectés dans le réseau de santé. S'assigner ce rôle risquerait de conduire à la dérive du réseau comme l'illustre Resodys avec sa cellule décisionnaire centrale. Il est important de souligner que les acteurs participent par adhésion volontaire au fonctionnement du réseau et en sortent par voie de fait tout aussi librement. Les réseaux de santé ne cherchent pas une participation de tous les professionnels de santé du territoire mais ils œuvrent plutôt pour un développement progressif en mobilisant les acteurs dont les domaines de compétences sont indispensables aux prises en charge. Diabaix a choisi, à ce titre, de se développer en mobilisant dans un premier temps les professionnels médicaux et paramédicaux qui ont été jugés déterminants dans la prise en charge du diabète.

Le parallèle avec les processus d'éco-organisation met ainsi l'accent sur l'instabilité des réseaux de santé qui évoluent dans des contextes mouvants, où les acteurs vont et viennent, où les financements sont toujours provisoires et où la projection dans le temps est incertaine.

.

6.2.1.2 Les contraintes de temps

L'impact du temps sur l'action collective se décline à plusieurs niveaux : le temps du réseau, le temps de la pathologie et le temps des acteurs.

Le temps du réseau est au cœur des inquiétudes des coordonnateurs interviewés. Si les réseaux de santé cherchent à se pérenniser, ils sont soumis à de nombreuses incertitudes qui questionnent leur longévité, à commencer par l'obtention des financements. Rappelons que les financements ne sont pas acquis de façon définitive, mais qu'ils sont renouvelables. Leur renouvellement dépend d'une part des résultats du réseau, point sur lequel nous reviendrons (§ 6.2.1.3), et d'autre part des priorités de santé publique. En d'autres termes, les réseaux financés sont les réseaux qui correspondent aux préoccupations des financeurs, laissant en marge des réseaux potentiellement performants (au sens du RHYCEBA) mais en dehors des créneaux institutionnels. *« Les institutions gardent la maîtrise de la définition des « priorités de santé », ce qui leur permet de sélectionner les réseaux en fonction de critères territoriaux, d'objectifs économiques et de leur intérêt propre. [...] On constate qu'un nombre croissant de réseaux sont en faillite financière, du fait de l'arrêt des subventions, et doivent donc procéder*

à des licenciements. Pour ceux-ci, mais pour d'autres aussi, cela signifie l'arrêt des activités, car les acteurs n'ont plus l'énergie de revenir en arrière et sont dans l'incapacité de maintenir cette activité sans cellule permanente de coordination » (Bonnin, 2004, p. 83). La décision de ne pas renouveler les financements de Resodys a ainsi pu être affectée, par delà les difficultés organisationnelles du réseau, par le manque de reconnaissance des politiques publiques de la thématique de soins ciblée. Ariel, président de Coridys, avait effectivement soulevé cette difficulté lors de l'approche exploratoire qualitative (§ 2.3.2.1). L'influence des priorités de santé publique sur le financement des réseaux de santé peut ainsi encourager une recherche de conformité « opportuniste », telle qu'elle est par exemple entreprise par le réseau Canebière (Histoire 5.14).

Si l'action collective est influencée par le temps du réseau, elle l'est aussi par le temps de la pathologie. Certaines pathologies impliquent un fonctionnement dans l'urgence, comme nous avons pu le constater au sein de Resp 13. Les soins palliatifs nécessitent une prise en charge rapide dans les 24h à 48h dès le signalement d'un patient au réseau. Les coordonnateurs de Resp 13 nous confient que l'urgence des situations incite les acteurs à se coordonner rapidement, facilitant ainsi leur mise en lien. Dans le même esprit, Fabienne, médecin hospitalier participant à Alp'âges, nous explique que les liens avec le réseau sont très ponctuels et qu'ils se font le plus souvent lorsqu'il y a une urgence, par exemple lors d'une sortie d'hospitalisation délicate nécessitant un suivi immédiat au domicile.

Enfin, le temps des acteurs participe à complexifier l'action collective dans la mesure où tous ne disposent pas de leur temps de manière égale. Les différences de secteurs et de métiers entre les acteurs impliquent des différences de fonctionnement journalier. C'est ainsi qu'une réunion programmée par le réseau pourra faire partie de la journée de travail d'un infirmier hospitalier alors qu'elle sera ponctionnée sur la journée de travail d'un infirmier libéral. Par ailleurs, le manque de temps des médecins (et notamment des libéraux) est présenté comme une difficulté majeure limitant leur implication dans les réseaux.

6.2.1.3 Les résultats du réseau soumis au jugement

Le travail collectif implique l'acceptation d'un regard porté par autrui sur les activités et pratiques du réseau. Le réseau est inévitablement soumis au jugement des professionnels qui participent, des bénéficiaires qui reçoivent les prestations et des tutelles qui financent.

Accepter cette logique de résultat, c'est commencer par accepter de rendre visible sa contribution dans le réseau. A cet effet, les réseaux de santé étudiés s'appliquent tous à tracer les activités du réseau. Romeyer (2006) propose une définition de la traçabilité des activités, adaptée au cas du processus de prise en charge hospitalier. « *La traçabilité des activités représente la capacité à assurer le suivi, si possible en temps réel, des activités (et des informations relatives à ces activités) ainsi que des flux physiques (patients, médicaments, et autres produits utilisés par les activités de soins) et flux d'informations (associés aux flux physiques) reliant ces diverses activités au sein du processus de prise en charge du patient. La traçabilité des activités doit permettre à l'hôpital de combiner les données ainsi recueillies de manière à reconstruire l'image de l'ensemble du processus concerné* » (Romeyer, 2006, p. 14). Transposée au cas des réseaux de santé, la traçabilité des activités consiste à assurer le suivi des chaînes de soins formés dans les réseaux ainsi que des activités supports initiées par le réseau (formation, atelier, action de prévention, groupe de travail, etc.). Ceci implique plus généralement de tracer les informations relatives au déroulement de l'activité mais aussi aux hommes qui la mettent en œuvre et aux moyens nécessaires à sa réalisation.

C'est dans cette perspective que des outils de traçabilité sont « bricolés » par les réseaux, dans le sens où ils relèvent d'une construction locale plus ou moins collective selon les cas étudiés.

Dans les quatre cas de succès, les outils ont généralement été créés en équipe interne élargie. Ils se retrouvent sous des formes variées allant du contrat d'adhésion au dossier médical partagé en passant par des fiches de liaison (Annexes 5.2, 5.10 et 5.11). Nous remarquons que ces outils ne se résument pas à être des traceurs de l'information mais ils se présentent comme des supports de discussions entre coordonnateurs, professionnels et bénéficiaires. A ce titre, ils s'apparentent à des objets intermédiaires (OI) favorisant la coordination des acteurs du fait même que ces objets sont pensés en commun et qu'ils offrent la possibilité d'être repensés dans l'interaction (Latour, 1994 ; Vinck, 1999). « *L'OI [est] l'occasion de discuter et négocier des savoirs, des enjeux, des rôles qui seront alors incorporés dans cet objet même* » (Grenier, 2003, p. 11). Les contrats sont par exemple l'occasion de tracer les entrées dans le réseau mais aussi de négocier les rôles de chacun et leur contenu est par ailleurs révisable en fonction des observations formulées. L'objet intermédiaire se présente non seulement comme un repère participant au processus de mémorisation en ponctuant l'espace-temps mais aussi comme un médiateur participant à l'orientation stratégique en permettant le dialogue entre plusieurs mondes. « *Par et à travers les OI, les acteurs entrent en interaction, [...]. Ils*

cadrent, supportent et orientent l'action » (Vinck, 1999, p. 407). Les outils de traçabilité répondent à une démarche d'évaluation. En rendant le processus de soins tangible, ils permettent d'effectuer des ajustements sur les prises en charge et plus généralement sur les actions collectives initiées par le réseau. Nous retrouvons ici les présupposés d'une démarche tâtonnante dans laquelle des temps de remise en cause sont régulièrement pris pour permettre une évaluation chemin faisant (Couix, 1997).

Nous constatons que l'évaluation prend un tout autre sens au sein de Resodys qui s'inscrit dans une perspective normative laissant peu de place à l'émergent. Les outils de traçabilité diffusés par le réseau se présentent comme des outils standards qui participent non seulement à reconstituer le processus mais aussi à le « commander » en conditionnant l'activité de soins des professionnels. Les écarts entre le processus réel (les pratiques mises en œuvre par les acteurs participant) et le processus attendu (les pratiques souhaitées par la direction du réseau) font l'objet de « sanctions ». Marie en témoigne en sa qualité d'ancienne professionnelle adhérente du réseau (Histoire 5.22). Par ailleurs, ces outils ne font pas l'objet de discussions et sont communiqués principalement par mail. Nous retrouvons ici la distinction que Vinck (1999) propose entre l'OI « médiateur » et l'OI « commissionnaire ». L'OI « commissionnaire » se limite à être un support de l'action et n'envisage pas la moindre transformation. Il perd ainsi toute sa capacité de dialogue et de sens pour les acteurs.

En définitive, cet éclairage sur le réseau de santé appréhendé sous la focale de la situation de gestion met l'accent sur l'instabilité des réseaux et la nécessité d'une démarche tâtonnante, la place essentielle du volontariat et de l'innovation, l'importance de mener une traçabilité des activités par des outils révisables dans l'interaction et le rôle déterminant de l'équipe de coordination. Nous complétons dans la section suivante l'approfondissement de la première proposition de recherche par un retour sur la complexité des réseaux de santé en soulignant le désordre organisateur qu'ils génèrent.

6.2.2 UN DESORDRE ORGANISATEUR

6.2.2.1 Une source de désordre

Les réseaux de santé sont créateurs de désordre en ce qu'ils bousculent l'ordre établi dans un système de santé hyperspécialisé et cloisonné. Ils déstabilisent les routines de fonctionnement

en faisant se rencontrer des acteurs traditionnellement habitués à exercer de façon isolée : médecins, psychologues, prêtres, infirmiers, garde-malades, etc. sont par exemple amenés à échanger au sein d'ateliers pluridisciplinaires organisés par Resp 13. Les professionnels qui participent à un réseau sont nécessairement conduits à sortir de leur périmètre de soins, ce qui les expose à d'autres logiques de fonctionnement. Et nous constatons que ces interférences ne se font pas sans inquiétude. Les difficultés liées au secret médical en donne une illustration (Histoire 5.4). Le réseau invite à repenser les circuits classiques de circulation de l'information : là où l'information est souvent gardée ou discutée entre pairs dans le système traditionnel, elle est circulante et partagée dans le réseau sur consentement du bénéficiaire. Ce changement induit des confusions sur les droits et devoirs des professionnels de soins. La crainte d'une fuite de patient constitue un autre exemple (Histoires 5.6 et 5.16). Le réseau, en ouvrant les frontières du soin, inquiète sur les risques de détournement de patients.

Ajoutons que les professionnels ne sont pas les seuls acteurs concernés par les changements initiés par le réseau. Les bénéficiaires se mesurent à une nouvelle relation thérapeutique. Ils sont invités à être des co-producteurs de leurs soins et ceci est d'autant plus vrai dans le cadre des pathologies impliquant directement les personnes malades dans l'acte de soins telles que le diabète, l'addiction ou les troubles de l'apprentissage : les bénéficiaires de Diabaix sont encouragés à s'auto-éduquer pour éviter les complications liées à leur maladie, les bénéficiaires du réseau Canebière sont sensibilisés à l'intrication des problèmes sociaux et psychologiques pour sortir de leur dépendance et les bénéficiaires de Resodys sont amenés à s'exercer pour progresser. Dans le cadre des soins palliatifs et de la gérontologie, les changements se manifestent différemment. Là où il est de coutume d'aller chercher le soin dans les structures adaptées (cabinet de ville, hôpital, structure médico-sociale, etc.), le réseau fait entrer le soin dans le domicile des personnes. Si cette situation est généralement bien accueillie par les malades désireux de rester au domicile, Françoise, directrice d'Alp'âges, nous confie le sentiment d'intrusion et de dépossession de certaines familles à l'arrivée d'une pluralité de professionnels dans leur intimité.

Si le désordre occasionné par les réseaux dérange le fonctionnement traditionnel, il n'en est pas moins une voie d'accès à un nouvel ordre nécessaire pour adapter le système de santé aux évolutions des besoins de santé. Nous retrouvons ici les principes du désordre organisateur dans lequel le désordre peut être un facteur de progrès en évitant l'inertie du système (Fabbe-Costes et Lièvre, 2002).

6.2.2.2 Un nouvel ordre créé

La question se pose de savoir quelle forme prend le nouvel ordre créé par les réseaux de santé. Nous avons décrit jusqu'à présent les réseaux de santé comme un enchevêtrement de chaînes de soins modulables en fonction de la demande et de l'offre de soins (§ 1.1.3.2). Au terme de cette recherche, l'étude comparative des cinq réseaux de santé permet d'affiner l'analyse en repérant différents types d'ordres.

En effet, nous remarquons un trait commun aux cinq réseaux analysés : la thématique du réseau, que ce soit une population ou une pathologie, est structurante. Elle sous-tend un parcours de soins, plus ou moins formalisé, plus ou moins balisé, qui oriente la trajectoire de l'action collective.

**- Tableau 6.3 –
Parcours de soins des réseaux de santé étudiés**

Réseaux de santé	Parcours de soins identifiés
Alp'âges	Une évaluation globale du bénéficiaire est faite au domicile de la personne âgée par une coordonnatrice médicale ou sociale en fonction des premiers besoins émergents. La famille est invitée à participer à cette évaluation. Sont ensuite décidés, conjointement avec le médecin traitant, les intervenants à solliciter pour permettre le maintien à domicile de la personne âgée dans de bonnes conditions. Des évaluations à intervalle régulier (3 à 6 mois) sont à nouveau effectuées pour ajuster la prise en charge.
Resp 13	Une évaluation globale de la personne en soins palliatifs est faite par le médecin coordonnateur du réseau en coordination avec l'équipe soignante du malade. Puis, compte tenu de la situation palliative de la personne, les ressources à mobiliser sont discutées rapidement en réunion d'équipe de coordination. Un suivi rigoureux des soins permet ensuite de modifier la prise en charge si besoin.
Réseau Canebière	Une évaluation globale est effectuée par un médecin vacataire du Cabanon qui reçoit la personne en consultation et établit un bilan médico-social. Le plan de soins personnalisés du bénéficiaire est discuté avec lui-même et en équipe interne. Il est ensuite révisé en fonction du suivi des soins qui est facilité par la proximité physique des professionnels et des bénéficiaires. Le bénéficiaire est relayé en médecine de ville quand sa situation est stabilisée. Les microstructures fonctionnent sur le même principe.
Diabaix	Tout bénéficiaire qui entre dans Diabaix a accès à un ensemble de consultations gratuites avec un diététicien, un kinésithérapeute, un médecin, un podologue et un infirmier. Par ailleurs, le bénéficiaire peut, tout au long de son parcours de soins, assister à des séances d'informations gratuites animées par des spécialistes pour apprendre à équilibrer son alimentation, encourager une activité physique adaptée et apprendre à s'auto-surveiller.
Resodys	Tout bénéficiaire qui entre dans Resodys a accès à une série de trois consultations : l'enfant rencontre un orthophoniste, un neuropsychologue et un psychomotricien. Puis une réunion de synthèse entre professionnels est effectuée à mi parcours durant laquelle chacun expose son diagnostic. L'enfant effectue ensuite de nouveau cette série de consultations qui se solde par une dernière réunion de synthèse. Au terme de ce parcours, l'enfant sort du réseau et est relayé vers un orthophoniste de ville.

Source : élaboration personnelle

Nous constatons que les parcours les plus structurés sont ceux de Diabaix et de Resodys. Dans ces deux réseaux, les parcours de soins y sont définis *a priori*. Le bénéficiaire avance de façon séquentielle dans le réseau : chaque étape donnant accès à l'étape suivante sans nécessairement établir de liens entre elles. Dans ce type de parcours, des professionnels de différents secteurs interviennent en parallèle pour fournir des diagnostics complémentaires. Les consultations sont données indépendamment les unes des autres. Il y a toutefois deux différences majeures entre le parcours de Diabaix et le parcours de Resodys :

➤ **La récursivité :**

- Le parcours de soins de Diabaix est révisable en fonction des problématiques de soins émergentes qui invitent à repenser les chaînes de soins ;
- Le parcours de Resodys n'envisage pas d'aménagements. Le parcours est suivi en l'état quel que soit l'enfant. Or, Marie témoigne de l'inadéquation du parcours de soins aux cas de certains bénéficiaires (Histoire 5.23).

➤ **La population ciblée :**

- Diabaix vise une pathologie clairement balisée aux contours bien identifiés et dont l'évolution dans le temps est stable. La population de diabétique est relativement « homogène », ce qui facilite la prédétermination du parcours de soins ;
- Resodys cible une pathologie aux contours flous dont les problématiques sont incertaines et la population est fortement hétérogène.

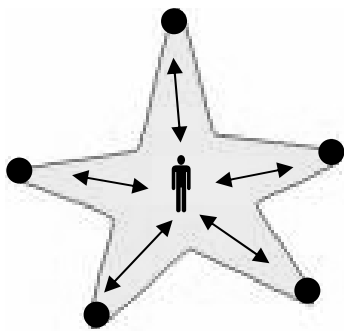
Ainsi, le recoupement des parcours de soins de Diabaix et de Resodys révèle que les processus prédéfinis garantissent une prise en charge adaptée, sous la double condition d'une population de malades relativement homogène et stable, et d'une chaîne révisable laissant la possibilité d'envisager des ajustements au cas par cas si nécessaire.

Analysons à présent les parcours de soins de Resp 13, d'Alp'âges et du réseau Canebière. Nous remarquons qu'ils sont nettement moins séquencés que ceux de Diabaix et de Resodys. Ils commencent par une évaluation globale de l'état de santé de la personne entrant dans le réseau. C'est à partir de cette évaluation et sur consentement de la personne que sont décidées collectivement les ressources à mobiliser pour organiser les soins du bénéficiaire. C'est ici le réseau qui se structure autour des bénéficiaires et non le bénéficiaire qui s'adapte au réseau. Dans ces trois réseaux, les chaînes de soins sont définies *a posteriori* et sont évolutives en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne.

Cette analyse transversale des parcours de soins nous éclaire sur le nouvel ordre créé par les réseaux de santé et nous invite à proposer trois archétypes de parcours de soins, l'un d'entre eux opérant hors réseau. Précisons qu'aucun parcours de soins n'est meilleur qu'un autre. Ils ont des caractéristiques qui leur sont propres et qui correspondent davantage à certaines situations de soins.

**- Figure 6.1 -
Proposition de trois archétypes de parcours de soins**

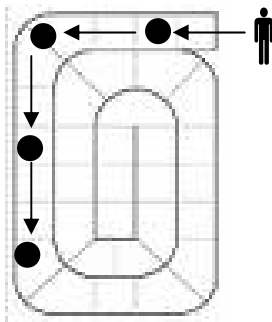
L'ETOILE



Maillons isolés (système traditionnel)

- Processus cloisonné
- Multidisciplinarité
- Diagnostics différenciés

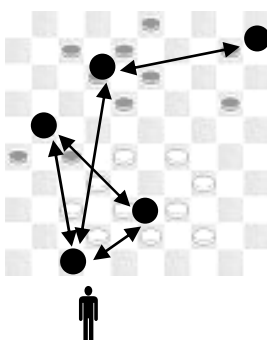
LE JEU DE L'OIE



Chaîne de soins *a priori* (réseau)

- Processus prédéfini et séquentiel
- Pluridisciplinarité
- Diagnostics complémentaires et cumulatifs

LE JEU DE DAMES



Chaîne de soins *a posteriori* (réseau)

- Processus itératif et émergent
- Interdisciplinarité
- Diagnostic concerté

Source : élaboration personnelle

➤ **L'étoile** représente l'ordre du système de santé classique qui se prête aux soins ponctuels pour lesquels l'usager, qui circule en électron libre entre plusieurs maillons isolés, est en recherche de diagnostic. Le processus y est cloisonné, les disciplines que l'acteur peut solliciter sont nombreuses et les diagnostics sont différenciés.

➤ **Le jeu de l'oie** représente l'ordre généré par les chaînes de soins *a priori*. Il se prête aux prises en charge globales dont les étapes de soins sont connues par anticipation. Le bénéficiaire suit le processus qui est prédéfini et séquentiel, chaque étape permettant l'accès à l'étape suivante. Plusieurs disciplines concourent à la chaîne de soins et les diagnostics sont complémentaires et cumulatifs.

➤ **Le jeu de dame** représente l'ordre généré par les chaînes de soins *a posteriori*. Il se prête aux prises en charge globales dont les étapes de soins sont incertaines et nécessitent une réflexion collective à chaque étape du soin. Le bénéficiaire avance en fonction des évolutions de son environnement de soins. Le processus est itératif et émergent. Il se construit dans l'action et implique des ajustements tout au long de la chaîne. Les disciplines se croisent pour établir un diagnostic concerté.

Précisons que les chaînes de soins ne sont pas exclusives l'une l'autre. Un même réseau peut combiner des chaînes de soins *a priori* et *a posteriori* selon les besoins de santé. Par ailleurs, le nouvel ordre ainsi créé ne doit pas masquer les relations paradoxales inhérentes au fonctionnement des réseaux de santé. Les chaînes de soins impliquent la rencontre de logique d'actions différentes voire contradictoires comme nous l'avons montré tout au long de la recherche. Aussi, c'est sous la focale des paradoxes que nous allons désormais analyser nos études de cas.

6.2.3 PROPOSITION D'UN PARADOXE CENTRAL INTEGRATEUR

6.2.3.1 Les tensions managériales des réseaux de santé

Nous avons représenté les tensions managériales des réseaux de santé sous la forme de trois paradoxes. Ceux-ci ont été pressentis lors de la première phase exploratoire et ils ont été mis à l'épreuve du terrain dans la seconde phase empirique. Nous nous sommes attachée à analyser, pour chaque cas, la présence des pôles distants en nous aidant d'une grille d'analyse (Tableau 4.6). Les résultats sont unanimes : la présence des pôles a été confirmée. Notons que notre analyse a été menée dans une recherche de validation plus que de compréhension. Aussi, nous ne revenons pas sur l'analyse de chaque paradoxe qui a par ailleurs été faite de façon détaillée dans le chapitre précédent. Nous préférons prolonger la réflexion en présentant un tableau synthétique que nous commenterons par la suite.

**- Tableau 6.4 -
Validation des paradoxes pressentis dans la proposition de recherche 1**

Réseaux de santé	PARADOXES					
	FORMEL	INFORMEL	CONFORMITE	AUTONOMIE	SPECIFICITE	UNITE
Alp'âges	Une formalisation <i>modérée</i> de l'organisation par des documents qui explicitent les orientations stratégiques à suivre	Un cadre d'action <i>souple</i> qui laisse sa place à l'informel pour s'adapter aux situations de terrain	<i>Une recherche de correspondance</i> aux attentes des tutelles	Les acteurs sont <i>autonomes</i> dans leur activité de soins. Ils sont mis à contribution pour renseigner des outils de traçabilité.	Une <i>pluridisciplinarité</i> des professionnels intervenant dans les prises en charge (médical, paramédical, social et psychologique)	Une unité recherchée par une <i>reconnaissance égale</i> des domaines de compétences concernés par la thématique du réseau
Resp 13			<i>Une négociation</i> des attentes des tutelles par la directrice			
Réseau Canebière			Une formalisation <i>réduite</i> de l'organisation par un usage limité de documents qui explicitent le champ d'intervention du réseau			
Diabaix	Une formalisation <i>importante</i> de l'organisation par des documents qui explicitent les activités du réseau	Un cadre d'action <i>précis et flexible</i> qui guide les acteurs tout en reconnaissant une place à l'informel	<i>Une recherche de correspondance</i> aux attentes des tutelles	Les acteurs sont <i>guidés</i> dans leur activité de soins par des outils de traçabilité	Une <i>pluridisciplinarité progressive</i> des professionnels intervenant dans les prises en charge (social et psychologique à développer)	Une <i>unité progressive</i> en intégrant tout d'abord les domaines de compétences prioritaires sans perdre de vue l'intérêt des domaines de compétences connexes
Resodys (témoin)		Un cadre d'action <i>inflexible</i> qui ne laisse pas de place à l'informel	<i>Une recherche de correspondance</i> aux attentes de la direction	Les acteurs sont <i>contraints</i> dans leur activité de soins par des outils de traçabilité standards		

Source : élaboration personnelle

Une nette distinction s'opère entre les cas de succès et le cas témoin en situation d'échec :

✓ **Formel / informel** : les réseaux étudiés ont tous un cadre d'action qui les positionne dans l'offre de soins. Dans les cas de succès, le cadre d'action est plus ou moins formalisé mais il fait toujours l'objet d'adaptation pour permettre une adéquation aux situations de terrain. Le cas d'échec dispose d'un cadre d'action inflexible qui ne laisse pas de place à l'informel.

✓ **Conformité / autonomie** : les réseaux étudiés reconnaissent tous l'importance de rendre des comptes aux tutelles. La recherche de conformité passe par un travail de traçabilité des activités. Dans les cas de succès, des outils sont créés collectivement pour tracer les activités et envisager des ajustements tout en veillant à préserver l'autonomie des acteurs. Dans le cas d'échec, des outils standards de traçabilité sont imposés par la direction du réseau. Ainsi, les acteurs se retrouvent limités dans leur activité de soins.

✓ **Spécificité / unité** : les réseaux étudiés sont tous pluridisciplinaires. Dans les cas de succès, chaque domaine de compétences intervient de manière égale dans la prise en charge. Dans le cas d'échec, les compétences médicales priment sur les autres domaines de compétences.

Au fil des cas, nous avons par ailleurs constaté en filigrane l'émergence de nouveaux paradoxes. Nous avons fait le choix de les exposer dans ce présent chapitre, plutôt que dans la présentation intra cas des résultats, dans la mesure où aucun paradoxe n'est significativement rattaché à un cas en particulier. Aussi, les trois paradoxes que nous allons désormais décrire sont sous-jacents à l'ensemble des réseaux de santé que nous avons étudiés.

✓ **Individuel / collectif** : les réseaux de santé se forment dans l'intérêt *collectif* pour adapter le système aux nouveaux besoins de santé tout en cherchant la satisfaction d'un intérêt *individuel* qui est indispensable à la participation des acteurs.

Ce paradoxe est proche du couple spécificité / unité. Il met l'accent sur l'importance de l'intérêt individuel à la coordination. En d'autres termes, il souligne qu'il ne suffit pas d'évoquer l'intérêt collectif (le bien-être des usagers) pour mobiliser les professionnels. Si les acteurs acceptent de s'investir dans un réseau, c'est effectivement au nom d'un collectif mais aussi au nom de leur intérêt individuel. Le volontariat ne doit pas masquer l'importance de la satisfaction personnelle à participer à un réseau. Si les usagers sont les bénéficiaires

« visibles » des réseaux de santé, les professionnels n'en sont pas moins des bénéficiaires en accédant à un ensemble de ressources dans lesquelles ils peuvent puiser pour mener leur activité quotidienne (formations, carnets d'adresses, nouveaux patients, aide au diagnostic, etc.). Dominique, infirmière libérale de Diabaix, nous confie l'intérêt d'avoir connu un pédicure à Diabaix qu'elle conseille désormais à ses patients en toute confiance. Jean, médecin libéral qui a accepté de monter une microstructure dans son cabinet, y voit un soulagement en orientant ses patients souffrant de troubles addictifs vers la psychologue et le travailleur social, ce qui lui permet de se concentrer sur les seuls soins médicaux. François, directeur du RC, souligne l'aide concrète qu'apporte le Cabanon aux professionnels de ville en prenant le relais pour stabiliser la situation de leurs patients. Audrey, employée d'une association d'aide à domicile, témoigne de l'intérêt des groupes de paroles entre garde-malades qui y trouvent un réel réconfort dans leurs pratiques quotidiennes, etc. Ces exemples illustrent l'appui du réseau qui contribue à soulager les professionnels dans leurs activités.

Notons que la dérive constatée à Resodys est celle d'un détournement du réseau au profit des seuls intérêts individuels. Marie explique l'intérêt financier à participer à Resodys : les professionnels ont accès à des nouveaux patients et sont rémunérés au nombre de bilans (diagnostics post-consultation), ce qui encourage la multiplication des consultations au détriment du sens accordé aux soins. Cet intérêt ne semble pas problématique en soi mais il le devient dès lors qu'il s'éloigne de l'intérêt collectif recherché par le réseau.

✓ **Stabilité / flexibilité** : les réseaux de santé ont besoin d'une *stabilité* indispensable à l'organisation des échanges tout en nécessitant une *flexibilité* essentielle à la mise en œuvre de prises en charge adaptées aux situations de terrain.

Ce paradoxe est proche du couple formel / informel. Il apporte une nuance en soulignant que la stabilité ne passe pas nécessairement par une formalisation du réseau. Elle peut être le fait d'un collectif (une équipe de coordination référente), d'une personne (une figure emblématique du réseau) ou d'une structure physique (un lieu d'échanges continus). Elle peut également se construire dans le temps (régularité des pratiques). La stabilité prend sa source dans l'existence de repères qui guident les échanges. Nous le constatons notamment au sein du RC. Peu de documents formels circulent dans le réseau. Les professionnels trouvent leur stabilité dans les nombreux temps d'échanges facilités par la proximité physique des membres qui interagissent dans un même lieu. Ils voient également un repère fondamental en la

personne de Sylviane, coordonnatrice administrative, et François, directeur. Ces deux acteurs ont suivi toute l'évolution du réseau et représentent un ancrage déterminant pour le fonctionnement de l'équipe.

✓ **Structural / relationnel** : les réseaux de santé sont une nouvelle forme d'organisation des soins, ce qui suppose d'interroger leur dimension *structurelle* tout en accordant une place centrale à la dimension *relationnelle* sans quoi les réseaux de santé n'existeraient pas.

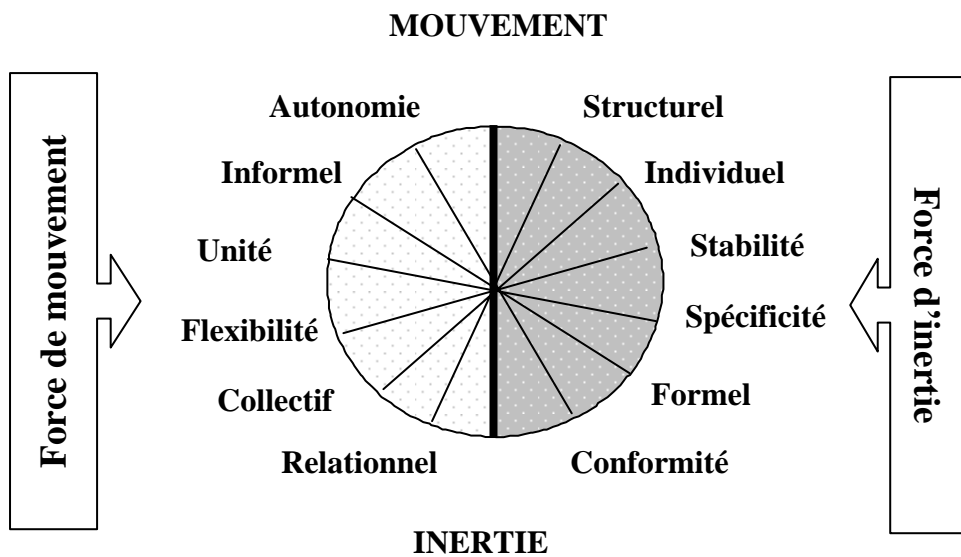
Ce paradoxe est proche du couple conformité / autonomie. L'intérêt de ce paradoxe est de suggérer qu'il est inconcevable d'envisager le réseau de santé en tant qu'organisation sans prêter attention au réseau social. Aussi, il interroge l'institutionnalisation croissante des réseaux de santé. L'institutionnalisation que nous évoquons ici naît du double mouvement d'une reconnaissance institutionnelle et de la constitution d'une forme sociale établie avec son ordre et ses règles de fonctionnement. Nous avons constaté tout au long de la recherche que les réseaux de santé qui sont réputés pour leur bon fonctionnement sont des réseaux reconnus par les tutelles et financés à ce titre. Le réseau de santé est à la fois une organisation qui s'institutionnalise avec sa mission, son cadre de fonctionnement, ses règles, ses conventions, son parcours de soins, etc. mais c'est aussi un agencement de relations qui se font et se défont en fonction des perturbations de l'environnement. Le réseau de santé articule un réseau « structurel » au nom d'une légitimité institutionnelle et un réseau « relationnel » dont il se nourrit. Les coordonnateurs ont unanimement évoqué le caractère déterminant des relations entre acteurs dans le fonctionnement du réseau, relations qui peuvent tout aussi bien stimuler le réseau ou le fragiliser, en attestent les tensions de personnes au sein de Resodys.

L'ajout de ces trois paradoxes n'épuise pas l'ensemble des paradoxes auxquels les réseaux de santé sont confrontés. En revanche, il nous conduit vers l'émergence d'un paradoxe central intégrateur.

6.2.3.2 Emergence d'un paradoxe central intégrateur

Une mise en perspective des différents pôles distants que nous avons jusque là identifiés nous amène à proposer un paradoxe central intégrateur. Nous l'illustrons dans la figure suivante que nous explicitons par la suite.

**- Figure 6.2 -
Proposition d'un paradoxe central intégrateur**



Source : élaboration personnelle

Le recouplement des situations paradoxales révèle la nature duale des réseaux de santé par la rencontre de deux forces complémentaires et opposées à la fois : une force d'inertie et une force de mouvement.

Les pôles situés à gauche de la figure exercent une force de mouvement :

L'interaction (*relationnel*) entre des acteurs autonomes (*autonomie*), réunis au nom d'un projet commun (*collectif*) qui consiste à redonner du sens aux prises en charge globales (*unité*) en les modulant dans l'action (*flexibilité*) en fonction des besoins de santé souvent incertains (*informel*), impliquent des mouvements.

Les pôles situés à droite de la figure exercent une force d'inertie :

L'institutionnalisation croissante des réseaux de santé (*structurel*), composés d'acteurs hétérogènes (*spécificité*) aux intérêts propres (*individuel*) qui évoluent dans un cadre d'action explicite (*formel*) nécessaire à la stabilisation des échanges (*stabilité*) et à la mise en correspondance de la production du réseau aux attentes des tutelles (*conformité*), encourage une inertie.

En d'autres termes, les réseaux de santé sont soumis à la fois à une *force d'inertie*, indispensable à la mise en ordre de la variété et à la fois à une *force de mouvement*, nécessaire à la modularité des processus de soins. Pour mettre en musique l'offre de soins perçue comme trop segmentée et veiller à sa mélodie, entendue au sens d'« *une succession de sons ordonnés et modulés* »²⁶, ces deux forces interagissent dans une perspective structurante pour l'action et restructurée par elle.

Précisons que la notion d'inertie, telle que nous l'évoquons ici, n'est pas connotée négativement comme elle peut l'être dans le langage courant qui la définit comme « *un manque d'énergie intellectuel, une résistance passive de la volonté* »²⁷. Le sens que nous lui donnons relève du domaine de la physique.

**- Encadré 6.1 -
Principe d'inertie en physique**

« Dans un référentiel d'inertie (ou galiléen), une particule matérielle ponctuelle isolée (qui n'est soumise à aucune interaction) reste au repos si elle l'est initialement ou garde une vitesse constante (mouvement rectiligne uniforme) si elle est initialement en mouvement (principe d'inertie). Si la vitesse change, c'est que la particule est soumise à une interaction »

Source : le grand dictionnaire encyclopédique de la langue française, 1996, p. 597

Les réseaux de santé composent avec les ressources de leur territoire pour former des chaînes de soins, plus ou moins stables et éphémères, qui s'adaptent aux besoins de santé. L'inertie du réseau n'est pas l'immobilisme mais représente un état de repos ou de mouvement uniforme. Plus précisément, les chaînes de soins constitutives des réseaux de santé persévéreront en l'état à moins qu'une force n'agisse sur elles et ne les contraignent alors à changer d'état. Cette force de mouvement peut être le fait d'une nouvelle situation de soins, d'une complexification d'un cas de bénéficiaire, de l'entrée dans le réseau de nouveaux acteurs, d'une nouvelle réforme, d'une restructuration de l'équipe de coordination, etc. Le mouvement va amener les chaînes de soins à se moduler différemment en puisant les ressources adaptées et disponibles, jusqu'à créer un nouvel état d'inertie. Dans l'interaction, inertie et mouvement s'auto-entretiennent de telle sorte que l'organisation n'est jamais achevée (Morin, 1977 ; Giddens, 1993 ; Giordano, 1998 ; Rojot, 1998).

²⁶ Rey A. (s/d), *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, p. 2186.

²⁷ Rey A. (s/d), *Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française*, p. 1825.

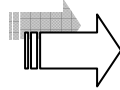
Ainsi, posant le paradoxe « mouvement – inertie » comme un couple central intégrateur, la question se pose désormais de savoir comment les acteurs des réseaux de santé composent avec ces deux forces en tension ? C'est ce que nous étudierons dans la section suivante après avoir fait une synthèse de l'analyse transversale de la proposition de recherche 1.

- Encadré 6.2 -

Synthèse des résultats d'analyse de la proposition de recherche 1

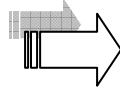
L'analyse transversale de la première proposition de recherche a permis d'approfondir notre connaissance des réseaux de santé et de mettre à jour des caractéristiques fondamentales qui nous guiderons dans la construction de notre modèle de management.

Une situation de gestion



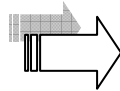
- Une réaction collective à un impératif de soin
- Un fonctionnement rappelant les processus d'éco-organisations
- Un espace d'innovation
- Une professionnalisation de l'activité de coordination
- Une évaluation chemin faisant exigeant de se projeter avec prudence

Complexe



- Un espace de désordre (déstabilisant l'ordre établi par le système de santé)
- Un nouvel ordre créé (cherchant une nouvelle cohérence des soins par des parcours de soins plus ou moins structurés)

Paradoxe



- Des exigences paradoxales
- Un paradoxe central intégrateur entre une force de mouvement et une force d'inertie

Source : élaboration personnelle

6.3 DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE RECHERCHE 2

Après avoir affiné la caractérisation des réseaux de santé, nous recentrons l'analyse sur leur dynamique managériale. Aussi, nous commencerons par interroger la pertinence d'une stratégie paradoxale pour gérer ce type d'organisation. Pour y répondre, nous mettrons en perspective les différents modèles de management paradoxal en nous appuyant sur le tableau comparatif présenté en début de chapitre (§ 6.3.1). Puis, après avoir mis en évidence l'intérêt d'une stratégie paradoxale, nous rentrerons au cœur de sa mise en acte en étudiant les logiques organisationnelles mises en œuvre par les acteurs. Nous verrons alors que la logique de dialogue qui a été théoriquement préconisée est effectivement celle qui domine dans les réseaux de santé proches de l'idéaltype mythique (§ 6.3.2). Enfin, nous mettrons en avant les éléments qui semblent déterminants au management stratégique des réseaux de santé en comparant les facteurs clés de succès formulés dans chacun des cas de succès étudiés (§ 6.3.3).

6.3.1 PERTINENCE D'UNE STRATEGIE PARADOXALE

6.3.1.1 Mise en perspective des modèles de management paradoxal

Dans un premier temps, nous revisitons les modèles de management paradoxal associés à chaque cas. Rappelons que ces modèles ont été construits à des fins descriptives pour visualiser les modes de gestion des différents réseaux et faciliter ainsi leur comparaison. Aussi, nous commençons par étudier leur configuration générale.

Nous constatons que les configurations diffèrent : les figures correspondant aux cas de succès forment un hexagone, alors que celle du cas témoin forme un losange.

Dans les cas de succès, les pôles des trois paradoxes étudiés dans l'analyse intra cas sont mobilisés dans la gestion du réseau, formant ainsi un hexagone. Nous observons par ailleurs que les formes hexagonales sont variables. Celles de Resp 13 et d'Alp'âges s'étendent de façon relativement équilibrée par rapport au centre du graphe. Autrement dit, le management de ces deux réseaux repose sur une mobilisation sensiblement égale des différents pôles. Les formes hexagonales du RC et de Diabaix se montrent quant à elles plus asymétriques, affichant leur orientation vers certains pôles. Le management de Diabaix tend vers une

recherche de conformité, une formalisation du réseau et une importance accordée à la spécificité des domaines de compétences. Inversement, le management du RC tend vers une autonomie des acteurs et un fonctionnement informel. Pour autant, ces différences de dosage ne semblent pas amputer la bonne marche des réseaux. Ce sont deux réseaux anciens qui sont réputés pour leur bon fonctionnement et qui sont solidement ancrés dans le tissu sanitaire et social de leur territoire. Nous observons ainsi que les différences de dosages ne compromettent pas le fonctionnement du réseau tant que les arbitrages subsistent.

Le modèle de gestion de Resodys se distingue quant à lui des autres configurations en prenant non plus la forme d'un hexagone mais d'un losange. Les paradoxes sont tranchés en faveur d'un des pôles. Le management de Resodys apparaît polarisé sur une recherche de conformité, une formalisation du réseau et une spécificité des domaines de compétences.

Ainsi, la confrontation des modèles de management des cinq cas exemplaires met à jour un invariant déterminant : **aucun des réseaux réputés pour son bon fonctionnement n'est polarisé**. Les modes de management des réseaux les plus proches du RHYCEBA reposent sur un arbitrage entre les pôles distants. Ce résultat va dans le sens des conclusions théoriques formulées dans le chapitre 3 et confirme la pertinence d'une stratégie paradoxale pour gérer les réseaux de santé.

La lecture de ce résultat par le paradoxe central de type « mouvement – inertie » permet d'avancer que **les réseaux réputés pour leur bon fonctionnement reposent sur une mise en tension permanente des deux forces qui se répondent l'une l'autre**. Certains réseaux se montrent plus sensibles à la force de mouvement (le RC), d'autres plus sensibles à la force d'inertie (Diabaix), mais tous sont régulés par une mise en correspondance des deux forces.

Ce résultat suggère que le management qui ampute les paradoxes au profit de la seule force d'inertie ne correspond pas aux exigences paradoxales des réseaux de santé. Resodys, qui est en perte de vitesse, en est le témoin. L'état de repos à lui seul conduit à une inadéquation des chaînes de soins au besoin de santé. De la même façon, le management qui repose sur la seule force de mouvement met tout autant en péril le réseau de santé. Nous n'avons pas étudié de cas pour conforter cette idée mais nous pensons qu'un tel management conduit à une instabilité des chaînes de soins sous-tendues par des arrangements interindividuels arbitraires, fragilisant ainsi le réseau et limitant considérablement ses chances de survie (Schweyer et al. 2002 ; Schweyer, 2005).

Nous défendons ainsi l'idée que les réseaux de santé qui fonctionnent (au sens du RHYCEBA) sont des réseaux qui arbitrent en permanence entre deux forces opposées et complémentaires à la fois : la force d'inertie et la force de mouvement

Nous poursuivons l'analyse en étudiant plus précisément les différences de dosages entre les pôles, formant ainsi des espaces de gestion plus ou moins étendus. Pour rappel, la surface formée représente l'espace dans lequel les acteurs mobilisent des logiques organisationnelles pour trouver une issue aux paradoxes (§ 4.2.2.3).

6.3.1.2 Etude comparée des espaces de gestion

Nous distinguons trois types d'espaces de gestion :

- **les espaces relativement étendus** : Alp'âges et Resp 13 ;
- **les espaces sensiblement réduits** : RC et diabaix ;
- **les espaces tronqués** : Resodys.

Nous retrouvons les espaces de gestion étendus chez Alp'âges et Resp 13 qui sont de jeunes réseaux. Resp 13 est un réseau récent dont le projet a débuté en 2002. Il a ensuite été reconnu réseau de santé en 2004. Alp'âges a été créé en 1997 mais son expérience de réseau de santé est récente. Rappelons que le réseau a d'abord été un CLIC (activité sociale) puis il a élargi son champ d'intervention au secteur médical en 2004. Nous pensons que la jeunesse des réseaux favorise un rapport de force équilibré entre l'inertie et le mouvement. Le management du réseau est alors mis en acte dans un espace de gestion étendu laissant la possibilité d'exploiter un vaste champ des possibles. Puis, à mesure que le temps et la pratique du réseau permettent une meilleure connaissance et anticipation des agencements de chaînes d'acteurs, le mode de management pourrait s'affirmer et tendre vers l'une ou l'autre force. C'est le constat que nous faisons dans le RC et Diabaix, deux réseaux anciens (plus de dix ans d'ancienneté) aux espaces de gestion sensiblement réduits. Nous observons que la réduction de l'espace de gestion n'a pas été opérée de façon analogue.

Le RC semble plus réceptif à la force de mouvement. Ce réseau s'appuie sur un parcours de soins de type « jeu de dames » qui invite aux itérations continues tout au long de la prise en charge (Figure 6.1). Ces itérations sont par ailleurs encouragées par le rapprochement physique des professionnels qui exercent dans un même lieu (le Cabanon et les microstructures) et par la personnalité du directeur, qui met un point d'honneur à faire confiance à l'expertise des professionnels pour adapter continuellement le cadre d'action aux situations de terrain. Nous pensons que l'ancienneté du réseau, la thématique de soins, la personnalité de directeur et la structure physique du réseau contribuent à expliquer l'orientation managériale du réseau.

Diabaix semble quant à lui plus réceptif à la force d'inertie. Ce réseau est structuré par un parcours de type « jeu de l'oie » qui correspond à un processus de soins relativement régulier (Figure 6.1). Le mouvement uniforme des chaînes de soins semble par ailleurs renforcé par les protocoles qui stabilisent les échanges. La personnalité de la directrice va également dans ce sens en encourageant les processus de mémorisation par la production de documents formels. Au même titre que pour le RC, nous pensons que l'ancienneté du réseau, la thématique de soins, la personnalité de la directrice et la relation à distance des professionnels (Diabaix ne disposant pas d'une unité interne de soins comme le RC) contribuent à expliquer l'orientation managériale du réseau.

Notons que la réduction de l'espace de gestion n'est pas problématique dans ces deux réseaux de santé dans la mesure où aucun seuil pathologique n'a été dépassé (Bernard-Weil, 2002, 2003). Ce seuil est atteint quand il semble y avoir « trop peu de l'un » ou « pas assez de l'autre ». Une alerte a toutefois été implicitement lancée dans Diabaix : certains acteurs ont évoqué le caractère souvent contraignant des nombreux documents à renseigner et des protocoles à suivre. Céline a conscience de cette difficulté et veille à maintenir une souplesse de fonctionnement par des protocoles révisables, flexibles et ouverts à la discussion.

Les seuils pathologiques semblent en revanche avoir été franchis au sein de Resodys dont le modèle de management laisse apparaître un espace de gestion tronqué : le surdosage des pôles formel, conformité et spécificité s'est fait au détriment des autres pôles. Les interviewés imputent en partie cette polarisation vers la force d'inertie à la personnalité du directeur. Ce dernier est un médecin hospitalier qui, selon les répondants, « se met en position de monopole ». Il diffuse le pouvoir médical au détriment des autres professions et envisage le réseau comme une « extension de l'hôpital » (Histoire 5.20).

Ainsi, après avoir mis en avant la pertinence de recourir à une stratégie paradoxale, étudions à présent sa mise en acte en analysant les logiques organisationnelles mobilisées par les acteurs dans leur espace de gestion.

6.3.2 UNE LOGIQUE DE DIALOGUE DOMINANTE

Nous nous sommes attachée à identifier, dans chaque cas, les logiques de gestion mises en œuvre par les acteurs en nous aidant d'une grille d'analyse (Tableau 4.7). Pour faciliter une lecture transversale des résultats, nous réalisons un tableau qui fait la synthèse :

- des logiques de gestion repérées dans chacun des cas ;
- des dimensions temporelles et spatiales associées.

Pour rappel, les dimensions temporelles et spatiales évoquent la nature de la dynamique managériale, à savoir plutôt de type dialectique (prévoyant des espaces d'échanges et/ou des temps de rencontre) ou de type dichotomique (prévoyant des espaces cloisonnés et/ou des temps successifs).

- Tableau 6.5 -
Logiques organisationnelles identifiées dans l'analyse de la proposition de recherche 2

Réseaux de santé	TEMPS		ESPACE		LOGIQUE DE GESTION
Alp'âges	Temps de rencontre <ul style="list-style-type: none"> ▪ réunions d'équipe de coordination ▪ CTO (commission technique d'orientation) ▪ concertations ponctuelles au cas par cas ▪ formations ▪ instances du réseau (conseils d'administration, assemblées générales, comité de pilotage) ▪ groupes de travail ▪ contacts spontanés 		Espaces d'échanges <ul style="list-style-type: none"> ▪ siège du réseau ▪ lieu de travail des professionnels (cabinets de médecins, association, service hospitalier, etc.) ▪ CCAS (centre communal d'action sociale) ▪ domicile des patients 		✓ Logique de <u>dialogue</u>
Resp 13	Temps de rencontre <ul style="list-style-type: none"> ▪ réunions d'équipe de coordination hebdomadaire ▪ instances du réseau (conseils d'administration, comité de pilotage) ▪ formations ▪ contacts spontanés 	Temps successifs La directrice est l'interlocutrice exclusive des tutelles <ul style="list-style-type: none"> ▪ directrice / tutelle ▪ directrice / équipe de coordination 	Espaces d'échanges <ul style="list-style-type: none"> ▪ siège du réseau ▪ lieu de travail des professionnels (cabinets de médecins, cabinet infirmier, etc.) ▪ domicile des patients 	Espaces cloisonnés <ul style="list-style-type: none"> ▪ siège du réseau : bureau de la directrice ▪ bureau des tutelles 	✓ Logique de <u>dialogue</u> ✓ logique de <u>différenciation</u> (conformité / autonomie)
Réseau Canebière	Temps de rencontre <ul style="list-style-type: none"> ▪ réunion d'équipe pluridisciplinaire (hebdomadaire au cabanon et mensuelle en microstructure) ▪ permanences des professionnels vacataires ▪ formations, soirées à thème ▪ contacts spontanés 	Temps successifs La recherche de conformité s'exprime plus spécifiquement avant l'évaluation des tutelles	Espaces d'échanges <ul style="list-style-type: none"> ▪ le Cabanon (lieu historique du réseau) ▪ les microstructures (cabinet du médecin) ▪ bureau des tutelles 		✓ logique de <u>dialogue</u> ✓ logique de <u>différenciation</u> (conformité / autonomie) ✓ Logique de <u>disparition</u> (spécificité / unité)
Diabaix	Temps de rencontre <ul style="list-style-type: none"> ▪ instances du réseau (conseils d'administration, comité de pilotage) ▪ groupes de travail ▪ réunions trisannuelles (conférences) ▪ séances d'éducation, formations ▪ contacts spontanés 		Espaces d'échanges <ul style="list-style-type: none"> ▪ siège du réseau ▪ lieu de travail des professionnels (cabinets de médecins, services hospitaliers, etc.) 		✓ logique de <u>dialogue</u>
Resodys (témoin)	De rares temps de rencontre <ul style="list-style-type: none"> ▪ instances du réseau (conseils d'administration, comité de pilotage) ▪ réunions de synthèse pluridisciplinaires 		De rares espaces d'échanges <ul style="list-style-type: none"> ▪ bureau du pôle de proximité 		✓ Logique <u>simple</u>

Source : élaboration personnelle

Par l'étude comparative des logiques organisationnelles, nous cherchons à comprendre ce qui rend les situations paradoxales soutenables. Autrement dit, nous cherchons à savoir comment les acteurs rencontrés ont réussi à trouver une issue aux paradoxes.

Quatre logiques organisationnelles ont été identifiées, trois d'entre elles relevant d'une stratégie double :

- **la logique paradoxale de dialogue** : c'est une constante aux quatre cas de succès ;
- **la logique paradoxale de différenciation** : elle est mobilisée par deux cas de succès dans la gestion du couple « conformité - autonomie » ;
- **la logique de disparition** : elle a été repérée dans un cas de succès dans la gestion du couple « spécificité - unité » ;
- **la logique simple** : elle apparaît dans la gestion du cas témoin en situation d'échec.

Nous revenons sur chaque logique organisationnelle en centrant l'analyse sur la logique de dialogue qui est dominante.

➤ **La logique paradoxale de dialogue**

Les analyses qui suivent concernent les cas de succès dans lesquels a été observée une logique paradoxale de dialogue entre les pôles distants. Dans ces quatre cas, nous constatons que les situations paradoxales trouvent leur équilibre dans l'échange. Que se passe-t-il alors pendant cet échange ? Et avant cela, comment l'échange est-il amorcé ? Pour mieux comprendre la mise en acte de la logique de dialogue dans les réseaux de santé étudiés, nous commencerons par analyser les moyens d'ouvrir le dialogue pour ensuite étudier ce qui en émerge.

Une action collective est rarement une mobilisation de tout le groupe latent et elle suppose souvent l'existence d'un noyau central (Reynaud, 1993a, 1993b ; Reynaud et Reynaud, 1994 ; Reynaud, 2003). Cette idée est particulièrement présente dans les réseaux de santé qui fonctionnent de manière concentrique. Au cœur des réseaux de santé se trouvent un noyau central fédérateur qui est entouré d'une succession de cercles périphériques allant des individus les plus actifs à ceux qui interviennent de façon plus épisodique jusqu'aux acteurs « alibi » qui se montrent passifs (§ 1.3.1.2). Le noyau central est déterminant pour ouvrir le dialogue. Il est composé de personnes ressources mobilisées par la cause du réseau et impliquées dans son développement. Entre autres figures emblématiques de ce noyau, nous y

retrouvons les fondateurs, les militants et les acteurs réticulaires qui, par leur « *positionnement de médiation* », se présentent comme des « *gestionnaire[s] de l'entre-deux* » (Grima, 1999, p. 74). Parmi ceux-ci, nous nous intéresserons plus particulièrement aux coordonnateurs de réseau qui se révèlent être des acteurs indispensables à la mise en acte d'une stratégie paradoxale de dialogue. Ils prennent la forme de liants sociaux ayant la capacité d'ouvrir les différents individus et groupes les uns aux autres, permettant ainsi la rencontre de mondes distants. Ils se présentent comme des constructeurs du dialogue en prévoyant des espaces d'échanges et des temps de rencontres. Les lieux de dialogue sont aussi variés que le siège du réseau, le cabinet d'un médecin, le domicile des bénéficiaires, etc. Les temps de rencontres sont tout autant diversifiés : des réunions d'équipes, des formations pluridisciplinaires, des ateliers d'échanges de pratiques, des actions de prévention auprès du grand public, etc. et des contacts spontanés. Ces derniers paraissent essentiels au maintien du lien social.

Dans les cas proches du RHYCEBA, les répondants périphériques ont communément souligné et « félicité » la disponibilité et la présence des coordonnateurs. Ils sont des référents, au point d'être parfois assimilés au réseau lui-même. Caroline, psychologue coordonnatrice de Resp 13, s'est entendue dire à plusieurs reprises par des bénéficiaires : « *le réseau, c'est Caroline* ». Cette position d'intermédiaire leur confère « *le pouvoir dit du « marginal sécant* », *c'est-à-dire d'un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires* » (Crozier et Friedberg, 1977, p. 73).

Si l'activité d'interface est souvent décrite comme valorisante, Grima (1999) nuance ce point en soulignant qu'elle est également génératrice de tensions de rôles. Nous en faisons le constat dans cette recherche avec des coordonnateurs de réseau qui encouragent les acteurs à échanger sans en avoir la légitimité hiérarchique. Cette ambiguïté de rôle est éprouvante pour les coordonnateurs qui sont contraints à proposer le dialogue sans jamais pouvoir l'imposer. Si cette neutralité hiérarchique est parfois épuisante, elle semble toutefois indispensable à la mise en lien de secteurs privé et public, de milieux médicaux et sociaux, de professionnels et de bénéficiaires, etc. Aussi, cette position les oblige à ne compter que sur leur force de conviction, leur énergie et leur capital de confiance pour ouvrir le dialogue et susciter l'adhésion.

Le dialogue ainsi ouvert, un espace de cohésion reste à créer parce que le fait d'être ensemble ne suffit pas à la formation d'un réseau de santé. Encore faut-il s'entendre sur le fonctionnement du réseau et la place des acteurs dans ce dernier. En d'autres termes se pose le problème du passage du niveau « mythique » symbolisé par le RHYCEBA au niveau « opérationnel ». Si le RHYCEBA, en sa qualité d'idéaltype mythique fédérateur, rassemble les acteurs de la santé, il n'est pas transposable en l'état et nécessite d'être traduit dans un autre discours. Nous faisons ici référence à la notion de traduction de Latour (1989, 1994). La traduction est envisagée comme un détour par l'autre essentiel pour comprendre comment les acteurs des réseaux de santé traduisent leur vision en action. Le dialogue est ainsi fondamental pour permettre le passage d'une vision « mythique » à la mise en acte de cette vision.

L'enjeu est alors de créer un langage commun comme le suggère Emmanuèle, coordinatrice de Resp 13 (§ 5.2.2.2) : « *Il y a un langage commun à inventer dans les réseaux et c'est ça qui est intéressant* ». Pour cela, il faut une personne qui parle ces différents langages afin de mettre en perspective les attentes de chacun, établir une équivalence et arbitrer les négociations. Le coordonnateur se pose en médiateur incontournable. Il anime les négociations que ce soit autour des contrats d'adhésion en explicitant les attentes et rôles de chacun, autour des concertations de cas patients en arbitrant entre les différents points de vue, autour des évaluations par les tutelles en discutant les enjeux et les besoins du réseau, etc. « *Dans une négociation, les gens inventent quelque chose qui leur permet de sortir d'une situation d'impasse* » (Reynaud, 2003, p. 9).

Callon (1999, p. 43) soulignent que ces « *itérations, négociations et adaptations* » sont particulièrement visibles dans les réseaux émergents qui se caractérisent par une association complexe d'acteurs hétérogènes évoluant dans un milieu instable où l'action est difficilement programmable. Et plus que de négociations, il est question de renégociations permanentes parce que celles-ci ne sont jamais acquises mais toujours incertaines dans la mesure où l'acteur lui-même (re)découvre souvent ses attentes dans l'action. Nous retrouvons ici les présupposés des anarchies organisées avec lesquelles nous avons opéré des rapprochements (§ 3.1.3.1). C'est dans cet esprit que les coordonnateurs rencontrés dans les cas de succès veillent à ne pas figer les règles ainsi construites dans le dialogue de manière à préserver un espace de cohésion continuellement rediscuté. Notons par ailleurs que la formation d'un cadre commun jugé acceptable par les différentes parties est facilitée par l'adhésion volontaire des acteurs (Reynaud et Reynaud, 1994). Dans les réseaux de santé, il y a un principe de

« sélection naturelle » aux valeurs du travail collectif. Les acteurs ne sont pas contraints à participer. La mise en acte d'une stratégie paradoxale de dialogue semble dès lors d'autant plus aisée que les coordonnateurs composent avec un ensemble d'acteurs *a priori* favorable au fonctionnement de l'organisation et volontaire dans la mise en œuvre d'une prise en charge globale.

➤ La logique paradoxale de différenciation

Dans une moindre mesure, une logique organisationnelle de différenciation a été repérée dans deux cas de succès pour gérer le couple « conformité - autonomie ». Cette situation paradoxale fait intervenir une partie prenante particulière qu'est la tutelle. Certains réseaux préfèrent ainsi segmenter ce paradoxe plutôt qu'instaurer un dialogue. En d'autres termes, les coordonnateurs favorisent l'édification de frontières pour maintenir un équilibre (Josserand et Perret, 2003).

Dans le cas du RC, les frontières permettent de protéger le réseau en limitant les interférences avec la tutelle. La différenciation se manifeste de manière diachronique en cadrant une phase de conformité avant l'évaluation du réseau par la tutelle. Durant cette phase, les acteurs du réseau sont sollicités pour réaliser de façon collective le rapport d'évaluation. Le reste du temps, ils ne sont pas ou peu sensibilisés à la recherche de conformité. Rappelons que le réseau Canebière arbitre davantage en faveur de l'informel et de l'autonomie des acteurs. Aussi, peu de documents formels circulent, privilégiant des échanges spontanés réguliers entre les intervenants qui exercent sur un même lieu. Sylviane, la coordinatrice administrative, explique que ce fonctionnement permet de ne pas surcharger les professionnels de tâches administratives, désamorçant ainsi les relations conflictuelles anticipées entre les deux pôles. Notons par ailleurs que cette hostilité manifeste aux tâches administratives n'est pas propre aux professionnels du RC. Ce point a été relevé de manière transversale au cas, occasionnant entre autres des remontées d'informations difficiles et des relances permanentes effectuées par les coordonnateurs.

Au sein de Resp 13, la dynamique de différenciation est mise en acte différemment. Les frontières permettent de contrôler la relation avec les tutelles en désignant un interlocuteur privilégié, en l'occurrence la directrice. La différenciation ne relève donc pas de pratiques séquentielles mais elle tient au fait que la directrice du réseau est l'interlocutrice unique des tutelles. La formation de la directrice de Resp 13 n'est certainement pas étrangère à cette

logique de gestion : elle a une formation d'ingénieur en santé publique et s'attribue un rôle en grande partie administratif dans le réseau (Tableau 5.4). Aussi, Nathalie mène une activité d'interface, qui est d'une nature différente de celle nécessaire à la logique de dialogue. Là où le coordonnateur cherche à favoriser un espace d'échanges et de rencontres dans la logique de dialogue, le coordonnateur joue un rôle d'acteur tampon dans la logique de différenciation (Josserand et Perret, 2003). Autrement dit, il constitue un pont entre les deux mondes. C'est ainsi que Nathalie, directrice de Resp 13, prévoit des périodes successives pour échanger : il y a un temps pour échanger avec les tutelles et un temps pour échanger avec l'équipe de coordination et plus largement le réseau. L'intérêt de cette segmentation est de contrôler le rapport de force avec les tutelles pour conduire les négociations au nom d'un collectif. Nathalie a insisté sur la nécessaire capacité de négociation voire de manipulation pour discuter habilement les attentes des financeurs (Histoire 5.8).

Précisons que nous avons présenté ces deux logiques de différenciation de manière tranchée pour aider à comprendre leur mise en œuvre dans les réseaux de santé concernés. Elles sont toutefois plus nuancées dans la pratique. La recherche de conformité ne se manifeste pas exclusivement en période d'évaluation dans le RC et est en latence tout au long du déroulement de l'activité du réseau. De la même façon, les financeurs de Resp 13 sont amenés à rencontrer d'autres acteurs du réseau que la directrice, ne serait-ce que lors des Comités de Pilotage.

➤ La logique paradoxale de disparition

La logique paradoxale de disparition a été identifiée au sein du RC dans la gestion du couple « unité - spécificité ». Rappelons que cette logique repose sur un saut cognitif qui permet l'émergence de solutions nouvelles qui s'imposent d'elles-mêmes, réconciliant ainsi les pôles distants. Ce saut est souvent le fait de l'intervention d'un élément novateur qui va amener les acteurs à se représenter la réalité différemment. Le RC présente cette particularité (que les autres réseaux étudiés n'ont pas) de disposer d'une unité interne de soins appelée le Cabanon. Les professionnels intervenant dans les prises en charge ne sont donc pas déconnectés du réseau mais exercent quotidiennement en son sein en effectuant des permanences durant lesquelles ils pratiquent leur consultation. Cet espace de rencontre amène les professionnels à se passer naturellement le relais dans un même lieu de travail collectif pour construire des prises en charge globales. Nous faisons le même constat au sein des microstructures qui sont

propices au passage de relais. Ainsi, dans l'enceinte du Cabanon et des microstructures, le paradoxe « spécificité – unité » semble disparaître.

➤ La logique simple

Une dernière logique organisationnelle a été repérée au sein de Resodys. Il s'agit d'une logique reposant sur une dynamique managériale « simple » dans laquelle les paradoxes ont été tranchés, annulant ainsi la possibilité de négocier. La gestion du réseau est statique. La communication est difficile. Les tentatives de dialogue lancées par Marie et Ariel n'ont pas abouti. Les échanges se font principalement par mail et courrier. Si des accords entre Resodys et Coridys ont effectivement été établis au démarrage du réseau et formalisés dans la convention de partenariat, ils n'ont toutefois pas été formés de manière collective et ils ont été considérés par Resodys comme acquis de manière définitive.

Callon (1999) montre que les accords stables, reposant sur des anticipations rationnelles, sont envisageables dans les réseaux consolidés. Ceux-ci se caractérisent par une forte similitude des acteurs qui peuvent aisément anticiper les attentes d'autrui et prévoir leur comportement. Or, dans la typologie proposée par Callon, les réseaux de santé se présentent comme des réseaux émergents nécessitant une explicitation des besoins et des représentations des acteurs pour qu'ils puissent « *comprendre le monde et agir sur lui en interagissant, en traduisant et en se laissant traduire* » (Callon, 1999, p. 44). La démission de Marie, neuropsychologue ancienne adhérente de Resodys, illustre les tensions de rôle générées par une absence de traduction positionnant le professionnel dans un rôle qu'il ne comprend pas. En l'occurrence, une tension s'affichait entre un rôle perçu par Marie de « fournisseur de diagnostics » et un rôle attendu par elle-même de « co-producteur de prise en charge globale » (Histoire 5.21). La régulation de Resodys semble présenter globalement un déficit, ce que Reynaud (1993a, 1994) appelle l'anomie. L'anomie naît de l'indétermination des règles qui rend impossible l'accord avec autrui, l'individu ne trouvant pas sa place dans l'action collective. Au sein de Resodys, l'anomie semble être produite par l'excès de régulation de contrôle (règles imposées par la direction du réseau), au détriment de la régulation autonome (marge de manœuvre des acteurs).

Au terme de cette analyse transversale des logiques organisationnelles, nous constatons que les résultats confortent les conclusions théoriques formulées dans le chapitre 3 qui allaient dans le sens d'une stratégie paradoxale mise en acte par un processus dialectique. Ils révèlent par ailleurs l'utilité d'une logique de différenciation pour gérer la relation avec les tutelles et l'intérêt d'un lieu de travail collectif pour contribuer à apaiser les paradoxes. C'est ici l'importance de la topologie physique du réseau qui est soulignée et qui impacte nécessairement la façon d'appréhender les paradoxes. Pour conclure l'étude du management des réseaux de santé, nous terminons par une comparaison des facteurs clés de succès relevés dans chacun des cas de succès étudiés.

6.3.3 DES FACTEURS CLES DE SUCCES QUI SE REJOIGNENT

La mise en perspective des facteurs clés de succès de chaque cas ne se fait pas dans l'objectif de formuler « une recette du succès » mais plutôt de guider l'action en repérant des éléments qui semblent déterminants au management stratégique des réseaux de santé. Pour cela, nous faisons une synthèse des facteurs clés de succès identifiés dans chaque réseau.

**- Tableau 6.6 -
Les facteurs clés de succès identifiés dans les quatre cas de succès étudiés**

Facteurs clés de succès	ALP'AGES	RESP 13	RESEAU CANEBIERE	DIABAIX
Valeurs	✓	✓	✓	
Proximité	✓	✓	✓	
Traçabilité	✓	✓		✓
Innovation	✓		✓	✓
Repères			✓	✓
Expertise			✓	✓
Négociation		✓		

Source : élaboration personnelle

Sept facteurs clés de succès ont été repérés à l'issue de l'analyse des cas de réseaux de santé réputés pour leur bon fonctionnement. Nous constatons des recoupements de facteurs clés de succès entre les différents réseaux.

- Certains facteurs se retrouvent dans la plupart des cas : les valeurs, la proximité, la traçabilité et l'innovation ;
- Deux facteurs ont été plus particulièrement identifiés dans le RC et dans Diabaix : les repères et l'expertise ;
- La négociation a quant à elle été repérée dans Resp 13.

Nous revenons rapidement sur chacun des facteurs clés de succès énoncés.

➤ Les facteurs clés de succès majoritairement identifiés

Les valeurs et la proximité sont des traits commun à Alp'âges, Resp13 et au réseau Canebière. Leur thématique de soins qui se prête à discrimination contribue certainement à faire des valeurs partagées un déterminant de la gestion des réseaux. La prise en charge des personnes âgées, des personnes en fin de vie et des personnes dépendantes de drogues semble être, selon les acteurs interviewés, le terrain de discriminations, ce qui encourage à s'associer pour œuvrer dans le sens d'une reconnaissance de la thématique de soins. Et cette association d'acteurs se fait dans la proximité, qu'elle prenne la forme d'une proximité physique qui se manifeste par des rencontres ou d'une proximité « virtuelle » qui prend effet par une disponibilité de l'équipe de coordination en particulier et des acteurs du réseau en général. Ces deux facteurs n'ont pas été relevés dans Diabaix comme des traits dominants ce qui ne signifie pas qu'ils sont absents. Nous avons effectivement souligné, dans l'analyse du cas, l'importance accordée par les coordonnateurs aux valeurs du travail collectif et les efforts fournis pour favoriser les rencontres qui sont toutefois limitées par la taille du réseau.

Comme autre facteur clé de succès couramment relevé, figurent la traçabilité et l'innovation. L'importance accordée à l'innovation des modalités de soins et des pratiques managériales est notamment ressorti dans les réseaux « pionniers » : Alp'âges a été parmi les premiers CLIC à évoluer en réseau de santé, Diabaix est pionnier sur son territoire et le réseau Canebière est un réseau précurseur qui a fait partie des premiers réseaux addiction lancés en France et il est par ailleurs le pilote des microstructures en PACA (les premières microstructures ont été testées en Alsace en 2000). Parallèlement, Resp 13, qui s'inscrit dans le flot continu des réseaux de santé, semble moins porté sur l'innovation sans pour autant l'écarter de son management puisque les acteurs sont invités à proposer de nouvelles idées de soins ou d'outils. Parmi ces outils, il en est qui sont particulièrement importants pour les coordonnateurs, il s'agit des outils de traçabilité. La traçabilité des soins paraît être essentielle au succès des réseaux pour

rendre le processus de soins tangible et envisager les ajustements appropriés. Ce facteur n'a pas été relevé dans le réseau Canebière où la faiblesse de la traçabilité du processus de soins semble être compensée par une proximité physique des membres du réseau, qui rend le processus visible du fait même que les acteurs et les bénéficiaires interagissent dans un même lieu.

➤ **Les facteurs clés de succès repérés dans le réseau Canebière et Diabaix**

Les repères et l'expertise sont des facteurs clés de succès du RC et de Diabaix. Les acteurs rencontrés dans ces deux réseaux ont pointé l'exigence d'expertise des professionnels participant et des coordonnateurs pour favoriser le relais entre les problématiques de soins et orienter ainsi l'action collective. Le fait que ces deux réseaux ciblent des pathologies, contrairement à Alp'âges et à Resp 13 qui ciblent des populations, n'est probablement pas étranger à ce résultat. En d'autres termes, l'addiction et le diabète relèvent plus familièrement du domaine médical. Ces réseaux prêtent donc une attention particulière à ouvrir les pathologies visées à d'autres secteurs de soins, par delà le seul domaine médical. Et cette ouverture passe par une expertise des professionnels de santé conscients des problématiques de soins liées et formés à cet effet.

Par ailleurs, les repères sont un autre facteur clé de succès du RC et de Diabaix qui mettent tous deux un point d'honneur à fournir des points d'ancrage aux acteurs du réseau. Nous pensons que la taille importante du réseau Diabaix qui ne rassemble pas moins de 700 bénéficiaires et 1700 professionnels de soins contribue à expliquer la prévalence des repères qui en l'occurrence prennent la forme de documents, de protocoles, de programmes, etc. Dans le RC, les repères prennent davantage forme dans la topologie du réseau et dans la présence de personnes référentes.

➤ **Le facteur clé de succès relevé dans Resp 13**

Enfin, un dernier facteur clé de succès a été repéré dans Resp 13 : la négociation. Au terme de nos analyses, nous constatons que cet élément n'est pas propre à ce réseau dans le sens où les autres réseaux sont également dans une démarche de négociation de rôles, d'attentes, etc. mais ce point a été exprimé comme tel spécifiquement dans Resp 13, et ce notamment dans la relation établie avec les tutelles. Là où les autres réseaux reçoivent les attentes des tutelles, Resp 13, et plus précisément la directrice du réseau, les discutent dans un rapport de force (Histoires 5.5 et 5.8).

Fort de ces différents facteurs clés de succès qui fournissent des pistes d'action, nous concluons par une synthèse des résultats d'analyse de la seconde proposition de recherche avant de proposer, dans la prochaine section de ce chapitre, un modèle de management paradoxal des réseaux de santé.

- Encadré 6.3 -

Synthèse des résultats d'analyse de la proposition de recherche 2

La seconde proposition de recherche a consisté à étudier les logiques de gestion paradoxale à l'œuvre dans les réseaux de santé. Nous faisons ici la synthèse des résultats essentiels à prendre en compte dans la construction d'un modèle de management des réseaux de santé.

Cas de succès



Un espace de gestion plus ou moins étendu mais laissant toujours les pôles distants s'exprimer

Un arbitrage dynamique supposant des ajustements permanents entre les pôles distants en fonction des situations

Une logique paradoxale de dialogue dominante reposant sur des accords communs issus de négociations

Des facteurs clés de succès plus ou moins prononcés selon les cas, mais qui se rejoignent, constituant ainsi un guide pour l'action collective

Cas d'échec



Un espace de gestion tronqué amputant les paradoxes d'un de leur pôle

Un arbitrage statique reposant sur des rôles et des accords tenus pour acquis

Une logique simple reposant sur des anticipations rationnelles, occasionnant des tensions de rôles

Source : élaboration personnelle

6.4 VERS UN MODELE DE MANAGEMENT DES RESEAUX DE SANTE

Nos résultats suggèrent que c'est par une cohabitation dynamique des pôles distants, et plus généralement par une mise en correspondance continue d'une force d'inertie et de mouvement, que les réseaux de santé proches de l'idéaltype mythique trouvent leur équilibre. Aussi, il nous faut désormais proposer un modèle de management qui intègre ces résultats et offre des pistes concrètes d'actions. Pour ce faire, nous prendrons appui sur une grille de lecture ago-antagoniste qui nous aidera à conceptualiser et à modéliser nos résultats (§ 6.4.1). Nous présenterons ensuite, par agrégation des résultats de la recherche, un modèle de management paradoxal des réseaux de santé (§ 6.4.2).

6.4.1 UNE GRILLE DE LECTURE AGO-ANTAGONISTE

La systémique ago-antagoniste de Bernard-Weil (2000, 2002, 2003) nous semble constituer une grille de lecture intéressante pour favoriser la compréhension et la modélisation du management stratégique des réseaux de santé.

La perspective ago-antagoniste s'inscrit dans les cadres théoriques que nous avons développés par ailleurs autour de la systémique et des stratégies paradoxales (§ Chapitre 3). Elle propose un cadre général pour dépasser définitivement les couples d'oppositions (Rollet, 2000, Martinet, 2001 ; Corbel, 2004 ; Martinet et Payaud, 2004 ; Denis, 2002). La systémique ago-antagoniste trouve son origine dans les sciences biologiques et se développe progressivement dans le domaine de la stratégie. Elle se positionne comme une science de la viabilité en postulant que la viabilité d'un système suppose de penser sa régulation en termes de couples ago-antagonistes, l'agonisme générant des effets synergiques et l'antagonisme générant des effets opposés. L'ago-antagonisme fait écho à la définition que nous nous sommes donnée du paradoxe, à savoir deux pôles qui s'opposent autant qu'ils fusionnent. Dans cette approche, chacun des pôles doit être pris en compte. A ce titre, dans un couple A et B, il y aura toujours à la fois A et B (Corbel, 2004). La conflictualité des pôles du couple a des effets positifs et non destructifs. Par ailleurs, par effet de contagion, l'action sur un couple peut contribuer à rééquilibrer l'ensemble du système.

L'objectif de la systémique ago-antagoniste n'est pas de maîtriser le système en supprimant les antagonismes mais de l'accepter tel qu'il est (avec ses ordres et ses désordres, ses synergies et ses oppositions) tout en se structurant autour de l'objectif commun. Ce mode de régulation consiste à arbitrer de façon dynamique entre les pôles distants. Nous retrouvons ici les présupposés de la logique organisationnelle paradoxale de dialogue. L'enjeu est d'opérer un juste arbitrage entre les différents couples ago-antagonistes afin de contribuer à viabiliser le système. Cet arbitrage, toujours en mouvement, prend la forme d'une recherche d'équilibration continue (Piaget, 1998). La recherche d'équilibration indique qu'il ne s'agit pas de rechercher un équilibre statique illusoire mais un équilibre dynamique qui repose sur un dosage variable des pôles en fonction de l'état de l'environnement et de l'organisation.

Pour soutenir les arbitrages, Bernard-Weil propose l'existence d'un ordinateur central qui est diffus dans le système. Il prend la forme d'une méta-règle qui aide à conduire la conversation stratégique et à dégager des espaces de cohésion (Rollet, 2000). « *La conversation correspond à l'organisation vivante au quotidien, aux interactions des acteurs, [...] à la stratégie en train de se faire* » (Chanal et al., 2001, p. 196-198).

Transposons à présent cette heuristique ago-antagoniste au cas des réseaux de santé. Dans notre contexte de recherche, il existe un objectif commun qui est typifié par le RHYCEBA. Nous avons montré qu'il est un idéaltype mythique fédérateur qui rassemble les acteurs de la santé autour de la volonté de mettre en musique l'offre de soins existante pour adapter le système aux nouveaux besoins de santé. Une nouvelle direction stratégique est donnée par les réseaux qui cherchent à apporter de la cohérence aux soins en soignant non plus seulement la maladie mais surtout le malade. Ce sont les pathologies et/ou les populations complexes qui sont directement visées : les problématiques de soins liées impliquent une remise en question du mode de prise en charge traditionnel qui ne permet pas d'avoir une approche globale des soins (pluridisciplinarité des soins et suivi dans le temps). Si l'importance de cette remise en question fait l'unanimité, elle n'est toutefois pas exempte de difficultés. Nous avons démontré tout au long de cette recherche que la nouvelle direction stratégique suivie par les réseaux de santé ne se fait pas sans tensions ni désordres. Les réseaux de santé supposent le rapprochement de logiques d'actions différentes et paradoxales. C'est ainsi que plusieurs couples ago-antagonistes ont été proposés pour visualiser les tensions managériales des réseaux de santé. Par rapprochement des pôles distants, nous avons ensuite fait émerger un couple ago-antagoniste central et intégrateur qui fait le constat d'une mise en tension d'une

force de mouvement et d'une force d'inertie. Ce couple amène les acteurs à s'ouvrir à d'autres pratiques, à d'autres contraintes, à d'autres représentations, et ce afin de mettre en œuvre une prise en charge globale des bénéficiaires. C'est autour de cet impératif de soins, que nous élevons au rang de méta-règle, que les conversations stratégiques prennent sens. Autrement dit, nous proposons, comme support aux conversations stratégiques, la méta-règle « prise en charge globale » qui guide les arbitrages.

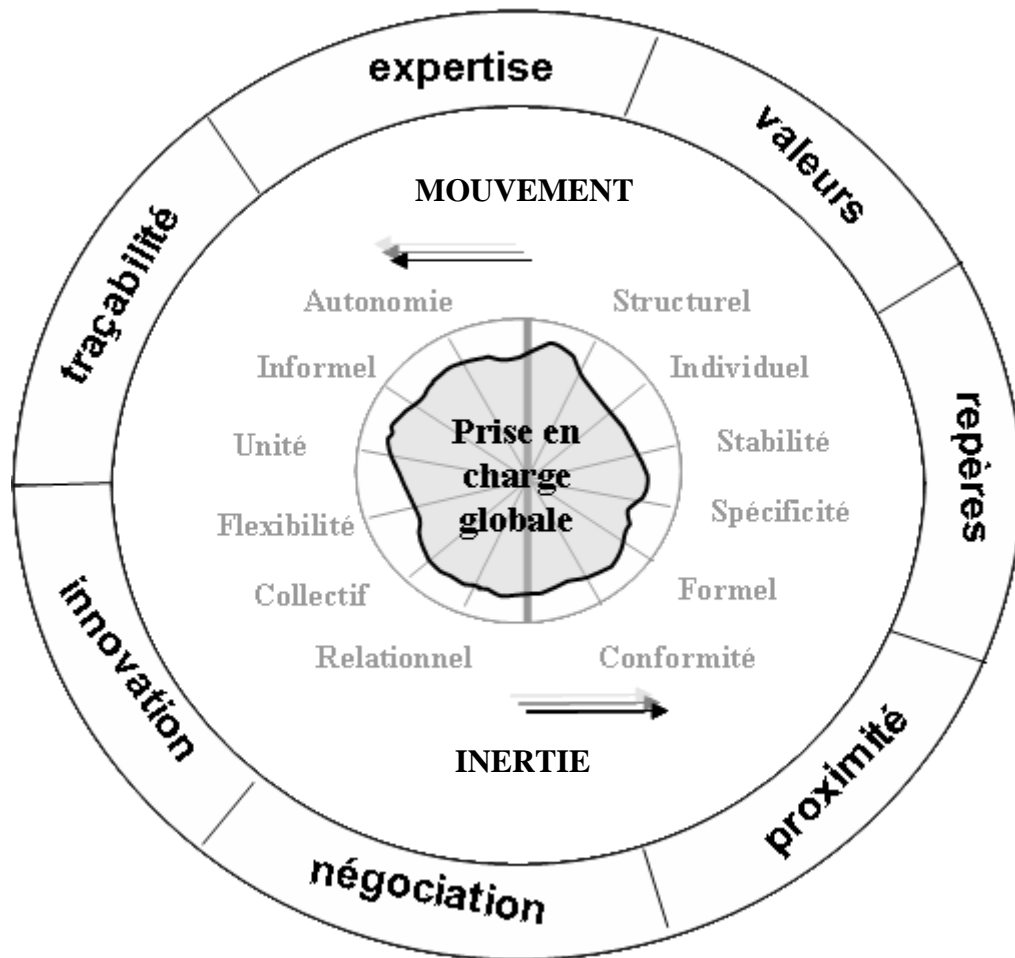
Nous suggérons ainsi le recours à une régulation ago-antagoniste de type « mouvement-inertie » pour gérer les réseaux de santé. Nous la modélisons dans la section suivante.

6.4.2 PROPOSITION D'UN MODELE DE MANAGEMENT PARADOXAL DES RESEAUX DE SANTE

« Les années 60 : on rêve de sciences de gestion qui soient aux décideurs ce que la balistique est aux artilleurs : un arsenal de concepts et de méthodes permettant d'atteindre le but visé de manière presque infallible » (Berry, 1996, p. 43). Aujourd'hui, ces modèles trouvent leur limite, la plupart des organisations évoluant dans des contextes incertains, instables et éphémères. Aussi, le modèle de management que nous proposons ne se veut pas être un modèle balistique. Il est destiné *« à susciter la réflexion et stimuler l'imagination plutôt qu'à être utilisé dans des visées prédictives ou prescriptives »* (Avenier, 2007, p. 160).

Le modèle ainsi construit est une conclusion synthétique des résultats de notre étude comparative et repose sur une régulation ago-antagoniste de type « mouvement-inertie ». Il invite à expliquer les difficultés de gestion des réseaux de santé et à proposer des pistes d'action dans une perspective dynamique (David, 2007). Il s'adresse plus spécifiquement aux coordonnateurs qui sont au cœur de la gestion des réseaux de santé.

- Figure 6.3 -
Modèle de management paradoxal des réseaux de santé



Source : élaboration personnelle

Pour modéliser nos résultats, nous avons repris la roue paradoxale illustrant les paradoxes des réseaux de santé (Figure 6.2). A gauche de la roue s'exerce la force de mouvement. A droite de la roue s'exerce la force d'inertie. La relation est circulaire : le mouvement produit de l'inertie qui appelle le mouvement qui l'a produite. La gestion paradoxale de dialogue prend la forme d'une membrane souple qui évolue simultanément dans les deux sphères au rythme des arbitrages. La déformation de la membrane évoque les différences de dosages en fonction des situations qui se présentent. Au centre de la membrane figure la méta-règle « prise en charge globale » qui sert de support aux conversations stratégiques. Autour de cette membrane, nous représentons un anneau composé de 7 cases, chacune proposant une piste d'action pour « faire avec » les paradoxes. Ces pistes d'actions sont une combinaison des facteurs clés de succès repérés dans les différents cas, eux-mêmes puisés dans les savoirs d'action énoncés par les acteurs. L'idée n'est pas de les actionner simultanément pour maîtriser l'ensemble des paradoxes mais de se saisir de certains d'entre eux pour trouver un issue aux situations paradoxales.

Pour favoriser une lecture actionnable de notre modèle, nous empruntons la métaphore du funambule à Watzlawick (1988a).

**- Encadré 6.4 -
Métaphore du funambule**

« Mais c'est aussi là que tout cela devient inacceptable pour les perfectionnistes et les manichéens. Car il devient évident que ces nouvelles formes d'ordre ne peuvent émerger que là où existe un certain désordre. W. Ross Ashby, un des fondateurs de la cybernétique, illustre ce processus à l'aide de l'exemple suivant : un funambule peut garder son équilibre grâce aux mouvements qu'il ne cesse de faire au hasard avec son balancier. (Il en est de même pour les mouvements qu'un cycliste fait avec le guidon de sa bicyclette). Si on voulait « perfectionner » le style du funambule, on pourrait être tenté de saisir sa perche et de l'empêcher de bouger – mais le résultat immédiat serait de faire perdre l'équilibre au funambule, et de le faire tomber. Evident, non ? Oui, mais seulement dans le cas des funambules et des cyclistes. Pour tout autre cas, nous sommes généralement loin de comprendre que l'ordre sans un certain degré de désordre devient hostile à la vie, dans la mesure où il anéantit toute possibilité de développement de la néguentropie [...]. Il va sans dire que le désordre en lui-même et par lui-même est aussi destructif quand seule l'entropie le caractérise. Il faut une interaction des deux : le changement est synonyme de l'émergence d'une nouvelle qualité ; cette qualité émergente présuppose, et à son tour crée, un certain degré de désordre. Voilà une pilule difficile à avaler pour beaucoup, car il est bien plus facile de dénigrer les méfaits du désordre que ceux de l'ordre ».

Source : Watzlawick, P. (1988a), Comment réussir à échouer, Seuil, p. 92-93

Les coordonnateurs des réseaux de santé évoluent sur le fil « mouvement-inertie », tels des funambules à la recherche permanente d'un équilibre dynamique entre les deux sphères. Certains trouveront peut-être leur équilibre dans « plus de mouvement » (le RC), d'autres dans « plus d'inertie » (Diabaix), mais le point commun entre tous est qu'ils effectuent nécessairement un mouvement de balancier pour rester sur le fil.

En outre, pour rester en équilibre sur le fil, un équilibriste a besoin de certaines capacités, de connaître les techniques du funambulisme et d'une perche qui fait contrepoids. Par prolongement, les coordonnateurs de réseau ont besoin de maîtriser certaines compétences, de connaître la dynamique managériale appropriée à la gestion de situations paradoxales et de pistes d'actions pour les aider à trouver un équilibre dynamique. Pour cela, nous construisons un « triptyque » qui propose une lecture actionnable du modèle de management paradoxal des réseaux de santé.

Ce « triptyque » comprend :

✓ **Un profil de coordonnateur** : nous dressons, dans l'encadré 6.5, une carte des compétences et des savoirs être attendus chez un coordonnateur de réseau de santé. « *Le management paradoxal conduit donc directement à une préoccupation en termes de gestion des ressources humaines dans la mesure où il repose sur des qualités individuelles et collectives particulières que l'organisation doit se donner les moyens d'identifier, de reconnaître et de mobiliser* » (Josserand et Perret, 2003, p. 179). Pour construire cette carte, nous nous appuyons sur les matrices de pratiques présentées en annexe de chaque cas ;

✓ **Un descriptif de la dynamique managériale appropriée** : nous exposons, dans l'encadré 6.6, les principes structurant la régulation ago-antagoniste. Pour en faciliter la compréhension, nous les illustrons en faisant le parallèle avec les techniques du funambulisme ;

✓ **Des pistes d'actions** : pour « faire avec » chaque couple ago-antagoniste, nous proposons dans l'encadré 6.7 des clés stratégiques, chacune d'entre elles permettant d'ouvrir plus particulièrement un paradoxe, limitant ainsi le risque d'enfermement. Elles représentent une issue au paradoxe sous la forme d'une troisième voie, qui ne se veut pas être une voie moyenne, mais un enrichissement des deux pôles (Barel, 1989 ; Martinet, 1990 ; Bernard-Weil, 2002, 2003).

Les trois encadrés qui se succèdent présentent chacun à leur tour une partie du « triptyque » managérial.

L'encadré suivant propose un profil de coordonnateur de réseau de santé.

**- Encadré 6.5 -
Profil de coordonnateur de réseau de santé**

Pré-requis

- adhésion aux principes fondateurs des réseaux de santé (Encadré 1.2)
- sensibilité à la thématique du réseau

Compétences en management

- gestion administrative (comptabilité, ressources humaines, formation continue, etc.)
- communication (mobilisation des acteurs)
- organisation (recherche d'une nouvelle cohérence des soins)
- anticipation (itérations permanentes entre visions et actions)
- innovation (création d'un espace favorable à la créativité et aux échanges)
- traduction (interface entre différents métiers, différents secteurs professionnels, différentes dynamiques [locale et nationale], etc.)
- négociation (arbitrages nécessaires aux conversations stratégiques)
- management d'équipe *
- maîtrise des techniques d'évaluation * (et compétence rédactionnelle associée)

Compétences en santé

- identification des problématiques de soins liées à la thématique du réseau
- identification des acteurs de la santé
- compréhension et suivi des textes juridiques *

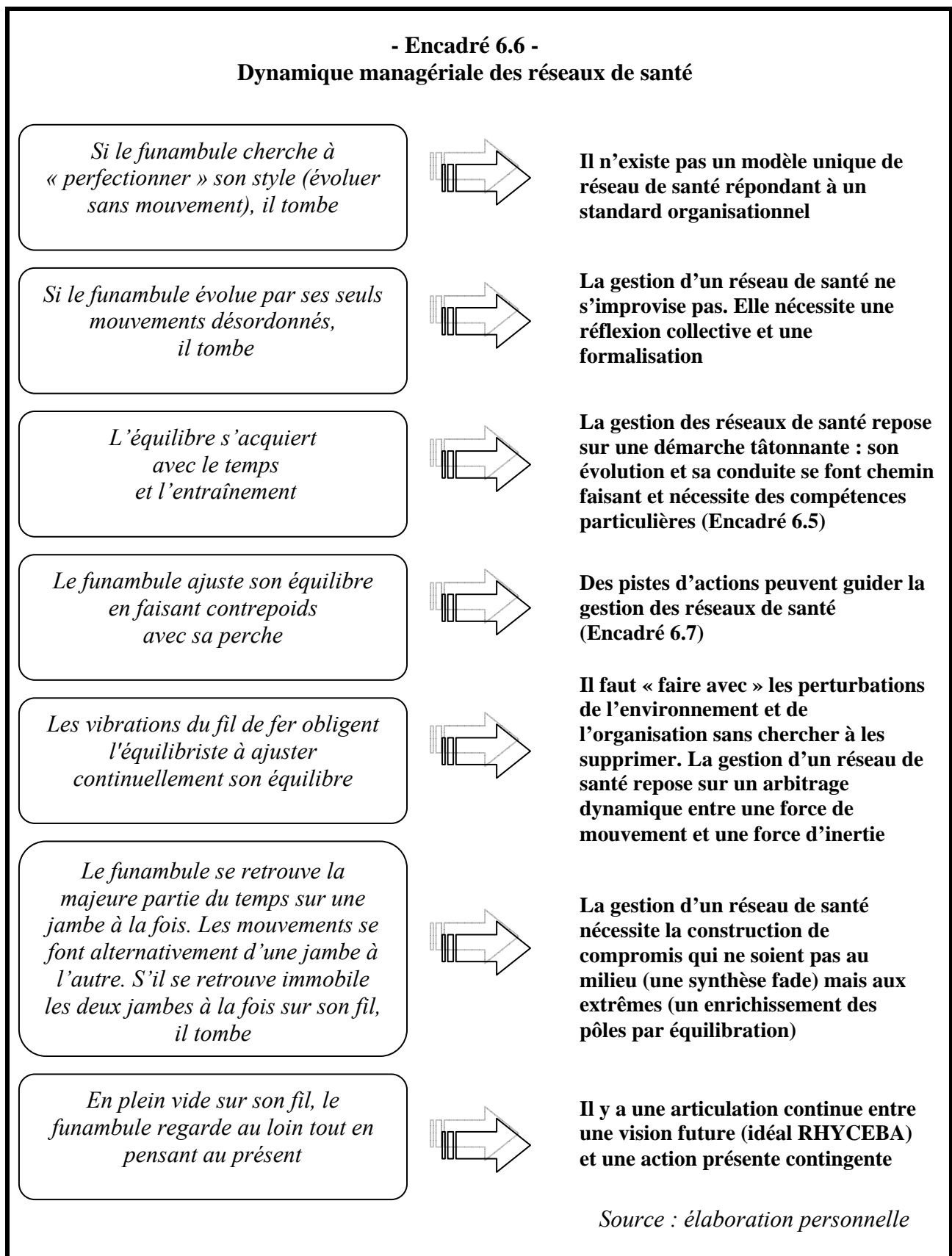
Savoir être

- sociabilité
- accessibilité
- disponibilité
- dynamisme
- diplomatie
- rigueur
- agilité (adaptabilité et réactivité)
- patience
- persévérance
- discrétion (obligation de secret professionnel)
- opportunisme (savoir saisir les opportunités)*

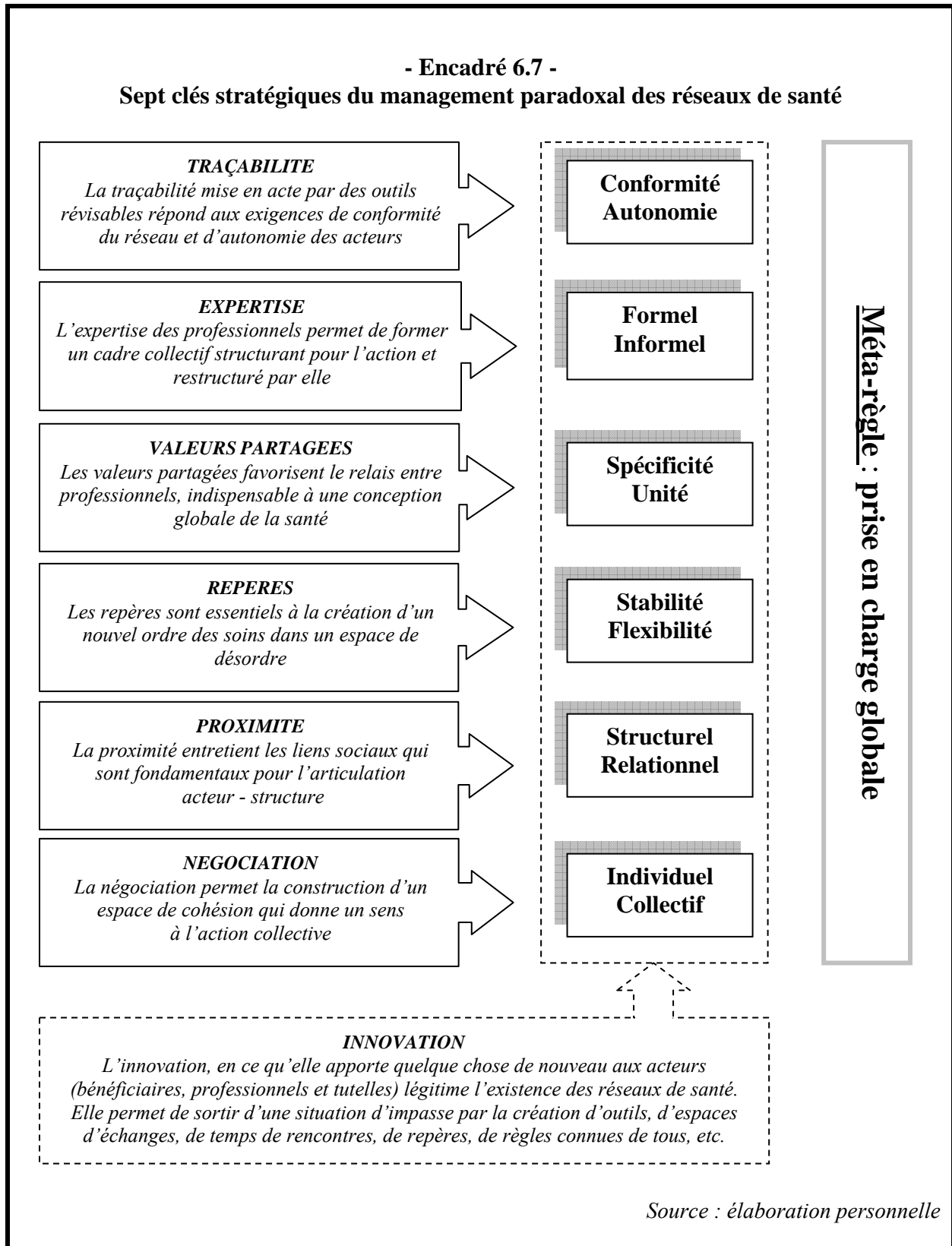
* *spécifiquement pour 1 coordonnateur directeur*

Source : élaboration personnelle

L'encadré suivant propose une illustration de la dynamique managériale des réseaux de santé, mise en parallèle avec les techniques du funambulisme.



L'encadré suivant suggère sept clés stratégiques, six d'entre elles sont proposées pour ouvrir les six paradoxes inhérents aux réseaux de santé et la septième se veut plus transversale, au service de chacun des paradoxes.



Pour conclure cette section, nous proposons un approfondissement des clés stratégiques sous la forme de sept propositions actionnables. Rappelons qu'il ne s'agit pas ici de « garantir » l'équilibre du système en actionnant simultanément les sept clés stratégiques, mais de guider la mission du coordonnateur de réseau en envisageant des voies pour l'action.

**- Tableau 6.7 -
Sept propositions « actionnables »**

CLES STRATEGIQUES	PROPOSITIONS « ACTIONNABLES »
La traçabilité	<p>Créer des outils permettant de reconstituer les processus de soins en traçant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>les relations</i> : convention, contrat d'adhésion, etc. ♦ <i>les activités</i> : fiches de liaison inter professionnels, dossier médical partagé, etc. <p>Ces outils doivent être présentés et expliqués aux nouveaux adhérents. Ils doivent rester ouverts à la discussion. Ils sont nécessaires à une évaluation chemin faisant du réseau.</p>
L'expertise	<p>Entretien l'expertise des acteurs (connaissance de la pathologie et de ses problématiques liées):</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ formations pluridisciplinaires ♦ groupes de paroles (échanges de pratiques) ♦ concertations pluridisciplinaires (discussion des cas patients)
Les valeurs partagées	<p>Ne pas forcer les relations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ adhésion volontaire des acteurs (principe de « sélection naturelle ») <p>Créer un contexte favorable à la diffusion de valeurs partagées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ pilotage par la confiance ♦ considération égale des métiers ♦ création de temps de rencontres et d'espaces d'échanges
Les repères	<p>Positionner clairement le réseau dans l'offre de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ charte de fonctionnement évolutive dans le temps (cadre commun de référence) <p>Apporter des repères aux acteurs du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ explicitation des règles de fonctionnement ♦ personnes ressources (fondateurs, coordonnateurs, marginaux sécants, etc.) ♦ régularité des pratiques (réunion mensuelle, formation trisannuelle, etc.) ♦ disponibilité et présence des acteurs centraux (noyau)
La proximité	<p>Entretien en permanence le réseau social :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ communication régulière sur le réseau (bilans d'activité auprès des partenaires, assemblées générales, lettre d'information, etc.) ♦ communication de proximité (disponibilité de l'équipe de coordination, occasions de rencontres) ♦ mobilisation continue des acteurs (sensibilisation aux décisions stratégiques du réseau, prise en compte de leur avis par des questionnaires de satisfaction, etc.)
La négociation	<p>Ouvrir le dialogue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ lors de l'adhésion : discuter la place et le rôle des acteurs dans le réseau ♦ en cours de participation : discuter les outils proposés, redéfinir le rôle des acteurs, etc. <p>Animer le dialogue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ mise en perspective des attentes de chacun ♦ invention d'un langage commun
L'innovation	<p>Créer un contexte favorable à la créativité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ ouverture du réseau aux idées nouvelles ♦ organisation de groupes de réflexion <p>Favoriser l'innovation à plusieurs niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ innovation de process (nouveaux outils de traçabilité, nouvelle méthodologie de travail, etc.) ♦ innovation de produit (nouvelle thématique de formation, nouveau projet d'action préventive auprès du grand public, nouvel atelier, etc.)

Source : élaboration personnelle

6.5 DISCUSSION GENERALE DES RESULTATS

Nous concluons enfin ce chapitre par une discussion générale des résultats. Nous commencerons par proposer une réflexion sur deux thèmes particulièrement sensibles aux réseaux de santé : pilotage et avenir (§ 6.5.1). Nous questionnerons ensuite la portée de nos résultats dans une logique d'ouverture (§ 6.5.2).

6.5.1 UNE REFLEXION SUR LES RESEAUX DE SANTE

Pour prolonger les résultats de la recherche, nous proposons une réflexion générale autour de deux thèmes sensibles aux réseaux de santé :

- Finalement, qui pilote dans les réseaux de santé ?
- Quel est l'avenir des réseaux de santé ?

➤ Finalement, qui pilote dans les réseaux de santé ?

Nous entendons par pilotage, l'action d'orienter un système d'activités vers la réalisation de ses objectifs (Lorino, 1997). Assens (1996, 2003) recense deux modes de pilotage des réseaux. Soit le réseau fonctionne sur un mode mécanique et supervisé (avec un ou plusieurs pilotes distinctement identifiés), soit il fonctionne sur un mode organique et auto-organisé (sans pilote). Assens remarque que les réseaux se situent le plus souvent dans l'entre-deux de ces modèles mécanique et organique.

Dans les réseaux de santé, il y a une grande diversité d'acteurs : professionnels de santé, bénéficiaires, coordonnateurs et tutelles. Parmi ceux-ci, qui a autorité sur qui ? Qui conduit le réseau ? Nous faisons le double constat, au terme de cette recherche, qu'aucun acteur ne peut considérer, à lui seul, maîtriser la globalité de la chaîne et que la responsabilité de chacun n'est pas clairement tranchée :

- Les bénéficiaires et les professionnels sont nécessaires au réseau de santé mais leur participation ne peut être contrainte. Ils ont le pouvoir d'adhérer, de participer, de rester et de partir ;
- Les coordonnateurs sont indispensables à l'équilibration du réseau, à son orientation stratégique et au maintien du lien social. Mais ils ne font pas autorité

sur les acteurs. Leur neutralité est par ailleurs essentielle au maintien du lien social ;

- La tutelle est garante de la montée en charge du réseau et de sa pérennité par les enveloppes financières qu'elle octroie mais rappelons qu'elle n'a pas retenu la méthode autoritaire en préférant faire « *le pari du terrain* » (Schweyer, 2005).

Dans les réseaux de santé, nous constatons que chaque membre a la capacité d'être pilote sans pouvoir l'imposer de façon permanente aux autres membres. Les échanges sont basés sur la confiance voire la solidarité des membres, elle-même renforcée par la proximité géographique. La fonction de pilotage est distribuée entre les acteurs du réseau qui semblent détenir un pouvoir de décision équivalent (Ehlinger et *al.*, 2007). A ce titre, il paraît important que chacun puisse participer aux décisions stratégiques du réseau pour favoriser une mobilisation et une adhésion des acteurs (Couix, 1997). Dans les réseaux de santé réputés pour leur bon fonctionnement, les décisions considérées comme majeures sont prises collectivement. Les Comités de Pilotage élargis ou les concertations sur des cas complexes en sont des manifestations. D'autres décisions sont quant à elles prises individuellement par les acteurs, en cohérence avec les décisions collectives. Dans l'acte de soins, chaque professionnel décide individuellement de son intervention dans la chaîne de soins en fonction de son champ d'expertise.

Ainsi, si les coordonnateurs occupent une place privilégiée dans les réseaux de santé en leur qualité d'« équilibriste », nous pensons que les expériences réussies impliquent un co-pilotage où les « *décisions tenues pour majeures [...] sont prises collectivement. Les autres décisions sont prises individuellement par les acteurs concernés, de façon autonome et en référence aux décisions collectives antérieures* » (Avenier, 1997, p. 278). Ce co-pilotage n'exclut pas par ailleurs des « *leaderships locaux* » sur des portions de chaînes ou dans la conduite de certaines actions collectives (Fabbe-Costes, 2005). Un médecin pourra ponctuellement guider une chaîne de soins, un travailleur social pourra conduire une action de prévention, etc.

➤ **Quel est l'avenir des réseaux de santé ?**

Après 20 ans d'expérimentation, les réseaux de santé s'inscrivent très nettement dans le paysage sanitaire et social français. Ils évoquent une solution « évidente » et séduisante visant à réorganiser les soins pour lutter contre la fragmentation du système ne permettant pas

toujours une prise en charge adaptée aux problèmes de santé. Les nombreuses circulaires ministérielles qui se sont succédées pour soutenir ces réseaux viennent confirmer la place des pratiques de réseau au sein de la politique publique de santé. Aujourd'hui, la démarche de réseau de santé n'est plus considérée comme expérimentale, elle s'est institutionnalisée. Et cette reconnaissance institutionnelle, pourtant nécessaire au développement des réseaux, questionne sur une « *possible dérive hiérarchique avec la perte éventuelle des présupposés de souplesse et d'adaptabilité des formes réticulaires* » (Bonafini, 2007, p. 35).

Nos résultats mettent effectivement l'accent sur la nécessaire articulation entre une force d'inertie pour mettre en ordre la variété et une force de mouvement pour répondre aux missions de soins de façon modulaire. Aussi, à la question « les réseaux de santé ont-ils un avenir ? », nos résultats nous amènent à répondre, en dehors de toute considération politique, par l'affirmative. La recherche révèle que les réseaux qui fonctionnent sont nés d'initiatives locales et ont été officialisés par un financement, sans avoir été créés par lui. Ils se nourrissent de liens existants entre professionnels et contribuent à les enrichir et à les développer à l'échelle du territoire. Ils sont structurés et reposent sur une gestion dynamique et tâtonnante de chaînes de soins composées d'acteurs hétérogènes qui se font confiance et qui partagent une envie de travailler autrement. Le management adapté aux réseaux « d'en bas » a été modélisé sous la forme d'une régulation entre deux forces ago-antagonistes : le mouvement et l'inertie. Ces résultats nous amènent ainsi à reformuler la question en d'autres termes : quel est l'avenir des réseaux de santé « d'en haut » ?

6.5.2 UNE PERSPECTIVE D'OUVERTURE

Notre thèse a consisté à étudier un objet de recherche particulier que sont les réseaux de santé. Ils affichent des spécificités que nous avons développées tout au long de la recherche, que ce soit en termes de champs (secteur public fortement segmenté), d'historique (insuffisance du système de santé encourageant la coordination des professionnels), d'acteurs (pluralité d'acteurs isolés aux domaines de compétences différenciés) ou encore de valeurs partagées (centrée « patient »). Consciente de la contextualisation de nos résultats, nous nous posons la question de savoir dans quelle mesure ces derniers sont exclusifs à notre objet de recherche ou peuvent intéresser des gestionnaires travaillant dans d'autres contextes.

Compte tenu de la complexité des environnements contemporains, de la diversité des parties prenantes, des exigences croissantes de conformité sociale et environnementale, de la nécessaire complémentarité des acteurs travaillant de plus en plus en alliance, etc., nous sommes amenée à penser que nos résultats pourraient dépasser le seul champ de la santé. Le milieu complexe dans lequel évoluent les entreprises d'aujourd'hui les oblige à penser l'action locale dans une considération d'intérêt général, allant ainsi au-delà des modes de gestion traditionnels (Martinet et Payaud, 2007). Eu égard à ses éléments, nous pensons que la roue paradoxale et son management stratégique mériterait d'être interrogés dans un cadre plus large que les seuls réseaux de santé.

Partant de là, nous envisageons des perspectives d'ouvertures à d'autres formes de réseaux hybrides, fonctionnant sur la base de chaînes d'acteurs modulables en fonction des contraintes et des évolutions de l'environnement, et ce dans une logique « centrée bénéficiaire » (qu'il soit usager, patient, client, etc.).

Nous pensons par exemple aux réseaux emplois (Lièvre, 2008). Ce sont des réseaux d'acteurs, évoluant sur un marché instable, incertain et complexe, et associant des entreprises, des agences nationales pour l'emploi, des universités, des associations, etc. pour favoriser l'insertion de demandeurs d'emplois. En dehors du champ social, nous pensons aux réseaux industriels de proximité, tels que les pôles de compétitivité, qui favorisent sur un espace géographique donné la coordination d'entreprises (grands groupes et PME), de centres de formations et d'unités de recherche publiques ou privées, rassemblées autour d'un projet d'innovation (Bruyère et Verlaque, 2007, Ehlinger et *al.*, 2007). Dans une approche transversale, nous pensons plus généralement aux chaînes logistiques multi-acteurs qui se déploient dans des secteurs aussi variés que l'industrie, le commerce, l'évènementiel, le tourisme, l'humanitaire, etc. (Fabbe-Costes, 2005 ; Paché et Chandès, 2006 ; Paché et Spalanzani, 2007, Pellegrin-Romeggio, 2008).

Nous concluons ainsi sur ces exemples qui offrent des perspectives d'ouverture et laissent à penser d'une part que la portée de nos résultats dépasse le seul champ de la santé et d'autre part qu'ils pourront s'enrichir de nouveaux terrains de recherche.

- CONCLUSION CHAPITRE 6 -

Ce dernier chapitre a été celui de l'aboutissement de la thèse : il s'agissait d'effectuer, de manière transversale aux cas, une analyse approfondie des réseaux de santé et de leurs modalités de gestion. Notre objectif *in fine* était de proposer un modèle de management adapté aux réseaux de santé.

A ces fins, nous avons revisité nos deux propositions de recherche :

➤ L'étude de la première proposition de recherche nous a permis d'avoir une connaissance fine des réseaux de santé et d'identifier les caractéristiques fondamentales à prendre en compte dans la construction d'un modèle de management. Nous avons entre autres souligné la nécessaire modularité des réseaux de santé, mis l'accent sur la professionnalisation de l'activité de coordination, révélé le désordre organisateur de cette nouvelle forme d'organisation des soins, et proposé un paradoxe central intégrateur entre deux forces complémentaires et opposées à la fois : le mouvement et l'inertie.

➤ L'étude de la seconde proposition de recherche a ensuite consisté à étudier comment les réseaux de santé sélectionnés composaient avec ces deux forces paradoxales. Il est ressorti très nettement que les cas de succès sont gérés de manière dynamique, en suivant principalement une logique paradoxale de dialogue entre les pôles distants, tandis que le cas d'échec est géré de manière statique en tranchant les paradoxes.

Forts de ces résultats et prenant appui sur la systémique ago-antagoniste, nous avons proposé un modèle de management paradoxal. Pour une lecture « actionnable » de notre modèle, nous l'avons accompagné d'un triptyque proposant une synthèse éclairée des principes structurant la régulation ago-antagoniste, un profil du coordonnateur de réseau, et sept clés stratégiques pour l'action.

Enfin, nous avons proposé une discussion générale de nos résultats, étayée d'un retour sur littérature, en questionnant l'identité du pilote, l'avenir des réseaux de santé et la portée de nos résultats.

- CONCLUSION PARTIE 2 -

Nous concluons cette partie en prolongeant la métaphore de la Chimère jusque là empruntée pour signifier l'ambivalence des réseaux de santé, entre force et/ou fragilité par leur nature complexe et paradoxale, mais aussi entre espoir et/ou déception par leur forte charge symbolique et affective. Rappelons que la légende raconte que la Chimère, effrayant le peuple, finit par être tuée. Aussi, cette fin questionne-t-elle le devenir des réseaux de santé. Cette forme d'organisation des soins, présentée comme une réponse cohérente et innovante pour relever les nouveaux défis du système de santé, est-elle finalement une solution organisationnelle adaptée et « viable » ?

Au terme de cette recherche, nous pouvons avancer que les réseaux de santé, dans leurs principes, suscitent généralement l'adhésion des acteurs de la santé. En effet, ils ne peuvent qu'être *a priori* acceptables et pertinents dans leurs fondements. Nous avons également fait le constat d'expériences de réseaux de santé réussies (au sens du RHYCEBA), réseaux qui recueillent l'approbation des tutelles qui renouvellent les financements, des professionnels de soins qui confirment leur engagement dans la durée et des bénéficiaires qui choisissent la prise en charge proposée par le réseau. Toutefois, nous faisons également le constat d'importantes difficultés de gestion. Les réseaux de santé sont à la fois une source de potentiels et d'énergies, rassemblant des acteurs qui partagent une envie de travailler autrement, et une source de fatigue et de stress, nécessitant une réflexion, une remise en question, une présence, une disponibilité, une écoute, etc. qui exigent un fort investissement personnel souvent épuisant.

Aussi, les expériences de réseaux de santé étudiées dans cette thèse laissent à penser que l'adhésion des acteurs aux principes des réseaux de santé ne suffit pas à former l'action collective dans un milieu complexe et incertain. Encore faut-il, pour se construire et se pérenniser, prendre la pleine mesure de la volonté et de la possibilité des acteurs ainsi que des tensions managériales inhérentes aux réseaux de santé. C'est dans cette voie que nous avons cherché à étudier le mode de gestion adapté aux réseaux de santé. Nous avons alors souligné l'exigence d'une dynamique managériale toujours en mouvement pour moduler les prises en charge en fonction d'un champ de potentiels plus ou moins disponibles et de besoins de santé plus ou moins incertains, exigence qui sollicite par ailleurs l'agilité des acteurs évoluant dans des situations paradoxales les obligeant à trouver un juste équilibre. Cette nécessaire agilité est d'autant plus prégnante chez les acteurs en position d'interface qui sont particulièrement exposés aux situations paradoxales, faisant ainsi des coordonnateurs de réseau des acteurs déterminants pour le maintien de la direction stratégique du réseau et pour sa survie.

Conclusion générale

« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait »

Mark Twain.

Au terme de cette recherche, la conclusion la plus frappante pourrait se résumer ainsi : les acteurs de terrain ne savaient pas que le réseau de santé, tel qu'il est véhiculé dans les discours, était impossible, alors ils l'ont fait. Nous avons effectivement montré que l'enthousiasme pour cette nouvelle forme d'organisation des soins tenait du mythe. Les réseaux de santé sont sujets à des représentations idéalisées qui à la fois encouragent l'action collective et masquent l'ampleur de la tâche. S'ils sont présentés comme « la solution évidente » pour combler les insuffisances du système de santé français, ils n'en sont pas moins complexes à comprendre et à mettre en œuvre. Les difficultés de fonctionnement sont nombreuses et les acteurs de terrain ne font pas toujours ce qu'ils veulent, mais le plus souvent ce qu'ils peuvent pour « faire face ». Les expériences de réseaux se montrent ainsi plus ou moins réussies. La pratique montre que certains réseaux se révèlent être des espaces d'ingéniosité où les acteurs inventent de nouvelles modalités de soins permettant de se rapprocher de leur idéal.

Au-delà de cette conclusion introductive, il convient d'effectuer un bilan de cette recherche, en présentant ses apports et ses limites, et en exposant des perspectives de recherches futures.

A. Synthèse et apports de la recherche

Notre recherche doctorale s'est intéressée au développement des réseaux de santé qui suscite l'intérêt à plusieurs niveaux (Giroux, 2003) :

- C'est une problématique actuelle qui correspond à une réalité empirique importante. La progression des réseaux de santé est continue depuis une vingtaine d'années. Ils marquent de plus en plus fortement le paysage sanitaire et social français ;
- Le sujet est théoriquement peu exploré alors même qu'il soulève des questions théoriques pertinentes autour de l'action collective en milieu incertain et complexe. Les réseaux de santé témoignent d'une volonté de repenser la dynamique entre acteurs, professions et organisations pour « mieux soigner » à l'échelle du territoire. Ils constituent un objet de recherche qui offre des opportunités intéressantes pour l'étude de la stratégie sous un angle nouveau ;
- Les acteurs de terrain ont exprimé leurs difficultés à conduire l'action collective initiée au sein des réseaux de santé. Ces difficultés traduisent un réel besoin de progresser dans la compréhension des réseaux de santé et de leur mode de management.

C'est ainsi que nous avons poursuivi, tout au long de la thèse, un double objectif consistant à améliorer la compréhension des réseaux de santé et à découvrir leurs modalités de gestion.

A ces fins, nous avons suivi un fil conducteur tissé « chemin faisant » autour de quatre questions de recherche. Les résultats de chacune d'entre elles ont été nécessaires à la formulation et à la résolution des questionnements suivants.

Notre premier travail a consisté à baliser notre objet de recherche (Questions de recherche 1 et 2). Décrire précisément les réseaux de santé et leur positionnement a été un préalable indispensable. Tout d'abord parce que nous avons constaté une polysémie théorique et empirique conduisant à une impasse sémantique. Ensuite parce que nous avons été frappée par l'effervescence suscitée par les réseaux de santé. Les discours et les récits circulant dans le système de santé véhiculent une image séduisante d'un réseau souvent présenté comme la solution organisationnelle « miracle ». Aussi, pour clarifier notre objet de recherche et se départir du risque consistant à entretenir l'illusion, nous avons eu recours à la construction originale d'un idéaltype « mythique » de réseau de santé nommé RHYCEBA (Réseau de santé HYbride CEntré sur un Bénéficiaire Actif). Son intérêt a été de typifier le réseau de santé idéal en s'assurant qu'il soit un objectif commun de tous les acteurs de la santé (Les

tutelles comme les membres des réseaux) et d'en évaluer la distorsion avec les réseaux de santé existants. C'est dans cette optique que nous avons rencontré des experts et des acteurs de terrain issus de quatre réseaux de santé. Nous avons alors confirmé le caractère fédérateur du RHYCEBA et fait le constat d'une forte distorsion avec les réseaux existants. Cette distorsion a été révélatrice de nombreuses difficultés de fonctionnement et d'un isolement des praticiens œuvrant au développement des réseaux de santé avec « les moyens du bord ».

Partant de ces résultats, notre second travail a consisté à expliquer plus en avant la distorsion pour tenter de la réduire (Question de recherche 3). Une relecture théorique du problème a pointé le caractère complexe et paradoxal des réseaux de santé. « *Reconnaître le caractère paradoxal des attentes de l'organisation, c'est mettre des mots sur la confusion, qui permettront peut-être aux sujets d'échapper à ses maux* » (Bourguignon, 2003, p. 218). Nous avons alors proposé d'envisager la distorsion sous un angle paradoxal, ce qui nous a permis de sortir des explications traditionnellement avancées et de nous ouvrir à de nouvelles possibilités d'action (Propositions de recherche 1 et 2). A ce stade de la recherche, la pertinence d'une stratégie paradoxale pour le management des réseaux de santé restait toutefois à vérifier et les moyens de sa mise en œuvre restaient à découvrir.

C'est ainsi que dans une dernière étape, nous avons étudié les logiques de gestion des réseaux de santé (Question de recherche 4). Pour ce faire, nous avons sélectionné cinq réseaux de santé exemplaires : quatre cas de réseaux réputés pour leur bon fonctionnement et un cas de réseaux en situation d'échec. L'analyse des études de cas a suivi un processus de généralisation analytique qui a consisté à décrire les cas à différents niveaux théoriques et à les mettre en perspective dans une logique comparative. L'analyse transversale des cas a permis d'avoir une connaissance approfondie des réseaux de santé qui se présentent comme une forme d'organisation hybride soumis simultanément à une force d'inertie indispensable pour mettre en ordre la variété et à une force de mouvement nécessaire à l'agilité du réseau pour s'adapter à son environnement et répondre au mieux aux demandes de prise en charge des patients. Prenant appui sur cette représentation paradoxale des réseaux de santé, nous avons proposé un modèle de management construit par agrégation des résultats de la recherche. Ce modèle envisage les coordonnateurs de réseau comme des funambules à la recherche permanente d'un équilibre dynamique entre des forces opposées et complémentaires à la fois et propose des pistes d'action pour les soutenir dans cette voie.

Notre thèse a ainsi consisté à étudier un phénomène organisationnel jusque là peu exploré, dont les caractéristiques et les modalités de gestion étaient méconnues.

Au terme de cette recherche doctorale, notre travail offre un cadre compréhensif des réseaux de santé et de leur fonctionnement. Le RHYCEBA propose une base de réflexion univoque et consensuelle, par delà la polysémie théorique et empirique. Sa mise en perspective avec les réseaux existants offre le moyen d'en repérer les forces et les faiblesses en relevant les items sur lesquels la distorsion semble être la plus forte, permettant ainsi de faire émerger des difficultés de fonctionnement. Par ailleurs, la représentation paradoxale des réseaux de santé met à jour des tensions managériales inhérentes à ce type d'organisation des soins et peut stimuler à ce titre la réflexion sur des possibilités d'action. Dans cette voie, nous proposons un modèle « actionnable » de management paradoxal qui peut être utile aux coordonnateurs dans la gestion de leur réseau. Ces résultats sont ainsi le matériau d'outils de diagnostic et d'évaluation des réseaux de santé pouvant aider les acteurs de terrain à s'auto-évaluer d'une part et pouvant contribuer à orienter les politiques publiques d'autre part.

A ces apports managériaux s'ajoutent des apports théoriques sur la conduite de l'action collective en milieu complexe. Nous avons étudié les pratiques « bricolées » par des acteurs expérimentés pour avancer dans un environnement incertain, pluriel et instable qui nécessite un dépassement des modes de gestion traditionnels. La dynamique paradoxale a alors été développée comme une réponse possible à l'action collective. Notre travail propose des pistes de réflexion pour le management stratégique des réseaux de santé en particulier et plus généralement pour le management stratégique des réseaux hybrides multi-acteurs et multi-niveaux évoluant dans un environnement complexe (§ 6.5.2). Notre recherche offre plus particulièrement un enrichissement des stratégies paradoxales en apportant un éclairage sur leur mise en acte.

Nous synthétisons les apports de la recherche dans le tableau suivant.

- Tableau A -
Synthèse des principaux résultats et apports de la recherche

QUESTIONS DE RECHERCHE	REPOSES APORTEES	APPORTS DE LA RECHERCHE
<p align="center">QR 1</p> <p><i>Qu'est-ce qu'un réseau de santé ? ... performant ?</i></p>	<p>Construction d'un idéaltype mythique vu par les acteurs de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le RHYCEBA (Réseau de santé HYbride CEntré sur un Bénéficiaire Actif) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apport méthodologique : construction originale de l'idéaltype à partir d'une « réalité mythique » ✓ Apport managérial : outils de diagnostic permettant de susciter la réflexion et de guider la marche des réseaux de santé en pointant leurs forces et faiblesses ✓ Apport théorique : base de réflexion univoque et consensuelle par delà la polysémie théorique et empirique
<p align="center">QR 2</p> <p><i>Où en sont les réseaux de santé existants ?</i></p>	<p>Constat d'une forte distorsion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liste des difficultés de fonctionnement ▪ Typologie réseaux « d'en haut » et réseaux « d'en bas » 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apport managérial : identification des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé pouvant stimuler la réflexion sur des possibilités d'action ✓ Apport théorique : cadre compréhensif des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé
<p align="center">QR 3</p> <p><i>Pourquoi des acteurs qui croient aux réseaux de santé tout en étant soutenus par l'Etat n'arrivent-ils pas à construire des réseaux de santé performants au sens de l'idéaltype ?</i></p>	<p>Représentation complexe et paradoxale des réseaux de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise à jour du désordre organisateur généré par les réseaux de santé (proposition de 3 archétypes de parcours de soins) ▪ Mise à jour des tensions managériales inhérentes aux réseaux de santé sous la forme de 6 paradoxes ▪ Repérage d'un paradoxe central intégrateur : mouvement – inertie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apports théorique : ▪ Cadre compréhensif de la complexité des réseaux de santé envisagés sous un angle paradoxal ▪ Identification de tensions managériales et réflexion sur les stratégies d'action en milieu complexe
<p align="center">QR 4</p> <p><i>Comment s'opérationnalise la logique paradoxale de dialogue théoriquement adaptée à la gestion des réseaux de santé ?</i></p>	<p>Proposition d'un modèle de management paradoxal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposition d'une régulation ago-antagoniste de type « mouvement – inertie » ▪ Lecture actionnable du modèle au moyen d'un « triptyque » managérial (principes structurant le mode de management proposé, profil de coordonnateur, et sept propositions « actionnables » pour trouver une issue aux paradoxes) ▪ Matrices de pratiques professionnelles des acteurs pour une lecture détaillée des cas (comprenant un descriptif des tâches opératoires et des savoir-être) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apport managérial : ▪ Proposition d'outils d'aide au management des réseaux de santé (modèle de management, « triptyque » managérial, matrices de pratiques) ▪ Proposition d'une carte de compétences des coordonnateurs participant à la reconnaissance de la professionnalisation de l'activité de coordination ✓ Apport théorique : ▪ Modélisation d'un phénomène jusque là peu exploré ▪ Enrichissement des stratégies paradoxales et de leur mise en acte

Source : élaboration personnelle

B. Limites de la recherche

Notre recherche présente des limites, et notamment à trois niveaux : au niveau du terrain d'observation, de la méthodologie et du modèle de management proposé.

➤ **Limites liées au terrain d'observation**

Nous avons tenu, dans cette recherche, à exploiter la diversité des réseaux de santé en diversifiant les thématiques, les origines et les acteurs rencontrés. Toutefois, cette diversité a été étudiée à l'échelle d'une région : la région PACA. Rappelons que le choix d'adopter une approche régionale a été justifié par la volonté de gagner en cohérence en étudiant des réseaux de santé qui évoluent dans le même tissu de soins et le même contexte budgétaire (Vigour, 2005). Le choix de la région PACA a quant à lui été justifié par le dynamisme de la politique régionale encourageant fortement le développement des réseaux de santé sur le territoire, faisant ainsi de cette région l'une des plus actives en la matière et l'une des plus fournies en réseaux de santé (Annexe 2.1). Toutefois, l'ancrage territorial n'est pas neutre. Il est un espace de ressources spécifiques, tant géographiques qu'économiques, sociales ou politiques (Lauriol et *al.*, 2008). L'approche régionale contribue ici à renforcer la contextualisation de nos résultats.

➤ **Limites liées à la méthodologie**

Nous avons étudié les logiques de gestion mises en œuvre sur le terrain en recueillant, auprès des acteurs de terrain, des récits de pratiques. Ce choix méthodologique nous expose à trois critiques.

✓ Tout d'abord, cette méthode de recueil pose la question de la fiabilité de la mémoire des répondants et de la tendance naturelle des acteurs à faire des rationalisations *ex post* (Usunier, 2000). Nous avons toutefois essayé de compenser ce biais par une triangulation des récits.

✓ Ensuite, pour une analyse plus fine des pratiques mises en œuvre, il aurait été intéressant de les observer en situation dans le cadre d'une étude longitudinale plutôt que de demander aux acteurs de les raconter. Néanmoins, faire ce choix nous aurait inévitablement conduit à limiter le nombre de réseaux étudiés compte tenu du temps imparti pour réaliser la thèse. En multipliant les études des cas, nous avons privilégié la recherche d'invariants à l'approfondissement des pratiques.

✓ Enfin, le fait d'être allée puiser le savoir dans l'action, à partir d'expériences managériales énoncées, interroge la scientificité des savoirs. C'est ici l'élaboration des savoirs et leur légitimité qui sont en débat (Avenier et Schmitt, 2007). Pour être reconnus comme des savoirs scientifiques légitimes, nous avons essayé de décrire précisément la manière dont ils ont été élaborés en détaillant l'articulation épistémologie / ontologie / méthodologie (§ Chapitre 4).

➤ **Limites liées au modèle de management paradoxal proposé**

La conception paradoxale qui « *consiste à « voir avec ses deux yeux » et à agir « avec ses deux bras » ne peut qu'être bonne en son principe* » (Bernard-Weil, 2002, p. 32). Aussi, le continuum qui nous a servi à placer les pôles dans chacun des modèles de management présentés pourrait laisser entendre que les acteurs sont parfois amputés d'un de leur membre. Or, la moindre présence d'un pôle dans notre graphe ne signifie pas que les acteurs perdent la vue sur un des pôles, mais indique plutôt la tendance des arbitrages. La représentation choisie est certes manichéenne mais elle offre une image générale des arbitrages en jeu dans l'organisation et nous aide à mieux comparer et analyser les stratégies paradoxales à partir d'une base de comparaison commune.

C. Perspectives de recherche

Grâce aux différentes études de cas menées dans le cadre de cette recherche, nous avons une vision globale des tensions managériales inhérentes aux réseaux de santé et du management à mettre en œuvre pour s'en arranger. Aussi, différentes perspectives de recherche s'offrent à nous pour prolonger nos résultats.

La première pourrait consister à mener une recherche action dans un réseau réputé pour son bon fonctionnement de manière à affiner et « dynamiser » notre modèle de management. Plus précisément, il semblerait intéressant d'approfondir l'analyse des pratiques en faisant l'expérience directe de la situation (plutôt que de faire appel aux énoncés d'acteurs comme nous l'avons fait). Ce travail nous permettrait entre autres de visualiser des différences d'arbitrage en fonction des situations et de repérer d'éventuels seuils pathologiques à ne pas dépasser. Il nous permettrait également d'étudier la combinaison et la mise en œuvre par les acteurs de certaines clés stratégiques (Encadré 6.6). Une recherche action serait par ailleurs l'opportunité d'approfondir l'analyse du rôle de toutes les parties prenantes dans le management du réseau, tutelles y compris dont le rôle a été limité dans cette recherche à un

donneur d'ordres auxquels les réseaux cherchaient à se conformer. Les résultats d'une telle étude pourrait nous permettre, dans le prolongement de notre thèse, de construire un outil de diagnostic et d'évaluation du management des réseaux de santé qui puisse être utile à la fois aux acteurs de terrain et aux politiques publiques.

Dans une seconde piste de recherche, nous pourrions envisager d'appréhender les réseaux de santé sous l'angle de l'Analyse des Réseaux Sociaux (Parlebas, 1992 ; Josserand, 1998 ; Lazega, 1998 ; Angot et Josserand, 2003 ; Degenne et Forsé, 2004 ; Mercklé, 2004). Il s'agirait alors de rentrer au cœur de la formation des chaînes de soins en mobilisant des questionnaires sociométriques. Ce travail ouvrirait la voie à des réflexions en termes de cohésion sociale (recherche de groupes ou de cliques identifiables en raison de leur forte densité), de capital social (étude des liens forts ou faibles) et de pouvoir (autonomie, centralité et intermédiation). Cela nous permettrait notamment de préciser les archétypes de parcours de soins (Figure 6.1) en visualisant les chaînes de soins effectives, en repérant des zones de cohésion à forte densité relationnelle et en identifiant des nœuds localisant les marginaux sécents.

Une troisième piste de recherche consisterait à faire un état des lieux quantitatif de la distorsion entre le RHYCEBA et les réseaux de santé existants en France. Ce travail permettrait d'évaluer la performance des réseaux de santé (au sens du RHYCEBA) à l'échelle nationale en repérant leurs principales forces et faiblesses en fonction des types de réseaux (centré sur une population, centré sur une pathologie, réseau « d'en bas », réseau « d'en haut », réseau jeune, réseau ancien, etc.). Les résultats offriraient des perspectives de recherche sur les moyens d'actions adaptés à chaque type de réseaux.

Enfin, nous pourrions envisager de répliquer la recherche en procédant à un élargissement à d'autres réseaux (§ 6.5.2), à commencer par les réseaux « d'en haut » qui, rappelons le, ont été naturellement écartés de notre seconde phase empirique dans la mesure où les experts les ont cités comme les plus en retrait du RHYCEBA. Il semblerait donc pertinent de mettre en balance nos résultats avec des réseaux impulsés par les tutelles, comme le sont les réseaux cancer (Bonafini, 2007), afin d'en comparer les caractéristiques et les modes de gestion. Cette ouverture aux réseaux « d'en haut » et plus généralement à d'autres formes d'organisations hybrides nous permettrait de progresser encore dans notre compréhension du réseau et de son management.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdelmalek A.** (2004), « Edgar Marin, Sociologue et théoricien de la complexité : des cultures nationales à la civilisation européenne », *Revue des Sciences Humaines et Sociales*, vol. 4, n° 86, p.99-117.
- Addicott R., McGiven G., Ferlie E.** (2006), “Networks, Organizational learning and Knowledge Management: NHS Cancer Networks”, *Public Money and Management*, April, p. 87-94.
- ADSP** (1998), « Réseaux de santé et filières de soins », *Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique*, n° 24, septembre.
- Allard-Poesi F.** (2003). « Coder les données », Dans Giordano Y. (s/d), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Editions Management et Société, p. 245-290.
- Allard-Poesi F. et Maréchal C.G.** (2003), « Construction de l’objet de recherche », Dans Thiétart, R.A. (s/d), *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod, p. 34-56.
- Allard-Poesi F. et Perret V.** (2004), « Les représentations du problème dans la recherche action : définitions et illustrations au travers de l’élaboration d’un projet stratégique », *13ème Conférence Internationale de Management Stratégique*, AIMS, Normandie, France, 2, 3 et 4 juin.
- Alter N.** (2002), « Théorie du don et sociologie du monde du travail », *Revue du MAUSS*, n°20, p. 263-285.
- Amans P. et Loup S.** (2004), "Le rôle clé des artisans d'art dans la conservation du patrimoine : des compétences organisationnelles au réseau clignotant", *7ème Congrès International Francophone en Entrepreneuriat et PME*, Montpellier, France, 27, 28 et 29 octobre.
- Amans P., Ayed-Zambaa F., Descargues R., Loup S.** (2006), « Acquis et perspectives de la compréhension des relations entre PME : l'analyse d'un cas par le concept de réseau clignotant », *8ème Congrès International Francophone en Entrepreneuriat et PME*, Fribourg, Suisse, 25, 26 et 27 octobre.
- Amar A.** (1993), « Qu’est-ce qui n’est pas un réseau », *Flux*, n° 23, janvier-mars, p. 56-58.
- Amblard H., Bernoux P., Herreros G., Livian Y.F.** (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil.
- Amiot A., Billiard I., Brams L.** (s/d) (1993), *Système et paradoxe. Autour de la pensée d'Yves Barel*, Paris, Seuil.
- ANAES** (1999), *Principes d’évaluation des réseaux de santé*, Rapport, août.
- ANAES** (2001), *Évaluation des réseaux de soins : bilan de l’existant et cadre méthodologique*, Rapport, octobre.
- ANAES** (2003), *Manuel d’accréditation*, Rapport, novembre.
- ANAES** (2004), *Réseau de santé. Guide d’évaluation*, Rapport, juillet.
- Angot J. et Josserand E.** (2003), « Analyse des réseaux sociaux », Dans Thiétart, R.A. (s/d), *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod, p. 397-421.

- Ansart P.** (1990), *Les sociologies contemporaines*, Paris, Seuil.
- Aristote** (1991), *Métaphysique*, Tome I, Traduction et notes par Tricot J., Paris, Librairie philosophique Vrin.
- Assens C.** (1996), « Du modèle bureaucratique au modèle organique : l'organisation en réseau », *Flux*, n° 23, janvier-mars, p. 38-42.
- Assens C.** (1997), « Réseau neuronal et réseaux d'entreprises », *Revue Française de Gestion*, n° 113, mars-avril-mai, p.5-13.
- Assens C.** (2003), « Le réseau d'entreprise : vers une synthèse des connaissances », *Management International*, vol. 7, n° 4, p. 49-59.
- Assens C. et Accard P.** (2007), « La construction d'un réseau : l'Union Européenne », *Revue électronique du RECEMAP*, septembre, [en ligne] <http://www.unice.fr/recemap/Framerevue.html>.
- Assens C. et Baroncelli A.** (2004), « Marché-Réseau-Hiérarchie : à la recherche de l'organisation idéale », *Revue des Sciences de Gestion*, n° 207, p.43-55.
- Assens C. et Baroncelli A.** (2005), « Dynamique organisationnelle : une étude longitudinale combinant les idéaux types », *14^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, AIMS*, Pays de Loire, Angers, France.
- Astier P.** (2007), « Dire, faire et savoir. Remarques sur leurs relations à l'occasion des 'discours d'expérience' », Dans Avenier M.J. et Schmitt C. (s/d), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan, p. 69-85.
- Audet M. et Bouchikhi H.** (s/d) (1993), *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Presses de l'Université de Laval.
- Avenier M.J.** (1989), « Méthodes de terrain et recherche en management stratégique », *Economies et Sociétés*, n°14, p. 199-218.
- Avenier M.J.** (1996), « La stratégie tâtonnante : des interactions récursives entre vision et action stratégiques », *5^{ème} conférence Internationale de Management Stratégique, AIMS*, Lille, France.
- Avenier M.J.** (s/d) (1997), *La stratégie « chemin faisant »*, Paris, Economica.
- Avenier M.J.** (2007), « Repères pour la transformation d'expérience en science avec conscience », Dans Avenier M.J. et Schmitt C. (s/d), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan, p. 139-169.
- Avenier M.J. et Schmitt C.** (s/d) (2007), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan.
- Bakis H.** (1993), *Les réseaux et leurs enjeux sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Balandier G.** (1993), « La vision paradoxale d'Yves Barel », Dans Amiot A., Billiard I., Brams L. (s/d), *Système et paradoxe. Autour de la pensée d'Yves Barel*, Paris, Seuil.
- Barbier J.M.** (1996), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Barbier J.M.** (2007), « Le vocabulaire des rapports entre sujets et activités », Dans Avenier M.J. et Schmitt C. (s/d), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan.

- Barel Y.** (1989), *Le paradoxe et le système*, Grenoble , Presses Universitaires de Grenoble.
- Barre S. et Houdard L.** (1998), « Les statuts juridiques des réseaux », Dans *la revue ADSP*, n° 24, septembre, p. 18-20.
- Bartoli A.** (1991), *Communication et Organisation. Pour un politique générale cohérente*, Paris, Les éditions d'Organisation.
- Bartoli A.** (2005), *Le management dans les organisations publiques*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod.
- Baumard P.** (1994), « Les organisations déconcertées : les transformations de la connaissance dans la gestion de situations ambiguës », *Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion*, Université Paris-Dauphine.
- Baumard P. et Ibert J.** (2003), « Quelles approches avec quelles données ? », Dans Thiétart, R.A. (s/d), *Méthodes de recherche en management*, 2ème édition, Paris, Dunod, p. 82-103.
- Bas P.** (2007) « Présentation du Plan sur l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques », *Intervention de Philippe Bas*, Ministre de la santé et des Solidarités, 24 avril 2007.
- Béjean S. et Gadreau M.** (1997), « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », *Revue d'Economie Industrielle*, n° 81, octobre-novembre-décembre, p. 77-97.
- Bercot R. et De Coninck F.** (2002), *Réseaux de santé, nouvelles professionnalités, nouvelles relations de service*, Rapport pour la DREES, Paris.
- Bercot R. et De Coninck, F.** (2006), *Les réseaux de santé : une nouvelle médecine ?* Paris, L'Harmattan.
- Bernard Weil, E.** (2000), « Reconsidérer la nature de la violence et les objectifs de son contrôle grâce à la science des systèmes ago-antagonistes », *Colloque La violence : du biologique au social*, Andé, 18-19 mai 2000.
- Bernard Weil, E.** (2002), *Stratégies paradoxales en bio-médecine et sciences humaines*, Paris, L'Harmattan.
- Bernard Weil, E.** (2003), « La science des systèmes ago-antagonistes et les stratégies d'actions paradoxales », Dans Perret V. et Josserand E. (s/d), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, p. 25-56.
- Berry M.** (1996), « Savoirs théoriques et gestion », Dans Barbier J.M. (1996), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 43-56.
- Bertezene S.** (2006), « Quelles sont les conditions de succès d'un réseau ? Le cas des réseaux gérontologiques », 15^{ème} conférence internationale de Management Stratégique, AIMS, Annecy, France.
- Bonafini P.** (2001), « Quelques questions de recherche sur les réseaux », *Séminaire de recherche du RECEMAP*, Rouen, France, 26 octobre.
- Bonafini P.** (2002), « Réseaux de soins : réforme ou révolution ? », *Revue Politique et Management Public*, vol. 20, n° 2, juin, p. 1-22.
- Bonafini P.** (2006), « Le développement des réseaux de santé : une injonction paradoxale ? », 5^{ème} colloque Métamorphose des Organisations, Nancy, France, 23 et 24 novembre.

- Bonafini P.** (2007), « Structuration des réseaux de santé français : l'exemple de la cancérologie », *Management et Sciences Sociales*, n° 3, p. 35-56.
- Bongiovanni I.** (1999), « L'émergence du concept de réseau comme choix stratégique pour l'hôpital public français : proposition de caractérisation à partir du discours des acteurs », *Mémoire de DEA en Sciences de Gestion sous la direction de Guerrero I.*, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II.
- Bonnin M.** (2004), « Sens des réseaux, réseaux de sens », *Journées régionales inter réseaux de Meze*, Fédération des réseaux de santé du Languedoc Roussillon, France.
- Bouffechoux T.** (1997), *La santé en France. Le malade, le médecin et l'Etat*, Sarthe, Le Monde Editions.
- Bourgueil Y., Bremond M., Develay A., Grignon M., Midy F.** (2001), *L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations*, Rapport pour le CREDES, Paris.
- Bourguignon A.** (1995), « Peut-on définir la performance ? », *Revue Française de Comptabilité*, n° 269, juillet-août, p 61-65
- Bourguignon A.** (2003), « Conformité-Autonomie : la double contrainte du « nouveau » contrôle de gestion ? », Dans Perret V. et Josserand E. (s/d), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, p. 191-221.
- Brémond M., Bourgueil Y., Lombrail P., Naiditch M.** (1997), « Des actions de terrain aux politiques de santé. Vers de nouvelles pratiques », Dans *la revue ADSP*, n° 20, p. 16-18.
- Breton P.** (1995), *L'utopie de la communication. Le mythe du « village planétaire*, Paris, La Découverte.
- Bruyère C.** (2004), « Les réseaux médico-sociaux : quels sont les leviers de la coordination des connaissances ? », *Mémoire de DEA en Sciences de Gestion sous la direction de Fabbe-Costes N.*, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II.
- Bruyère C. et Romeyer C.** (2005), « Rôle de l'Objet intermédiaire dans la mise en œuvre d'un réseau médico-social », Dans Filâtre D. et De Terssac G. (s/d), *Les dynamiques intermédiaires au coeur de l'action publique*, Toulouse, Octares édition, p. 201-211.
- Bruyère C. et Verlaque A.** (2007), « Un élargissement du concept de réseau clignotant : une lecture à travers deux formes de réseaux territorialisés », *Workshop CERGAM*, Aix en Provence, France, 12 novembre.
- Bungener M.** (1998), « Fonctionnement actuel des réseaux et capacités d'innovations : l'enseignement des réseaux VIH », *22^{ème} Journées des Economistes Français de la Santé*, Marseille, France.
- Butera F.** (1990), *La métamorphose de l'organisation. Du château au réseau*, Italie, Les éditions d'Organisation.
- Cabin P. et Choc B.** (s/d) (2005), *Les organisations. Etat des savoirs*, Auxerre, Sciences Humaines Editions.
- Cadennes M.** (2004), « L'imaginaire des réseaux et la qualité de la santé », *Journées régionales inter réseaux de Meze*, Fédération des réseaux de santé du Languedoc Roussillon, France.
- Caizzi I.** (2005), « L'utilisateur : une voix qui compte de plus en plus », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 913, juin, p. 94-98.

Callon M. (1999), « Le réseau comme forme émergente et comme modalité de coordination : le cas des interactions stratégiques entre firmes industrielles et laboratoires académiques », Dans Callon M. et al. (1999), *Réseau et coordination*, Paris, Economica, p. 13-64.

Callon M., Cohendet P., Curien N., Dalle J.M., Eymard-Duvernay F., Foray D., Schenk E. (1999), *Réseau et coordination*, Paris, Economica.

Castra M., Cresson G., Denquin S., Ferrand A., Larde P. (2004), *Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations*, Rapport pour la DREES, Lille, novembre.

Catla M. (2005), « Des dynamiques intermédiaires au travail politique », Dans Filâtre D. et De Terssac G. (s/d) (2005), *Les dynamiques intermédiaires au cœur de l'action publique*, Toulouse, Octarès, p. 37-62.

Chanal V., Lesca H., Martinet A.C. (1997), « Vers une ingénierie de la recherche en Sciences de Gestion », *Revue Française de Gestion*, n°116, novembre-décembre, p.41-51

Chanal V., Lacroux F., Mounoud E. (2001), « Vers une approche ingénierique des conversations stratégiques », Dans Martinet A.C. et Thiétart R.A. (s/d), *Stratégies. Actualité et futurs de la recherche*, Paris, Vuibert, p. 195-210.

Charlot J.M. et Lancini A. (2002), « De la connaissance aux systèmes d'information supports », Dans Rowe F. (s/d), *Faire de la recherche en systèmes d'information*, Paris, Vuibert, p. 139-153.

Charreire S. et Durieux F. (2003), « Explorer et tester : deux voies pour la recherche », Dans Thiétart R.A. (s/d), *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod, p. 57-81.

Charreire S. et Huault I. (2002), « Cohérence épistémologique : les recherches constructivistes en management "revisitées" », Dans Mourgues N., Allard-Poesi F., Amine A., Charreire S., Le Goff J. (s/d), *Questions de méthodes en Sciences de Gestion*, Paris, Editions Management et Société, p. 297-317.

Chobeaux F. (2004), « La santé en réseaux », *Revue du champ social et de la santé mentale*, n° 81.

Claveranne J.P. et Pascal C. (2001), « Complémentarité et réseaux. De la métaphore à la pratique », *Journal d'Economie Médicale*, vol.19, n° 5-6, p.331-348.

Clément C. (2002), *Claude Lévi Strauss*, Paris, Presses Universitaires de France.

CNAMTS (2003), *Bilan des rapports d'activité régionaux sur l'utilisation de la DNDR*, Rapport.

CNAMTS (2004), *Fonds d'aide à la qualité des soins de ville*, Rapport.

Cohen M.D., March J.G., Olsen J.P. (1972), "A garbage-can model of organizational choice", *Administrative Science Quarterly*, vol.17, n°1, p.1-25.

Cooper M.C. et Gardner J.T. (1993), "Building good business relationships: More than just Partnering or Strategic Alliances", *International Journal of Physical Distribution and Logistics Management*, vol. 23, n° 6, p.14-26.

Corbel P. (2004), « Le Brevet : un instrument d'équilibration stratégique », 13^{ème} conférence de l' Association Internationale de Management Stratégique, AIMS, Normandie, France.

Couix N. (1997), « Le co-pilotage de projets co-conçus dans un contexte de gestion de l'espace en milieu rural », Dans Avenier M.J. (s/d), *La stratégie « chemin faisant »*, Paris, Economica, p. 299-324.

Courrèges C. (2004), « Les difficultés de l'assurance maladie », *Regards sur l'actualité*, n°304, p. 5-16.

Crozier M. et Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.

Crozier M. (2005), « Une méthode démocratique pour transformer l'organisation », Dans Cabin P. et Choc B. (s/d), *Les organisations. Etat des savoirs*, Auxerre, Sciences Humaines Editions, p. 231-238.

David A. (2000), « Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées » Dans David A., Hatchuel A., Laufer R. (s/d), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Paris, Vuibert, p. 83-109.

David A. (2003), « Etudes de cas et généralisation scientifique en sciences de gestion », *Revue Sciences de Gestion*, n° 39, p.139-166.

David A. (2007), « Scientificté et actionnabilité des connaissances en sciences de gestion : renversons la perspective ! », Dans Avenier M.J. et Schmitt C. (s/d), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan, p. 109-137.

De Bovis C. (2006), « Doit-on tuer Chimère ? La place des "transplantations organisationnelles" dans les HRO », *5^{ème} Colloque Métamorphose des Organisations*, Nancy, France, 23 et 24 novembre.

De Terssac G. (2000), « L'action organisée », Dans Berthelot J.M. (s/d), *La sociologie française contemporaine*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 99-116.

Degenne A. et Forsé M. (2004), *Les réseaux sociaux*, Paris, Armand Colin.

Delande G. (1999), « Filières et réseaux en santé. Une approche médico-économique », *Gestions Hospitalières*, n° 391, p.746-755.

Demers C. (2003), « L'entretien », Dans Giordano Y. (s/d), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Editions Management et Société, p. 173-210.

Demil B., Lecocq X., Warnier V. (2002), « Le système Pratique-Recherche : une approche garbage can de la production et de la diffusion des théories », Dans Réseau des IAE, *Sciences de Gestion et Pratiques Managériales*, Paris, Economica, p. 367-380.

Denis J.P. (2002), « Retour sur les principes d'articulation entre contrôle et stratégie. Une perspective ago-antagoniste », *11^{ème} conférence Internationale ESCP – EAP*, Paris, 5, 6 et 7 juin.

Deschenaux F. et Bourdon S. (2005). « Introduction à l'analyse qualitative informatisée à l'aide du logiciel QSR N.Vivo 2.0 », *Les cahiers pédagogiques de l'Association pour la recherche qualitative*, Document électronique, [en ligne] www.recherchequalitative.qc.ca/Nvivo_2.0.pdf.

Desreumaux A. (2001), « Investissement et nouvelles formes d'organisation : l'étude de la décision d'investissement comme mode d'approche des logiques de fonctionnement en réseau », Dans Charreaux G. (s/d), *Images de l'investissement. Au delà de l'évaluation financière : une lecture organisationnelle et stratégique*, Paris, Vuibert, p. 283-308.

DGS (1997), *La santé publique à l'épreuve du terrain*, Paris, Editions Sicom.

Dorfiac-Laporte C. (2001), *Filières et réseaux, La lettre du disease management à la française*, n° 46-47.

Dos Santos C. (2007), « La régionalisation : une issue entre concurrence organisée et gestion centralisée ? », *Management et Sciences Sociales*, n° 3, p.135-155.

Douard J.P. et Heitz M. (2003), « Une lecture des réseaux d'entreprises : prise en compte des formes et des évolutions », *Revue Française de Gestion*, vol. 29, n° 146, septembre-octobre, p. 22-41.

DRESS (2007), *L'état de santé de la population en France*, Paris.

Duriez M. (1998), « Organisation des soins : les exemples étrangers », Dans *la revue ADSP*, n° 24, septembre, p. 41-44.

Dussuc B. (2004), « Du réseau stratégique à l'intégration » Dans Voisin C., Ben Mahmoud-Jouini S., Edouard S. (s/d), *Les Réseaux : dimensions stratégiques et organisationnelles*, Paris, Economica, p. 241-254.

Ehlinger S., Perret V., Chabaud D. (2007), « Quelle gouvernance pour les réseaux territorialisés d'organisations ? », *Revue Française de Gestion*, vol. 33, n° 170, p. 155-171.

Enriquez E. (1992), *L'organisation en analyse*, Paris, Presses Universitaires de France.

Escaffre J.P. (1998), « Une organisation singulière : le réseau », *Séminaire de recherche du RECEMAP*.

Everaere C. (2001), « L'autonomie dans le travail : portée et limites », *Revue Française de Gestion*, n°134, juin-juillet-août, p.15-26.

Evrard Y., Pras B., Roux E., Choffray J., Dussaix A., Claessens M. (1997), *Etudes et recherches en marketing : fondements, méthodes*, 2^{ème} édition, Paris, Nathan.

Eymard Duvernay F. (1999), « Les compétences des acteurs dans les réseaux », Dans Callon et al., *Réseau et coordination*, Paris, Economica, p. 153-178.

Fabbe-Costes N. (2005), « La gestion dynamique des supply chains des entreprises virtuelles », *Revue Française de Gestion*, vol. 31, n° 156, p. 151-166.

Fabbe-Costes N. et Lièvre P. (2002), *Ordres et désordres en logistique*, Paris, Hermès Science Publications.

Favereau O. (1995), « Conventions et régulation », Dans Boyer R. et Saillard Y. (s/d), *Théorie de la régulation. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, p. 511-521.

Fenneteau H. (2002), *Enquête : entretien et questionnaire*, Paris, Dunod.

Ferrary, M. (1999), « Les compétences informelles sont-elles gérables ? », *Revue Française de Gestion*, n° 126, novembre-décembre, p. 96-105.

Filâtre D. et De Terssac G. (s/d) (2005), *Les dynamiques intermédiaires au cœur de l'action publique*, Toulouse, Octarès.

FIQSV (2007), Rapport d'activité.

Freedman D.H. (1992), "Is Management Still a Science?", *Harvard Business Review*, vol. 70, n° 6, november-december.

- Fréry, F.** (1997), « Le contrôle des réseaux d'entreprises : pour une extension du concept d'entreprise intégrée », *6^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique*, AIMS, Montréal, Canada, 25-27 juin.
- Friedberg E.** (1993), « Organisation et action collective », Dans Chazel F. (s/d), *Action collective et mouvements sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 225-247.
- Friedberg E.** (2005), « La dynamique de l'action organisée », Dans Cabin P. et Choc B. (s/d), *Les organisations. Etat des savoirs*, Auxerre, Sciences Humaines Editions, p. 41-46.
- Fulconis F.** (2004), « La pluralité des cadres d'analyse », Dans Voisin C., Ben Mahmoud-Jouini S., Edouard S. (s/d), *Les Réseaux : dimensions stratégiques et organisationnelles*, Paris, Economica, p. 59-75.
- Gagnon G.** (1993), « Réseaux, mouvements sociaux et utopies concrètes », Dans Audet M. et Bouchikhi H. (s/d), *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Presses de l'Université de Laval, p. 169-176.
- Garel G.** (2003), « Pour une histoire de la gestion de projet », *Gérer et Comprendre*, n° 74, p. 77-89.
- Gartiser N. et Dubois S.** (2005), « Du problème à son processus de résolution : entre positivisme et constructivisme », *14^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique*, AIMS, Angers, France.
- Geindre S.** (2000), « L'économie des conventions comme fondement théorique des réseaux stratégiques : une application aux réseaux de PME », *4^{ème} Congrès International Francophone sur la PME*, Lille, Octobre.
- Geindre S.** (2001), "Le rôle de l'acteur tiers dans la construction d'un réseau stratégique : le cas d'un syndicat professionnel", *10^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique*, AIMS, Laval, Québec.
- Geindre S.** (2005), « Confiance et pratiques de réseau », *Journée transdisciplinaire de recherche AIMS-AGRH "Management et réseaux sociaux"*, Lyon, France.
- Giddens A.** (1993), « Une théorie critique de la modernité avancée », Dans Audet M. et Bouchikhi H. (s/d), *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Presses de l'Université de Laval, p. 29-54.
- Giordano Y.** (1998), « Communication et organisations : une reconsidération par la théorie de la structuration », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n° 26-27, mai-juin, p. 21-35.
- Giordano Y.** (s/d) (2003a), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Editions Management et Société.
- Giordano Y.** (2003b), « Les paradoxes : une perspective communicationnelle », Dans Perret V. et Josserand E. (s/d), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, p. 115-128.
- Girin J.** (1990), « Analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode », Dans Martinet A.C (s/d), *Epistémologies et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, p. 141-167.
- Giroux N.** (2003), « L'étude de cas », Dans Giordano Y. (s/d), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Editions Management et Société, p. 41- 84.

- Giust-Desprairies F.** (2005), « Crise dans l'auto-représentation de la société », *Sciences de l'Homme et Sociétés*, n° 80, septembre.
- Gomez P.Y.** (1997), « Economie des conventions et sciences de gestion », Dans Joffre P. et Simon Y. (1997), *Encyclopédie de gestion*, Paris, Economica, p. 1060-1072.
- Gomez P.Y.** (2006), « Information et conventions. Le cadre du modèle général », *Revue Française de Gestion*, vol. 32, n° 160, p. 217-240.
- Goudarzi K.** (2005), « Les entretiens d'experts », Dans Goudarzi K. (2005), « La socialisation organisationnelle du client dans les entreprises de services », *Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion*, Université de la Méditerranée, IAE d'Aix-Marseille, p. 152-181.
- Gramoullé A.** (2005), « Vers une coordination plus efficace au profit du patient », *Journées régionales inter réseaux de Meze*, Fédération des réseaux de santé du Languedoc Roussillon, France.
- 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.** (1992), "Economic Institutions as Social Constructions: a Framework for Analysis", *Acta Sociologica*, vol. 35, p. 3-11.
- Grawitz M.** (1996), *Méthodes des sciences sociales*, 10^{ème} édition, Paris, Dalloz.
- Grémy F.** (1997), « Filières et réseaux. Vers l'organisation et la coordination du système de soins », *Gestions Hospitalières*, n° 367, p.433-438.
- Grenier C.** (2003), « Rôle de l'Objet Intermédiaire pour mieux comprendre la structuration d'un réseau organisationnel et technologique d'acteurs. Cas d'un réseau de soin », 9^{ème} colloque de l'AIM (*Association Information et Management*), Grenoble, France.
- Grenier C.** (2005), « Capital social et apprentissage dans un réseau d'acteurs professionnels », *Journée transdisciplinaire de recherche AIMS-AGRH "Management et réseaux sociaux"*, Lyon, France.
- Grenier C.** (2006a), « Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels : le cas d'un réseau de santé », *Gérer et Comprendre*, n° 83, p. 25-35.
- Grenier C.** (2006b), « La création de réseaux de santé vecteur de recomposition professionnelle ? », 5^{ème} colloque *Métamorphose des Organisations*, Nancy, France, 23 et 24 novembre.
- Grima F.** (1999), « La mise en œuvre de la coopération inter-firme : le rôle clé des acteurs réticulaires », Dans Froehlicher T. et Vendemini S. (s/d), *Connivences d'acteurs, contrats, coopérations inter-entreprises et métamorphose des organisations*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- Grimand A.** (2005), « De l'émergence des mythes gestionnaires : une déconstruction du Knowledge Management au travers de la philosophie de Roland Barthes », 9^{ème} Colloque *Internationale de Management Stratégique*, AIMS, Grenoble, France.
- Gueret-Talon L. et Lebraty J.** (2007), « Organisations hybrides : bricolage stratégique ou innovation managériale durable ? », *Journée de recherche en Stratégie*, AIMS, Nice, France. 26 Juin.
- Halba B. et Le Net M.** (2003), « Bénévolat et Volontariat », *La Documentation Française*, n° 5169, avril, p. 9-25.

Halpern C. (2005), « La santé à la poursuite d'une utopie », *Sciences Humaines Hors Série*, n° 48, mars-avril-mai, p.6-9.

HAS (2004), *Rapport d'activité*, 16 novembre 2004.

Hatchuel A. (1998), « Comment penser l'action collective ? Théorie des mythes rationnels », Dans Tosel A, et Damien R. (s/d), *L'action collective*, Besançon, Presses Universitaires de France Comté, p. 177-202.

Hatchuel A. (2000), « Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective », Dans David A., Hatchuel A., Laufer R. (s/d), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Paris, Vuibert, p. 7-44.

Hirtzlin I. (1999), « La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé », *Politiques et Management Public*, vol. 17, n°3, p.107-127.

Huault I. (2002), "James G. March", Dans Charreire S. et Huault I. (s/d), *Les grands auteurs en management*, Paris, Editions Management et Société, p. 255-267.

IGAS (2006), *Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DRDR*, Rapport, mai.

Ingham M. (1994), « L'apprentissage organisationnel dans les coopérations », *Revue Française de Gestion*, n° 97, janvier-février, p. 105-121.

Isaac H. (2003), « Paradoxes et conventions », Dans Perret V. et Josserand E. (s/d), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, p. 147-163.

Jacob F. (1981), *Le jeu des possibles*, Paris, Fayard.

John G. et Reve T. (1982), "The reliability and validity of key informant data from dyadic relationships in marketing channels", *Journal of Marketing Research*, vol. 19, november, p. 517-524.

Joffre P. (1999), « L'économie des coûts de transaction ou le marché et l'entreprise à la fin du XXe siècle », Dans Koenig G. (s/d), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXI^{ème} siècle*, Paris, Economica, p. 143-170.

Josserand E. (1998), « L'intégration des unités périphériques dans l'entreprise en réseau », *Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion*, Université Paris IX Dauphine.

Josserand E. (2001), *L'entreprise en réseau*, Paris, Vuibert.

Josserand E. (2007), « Le pilotage des réseaux. Fondements des capacités dynamiques de l'entreprise », *Revue de Gestion*, vol. 33, n° 170, p.95-102.

Josserand E. et Perret V. (2000), « Logiques et enjeux des pratiques organisationnelles paradoxales », *Management International*, vol. 5, n° 1, p. 31-44.

Josserand E. et Perret V. (2003), « Pratiques organisationnelles du paradoxe », Dans Perret V. et Josserand E. (s/d), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, p. 165-187.

Journé B. et Raulet-Croset N. (2004), « Le concept de "situation" dans les Sciences du Management : analyser l'indétermination, l'incertitude, l'ambiguïté et l'imprévu dans l'organisation », *13^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique*, AIMS, Normandie, France, 2, 3 et 4 juin.

- Kalika M., Blanchot F., Isaac H., Josserand E., De Montmorillon B., Romelaer P.** (2000), « Décloisonnée et transversale, l'organisation change », *L'Expansion Management Review*, septembre, p. 68-80.
- Kennett A.D.** (1980), "Developments in the Theory of Public and Private Redistribution", *American Journal of Economics and Sociology*, vol. 39, p. 183-198.
- Koenig G.** (1993), « Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 9, novembre, p.4-17.
- Koenig G.** (2002), « Nils Brunsson. Concevoir, dire et faire : éloge de la déliaison », Dans Charrière S. et Huault I. (s/d), *Les grands auteurs en management*, Paris, Editions Management et Société, p.183-193.
- Lamothe L.** (2002), « La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne », *Revue Internationale de Gestion*, vol. 27, n° 3, p.23-30.
- Landry, M.** (1995a), « A note on the concept of "problem" », *Organization Studies*, vol. 16, n° 2, p. 315-343.
- Landry M.** (1995b), « L'ambiguïté comme outil de gestion », *Revue Française de Gestion*, n°105, p.110-126.
- Langrand-Escure L. et Thiétart R.A.** (1997), « Complexité : du vivant au management », Dans Joffre P. et Simon Y. (1997), *Encyclopédie de gestion*, Paris, Economica, p. 353-371.
- Larcher P.** (1998), « Les enseignements des réseaux existants », Dans *la revue ADSP*, n° 24, septembre, p.21-29.
- Latour B.** (1989), *La science en action*, Paris, La Découverte.
- Latour B.** (1994), « Une sociologie sans objet ? Remarques sur l'interobjectivité », *Sociologie du travail*, n° 4, p. 587-608.
- Launois R.J., Majnoni d'Intignano B., Rodwin R.G., Stephan J.C.** (1985), « Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : propositions pour une réforme profonde du système de santé », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, p.37-61.
- Lauriol J., Perret V., Tannery F.** (2008), « Stratégies, espaces et territoires. Une introduction sous un prisme géographique », *Revue Française de Gestion*, vol. 34, n° 184, p. 91-103.
- Lazega E.** (1998), *Réseaux sociaux et structures relationnelles*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Le Boterf G.** (2002), *Ingénierie et évaluation des compétences*, 4^{ème} édition, Paris, Les éditions d'Organisation.
- Le Moigne J.L.** (1984), *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*, 2^{ème} édition, Paris, Presses Universitaires de France.
- Le Moigne J.L.** (1986), « Vers un système d'information organisationnel ? », *Revue Française de Gestion*, n° 71, novembre-décembre, p. 20-31.
- Le Moigne J.L.** (1990), *La modélisation des systèmes complexes*, Paris, Dunod.
- Le Moigne J.L.** (1993), « Sur "l'incongruité épistémologique" des sciences de gestion », *Revue Française de Gestion*, novembre-décembre, p.123-135.

Le Moigne J.L. (1995), *Les épistémologies constructivistes*, Paris, Presses Universitaires de France.

Le Pen C. (2001), *Filières et réseaux, La lettre du disease management à la française*, n° 48-49.

Lecocq Y. (2002), « Contribution à une réflexion sur l'articulation des niveaux d'analyse en Sciences de Gestion », Dans Mourgues N., Allard-Poesi F., Amine A., Charreire S., Le Goff J. (s/d), *Questions de méthodes en Sciences de Gestion*, Paris, Editions Management et Société, p.173-192.

Lecoutre M. et Lièvre, P. (s/d) (2008), *Management et réseaux sociaux. Ressource pour l'action ou outil de gestion ?*, Paris, Lavoisier.

Legrain A. et Verhoest K. (2004), « Le secteur public en France et en Belgique : de la coordination hiérarchique à la coordination par réseaux », *Politiques et Management Public*, vol. 22, n° 3, p.163-191.

Lemieux V. (1993), « Réseaux et appareils dans la structuration du social », Dans Audet M. et Bouchikhi H. (s/d) (1993), *Structuration du social et modernité avancée. Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Presses de l'Université de Laval, p. 147-168.

Lemieux V. (1999), *Les réseaux d'acteurs sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France.

Lévi Strauss C. (1962), *La pensée sauvage*, Paris, Agora.

Lévy P. (1990), *Les technologies de l'intelligence - L'avenir de la pensée à l'ère informatique*, Paris, La Découverte.

Lévy J. (1993), « A-t-on encore (vraiment) besoin du territoire ? », *Espace-Temps Les Cahiers*, n° 51-52, p.102-142.

Lièvre P. (2004), « Vers un savoir d'action en sciences de gestion. Le cas des expéditions polaires », *Gérer et Comprendre*, n° 75, p. 4-16.

Lièvre P. (2005), « Mode de construction d'un savoir d'action en sciences de gestion : une application à la stratégie nutritionniste d'une expédition polaire », *6^{ème} Congrès Européen de Science des Systèmes*, Paris, 19-22 septembre.

Lièvre P. (2007), « La construction de savoirs pour l'action par intégration de connaissances pratiques 'tacites' et de savoirs scientifiques 'classiques' », Dans Avenier M.J. et Schmitt C. (s/d), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan, p. 171-193.

Lièvre P. (2008), « Réseau social, information circulante et efficience organisationnelle : le cas de l'ANPE ? », Dans Lecoutre M. et Lièvre P. (s/d), *Management et réseaux sociaux. Ressource pour l'action ou outil de gestion ?*, Paris, Lavoisier, p. 360-370.

Lièvre P. et Lecoutre M. (2006), « Le processus de mobilisation des réseaux sociaux dans une démarche de projet : la notion de lien faible potentiellement coopératif », *Revue Sciences de Gestion*, n° 52, p.83-103.

Livian Y.F. (1998), *Organisation. Théories et pratiques*, Paris, Dunod.

Lorino P. (1997), *Méthodes et pratiques de la performance. Le guide du pilotage*, Paris, Les éditions d'Organisation.

- Lorino P. et Tarondeau J.C.** (1998) « De la stratégie aux processus stratégiques », *Revue Française de Gestion*, janvier-février, p.5-17.
- Louart P.** (1996), « L'apparente révolution des formes organisationnelles », *Revue Française de Gestion*, n°107, p. 74-85.
- March J.** (1998), « Mythes, organisations et changement », *Revue Française de Gestion*, septembre-octobre, p. 37-42.
- March J.** (1999), « Les mythes du management », *Gérer et Comprendre*, n° 57, septembre, p. 5-13.
- March J.** (2005), « Technologie de la déraison et éloge de la lenteur », Dans Cabin P. et Choc B. (s/d), *Les organisations. Etat des savoirs*, Auxerre, Sciences Humaines Editions, p.67-73.
- Marchand A.** (1998), « Association et collectifs : naissance d'un mythe ? », Dans Tosel A. et Damien R. (s/d), *L'action collective*, Besançon, Presses Universitaires de France Comté, p. 319-345.
- Martinet A.C.** (1981), « Dépassement de la concurrence parfaite et externalités. Externalités et comportements stratégiques à la recherche de nouvelles équilibres », *Economie Appliquée*, n°1, p. 61-88.
- Martinet A.C.** (1984), *Management stratégique : organisation et politique*, Paris, Ediscience International.
- Martinet A.C.** (1990), « Epistémologie de la stratégie », Dans Martinet A.C. (s/d), *Epistémologies et Sciences de Gestion*, Paris, Economica, p. 211-236.
- Martinet A.C.** (2001), « Le faux déclin de la planification stratégique », Dans Martinet A.C. et Thiétart R.A. (s/d), *Stratégies. Actualité et futurs de la recherche*, Paris, Vuibert, p. 175-193.
- Martinet A.C.** (2006), « Stratégie et pensée complexe », *Revue Française de Gestion*, vol. 32, n° 160, p. 31-45.
- Martinet A.C.** (2007), « Savoir(s), connaître, agir en organisation : attracteurs épistémiques », Dans Avenier M.J. et Schmitt C. (s/d), *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan, p. 29-48.
- Martinet A.C. et Hafsi T.** (2007), « Stratégie et management stratégique des entreprises : un regard historique et critique », *Conférence introductive de la Journée de recherche en Stratégie, AIMS*, Nice, France, 26 juin.
- Martinet A.C. et Payaud M.A.** (2004), « Stratégisation de l'organisation et écologisation de la stratégie : les savoirs et relations du middle manager stratège ordinaire », *Congrès de l'Association des Sciences de l'Administration du Canada (ASAC)*, Québec, Canada.
- Martinet, A.C. et Payaud M.A.** (2007, « Frénésie, monotonie et atonie dans les organisations liquéfiées. Régénérer les formes et rythmes en politique d'entreprise », *Management International*, vol. 11, n° 2, p. 29-42.
- Mayran F.** (2005), « Conférence introductive », *Journées régionales inter réseaux de Meze*, Fédération des réseaux de santé du Languedoc Roussillon, France.
- Mbengue A.** (2001), « Posture paradigmatique et recherche en management stratégique », Dans Martinet A.C. et Thiétart R.A. (s/d), *Stratégies. Actualité et futurs de la recherche*, Paris, Vuibert, p. 43-53.

- Mercklé P.** (2004), *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, La Découverte
- Meur H. et Giusano B.** (2008), *Une modélisation du parcours du patient dans un réseau de santé*, Rapport URCAM PACA.
- Miles M.B. et Huberman A.M.** (2003), *Analyse des données qualitatives*, 2^{ème} édition, Bruxelles, De Boeck Université.
- Mintzberg H.** (1997), *Le Management. Voyage au centre des organisations*, Paris, Les éditions d'Organisation.
- Minvielle E.** (1996), « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue Française de Gestion*, n° 109, juin-juillet-août.
- Morgan G.** (1999), *Images de l'organisation*, Canada, De Boeck Université.
- Morin E.** (1977), *La Méthode*, Tome 1, Paris, Seuil.
- Morin E.** (1990), *La science avec conscience*, Paris, Seuil.
- Mothe C.** (1999), « Les implications de la confiance pour le management stratégique », 2^{ème} Colloque *Métamorphose des Organisations*, Nancy, France, octobre.
- Musso P.** (s/d) (2003a), *Critique des réseaux*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Musso P.** (s/d) (2003b), *Réseaux et société*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Neuschwander C.** (1991), *L'acteur et le changement : essai sur les réseaux*, Paris, Seuil.
- Offner J.M.** (1993), « Le développement des réseaux techniques : un modèle générique », *Flux*, n° 23, p. 11-18.
- Offner J.M.** (1996), « "Réseaux" et "Large Technical System" : concepts complémentaires ou concurrents », *Flux*, n° 26, p.17-30.
- Paché G.** (1996), « L'entreprise en réseau entre mythes et réalités », *Gestion 2000*, n°1, janvier-février, p. 33-51.
- Paché G. et Chandès J.** (2006), « La coordination des chaînes logistiques multi-acteurs dans un contexte humanitaire : quels cadres conceptuels pour améliorer l'action ?, *Logistique et Management*, vol. 14, n° 1, p. 39-48.
- Paché G et Paraponaris C.** (2006), *L'entreprise en réseau*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Paché G. et Spalanzani A.** (s/d) (2007), *La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs : perspectives stratégiques*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Pailleret F.** (1999), *Réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville*, Rapport ARH-URCAM.
- Parlebas P.** (1992), *Sociométrie, réseaux et communication*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Parrochia D.** (1993), *Philosophie des réseaux*, Paris, Presses Universitaires de France.

- Patte D.** (1998), « Les réseaux et la santé publique », Dans *la revue ADSP*, n° 24, septembre, p. 15-17.
- Peaucelle J.L.** (1997), « Systèmes d'information », Dans Joffre P. et Simon Y. (1997), *Encyclopédie de gestion*, Paris, Economica, p. 3212-3224.
- Pellegrin-Romeggio F.** (2008), « L'assemblage dynamique des chaînes logistiques multiservices : l'exemple de l'industrie du voyage », *Journée Rochelaise de Recherche sur le Tourisme*, La Rochelle, 14 mars.
- Perret V.** (1998), « La gestion ambivalente du changement », *Revue Française de Gestion*, n° 120, septembre-octobre, p. 88-97.
- Perret V.** (2003), « Les paradoxes du changement organisationnel », Dans Perret V. et Josserand E. (s/d), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, p. 253-288.
- Perret V. et Josserand E.** (s/d) (2003), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses.
- Perret V. et Séville M.** (2003), « Fondements épistémologiques de la recherche », Dans Thiétart R.A. (s/d), *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod, p. 13-33.
- Pesqueux Y.** (2002), *Organisations : modèles et représentation*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Pesqueux Y. et Ferrary M.** (2004), *L'organisation en réseau. Mythes et Réalités*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Phillips L.** (1981), "Assessing measurement error in key informant reports: a methodological note on organizational analysis in marketing", *Journal of Marketing Research*, vol. 18, november, p. 395-415.
- Piaget J.** (1998). *La psychologie de l'intelligence*, 2^{ème} édition, Paris, Armand Colin.
- Plane J.M.** (2003), *Management des organisations*, Paris, Dunod.
- Polton D.** (2005), « Les système de santé dans les pays occidentaux », *Cahiers Français*, n° 324, p. 54-59.
- Quivy R. et Van Campenhoudt L.** (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.
- Raulet-Croset N.** (2008), « La dimension territoriale des situations de gestion », *Revue Française de Gestion*, vol. 34, n° 184, p.137-150.
- Reber A.S. et Lewis S.** (1977), « Implicit learning: an analysis of the form and the structure of a body of tacit knowledge», *Cognition*, vol. 5, n° 4, december, p. 333-360.
- Reix R.** (1995), « Savoir tacite et savoir formalisé dans l'entreprise », *Revue Française de Gestion*, n°105, septembre-octobre, p.17-28.
- Reyes P., Giusiano B., Bernard J.L.** (2004), "Mémoires d'un réseau", *Gestions hospitalières*, novembre, p. 1-8.
- Reynaud J.D.** (1993a), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin.

Reynaud J.D. (1993b), « Action collective et contrainte sociale », Dans Chazel F. (s/d), *Action collective et mouvements sociaux*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 257-267.

Reynaud E. et Reynaud J.D. (1994), « La régulation conjointe et ses dérèglements », *Le Travail Humain*, Tome 57, n° 3, p.227-238.

Reynaud J.D. (2003), « De l'analyse des relations professionnelles à la théorie de la régulation sociale », *Gérer et comprendre*, n° 73, septembre p. 5-13.

Rivoal D. (2001), *Filières et réseaux, La lettre du disease management à la française*, n° 51-52.

Roblain O. (2005) « De la nécessité de bricoler dans les « espaces intermédiaires » : l'exemple du traitement des cas dans les services RH de la Poste », Dans Filâtre D. et De Terssac G. (s/d) (2005), *Les dynamiques intermédiaires au cœur de l'action publique*, Toulouse, Octarès, p. 111-122.

Rojot J. (1998), « La théorie de la structuration », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n° 26-27, mai-juin, p. 5-19.

Rojot J. et Bergmann A. (1989), *Comportement et organisation*, Paris, Vuibert.

Rollet A. (2000), *Le couple produit-territoire, régulation ago-antagoniste entre projet individuel et projet collectif*, Cemagref Editions.

Romelaer P. (1998), « Innovation, performances et organisation », *Revue Française de Gestion*, n°118, p. 92-101.

Romelaer P. et Huault I. (1996), « La gestion des cadres à l'international et le modèle du garbage can », *Revue Française de Gestion*, juin-juillet-août, p.19-37.

Romeyer C. (1998), « L'impact de la traçabilité de l'activité sur la performance publique : le cas de l'hôpital », *9^{ème} Colloque International de la Revue "Politiques et Management Public"*, Aix en Provence, 28 et 29 mai.

Romeyer C. (2001), « Système d'Information fondé sur une traçabilité des activités : intérêt et difficultés de mise en oeuvre dans les hôpitaux », *Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II.*

Romeyer C. (2006), « La traçabilité dans les activités de service - Le cas de l'hôpital », *Traité des techniques de l'Ingénieur*, TR320.

Rouleau L. (2003), « La méthode biographique », Dans Giordano Y. (s/d), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Editions Management et Société, p. 134-171.

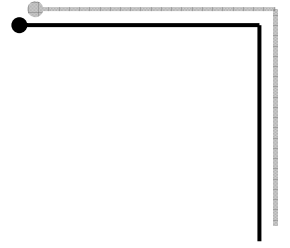
Rouleau L., Allard-Poesi F., Warnier V. (2007), « Le management stratégique en pratiques », *Revue Française de Gestion*, vol. 33, n° 174, p.15-24.

Rouquet A. (2007), « Les processus inter-organisationnels de standardisation logistique – Elaboration par abduction d'un cadre théorique d'analyse et de stratégies d'actions pour une association de standardisation automobile », *Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II.*

St-Amant E.G. et Renard L. (2004), « Aspects théoriques d'un cadre de développement des capacités organisationnelles », *Congrès de l'Association des Sciences de l'Administration du Canada (ASAC)*, Québec, Canada.

- St-Pierre M.** (2003), « Les réseaux ont-ils un avenir dans le secteur de la santé ? », *12^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, AIMS, Tunis.*
- Sandrin-Berthon B.** (2005), « Qualité de vie : prise en compte de la dimension psychique », *Journées régionales inter réseaux de Meze, Fédération des réseaux de santé du Languedoc Roussillon, France.*
- Sauviat I.** (2001), « De la légitimation à la légitimité des réseaux de soins : les apports d'une recherche exploratoire », *Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Poitiers.*
- Sauviat I. et Sampieri N.** (2001), « Les évolutions du positionnement des acteurs du système hospitalier : le cas de la situation du patient – usager – client », *Séminaire de recherche du RECEMAP, Rouen, 26 octobre.*
- Schmitt C.** (2002), « Entre situations paradoxales et modélisation, l'apport de la systémique dans le management des entreprises », *5^{ème} Congrès Européen de Systémique, Crête, Octobre.*
- Schmitt C.** (2005), « Quand savoir entreprendre, c'est savoir concevoir : réflexions autour de différentes expériences », *Colloque Cerisy, Intelligence de la complexité ? Epistémologie et pragmatique, juin.*
- Schön A.** (1996), « A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes » Dans Barbier J.M. (1996), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 201-222.
- Schweyer F.X.** (1998), « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'état ou territorialisation ? », *Politiques et Management Public*, vol.16, n° 3, p.43-67.
- Schweyer F.X.** (2004), « Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence », *Lien Social et Politiques*, n° 52, p. 35-46.
- Schweyer F.X.** (2005), « Offres de soins et santé publique : tensions et convergences », *Journées de La Santé Publique, Rennes*, p. 51-56.
- Schweyer F.X., Levasseur G., Pawlikowska T.** (2002). *Créer et piloter un réseau de santé.* Ille et Vilaine, Les éditions ENSP.
- Sfez L.** (1995), *La Santé Parfaite*, Paris, Seuil.
- Sfez L.** (1999), « Le réseau : du concept initial aux technologies de l'esprit contemporaines », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, n°106, p. 5-27.
- Sfez L.** (2003), « Eléments de synthèse pour penser le réseau », Dans Musso P. (s/d), *Réseaux et Société*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 43-64.
- Sfez L.** (2005), « Une nouvelle idée du sacré : le désir de Santé Parfaite », *Revista Famecos*, n°27.
- Simon H.A.** (1991), *Sciences des systèmes, sciences de l'artificiel*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod.
- Tanti-Hardouin N.** (2001), *La santé en France : radiographie d'un système*, Paris, Foucher.
- Teil A.** (2001), « Réseaux : performances potentielles et performances affichées », *Journal d'Economie Médicale*, vol. 19, n° 5-6, p.349-359.
- Teil A.** (2004), « Les modalités de définition des objectifs et priorités de santé publique : analyses des dispositifs espagnols, finlandais, anglais et suédois », *Revue Politique et Management Public*, vol. 22, n° 3, p. 117-136.

- Thayer C. et Tonneau D.** (2000), « Le système de santé en Angleterre », *Gérer et Comprendre*, n° 61, p. 64-75.
- Thiéart R.A.** (2001), « Management et complexité : concepts et théories », Dans Martinet A.C. et Thiéart R.A. (s/d), *Stratégies. Actualité et futurs de la recherche*, Paris, Vuibert, p. 361-375.
- Thiéart R.A.** (s/d) (2003), *Méthodes de recherche en management*, 2^{ème} édition, Paris, Dunod.
- Thiéart R.A. et Forgues B.** (2006), « La dialectique de l'ordre et du chaos dans les organisations », *Revue Française de Gestion*, n°32, p. 47-66.
- Thorelli H.B.** (1986), "Networks: Between Markets and Hierarchies", *Strategic Management Journal*, vol.7, p.37-51.
- Trépeau M.** (2004), « Les difficultés de l'assurance maladie », *Regards sur l'actualité*, n°304.
- Usunier J.C., Easterby-Smith M., Thorpe R.** (2000), *Introduction à la Recherche en Gestion*, Paris, Economica.
- Vigour C.** (2005), *La comparaison dans les sciences sociales*, Paris, La Découverte.
- Vinas P.** (1998), « De la tuberculose aux ordonnances de 1996 », Dans *la revue ADSP*, n° 24, septembre, p. 13-14.
- Vinck D.** (1999), « Les objets intermédiaires dans les réseaux de coopération scientifique », *Revue Française de Sociologie*, vol. 40, n° 2, p. 385-414.
- Violet D.** (2003), « Penser le paradoxe pour penser la complexité », Dans Perret V. et Josserand E. (s/d), *Le paradoxe : penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, p. 57-72.
- Voisin C., Ben Mahmoud-Jouini S., Edouard S.** (s/d) (2004), *Les Réseaux : dimensions stratégiques et organisationnelles*, Paris, Economica.
- Watzlawick P.** (1988a), *Comment réussir à échouer. Trouver l'ultrasolution*, Paris, Seuil.
- Watzlawick P.** (1988b), *L'invention de la réalité*, Paris, Seuil.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D.** (1972), *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.
- Weber M.** (1992), *Essais sur la théorie de la science*, Traduction par Julien Freund, Plon.
- Wiener N.** (1962), *Cybernétique et société*, Paris, Editions des Deux-Rives.
- Yin R.K.** (2003), *Case Study research. Design and Methods*, 3^{ème} édition, Sage Publications.



ANNEXES

INDEX DES ANNEXES

Annexe du chapitre 1

Annexe 1.1	Nombre de réseaux de santé financés sur la DNDR par pathologie.....	387
------------	---	-----

Annexes du chapitre 2

Annexe 2.1	Différences régionales dans le développement des réseaux de santé.....	388
Annexe 2.2	Document de synthèse préalable aux entretiens d'experts.....	390
Annexe 2.3	Guide d'entretien avec les experts.....	392
Annexe 2.4	Guide d'entretien avec les acteurs de terrain.....	393
Annexe 2.5	Analyse du réseau de santé idéal des acteurs de terrain.....	394
Annexe 2.6	Analyse des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé.....	397

Annexes du chapitre 4

Annexe 4.1	Guide d'entretien (recueil de récits de pratiques).....	406
Annexe 4.2	Grille de collecte de données.....	407
Annexe 4.3	Exemple d'une restitution d'entretien adressée à la directrice d'Alp'âges...	408
Annexe 4.4	Exemple d'un entretien codé.....	412

Annexes du chapitre 5

Annexe 5.1	La Commission Technique d'Orientation (Alp'âges).....	416
Annexe 5.2	La fiche de liaison (Alp'âges).....	417
Annexe 5.3	Matrice de pratiques (Alp'âges).....	418
Annexe 5.4	Charte de fonctionnement (Alp'âges).....	422
Annexe 5.5	Matrice de pratiques (Resp 13).....	423
Annexe 5.6	Plaquette de communication (Réseau Canebière).....	427
Annexe 5.7	Matrice de pratiques (Réseau Canebière).....	428
Annexe 5.8	Guide de l'ANCRED : exemple de prise en charge du pied diabétique.....	431
Annexe 5.9	Protocole de soins : exemple du protocole podologique (Diabaix).....	432
Annexe 5.10	Fiche de liaison (Diabaix).....	433
Annexe 5.11	Fiche de suivi annuel (Diabaix).....	434
Annexe 5.12	Matrice de pratiques (Diabaix).....	435
Annexe 5.13	Plaquette de communication (Coridys).....	439
Annexe 5.14	Convention de partenariat Coridys / Resodys.....	440
Annexe 5.15	Note rédigée par Ariel (Resodys).....	441
Annexe 5.16	Matrice de pratiques (Resodys).....	442

Annexe 1.1

Nombre de réseaux de santé financés sur la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) par pathologie. Evolution de 2002 à 2005.

Type de pathologie	2002	2003		2004		2005	
	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés	Nombre de nouveaux réseaux financés	Nombre total de réseaux financés (1)
Soins Palliatifs / Douleur	7	28	34	19	53	35	88
Cancérologie	9	30	35	18	56	28	84
Gérontologie	8	8	14	12	26	46	72
Diabétologie	8	18	24	10	34	29	63
Addictologie (dont alcool/tabac/toxicomanie)	2	6	7	8	16	23	39
Périnatalité	7	11	17	9	26	11	37
Cardio-vasculaire	2	8	9	5	15	5	20
Urgences / Permanence des soins	5	8	10	2	12	7	19
Maladies infectieuses	-	2	2	4	6	12	18
Santé mentale	-	-	-	1	1	13	14
Neurologie	-	3	3	7	10	3	13
Pathologies respiratoires	1	3	4	3	7	6	13
Handicap	1	1	2	3	4	8	12
Nutrition	-	2	2	5	7	4	11
Précarité / Médico-social	-	2	2	3	5	5	10
Insuffisance rénale chronique (IRC)	2	1	3	3	6	1	7
Maladies rares	1	-	1	3	4	2	6
Troubles du langage	-	2	2	2	4	2	6
Prise en charge des adolescents	-	-	-	-	-	3	3
Violence / Maltraitance	-	-	-	1	1	2	3
Traumatismes crâniens	-	2	2	-	2	-	2
Rhumatologie	-	1	1	-	1	-	1
Biologie, hématologie	-	-	-	1	1	-	1
Ophthalmologie / ORL	-	-	-	2	2	-	1
Rééducation fonctionnelle	-	-	-	-	-	1	1
Pathologies maxillo-faciales / Dentaire	-	-	-	1	1	-	-
Autres ou thématique non renseignée	1	7	7	3	9	55	66
Total	54	143	181	125	309	301	610

(1) Le nombre total de réseaux financés en année n n'est pas toujours égal à la somme du nombre total de réseaux financés en année n-1 et du nombre de nouveaux réseaux financés : d'une année sur l'autre, des réseaux peuvent cesser leur activité ou, plus souvent, fusionner avec un autre.

Champ : France entière

Source : Observatoire national des réseaux de santé (ONRS) - Ministère de la santé et des solidarités - DHOS

Annexe 2.1

Différences régionales dans le développement des réseaux de santé

Le tableau qui suit montre les différences régionales de taux de consommation des crédits alloués au développement des réseaux de santé. Autrement dit, la consommation des deux principaux fonds consacrés au développement des réseaux de santé est variable selon les régions. Nous constatons que les deux régions qui investissent le plus dans le développement des réseaux de santé sont la région PACA et la région Ile de France (excepté en 2002 pour Ile de France).

Les différences régionales des taux de consommation des crédits de développement des réseaux de santé

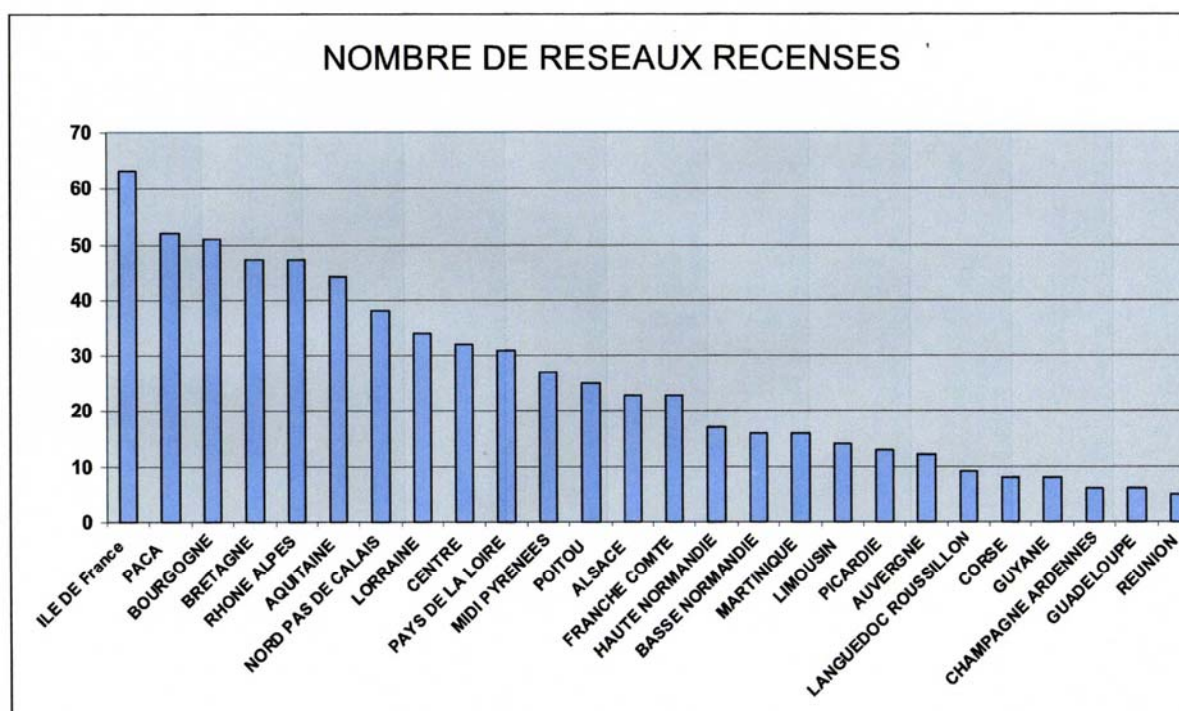
	FAQSV			DRDR		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Alsace	36,70%	56,09%	64,11%	7,5%	28,1%	29,0%
Aquitaine	40,97%	30,17%	38,83%	89,0%	71,2%	35,0%
Auvergne	14,30%	60,86%	74,03%	36,2%	14,6%	41,1%
Basse Normandie	41,49%	25,68%	64,60%	0,0%	32,4%	84,5%
Bourgogne	44,86%	47,01%	69,39%	12,0%	24,3%	62,2%
Bretagne	40,00%	60,85%	85,98%	22,7%	97,7%	91,6%
Centre	16,18%	46,37%	40,89%	0,0%	7,0%	32,5%
Champagne Ardenne	30,24%	20,39%	52,79%	0,0%	15,0%	16,0%
Corse	1,45%	6,98%	45,83%	24,0%	10,6%	21,2%
Franche Comté	66,16%	39,58%	54,43%	0,0%	35,2%	85,5%
Haute Normandie	38,97%	61,63%	67,11%	0,0%	17,7%	32,9%
Ile de France	67,35%	81,49%	97,52%	0,0%	81,0%	85,0%
Languedoc Roussillon	54,60%	83,24%	67,48%	37,4%	31,8%	38,9%
Limousin	45,19%	50,36%	6,83%	26,9%	6,9%	38,6%
Lorraine	46,62%	76,77%	78,55%	0,0%	29,1%	46,6%
Midi Pyrénées	63,02%	72,14%	43,57%	43,1%	46,6%	89,3%
Nord Pas de Calais	48,75%	97,72%	94,61%	14,8%	46,9%	57,3%
PACA	72,15%	72,91%	83,87%	98,9%	100,0%	66,9%
Pays de la Loire	21,35%	43,70%	56,99%	26,2%	22,0%	26,5%
Picardie	30,15%	25,30%	46,41%	0,0%	23,6%	64,5%
Poitou Charentes	17,37%	61,00%	74,12%	40,8%	54,4%	68,2%
Rhône Alpes	49,28%	21,71%	15,37%	65,8%	46,2%	78,0%
Guadeloupe	73,26%	87,54%	87,69%	0,0%	85,0%	91,5%
Guyane	44,99%	97,86%	92,29%	0,0%	59,3%	51,9%
Martinique	48,23%	76,83%	82,37%	100,0%	100,0%	100,0%
Réunion	62,37%	27,05%	3,17%	0,0%	25,3%	68,0%
Total	46,47%	58,35%	65,75%	27%	48,2%	62%

Ces données ne tiennent pas compte des montants alloués au dispositif d'annonce du Plan Cancer (3,13M€ en 2004 et 15M€ en 2005)

*Sources : rapports d'activité FAQSV 2002, 2003, 2004, DHOS
(Tableau extrait du rapport IGAS 2006, p. 30)*

La figure suivante recense le nombre de réseaux de santé financés par région. Les réseaux de santé sont présents dans l'ensemble des 26 régions françaises. Néanmoins, ils ne sont pas répartis de manière homogène sur le territoire. Ainsi, près d'un tiers des réseaux de santé sont concentrés sur 5 régions : Ile-de-France, PACA, Bourgogne, Bretagne et Rhône Alpes. A l'inverse, les régions de Champagne Ardennes, la Réunion et la Guadeloupe ne disposent que d'un faible nombre de réseaux.

Répartition des réseaux de santé recensés par région



Source : FIQCS, 2007, p. 9

Annexe 2.2

Document de synthèse préalable aux entretiens d'experts

CONSTRUCTION D'UN IDEALTYPE DE RESEAU DE SANTE :

Le RHYCEBA

(Réseau de santé hybride centré sur un bénéficiaire actif)

La construction d'un idéaltype de réseau de santé a été motivée par deux principaux constats :

- Depuis les années soixante, le système de santé français est le lieu de nombreuses réformes qui favorisent le fonctionnement en réseau. Les aménagements récents de la réglementation des réseaux de santé en termes de souplesse juridique ou d'enveloppe financière témoignent du soutien de l'Etat dans cette volonté d'encourager la coordination des différents producteurs de soins. Les réseaux de santé se sont ainsi multipliés en France.
- Fort de tous les travaux s'intéressant à la notion de réseau en gestion, en sociologie, en économie et en santé, nous pourrions imaginer que les notions de réseaux de santé n'en sont que plus limpides. Or, la littérature académique, professionnelle et institutionnelle regorge de définitions toutes plus recevables les unes que les autres dans leur acception, mais conduisant à une impasse sémantique.

Afin de mieux cerner ce que l'on attend d'un réseau de santé, nous avons choisi de recourir à la construction d'un idéaltype. En d'autres termes, nous avons cherché à construire un réseau de santé idéal qui soit une base commune de réflexion. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur la presse professionnelle et institutionnelle abordant la question des réseaux de santé.

Ce réseau de santé idéal que nous avons appelé RHYCEBA (réseau de santé hybride centré sur un bénéficiaire actif) se présente ainsi comme *une forme souple, organisée et dynamique d'actions collectives menées dans un climat de confiance partagée, par des acteurs (individuels et institutionnels) motivés et concernés par une préoccupation de santé publique mobilisant différents secteurs (public et privé, médical et social, administratif et politique) afin d'articuler, sur un territoire déterminé, une prise en charge globale centrée sur un bénéficiaire actif et in fine améliorant la qualité des soins.*

Nous représentons notre idéaltype RHYCEBA sous une forme arborescente en distinguant les critères d'identité du RHYCEBA (Qu'est-ce qui distingue un RHYCEBA d'un autre réseau de santé ?) et les critères de succès du RHYCEBA (Quelles sont les performances idéalement attendues d'un RHYCEBA ?).

Le RHYCEBA

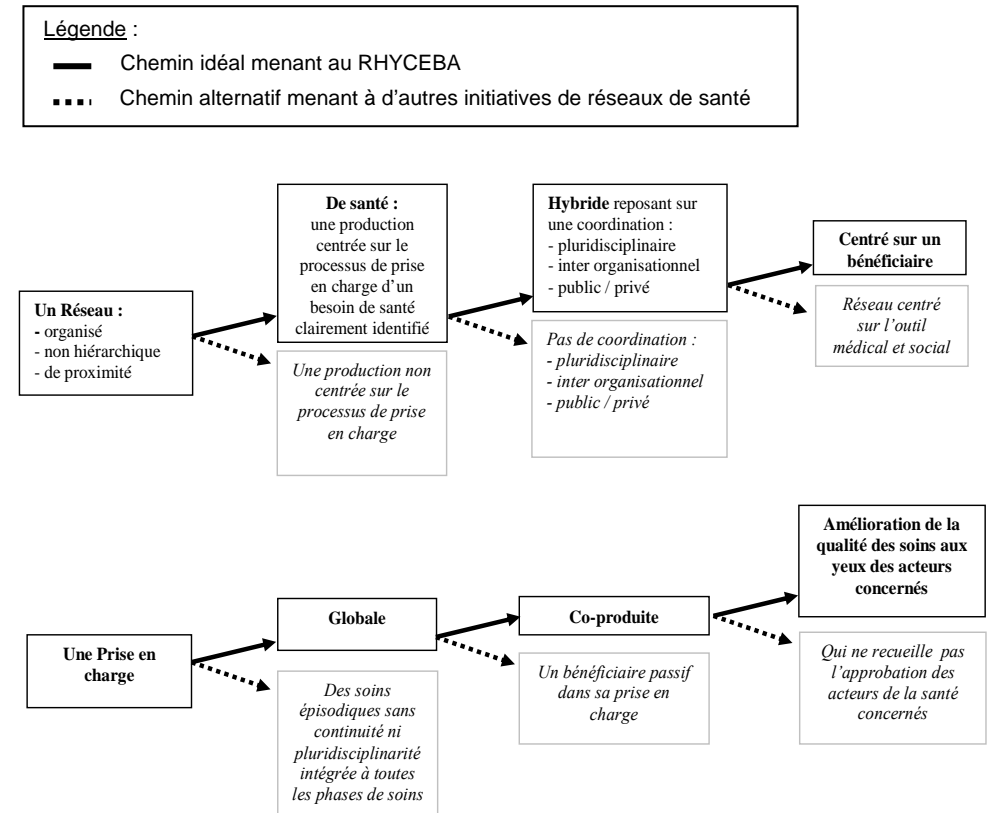


Figure 1 : le réseau de santé idéal vu par les acteurs du système de santé en France

Source : élaboration personnelle

Lecture du RHYCEBA

Un modèle de réseau de santé idéal

Concernant les critères d'identité du RHYCEBA :

↳ Nous débutons l'arborescence par des critères attendant au réseau lui-même : le réseau de santé idéal est organisé, non hiérarchique (fonctionnement transversal) et c'est un réseau de proximité (territoire délimité).

↳ Le réseau de santé idéal centre sa production sur le processus de prise en charge d'un besoin de santé clairement identifié (qui nécessite une prise en charge en réseau : pluridisciplinarité et suivi dans le temps). Dans cette perspective, un réseau qui est par exemple centré sur un acte de soin ponctuel s'écarte du réseau idéal.

↳ Le réseau de santé idéal est hybride et il repose sur une coordination d'acteurs (individuels et institutionnels) appartenant à différents secteurs (public et privé) et relevant de différentes spécialités (médicale, sociale, psychologique, etc.). Dans cette perspective, un réseau purement médical s'écarte de l'idéal.

↳ Le réseau de santé idéal est un réseau centré sur le bénéficiaire. Notons que les réseaux peuvent chercher à améliorer le processus de prise en charge selon deux orientations différentes : soit ils cherchent à « guérir les conséquences » en associant les techniques, outils et dispositifs adaptés au problème (modèle prescriptif dans lequel on recherche une prise en charge des effets), soit ils cherchent à « guérir les causes » en n'envisageant plus seulement le problème mais le bénéficiaire porteur du problème (modèle participatif dans lequel on recherche une prise en charge des causes). Dans cette perspective, un réseau centré sur le traitement de la maladie plus que sur le soin du malade s'écarte de l'idéal.

Concernant les critères de succès du RHYCEBA :

La réussite du RHYCEBA dépend de sa prise en charge.

↳ Une prise en charge idéalement performante est globale : dans le temps (suivi des soins) et dans l'espace (pluridisciplinarité autour de la personne).

↳ Une prise en charge idéalement performante est co-produite : conférant au bénéficiaire un rôle actif.

↳ Une prise en charge idéalement performante améliore la qualité des soins aux yeux des acteurs concernés (soignants, bénéficiaires et tutelle).

BIBLIOGRAPHIE (non exhaustive)

ANAES (2003), *Manuel d'accréditation*, Novembre 2003.

ANAES (1999), *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Août.

BERCOT, R., DE CONNINCK, F. (2002), « Réseaux de santé, nouvelles professionnalités, nouvelles relations de service », *Rapport Final pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, Ecole Nationale des ponts et Chaussées, LATTES.

BOURGUEIL, Y. ; BREMOND, M. ; DEVELAY, A. ; GRIGNON, M. ; MIDY, F. (2001), *L'évaluation des réseaux de soins, enjeux et recommandations*, CREDES, ENSP.

CASTRA, M. ; CRESSON, G. ; DENQUIN, S. ; FERRAND, A. ; LARDE, P. (2004), « Des groupes informels aux réseaux de soins : diversité des régulations et circulation des informations », *Rapport pour la MIRE, programme : « Les dynamiques professionnelles dans le champ de la santé »*, Novembre, Lille.

CHOSSEGROS, P. (2004), « Quelques réflexions portant sur le système de santé à l'heure du rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », éditorial de la Coordination Nationale des Réseaux (CNR), 10 mars.

CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), Circulaire sur la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Coordination Nationale des Réseaux (CNR) : <http://www.cnr.asso.fr/>

DIRECTION REGIONALE ET DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES de Rhône-Alpes (2003), « Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, bilan 2000-2003 / orientations 2003-2006 », novembre.

DGS (1997), *La santé publique à l'épreuve du terrain*, Editions Sicom, Paris.

Ordonnances n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Questions d'économie de la santé (2001), « Les soins de proximité : une exception française », Bulletin d'information en économie de la santé, CREDES, juillet, N° 39.

SANJURJO, D. (2003), « Quand la santé se pense en réseau », *Le monde initiatives*, février 2003.

SCHWEYER, F-X. ; LEVASSEUR, G. ; PAWLIKOWSKA, T. (2002), *Créer et piloter un réseau de santé*, Ed. ENSP, Ille et Vilaine.

Annexe 2.3

Guide d'entretien avec les experts

Ce guide d'entretien est appuyé par un document power point et succède à l'envoi d'un document Word présentant le RHYCEBA

CONTEXTE

- Doctorat sur les réseaux de santé
- Centre d'intérêt du chercheur : mieux comprendre ces nouvelles formes d'organisation des soins et en soutenir le fonctionnement
- Le répondant accepte-t-il l'enregistrement ? (anonymat et confidentialité : uniquement exploité dans le cadre de la thèse)

Validation de l'idéaltype mythique

Présenter rapidement le contexte : place du mythe dans le système de santé français
Présenter le RHYCEBA (rappel sources)

- Thèmes principaux :
 - Proximité RHYCEBA – réseaux de santé idéal des acteurs d'en haut :
 - RHYCEBA = représentation fidèle à ce qui est véhiculé dans le système de santé ?
 - RHYCEBA = représentation fidèle aux préconisations des tutelles ?
- Thèmes complémentaires éventuellement abordés :
 - Présomption d'efficacité des réseaux de santé (quelle plus value effective ? des résultats démontrés ?)
 - Existence d'un modèle de réseau de santé qui serait une référence (national ? local ?)
 - Avenir des réseaux de santé

Réalité de fonctionnement des réseaux de santé existants

Annoncer la bascule sur la réalité de fonctionnement des réseaux de santé existants

- Thèmes principaux :
 - Représentation de l'interviewé concernant la réalité des réseaux de santé en France (nombre de réseaux ? succès des réseaux ?)
 - Représentation de l'interviewé quant à la distorsion mythe – réalité :
 - Existence d'une distorsion ?
 - Degré de distorsion estimé ?
- Thèmes complémentaires éventuellement abordés :
 - Conscience du mythe dans l'esprit des acteurs de terrain (amalgame ?)
 - Traçabilité des réseaux de santé (évaluation qualitative et quantitative ?)
 - Accès aux données secondaires (rapports d'évaluation ?)
 - Différences territoriales (quelle harmonisation ?)

Orientation vers d'autres experts

Solliciter l'interviewé pour nous orienter vers des répondants pertinents pour notre étude (experts en réseau de santé)

Annexe 2.4

Guide d'entretien avec les acteurs de terrain

CONTEXTE

- Doctorat sur les réseaux de santé (nous ne sommes pas un représentant des tutelles)
- Centre d'intérêt du chercheur : mieux comprendre ces nouvelles formes d'organisation des soins et en soutenir le fonctionnement
- Le répondant accepte-t-il l'enregistrement ? (anonymat et confidentialité : uniquement exploité dans le cadre de la thèse)

Construction du « rêve » de l'interviewé

Attention : le réseau de santé idéal n'est pas donné en sa qualité de RHYCEBA mais construit individuellement à partir de la représentation de l'interviewé

- Thèmes principaux :
 - Représentation de l'interviewé d'un réseau de santé idéal : si vous pouviez rêver d'un réseau de santé idéal, quel serait ce rêve ? Il s'agit d'amener l'interviewé à décrire son rêve autour de 4 modalités :
 - Finalité, objectifs du réseau (Pourquoi ?)
 - Nature du réseau, participation et positionnement des acteurs (Qui ? Pour quoi faire ?)
 - Fonctionnement du réseau (Comment ? Quoi ?)
 - Evolution du réseau dans le temps et dans l'espace (Où ? Quelle projection ?)
- Thèmes complémentaires éventuellement abordés :
 - Existence d'un modèle / référent guidant l'action des acteurs de terrain ? (national ? local ?)

➔ *Faire une synthèse sur papier avec l'interviewé des 4 modalités afin de baliser son rêve*

Réalité de fonctionnement des réseaux de santé existants

Annoncer la bascule sur la réalité de fonctionnement des réseaux de santé existants

- Thèmes principaux :
 - Représentation de l'interviewé sur la distorsion entre son rêve et la réalité de fonctionnement du réseau de santé dans lequel il intervient :
 - Existence d'une distorsion ? sur quels aspects ?
 - Degré de distorsion estimé ? causes ?
 - Points de blocage envisagés ? causes ? pondération ?
 - Représentation de l'interviewé sur la distorsion entre son rêve et la réalité de fonctionnement des réseaux de santé en France :
 - Distorsion propre à son réseau ou distorsion générale ? pourquoi ?
 - Points de blocages généraux ? pourquoi ? pondération ?
- Thèmes complémentaires éventuellement abordés :
 - Traçabilité des réseaux de santé (évaluation qualitative et quantitative ?)
 - Accès aux données secondaires (rapports d'évaluation ?)
 - Différences territoriales (quelle harmonisation ?)

Validation de l'idéal type mythique

Présenter l'idéal type mythique construit à partir des récits véhiculés dans le système de santé (donner à l'interviewé un document Word représentant le RHYCEBA)

- Thèmes principaux :
 - Confrontation du rêve de l'interviewé au RHYCEBA (se servir de la synthèse préalablement faite avec lui sur papier) :
 - Evaluer la correspondance globale entre les deux « rêves »
 - Apprécier les écarts et les rapprochements point par point

Orientation vers d'autres acteurs de terrain

Solliciter l'interviewé pour nous orienter vers des répondants pertinents pour notre étude (acteurs de terrain du réseau)

Annexe 2.5

Analyse du réseau de santé idéal des acteurs de terrain

Rappel méthodologique

Dans le cadre de l'état des lieux qualitatif, nous avons rencontré 15 acteurs de terrain de 4 réseaux de santé :

- un réseau diabète
- un réseau périnatalité
- un réseau adolescents
- un réseau dyslexie

Les entretiens avec les acteurs de terrain ont suivi deux objectifs :

- consolider le RHYCEBA (mesure de correspondance entre le RHYCEBA et le réseau de santé idéal des acteurs de terrain) ;
- chercher les causes de la distorsion.

Nous présentons ici les principaux résultats obtenus sur le premier point. L'enjeu est de savoir si le réseau de santé idéal des acteurs de terrain rejoint l'idéaltype mythique RHYCEBA :

- Si oui, le RHYCEBA est un idéaltype fédérateur ;
- Si non, des questions d'alignement stratégique avec les tutelles se posent.

Afin de mesurer la correspondance entre le réseau de santé idéal des acteurs et le RHYCEBA, nous avons prêté attention au biais conduisant à formater les réponses des interviewés en les amenant naturellement à converger vers l'idéaltype mythique. Pour limiter ce risque, nous avons suivi un ordre séquentiel en suivant méthodiquement le guide d'entretien (Annexe 2.4).

Principaux résultats des entretiens

Le recoupement des entretiens révèle très nettement des invariants quelque soit le réseau d'appartenance des acteurs et leur origine professionnelle. Nous les présentons et nous les illustrons avec des verbatim dont nous précisons la source (réseau + secteur d'appartenance de l'acteur).

☛ **Un problème de départ commun** : il y a trop de cloisonnement entre les acteurs de la santé (individus et établissements) ce qui affecte la qualité de la prise en charge des usagers. Le cloisonnement présente deux désavantages majeurs : un accès aux soins difficile et un manque de cohérence entre les praticiens concernés par la pathologie ou la population en difficulté. Le réseau de santé idéal ne cherche pas à créer une offre de soin supplémentaire mais son ambition est de décloisonner l'existant pour être plus efficace et efficient.

RESODYS (médical) : « *Actuellement, c'est complètement morcelé. Les parents ne savent même plus quel professionnel choisir. Chacun y va de son diagnostic. Les ophtalmo, les kiné, les posturologues ont leur théorie ; les instits qui veulent rien entendre ; les psy on a notre théorie et y a encore 2 sortes de psy, ceux qui parlent psychopathologie genre ce qui c'est passé pendant l'enfance, si l'enfant fait un blocage..., il y a nous les neuropsy qui regardons plus la mémoire, l'attention...et par expérience il n'y a jamais l'un ou l'autre. Il y a toujours un peu de rééducation cognitive, un peu de psychopatho... Les enfants sont vite perdus, les parents sont stressés et ça peut même aggraver leur cas* ».

RESADOS (gestion) : « *Il faut fédérer les actions qu'il y a autour des ados dans le bassin aixois, pas dans le sens de contrôle, mais dans le sens de communication, être cohérents tous ensemble vu qu'il existe beaucoup de choses, d'associations...On n'est pas dans une logique où chacun tire la couverture à soi pour tout mais plutôt essayer de voir qui est plus compétent dans tel domaine, on essaie de partager pour que l'ado ne perde pas de temps avec des redondances et qu'il s'y retrouve au milieu de tout ça* ».

RESADOS (social) : « *Avant, on recevait des ados en foyer, en situation judiciaire instable, en rupture avec les parents, déscolarisés...c'était un non sens de fonctionner sur un point de vue car les problématiques étaient reliées. Tout le monde avait un avis (AS, juge, prof...) qui n'était pas forcément le même ce qui pouvait être nocif pour le jeune. Or, tous les avis pouvaient être bon isolément. Il fallait donc travailler ensemble, se faire confiance pour être cohérents pour le jeune* ».

➔ **Une volonté d'améliorer la prise en charge** : que ce soit en termes de prévention des soins, de prestations de service (orientation du patient, qualité des soins) ou de suivi des soins.

PERINAT SUD (gestion) : « *Il est question d'améliorer la prise en charge des grossesses et leur suivi en fonction des caractéristiques des patientes tout en respectant la liberté individuelle. Nous ne voulons pas perdre de vue des mamans en difficulté* ».

➔ **Un réseau centré sur le patient** : le réseau de santé idéal s'adapte aux besoins de la personne pour y répondre au mieux et n'exclut aucun patient.

RESODYS (paramédical) : « *Le réseau, c'est pas un jeu de l'oie. Il y a d'abord un enfant et ensuite on voit qui intervient autour de lui* ».

MARSEILLE DIABETE (gestion) : « *Actuellement, le réseau a 700 patients. Idéalement, tous les diabétiques concernés de Marseille et sa métropole devraient intégrer le réseau* ».

➔ **Un réseau de proximité** : le réseau de santé idéal est actif à l'échelle d'un territoire suffisamment restreint pour permettre une proximité des soins.

RESADOS (paramédical) : « *Ce n'est plus un réseau quand ça s'étend. Le réseau, c'est vraiment le lien entre des personnes qui se rencontrent physiquement. Ce serait un non sens. Sinon, on tombe dans une logique de bottin type pages jaunes* ».

➔ **Un mode de fonctionnement pluridisciplinaire et volontaire** : le réseau de santé idéal est pluridisciplinaire tout en préservant la spécificité du réseau. Les acteurs (professionnels et bénéficiaires) concernés par le réseau s'investissent spontanément dans la prise en charge.

RESADOS (gestion) : « *Idéalement, les gens ont un désir de travailler ensemble ce qui élimine les problèmes de temps pour participer au réseau, le désir fait que l'on donne du temps* ».

RESADOS (gestion) : « *Le réseau doit mettre en relation, faire travailler ensemble des professionnels de santé concernés par les adolescents en difficulté qui débordent chaque institution dans sa mission précise. La cible doit rester le jeune* ».

MARSEILLE DIABETE (médical) : « *Idéalement, les patients iraient plus aux ateliers et sauraient dès le départ l'enjeu de s'investir eux-mêmes dans leurs soins* »

➔ **Une amélioration de la qualité des soins** : la prise en charge en réseau n'est pas une fin en soi. Elle cherche *in fine* à améliorer la qualité des soins.

MARSEILLE DIABETE (médical) : « *les apports personnels du réseau en tant que médecin sont de mieux connaître la maladie, de mieux suivre mes patients concernés, de communiquer davantage avec des paramédicaux. On commence à connaître leurs problèmes, comprendre comment ils travaillent...ce qui aide à comprendre la chaîne de soins, ce qui crée une forme de convivialité autour des patients. Pour les patients, le réseau apporte de l'éducation à la santé, ils apprennent à se prendre en charge, ils prennent conscience que des choses existent, qu'ils ne sont pas seuls* ».

MARSEILLE DIABETE (usager 1) : « *C'est très instructif et très important pour moi. Ça m'aide à savoir ce qu'est le diabète, à le contrôler et savoir ce qui n'est pas bon pour le diabète. [Il cherche le calendrier des réunions]. Par exemple, premier pas vers un diabète équilibré, un atelier sur les repas de fêtes, aller au restaurant...on a des explications bien détaillées avec des gens compétents en plus. C'est comme une mise à jour qu'on nous fait, c'est très important. Après une réunion, on a l'impression d'avoir appris un peu plus. Je vous le dis honnêtement, je ne savais même pas ce que c'était le diabète, un podologue, des lipides...*».

MARSEILLE DIABETE (usager 2) : « *A l'époque, j'avais jamais vu de podologue ou de diététicien. C'était le Dr. BETA qui m'informait mais je ne savais pas vraiment comment ça se passait. Ça m'a bien ouvert les yeux. A l'époque, vous savez, les diabétiques, fallait pas manger, pas faire ci, pas faire ça...tandis que maintenant on est quand même beaucoup moins mesuré et mieux informé* ».

➔ **Un financement facile et sans contrainte** : idéalement, la recherche de financement ne pose pas de problème et permet de dégager tout son temps au fonctionnement du réseau.

RESADOS (gestion) : *« les financements sont importants pour permettre au réseau de fonctionner. Sans financement, on a beau avoir des bonnes volontés, les énergies s'épuisent. Donc dans l'idéal, c'est sûr que les financements ne posent aucun problème et tout le monde y a facilement accès ».*

➔ **Un fonctionnement rigoureux, souple et non hiérarchique** : un réseau idéal est suffisamment informel pour permettre une dynamique des relations et suffisamment structuré pour se pérenniser. Il faut des règles de fonctionnement pour que tout le monde puisse trouver sa place dans le réseau.

RESODYS (social) : *« La rigueur est importante. Il faut des bilans précis pour mieux prendre en charge...des référentiels. Mais il faut aussi garder une place à l'empirique, à la créativité et aux initiatives personnelles ».*

MARSEILLE DIABETE (médical) : *« Il n'y a pas de sectarisme. Il ne faut pas considérer qu'il y a une hiérarchie entre corps de métiers ».*

➔ **Un réseau pérenne** : les acteurs de terrain ont manifesté la nécessité de s'organiser afin de pérenniser les actions et les relations établies dans le cadre du réseau.

MARSEILLE DIABETE (gestion) : *« Idéalement, le réseau devient autonome avec le temps. Les acteurs du réseau vont modifier leurs habitudes et petit à petit le paysage va évoluer. L'idéal serait à termes que tous les acteurs connaissent tout sur le diabète, que ce ne soit non plus le réseau qui vienne à eux mais eux idéalement qui viennent au réseau ».*

Après avoir construit avec l'interviewé son réseau de santé idéal, nous l'avons mis en regard du RHYCEBA. Tous les éléments cités par les acteurs de terrain se calquaient sur les items du RHYCEBA. Une fois confronté au RHYCEBA, les acteurs de terrain ont communément reconnu leur réseau de santé idéal dans l'idéaltype mythique.

Compte tenu de ces résultats, nous postulons que le RHYCEBA est un idéaltype mythique de réseau de santé fédérateur vers lequel veulent tendre tous les acteurs de la santé (acteurs d'en haut et acteurs d'en bas). Il devient à ce titre un objectif commun.

Annexe 2.6

Analyse des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé

31 points de blocages ont été cités par les acteurs de terrain. Nous les avons classés en quatre groupes de difficultés : difficultés structurelles, difficultés culturelles, difficultés comportementales et difficultés organisationnelles.

Pour analyser les difficultés, nous élaborons une matrice des citations :

- en ligne : les réseaux et les acteurs rencontrés
- en colonne : les points de blocages cités

Nous reprenons les entretiens réalisés avec les acteurs de terrain pour dégager deux informations clés qui nous servent à construire les matrices :

- les points de blocage cités par les acteurs
- les points de blocages pointés comme étant particulièrement pesants (pondération)

Nous réalisons 4 matrices en référence aux 4 groupes de difficultés que nous avons établis. Nous terminons chaque matrice par un calcul du nombre de citations associées à chaque difficulté et un calcul des pondérations. Nous concluons enfin par un tableau récapitulatif qui liste les difficultés par ordre d'importance.

Nous formulons deux remarques préliminaires :

- L'entretien avec les deux coordonnatrices de RESADOS a été collectif. Nous avons donc compté une seule voix par difficulté citée.
- Les groupes de difficultés permettent de classer les points de blocages et d'organiser les données. La classification retenue ne signifie toutefois pas que les points de blocages sont indépendants. Par exemple, la représentation du réseau est souvent liée à la peur de perdre du pouvoir.

Légende :



Points de blocages cités par les acteurs



Points de blocages cités comme les plus pesants par les acteurs

Difficultés structurelles

Difficultés structurelles											
	Points de blocages	Lourdeur administrative	Manque de moyens financiers	Jeux politiques	Contrôle institutionnel	Fonctionnement T2A	Multiplication des structures	Cloisonnement du système de santé	Manque de soutien de l'Etat	Emplois du temps discordants entre métiers	Passif relationnel (tissu relationnel existant)
PERINAT SUD	Gestion	■			■			■			■
	Médical					■		■			
	Social							■			
AMD	Gestion	■	■							■	
	Médical				■			■			
	Usager										
RESADOS	Gestion	■	■		■			■	■		
	Médical		■					■		■	■
	Social							■			
RESODYS	Gestion		■	■			■	■	■		■
	Médical	■	■					■			
	Social				■				■		
	Usager			■	■						■
Nombre de citations		6	8	2	8	1	1	12	4	2	5
Pondération			3		2			6	1		

		Difficultés culturelles					
		Représentation du réseau	Clivages entre métiers	Modèle paternaliste	Représentation des thématiques de réseau	Différence de conception du temps	Culture française psychanalytique
Points de blocages							
PERINAT SUD	Gestion						
	Médical						
	Social						
AMD	Gestion						
	Médical						
	Usager						
RESADOS	Gestion						
	Médical						
	Social						
RESODYS	Gestion						
	Médical						
	Social						
	Usager						
Nombre de citations		8	10	5	3	2	2
Pondération		3	5				

Difficultés comportementales							
	Points de blocages	Manque de motivation	Relâchement des participants	Peur d'une dilution des compétences	Peur de perdre du pouvoir	Peur d'une fuite de patient	Manque de confiance
PERINAT SUD	Gestion	■	■	■	■		■
	Médical			■			
	Social						■
AMD	Gestion		■				
	Médical	■			■	■	
	Usager						
RESADOS	Gestion	■	■		■		
	Médical			■	■	■	■
	Social						
RESODYS	Gestion		■	■		■	
	Médical				■	■	
	Social						
	Usager	■		■			■
Nombre de citations		4	6	6	6	4	4
Pondération		2	2		1		

Difficultés organisationnelles										
	Points de blocages	Métier de coordonnateur	Manque de repères	Identification des parties prenantes	Diffusion de l'information	Cohérence de l'information	Coordination inter réseaux	Dérive organisationnelle	Contrainte juridique	Difficulté à se projeter
PERINAT SUD	Gestion	■	■	■	■	■	■	■		
	Médical					▨				
	Social			■						
AMD	Gestion	■	▨		■	▨	■	■		■
	Médical									
	Usager									
RESADOS	Gestion	■	▨			■	■	■	■	■
	Médical									
	Social	■				▨	■	■		
RESODYS	Gestion		■			■				
	Médical									
	Social	■			■	■		▨		
	Usager	■	■		■	▨		▨		
Nombre de citations		6	5	2	4	9	4	7	1	3
Pondération			2			4		2		

Liste des 31 difficultés par ordre d'importance	
Difficultés	Citations pondérées
Cloisonnement du système de santé	18²⁸
Clivages entre métiers	15
Cohérence de l'information	12
Représentation du réseau	11
Manque de moyens financiers	11
Contrôle institutionnel	10
Dérive organisationnelle	9
Relâchement des participants	8
Manque de repères	7
Peur de perdre du pouvoir	7
Manque de motivation	6
Lourdeur administrative	6
Peur d'une dilution des compétences	6
Métier de coordonnateur	6
Modèle paternaliste	5
Manque de soutien de l'Etat	5
Passif relationnel	5
Manque de confiance	4
Diffusion de l'information	4
Coordination inter-réseaux	4
Peur d'une fuite de patients	4
Représentation négative des thématiques de soins	3
Difficulté à de projeter	3
Identification des parties prenantes	2
Différences de conception du temps	2
Jeux politiques	2
Culture psychanalytique française	2
Emplois du temps discordants entre métiers	2
Fonctionnement T2A	1
Multiplication des structures	1
Contrainte juridique	1

Nous illustrons, dans le tableau suivant, les points de blocages cités par des verbatim.

²⁸ Lecture du chiffre : 12 citations + 6 pondérations = 18 (on pondère chaque point de blocage en ajoutant le nombre de fois où ils ont été cités comme étant les plus pesants par les acteurs de terrain)

Illustration des difficultés par des verbatim

Points de blocages	VERBATIM
Cloisonnement du système de santé	<p>« Actuellement, c'est complètement morcelé. Les parents ne savent même plus quel professionnel choisir. Chacun y va de son diagnostic. Les ophtalmo, les kiné, les posturologues ont leur théorie ; les instits qui veulent rien entendre ; les psy on a notre théorie et y a encore 2 sortes de psy, ceux qui parlent psychopathologie genre ce qui c'est passé pendant l'enfance, si l'enfant fait un blocage..., il y a les neuropsy qui regardent plus la mémoire, l'attention...et par expérience il n'y a jamais l'un ou l'autre. Il y a toujours un peu de rééducation cognitive, un peu de psychopatho ». RESODYS usager</p> <p>« C'est aussi parti de l'idée qu'il y avait des ados qui étaient comme des patates chaudes et qui étaient trimbalés de foyers en foyers, de service psy en service psy, d'institutions en institutions...on ne savait jamais quoi en faire, personne n'y arrivait. Il était important de réunir des professionnels pour discuter et se concerter ». RESADOS social</p>
Clivage entre secteurs	<p>« L'animosité vient du fait que tous on se recoupe un peu et il y a ceux qui vont voir qu'on se complète et ceux qui vont voir qu'on se piétine ». RESODYS médical</p> <p>« Chez nous, on a 2 mondes séparés, habitués à fonctionner en vase clos, qui ne se supportent pas. On essaye par exemple que les orthophonistes puissent intervenir dans le cadre scolaire parce que les familles monoparentales n'ont pas le temps d'accompagner les enfants plusieurs fois par semaines etc., on n'y arrive pas parce qu'il y a un barrage de la fédération des orthophonistes alors que c'est légalement possible ». RESODYS usager</p> <p>« Les mandarins médicaux ont un sacré pouvoir qu'ils ne sont pas prêt à lâcher. Il n'y a aucune raison qu'un problème comme les troubles de l'apprentissage soient la propriété de la neuropédiatrie et de la médecine à l'hôpital. C'est un truc qui pourrait se régler beaucoup plus à l'école ». RESODYS social</p> <p>« Ce qui bloque avant tout, c'est le manque de respect mutuel entre les différents professionnels. Ce manque de respect peut parfois aller jusqu'à une méprise et des insultes. Le fait que les gens ne s'insultent plus est déjà une grande avancée. On ne demande pas qu'ils soient amis ». PERINAT SUD gestion</p> <p>« Sans un côté très médical, ce n'est pas la peine, on n'est pas crédible. C'est tout de même l'assurance maladie qui finance. Les personnes qui étudient les dossiers DRDR ont un profil médical. Il faut des promoteurs médicaux ». RESADOS gestion</p>
Cohérence / compréhension de l'information	<p>« Il est important d'avoir un message global cohérent entre pro et patients. Il faut informer beaucoup. A travers les campagnes de dépistages, les réunions, les ateliers...on essaie d'apporter ça, d'informer la presse ». AMD gestion</p> <p>« Avant le réseau, les enfants naissaient là où il y avait de la place et on transférait si besoin de soins dans d'autres établissements. Aujourd'hui, une maman peut être amenée à fréquenter plusieurs établissements au cours de sa grossesse en fonction de l'évolution de sa grossesse. Le but du réseau est de faire naître un enfant au bon endroit, c'est à dire où il pourra recevoir les soins dont il pourrait avoir besoin. Il est bon d'harmoniser le parcours, les discours et les pratiques entre établissements afin de se sentir en sécurité ». PERINAT SUD médical</p>
Représentation du réseau	« Du côté des médecins, ils ont parfois mal vécu l'apparition des réseaux car ils ont l'impression que l'hôpital va les manger. Ils ont peur de perdre leur autonomie ». AMD médical
Manque de moyens financiers	« c'est une lutte permanente, non seulement pour avoir les financements mais aussi pour les garder ! ça ne s'arrête jamais et ça prend énormément de temps et d'énergie ». RESADOS gestion
Contrôle institutionnel	« Dans les institutions modernes, on est toujours coupables par rapport à une loi à laquelle on n'a pas accès. Par exemple, quand on dépose un dossier, c'est jamais comme il faut mais personne vous dit jamais quelle est la loi. On est toujours coupable, on est toujours à côté. Pour les réseaux, on vous dit – allez y c'est formidable, faites un réseau, il y a les textes – et puis on vous donne pas tout à fait assez d'argent et après on vous dit vous –vous n'avez pas assez bien fait alors qu'on vous avait donné de l'argent. L'administration fait semblant de croire qu'elle a envie que ça marche mais c'est pas sûr ». RESODYS social
Dérive organisationnelle	« Dans la santé, je pense que ce qui est le plus regardé aujourd'hui sont les réseaux de santé : on leur demande des rapports d'activité, une comptabilité à l'euro près, des suivis d'actes dérogatoires, toutes sortes de statistiques, des indicateurs, de justifier des fiches de poste, des documents signés en double exemplaire...alors que partout ailleurs dans le système de santé, je ne connais pas d'équivalent que ce soit libéral ou hospitalier, il n'y a pas toutes ces formalisations et ces contrôles mis en place de A à Z. On demande énormément de choses aux réseaux de santé qu'on ne demande pas au reste, on doit gérer en bon père de famille, on doit gérer les GRH... en développant une offre de soins sans pour autant créer une offre de soins supplémentaires. Tout ça avec des moyens pas du tout rationalisés : pas de cahiers des charges, pas de standards...on se débrouille » RESODYS usager

Relâchement des participants	<p>« On n'a pas toujours besoin du réseau. On va donc parfois être moins en contact et petit à petit on s'en détache ». RESADOS gestion</p> <p>« Il faut toujours prendre garde à ne pas perdre en implication et motivation, rappeler la plus value du réseau ». RESODYS gestion</p> <p>« C'est une bagarre de tous les jours que ce soit pour les professionnels ou les patients. Même si le message est passé, il faut entretenir la flamme, il peut y avoir relâchement ». AMD médical</p>
Manque de repères	<p>« On aimerait un guide pratique qui conseille sur les assurances à prendre en tant que réseau, les statuts...or ça n'existe pas. Il faudrait une sorte de pack administratif qui donne des conseils concrets. Pour ce qui est de la logistique, de la technique...il faut rester souple, c'est dépendant de chaque réseau mais c'est surtout administratif. On gagnerait du temps en plus, c'est du gâchis ». AMD gestion</p> <p>« L'idée est de rendre visible ce qui est tacite pour montrer qu'une prise en charge n'est pas liée au hasard. Toute prise en charge est pensée et n'est pas le fruit du hasard. Les référentiels réduisent l'incertitude, donnent des repères ». RESADOS gestion</p> <p>« On ne sait pas quoi faire parce qu'on ne nous dit pas comment faire avant. On fait quelque chose, on a un rapport d'activité ensuite et là on nous dit c'est pas ou c'est pas bien. Ça aurait été mieux de nous dire avant ce qu'on attendait ». RESODYS usager</p>
Peur de perdre du pouvoir	<p>« Les professionnels ont certainement peur de perdre un peu de leur pouvoir en intégrant le réseau. ils ont peur de perdre un peu de leur autonomie et de se voir piétiner par d'autres. Malheureusement, ça existe ». RESODYS social</p>
Manque de motivation	<p>« On a toujours le noyau d'origine mais on a des difficultés à mobiliser d'autres acteurs. Depuis les temps, il devrait y avoir plus ». RESADOS gestion</p> <p>« On a des difficultés à mobiliser certaines personnes. Soit on n'arrive pas à les mobiliser, soit on touche toujours que les mêmes. Il ne voit pas un intérêt immédiat à participer au réseau ». PERINAT SUD gestion</p> <p>« Il n'y a pas de réseau qui fonctionne s'il n'apporte pas aux professionnels des réponses à des difficultés ou besoins. Le réseau ne peut pas se réduire à un cycle de formation. Les professionnels doivent y voir un intérêt concret ». AMD médical</p>
Lourdeur administrative	<p>« Pleins de gens ont des idées, ont envie de faire bouger les choses mais ils sont découragés par l'administration ou le manque de moyens financiers. Maintenant, pour se lancer dans un réseau, il faut énormément de courage, il faut avoir les reins solides ». RESADOS gestion</p> <p>« On essaie d'alléger au maximum la charge administrative des médecins qui sont un peu allergiques à la paperasse. C'est pourtant obligatoire de rendre des comptes pour les financeurs. Même si ce travail est rémunéré, ils s'en moquent, ils sont vraiment allergiques à la surcharge de travail ». AMD gestion</p>
Dilution des compétences	<p>« Les gens ont peur que réseau rime avec perte de ses spécificités. Il n'est pas question que tout le monde fasse tout mais il faut trouver le bon interlocuteur compétent au bon moment et au bon endroit de la chaîne ». PERINAT SUD médical</p> <p>« Chacun défend jalousement son territoire ». RESADOS social</p>
Métier de coordonnateur	<p>« C'est loin d'être simple d'être un coordonnateur, et puis d'abord c'est quoi un coordonnateur de réseau ? on ne sait pas, il y a plein de coordonnateurs de pleins de choses ». RESADOS gestion</p>
Modèle paternaliste	<p>« Les parents sont informés en recevant le bilan de l'enfant fait par les différents professionnels qui l'ont suivi. Or ce bilan est indigeste car les mots sont du jargon médical. En plus ils n'ont pas la même portée. Quand un psy parle de souffrance, une mère ne l'entend pas pareil, c'est culpabilisant... Les usagers sont ceux qui vivent avec leur maladie depuis toujours, ils ont beaucoup à apprendre aux professionnels ». RESODYS usager</p> <p>« Il faut savoir qu'on demande au patient beaucoup de choses dans le réseau (des examens réguliers...) qui peuvent l'embêter même si c'est dans leur intérêt. Certains veulent prendre leur médicament et puis basta ». RESADOS médical</p>
Manque de soutien de l'Etat	<p>« C'est un besoin de santé publique identifié mais pour autant, il n'y a pas de veille épidémiologique, ce qui ne favorise pas les dépistages précoces. Il n'y a pas de statistiques bien faites. C'est une forme d'hypocrisie politique qui conduit à une mauvaise prise en charge. On envoie des enfants en psychologie à l'hôpital de jour alors qu'ils souffrent de troubles du langage ». RESODYS social</p>
Passif relationnel	<p>« Quand un juge qui faisait partie du noyau initial est parti, ça a fait du mal au réseau. C'était un élément primordial. On ne repart pas de zéro mais il faut reconstruire derrière. Sur une échelle de 10, on reprend à 2 et pourtant ça marchait vachement bien. C'est fatigant ». RESADOS social</p>

	« Certaine chose ne pourront pas changer tant qu'il y a des noyaux de personnes qui verrouillent le réseau, qui freinent le changement. Il y a des gens qui ne comprennent pas le travail en réseau et qui n'ont pas l'intention de le comprendre. Ils s'opposent complètement ». PERINAT SUD gestion
Manque de confiance	« Plus on se rencontre, plus les peurs tombent non pas que l'autre devient génial mais déjà on le connaît ». RESADOS médical
Diffusion d'informations	« Il fait trouver le bon outil pour la bonne personne. C'est pas évident, entre ceux qui ont Internet, ceux qui ne sont pas équipés. Il faut pouvoir toucher tout le monde avec des mots simples et compréhensibles ». PERINAT SUD gestion
Coordination entre réseaux de santé	« On est un peu lâché dans la nature. On essaie de demander à l'URCAM une réunion entre les réseaux de la région en diabète mais ça fait 3 mois que ça dure ». AMD gestion « C'est dommage de ne pas mutualiser entre réseaux qui ont des problématiques proches pour coordonner nos actions, éviter les doublons, s'aider mutuellement, éviter de saturer les jeunes avec des redondances ». RESADOS social
Peur d'une fuite de patients	« Certain médecin peuvent avoir peur de perdre des patients à l'idée d'envoyer un patient vers un spécialiste, notamment chez les médecins de quartier ». AMD médical
Représentation négative de certaines thématiques de soins	« Il y a deux types de réseaux, ceux qui ont des pathologies courantes avec un consensus de prise en charge, et ceux qui ont des pathologies mal connues et qui doivent se confronter des barrières idéologiques. Il y a de sérieux manques. C'est discriminant ». RESODYS usager
Difficulté à se projeter	« Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que quand on est un réseau, on peut difficilement se projeter. Je veux dire par là que les financements ne sont pas certains et puis on ne sait pas trop comment les réseaux vont évoluer. Il faut donc gérer ça, c'est pas simple de progresser tout en ne sachant pas vraiment jusqu'où on peut aller ». AMS gestion
Identification des parties prenantes	« Tous les acteurs concernés par la grossesse devraient signer la charte. Il n'est pas évident de tous les repérer et encore moins de les mobiliser ». PERINAT SUD social
Différence de conception du temps	« Il faut aussi voir que les médecins n'ont pas la même notion du temps, ils travaillent sur du court terme voire dans l'urgence. Dans le réseau, on n'est pas dans la même logique de fonctionnement. Il se forme progressivement et demande de la patience. Ils ne comprennent pas que des sages femmes soient assises derrière un ordinateur alors que eux courent dans les couloirs ! ». PERINAT SUD organisation
Jeux politiques	« Certains ont le bras long. Il ne faut pas s'en cacher. Certaines relations peuvent aider ou au contraire vous barrer la route. C'est des histoires politique tout ça ». RESODYS usager
Culture psychanalytique française	« Il y a une culture psychanalytique très forte en France. Si on a un problème difficile à résoudre, on l'assimile à un blocage psychologique. Les interprétations sauvages continuent encore ! ». RESODYS usager
Fonctionnement T2A	« La tarification à l'activité encourage les hôpitaux à avoir des lits pleins. L'hôpital a intérêt à garder les patients plutôt que de les renvoyer. Ce fonctionnement peut porter préjudice au fonctionnement en réseau. Les établissements voudront dans cette logique garder leur patient à mois que les lits soient pleins. Il ne vaut mieux ne pas avoir de lits vides ». PERINAT SUD médical
Multiplication des structures	« Une maison du handicap a été créée depuis janvier 2006 pour avoir un seul interlocuteur. Or, les troubles de l'apprentissage sont handicapants mais ne se traitent pas comme un handicap. Il ne faut pas tout mélanger. Cette maison a pour mission de prendre en charge les troubles du langage. A trop vouloir mutualiser, on dilue et perd en cohérence et compétence. Les gens de cette maison ne savent pas gérer ce handicap. Et pour les parents, ça devient plus compliquer. Ils ne savent plus vers qui se retourner. Ce qui a été créé pour simplifier le parcours des malades semblent le compliquer ». RESODYS gestion
Emplois du temps discordants	« Je pense à une autre difficulté. C'est que tout le monde n'a pas le même rythme. C'est à dire qu'un infirmier hospitalier ne va pas travailler comme un infirmier libéral et ça pose des difficultés pour s'accorder ». AMD Médical
Contrainte juridique	« Ce qui est compliqué aussi, c'est tout ce qui touche au statut juridique, enfin je veux dire savoir comment faire, quelle forme prendre et ce que ça implique ». RESADOS gestion

Annexe 4.1

Guide d'entretien (recueil de récits de pratiques)

CONTEXTE

- Doctorat sur les réseaux de santé
- Centre d'intérêt du chercheur : mieux comprendre ces nouvelles formes d'organisation des soins et en soutenir le fonctionnement (mentionner l'étude exploratoire : besoin de repères formulé par les acteurs)
- Le répondant accepte-t-il l'enregistrement ? (anonymat et confidentialité : uniquement exploité dans le cadre de la thèse)

Fonctionnement du réseau de santé

Objectifs :

- comprendre le fonctionnement du réseau de santé étudié (récupérer de la documentation si possible)
- identifier le rôle du répondant dans le réseau

✓ Renseignements généraux sur le réseau de santé étudié :

- histoire (naissance)
- finalité
- fonctionnement
- participants
- financement

✓ Rôle(s) de l'interviewé dans ce réseau de santé (et origine du premier contact)

Etude descriptive des difficultés de mise en œuvre

Objectifs :

- demander au répondant de décrire des situations difficiles concrètes (s'appuyer des difficultés recueillies en phase exploratoire si besoin)

✓ Descriptifs des difficultés managériales rencontrées dans le réseau de santé :

- Pouvez-vous me dire quelles difficultés vous rencontrez dans le réseau ?

✓ Recueil de situations concrètes dans lesquelles l'interviewé a ressenti ces difficultés (amener le répondant à détailler les difficultés avec des exemples concrets)

- Vous souvenez-vous d'une situation concrète dans laquelle vous avez ressenti cette difficulté ?

Etude descriptive des pratiques

Objectifs : amener le répondant à décrire ses pratiques en utilisant les incidents critiques qu'il a défini

- pratiques passées et non retenues (échec)
- pratiques existantes
- pratiques potentielles (en prévision, souhaitées mais non réalisables...)

✓ Associer chaque incident critique aux moyens mobilisés pour y faire face (s'aider de la grille de collecte)

- descriptif des actions menées (*demander des détails pour croiser les données*)
- descriptifs des acteurs en présence

✓ Informations complémentaires :

- Avez-vous essayé d'autres actions pour faire face à cette difficulté ?
- Qu'est-ce qui pourrait être envisagé pour faire face à cette difficulté ? (*En prévision ? non réalisable ? pourquoi ?...*)

Conclusion

- Avec les coordonnateurs : annoncer une restitution de l'entretien + appel téléphonique (possibilité de compléter l'entretien)
- Avec les acteurs périphériques : proposer une restitution des principaux résultats de la recherche en fin de thèse

Annexe 4.2

Grille de collecte de données

Difficultés citées	Incidents critiques (ex. concrets)	Pratiques (+ acteurs)		
		<i>passées</i>	<i>existantes</i>	<i>souhaitées</i>

Annexe 4.3

Exemple d'une restitution d'entretien adressée à la directrice d'Alp'âges

**Université de la Méditerranée
Aix-Marseille II
CRET LOG**

Bruyère Christelle
65, Bd. Eugène Pierre
13005 Marseille
06 81 27 61 89
christellebruyere@yahoo.fr

Marseille, le 30 mai 2007

Objet : compte-rendu de l'entretien

Madame « ALPHA »,

Vous m'avez cordialement reçu dans vos locaux le 10 mai afin de discuter du fonctionnement d'ALP'AGES. Cette rencontre s'est faite dans le cadre de mon doctorat en Sciences de Gestion s'intéressant aux difficultés de mise en œuvre des réseaux de santé en France.

Comme convenu en fin d'entretien, je vous restitue aujourd'hui les informations principales qui ont été échangées lors de cette discussion. Je vous rappelle que ces informations sont confidentielles, anonymes et uniquement exploitées dans le cadre de mes études. La restitution de l'entretien qui est jointe à cette lettre est partielle : en cohérence avec le sujet de mon doctorat, je me suis concentrée sur les difficultés de mise en œuvre qui ont été ou sont encore ressenties au sein d'ALP'AGES et les moyens mobilisés pour y faire face. N'y voyez donc pas un tableau « négatif » de votre réseau qui m'a été conseillé, je vous le rappelle, pour sa bonne réputation.

Je vous contacterai prochainement pour éventuellement préciser ou compléter l'entretien que nous avons eu.

Je vous remercie très sincèrement de votre disponibilité et de votre aide dans l'avancement de mon doctorat et je vous prie de croire, Madame « ALPHA », en ma meilleure considération.

Christelle Bruyère

EXTRAIT DES PRINCIPALES INFORMATIONS RECUEILLIES EN ENTRETIEN

Difficultés ressenties	Moyens pour faire face (actions, savoir-être, état d'esprit, etc.)
DIFFICULTES STRUCTURELLES (liées à la structure du système de santé)	
Des moyens financiers inadaptés <i>- des budgets cloisonnés</i> <i>- une enveloppe financière non pérenne</i> <i>- des financements corrects mais qui ne sont pas à la hauteur des espérances</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Penser global au niveau local tout en ayant une comptabilité séparée - Etre visionnaire : <ul style="list-style-type: none"> • veille sur Internet (actualité des politiques de santé) • valorisation de ses acquis (en vue d'une possible réorientation) - Ne pas se sentir menacer en permanence : « carpe diem » - Multiplier les sources de financements
Un manque de coordination institutionnelle <i>Pas de relais institutionnel</i>	Il serait bon que les institutions donnent l'exemple : coordonner sur le terrain, oui, mais à condition que le relais se fasse au niveau des institutions
Un contrôle institutionnel pointilleux <i>Les tutelles sont de plus en plus exigeantes en ce qui concerne l'utilisation des fonds</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Se positionner en cohérence avec le cadre donné par les tutelles (se référer aux circulaires notamment) - Anticiper les évaluations en s'appuyant sur des outils supports en interne : <ul style="list-style-type: none"> • en retravaillant collectivement des grilles d'évaluations définies par les tutelles, • en créant collectivement des outils de traçabilité, • en collaborant avec les tutelles (définition d'un parcours du patient avec un chargé de mission URCAM) Rq : il serait intéressant que les tutelles intègrent les acteurs des réseaux dans la construction de leur grille d'évaluation pour gagner en lisibilité et en adhésion
DIFFICULTES CULTURELLES (liées aux représentations des acteurs)	
Représentation du réseau <i>Le réseau renvoie à une organisation « vague »</i>	Rendre le réseau tangible : <ul style="list-style-type: none"> - élaboration d'une charte - conventions formalisant les partenariats, etc.
Représentation de la thématique du réseau <i>S'entendre dire « il est vieux, c'est normal »</i>	Communiquer pour se faire entendre

DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES (liées au fonctionnement opérationnel du réseau)	
Manque de repères <i>- peu de repères sur la construction et la gestion d'un réseau de santé</i> <i>- métier de coordonnateur flou</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Appui des circulaires pour avoir les grandes lignes attendues d'un réseau de santé gériatrique - Construction progressive d'ALP'AGES (prendre son temps et fonctionner étape par étape) - Construction collective (avoir une dynamique de groupe, être en interaction avec le terrain) - Place accordée à l'expérience de chacun et à l'intuition : apprentissage en faisant - Capacité d'adaptation et de réajustement continu - Faire preuve d'optimisme
Structurer le réseau sans le rigidifier	<ul style="list-style-type: none"> - Structurer l'organisation interne du réseau : <ul style="list-style-type: none"> • Une organisation structurée par le statut juridique (statut associatif) • Une équipe de coordination avec des rôles clairement définis • Une double étiquette CLIC et réseau de santé avec des activités clairement balisées - Formaliser le réseau avec des outils qui sont discutés / négociés collectivement : <ul style="list-style-type: none"> • Conventions avec les partenaires • Critères d'inclusion de patients • Outils d'évaluation - Prévoir des temps de rencontres tout en laissant des possibilités d'échanger de façon informelle : <ul style="list-style-type: none"> • Des temps de rencontres réguliers (réunions mensuelles au sein de l'équipe de coordination, CTO, AG, CA...) • Des temps de rencontres ponctuels (autour d'une situation problématique par exemple) • Des actions collectives planifiées (formations...)
Gestion des flux d'information	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser une information attractive (les informations en assemblée générale ne suffisent pas) : <ul style="list-style-type: none"> • Multiplier les moyens de communication (articles de presse, actions collectives, Internet, affiches...) • Fournir une information adaptée à chaque acteur (professionnel de différents métiers, patients et famille...) • Communiquer sur les plus values du réseau : réalisation en cours d'un document synthétique illustrant les plus values du réseau pour les professionnels et les personnes âgées (visuel attractif). - Faciliter les flux d'information : <ul style="list-style-type: none"> • Création d'un annuaire des professionnels de santé partenaires d'ALP'AGES • Accès pour les patients et professionnels au centre de documentation situé à ALP'AGES • Projet d'informatisation (dossier médical électronique) - Ne pas avoir peur de se répéter sans pour autant noyer les partenaires dans une masse d'informations : « trop d'information tue l'information »
Coordination avec les partenaires du réseau	<ul style="list-style-type: none"> - Informer continuellement - Créer des occasions d'échanges autour de cas patients et autour d'actions collectives - Créer des protocoles pour faciliter la coordination (exemple des sorties d'hospitalisation. Une réflexion est en cours pour protocoliser le relais hôpital – réseau. Les liens avec les hôpitaux sont difficiles. Une directive tutélaire permettrait certainement de débloquer ce type de situation)
Gestion du secret médical	Cette question doit être traitée au niveau institutionnel
Gestion de l'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser et informer toutes les personnes au chevet de la personne âgée - Anticiper en commençant par une prise en charge progressive et faire une veille (système de signalement) : dresser une liste des personnes fragiles et isolées

DIFFICULTES COMPORTEMENTALES (liées aux comportements des acteurs dans un contexte de réseau de santé)	
Sensibilisation des partenaires potentiels	<ul style="list-style-type: none"> - Informer et convaincre des plus values d'ALP'AGES : <ul style="list-style-type: none"> • Volonté d'impliquer les acteurs concernés dès la naissance du projet (management participatif à la source) • Sensibilisation des médecins généralistes avec une campagne initiale (porte à porte). Ensuite, sensibilisation des professionnels de santé autour des cas de prise en charge. • Volonté de privilégier les rencontres en face à face pour favoriser les adhésions (bien que ce soit un mode de communication fortement consommateur de temps) • Coupler les mots à l'action : apporter les preuves de la plus value du réseau à travers des exemples concrets - Relancer sans s'acharner (si l'acteur est réfractaire, on ne peut rien faire de mieux qu'informer) - Créer des occasions de rencontres entre professionnels : <ul style="list-style-type: none"> • Formations pluridisciplinaires (questionnaire pour sonder leurs attentes, mise en œuvre de stratégies attractives comme l'intervention d'un laboratoire réputé, l'intervention d'un réseau de soins palliatifs frontalier, la réalisation de formations qualifiantes pour la FMC...) • Actions collectives (action de prévention, action en maison de retraite, etc.) • Concertations autour de cas complexes
Maintien de la motivation des partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre naturellement des comptes à tous les acteurs (et pas seulement aux tutelles) : pour être transparent, rappeler que le réseau est actif et encourager les acteurs concernés en soulignant les résultats produits par le réseau <ul style="list-style-type: none"> • Bilan annuel des activités du réseau auprès des partenaires - Etre réactif face à une situation nouvelle - Questionner les partenaires sur leurs attentes (lors des réunions, des échanges...) - Apporter une compensation financière aux professionnels : <ul style="list-style-type: none"> • Indemnisation des temps de concertation
Opportunisme de certains partenaires	<p>Il n'y a rien à faire au risque de déclencher un effet d'entraînement (par filiation, d'autres pourraient quitter le réseau). Cette difficulté est toutefois anecdotique.</p>

Annexe 4.4

Exemple d'un entretien codé

Acteur de terrain interviewé: Caroline

Réseau de santé: RESEAU RESP 13

Fonction: coordinatrice psychologue

Date: 15 / 06 / 07

Mode de l'entretien: face à face

Durée de l'entretien: 1h30 (coupure téléphonique 10 min)

Remarque: consulter la plaquette du réseau

Chercheur: si vous voulez bien dans un premier temps, pouvez vous m'expliquer quel rôle vous avez dans RESP 13?

Répondant: je suis psychologue clinicienne. Je suis engagée ici depuis mars 2006 en tant que psychologue coordinatrice. J'ai plusieurs missions. La première, celle de la coordination psychologique pour les patients. Les personnes qui sont reconnus en soins palliatifs peuvent bénéficier d'une prise en charge psychologique financée par la sécurité sociale. L'objectif est d'apporter un soutien au patient et/ou à la famille et/ou à l'équipe soignante. Je fais beaucoup de soutien plus ou moins informel par téléphone. Et quand il y a des besoins plus importants sur place, je travaille avec des psychologues en libéral.

ancienneté
profession

rôle

Chercheur: par connaissance?

Répondant: oui, c'est un peu par bouche à oreille et en fonction des demandes. Il faut que j'arrive à avoir des psychologues un peu sur toutes les communes. Ça fait partie de mon travail d'élaborer un maillage pour assurer un suivi psychologique de proximité si besoin.

Chercheur: d'accord

Répondant: donc notre mission est d'évaluer les besoins de la patiente, de comprendre sa demande, de comprendre pourquoi à ce moment là précisément. Par exemple si un soignant me demande d'intervenir sur une patiente, je dois me demander pourquoi à ce moment là, si c'est pas lui qui est en difficulté. C'est une période de crise pour la personne et ceux qui l'entoure. L'objectif est de pouvoir travailler en équipe. Ce qui est nouveau, c'est que traditionnellement c'est le patient qui va vers le psychologue et le psychologue ne va pas au domicile donc ça c'est vraiment nouveau. Il faut pouvoir faire bénéficier à la personne et sa famille du même accompagnement. C'est très nouveau pour les psychologues et du coup ça interroge beaucoup. Le cadre dans lequel le psychologue travaille est très important et le fait de devoir aller à domicile change ses pratiques. La démarche est différente. Un patient qui va vers un psychologue à la démarche d'aller vers lui alors que là c'est le psychologue qui va à domicile.

rôle

Chercheur: et comment se font les liens ensuite entre psychologues?

Répondant: Après être aller à domicile je leur demande non pas le contenu de l'entretien, il y a le secret professionnel, mais j'ai besoin de leur avis. Pour que je puisse le communiquer au reste des soignants et ajuster l'attitude au plus juste possible pour pouvoir accompagner la personne. C'est toujours difficile de savoir où est la frontière entre l'intimité, le secret... ce que je fais aussi, c'est que si le patient a été hospitalisé et qu'il a vu le psychologue hospitalier, je le contacte pour faire le lien pour assurer une certaine continuité dans la prise en charge.

spécificité et unité

logique de dialogue

Chercheur: et en général, ce lien est bien accueilli?

Répondant: en général oui.

Chercheur: d'accord

Répondant: il y a aussi des séances proposées aux familles lorsque le patient est décédé. Ça fait pas très longtemps qu'on les propose.

rôle

Chercheur: et pour bien comprendre, ce dont vous me parlez, les séances de psy à domicile, les séances proposées aux familles... ce sont des temps imposés par les tutelles ou bien créés par le réseau?

logique de différenciation

Répondant: moi, je n'ai aucun rapport avec les tutelles. C'est au cours de discussion avec Nathalie que ça se décide. Derrière, je ne sais pas comment ça se passe. Mais c'est tant mieux parce que d'une certaine manière, ça me permet de me concentrer sur ce que j'aime

Chercheur: d'accord

Répondant: autre mission, j'essaie aussi d'informer au maximum les autres psychologues des manifestations qui sont organisées, de les sortir de l'isolement. Par exemple, la semaine prochaine j'organise une réunion entre nous et j'aimerais pouvoir le faire tous les deux ou trois mois.

rôle
logique de dialogue

Chercheur: et les psychologues contactés ont été réceptifs à ce type de réunion?

Répondant: alors, je crois que ce n'est pas par hasard si l'on travaille en libéral. On aime bien une forme d'indépendance, avoir peu de contraintes. Donc participer à des réunions peu représenter pour eux des contraintes. C'est clair que si je sais qu'un psychologue travaille régulièrement avec déjà avec un réseau onco, je ne vais pas le solliciter. J'essaie de travailler avec des personnes engagées, motivées, qui sont dans l'esprit réseau, qui ne font pas de la rétention d'informations. Certains ont vraiment du mal ne serait-ce que pour me communiquer un avis tout simplement ce qui rend le travail difficile. Encore une fois je ne demande pas le contenu mais un avis.

conformité et autonomie

spécificité et unité

Chercheur: j'allais justement vous demander ce que vous entendez par l'esprit réseau?

Répondant: dans l'idée de transmettre des informations. Ce que je fais, c'est que quand j'ai un patient inclus, je contacte le psychologue en fonction de l'âge, plus ou moins âgé, du territoire. Je l'accompagne, je vérifie s'il est disponible. Je contacte la famille et je leur laisse l'initiative de le contacter pour prendre rendez vous. Avant c'était les psychologues qui prenaient contact. J'ai pensé que c'était important de laisser l'initiative au patient ou à sa famille. Une fois que les

logique de dialogue

conformité et autonomie

<p>coordonnées sont données à la famille, j'envoie une fiche de liaison au psychologue avec des paramètres. Ensuite j'attends un mail ou un coup de téléphone pour me signifier que le RDV est pris. Parce que parfois il y a des patients qui n'appellent pas bien qu'ils aient souhaité le contact, soit parce que ça va mieux, soit il est décédé...donc pour le savoir, parfois je reprends contacts avec eux, ça dépend des contacts.</p>	<p>conformité et autonomie</p>
<p>Chercheur: d'accord</p>	
<p>Répondant: en général, quand il y a un psychologue en place et que la prise en charge a démarré, je ne reprends plus contact avec le patient. Par contre, je reste à leur disposition s'ils veulent me téléphoner.</p>	<p>logique de dialogue</p>
<p>Chercheur: et comment ça se passe'ils souhaitent vous contacter ?</p>	
<p>Répondant: en général, eux ne le font pas. Ils savent que je suis à leur disposition, que je suis à mi temps. Jusqu'à présent aucune personne n'a appelé en disant que ça ne va pas du tout. Par contre, moi systématiquement, j'appelle régulièrement. Il y a tellement de choses à gérer, au niveau de l'affect, au niveau administratif, au niveau des intervenants autour de la personne. Donc je demande au psychologue un retour soit par téléphone ou par mail suite au RDV. C'est vrai que c'est variable. Il y a des psychologues chez qui il faudra systématiquement aller chercher l'information, d'autres répondront volontiers d'eux même.</p>	<p>logique de dialogue conformité et autonomie</p>
<p>Chercheur: et donc vous faites des relances?</p>	
<p>Répondant: oui, je n'abandonne pas et en général ils finissent par me rappeler.</p>	<p>conformité et autonomie, logique de dialogue</p>
<p>Chercheur: et les psychologues avec lesquels vous travaillez sont informés du fonctionnement de RESP 13?</p>	
<p>Répondant: alors, toutes les personnes avec qui je travaille, je les vois dans un premier temps en entretien individuel. Je pense que c'est très important de les voir en face à face, dans le non verbal il y a énormément de communication. Par téléphone, je ne pourrai pas ressentir...si j'ai un bon feeling avec quelqu'un, ça ne garantit pas que ce soit un bon psychologue mais c'est un moyen d'évaluation. Avec les psychologues, on est beaucoup dans la relation. Et puis j'ai les retours des équipes soignantes qui m'aident aussi à évaluer.</p>	<p>logique de dialogue conformité et autonomie</p>
<p>Chercheur: d'accord</p>	
<p>Répondant: sinon, j'organise des groupes de paroles de garde malades à domicile qui sont conventionnés par la sécu. Ça a été mis en place l'année dernière. J'encadre également des formations, il y en a sur liste d'attente. Il y a des intervenants de qualité, c'est interdisciplinaire, c'est toute une journée. Les intervenants peuvent être des psy qui bossent en soins palliatifs, des libéraux, un prêtre, des médecins...ce sont des gens de terrain.</p>	<p>spécificité et unité, logique de dialogue,</p>
<p>Chercheur: et comment vous définissez les thématiques des formations?</p>	
<p>Répondant: il y a des incontournables qu'on retrouve d'année en année. On reprend les mêmes thématiques. On leur donne aussi un questionnaire après chaque formation.</p>	<p>spécificité et unité, logique de dialogue,</p>
<p>Chercheur: j'ai bien compris quel rôle vous aviez dans RESP 13. Maintenant, pouvez vous me dire spontanément quelles difficultés vous rencontrez dans votre travail quotidien au sein du réseau?</p>	
<p>Répondant: j'imagine que c'est comme ça pour beaucoup...ce serait en premier la question du positionnement du réseau dans un système ou il y a beaucoup d'équipes de soins palliatifs qui fonctionnaient très bien jusqu'à ce qu'on arrive et on leur demande de fonctionner avec le réseau alors qu'il fonctionnait de façon autonome avant nous. C'est arriver à leur faire comprendre l'intérêt qu'ils peuvent avoir à travailler avec nous. Parce que c'est vrai que ça peut être un peu contraignant, par exemple quand un médecin veut faire rentrer à domicile un patient, il nous contacte, il faut qu'il nous rende un compte rendu, on risque de l'appeler...ça va lui prendre du temps quelque part. maintenant l'intérêt il est pour le patient et sa famille. L'intérêt est d'avoir un pôle ressource auquel ils peuvent s'adresser si besoin. La difficulté c'est que ça demande de l'énergie qui n'est pas forcément valorisée pour soi même en tant que professionnel car ce travail n'est pas compté dans la prise en charge.</p>	<p>formel et informel spécificité et unité conformité et autonomie</p>
<p>Chercheur: d'accord</p>	
<p>Répondant: et puis une autre difficulté c'est le partage des rôles. Par exemple, nous on organise pas le retour à domicile des patients mais on prend le relais à partir du moment où la personne est à domicile. Parfois il y a confusion avec les AS.</p>	<p>spécificité et unité</p>
<p>Chercheur: et comment faites vous pour lever ces confusions?</p>	
<p>Répondant: dans certaines prises en charges, ça se frotte un petit peu. donc on organise une réunion. Les gens se voient et on met les choses à plat. C'est important de se rencontrer.</p>	<p>logique de dialogue</p>
<p>Chercheur: d'accord</p>	
<p>Répondant: je pense à autre chose, c'est fréquent qu'on demande aux psychologues de se mettre en place en urgence. Dans les cabinets infirmiers qui font beaucoup de soins palliatifs, ils sont très engagés affectivement auprès des patients, ils jouent un peu les psy parfois jusqu'au moment où il y a beaucoup d'angoisse et ils ne gèrent plus du tout et il faut mettre en place un psychologue en urgence. Et ça, ça ne peut pas fonctionner. La démarche des soins palliatifs c'est quand même d'anticiper les difficultés auxquelles le patient et sa famille vont être confrontés pour les préparer. Un psychologue ne peut pas débarquer du jour au lendemain. Au niveau hospitalier, ils savent que les psy n'interviennent pas en urgence? Là ce dont je vous parle c'était au niveau d'un cabinet infirmier.</p>	<p>formel et informel</p>
<p>Chercheur: d'accord</p>	
<p>Répondant: ce qui est très difficile aussi pour les gens, c'est de se représenter ce qu'est le réseau. C'est normal. Dire qu'on est un réseau alors qu'on est que 5. Quand on parle de réseau de soins palliatifs, les gens s'imaginent qu'on est 150, qu'il y a des infirmières, des kiné...nous on est la cellule de coordination. Nous on fait du lien avec les partenaires existants et après on envisage des conventions qui</p>	<p>formel et informel, conformité et autonomie,</p>

formalisent ce qui se passe déjà sur le terrain mais elle ne va pas lancer le partenariat.

formel et informel, conformité et autonomie.

Chercheur: et comment faites vous pour définir ce qu'est le réseau? Pour le rendre tangible?

formel et informel

Répondant: il y a des plaquettes destinées aux professionnels et patients. Et puis, en général, on essaie de partir de l'idée que les gens se font du réseau et on essaie de compléter.

Chercheur: et en termes du rythme des réunions, elles sont toutes programmées?

formel et informel

Répondant: on n'a pas de procédure très précise à ce niveau là, ça se met on place au fur et à mesure. Il y a par exemple un médecin qui a dans l'idée de mettre en place un réseau pour les personnes âgées sur marseille. C'est eux qui nous ont contacté. On va faire une réunion pour les aider. Et puis il y a aussi des réunions autour de prises en charge qui posent problème. C'est pas évident, on est dans un système avec différents éléments, chacun à ses positions, il y a parfois des conflits d'intérêts, des domaines sur lesquels on se superpose. Et puis le réseau peut faire pour. C'est l'idée de partager des informations, de se faire filiquer, pour d'un contrôle et d'être évalué. On fait le lien avec les tutelles qui ont aussi une démarche de qualité et qui demande des retours. On représente ce lien avec les institutions.

logique de dialogue

spécificité et unité

conformité et autonomie

Chercheur: et vous pensez à certains conflits en particulier?

Répondant: oui, je pense par exemple à la concurrence, elle est parfois avec les équipes mobiles. Avant RESP 13, ils fonctionnaient un peu comme un réseau. On les a rencontré pour en parler, pour se positionner, pour définir les liens. Ils fonctionnaient en équipe mobile réseau depuis très longtemps, nous on arrive, c'est pas évident de leur demander de nous passer le relais sur certaines choses qu'ils faisaient très bien eux même. Mon avis, c'est qu'il ne faut pas s'acharner auprès des personnes qui fonctionnaient très bien comme ça avant sans nous. Le but du réseau n'est pas d'aller compliquer la vie des équipes mobiles. Il y a suffisamment de structures, de libéraux isolés, qui ne sont pas formés, à qui on peut apporter quelque chose, voilà.

philosophie gestionnaire

spécificité et unité

logique de dialogue

Chercheur: et il n'y pas la crainte de faire doublon avec les équipes mobiles?

Répondant: Sylvie est souvent en relation avec eux, on prend des nouvelles régulièrement. On prend du recul. On déborde de travail, on n'a aucun souci en terme d'inclusion. et puis à chacun son rôle. Ce qui est difficile c'était de leur faire prendre conscience qu'on n'était pas là pour leur voler leur travail, pour les remplacer. Chaque réseau s'adapte au territoire: ça dépend des équipes mobile, de la dynamique de libéraux sur le territoire, des professionnels présents sur le bassin, des caractéristiques de la population. A Montpellier par exemple, on a une réunion avec eux pour aller les voir et comprendre comment ils fonctionnent. D'après ce qu'on sait, à partir du moment où une personne est en soin palliatif, elle est signalée au réseau et c'est le réseau qui oriente vers une telle unité ou une équipe mobile.

spécificité et unité

logique de dialogue

Chercheur: et justement est-ce que vous vous inspirez du fonctionnement d'autres réseaux? Ou est-ce que c'est plutôt une curiosité de voir ce qui se fait ailleurs?

Répondant: c'est plutôt au départ une ouverture vers d'autres réseaux avec effectivement une possibilité d'en tirer des leçons. Par exemple, il y a un réseau de soins palliatif 04 qui se monte, l'AS est venue rencontrer emmanuelle. La psychologue a pris RDV avec moi la semaine prochaine. Ils viennent voir comment on fonctionne et si on peut témoigner de notre expérience, voilà.

logique de dialogue

Chercheur: je reviens sur le secret médical. Selon vous qu'est-ce que l'on peut faire par rapport à cette difficulté?

Répondant: oui, les psychologues sont tenus par le secret professionnel. Par contre donner un avis ou une opinion n'est pas un souci en soi, c'est pas interdit par le code de déontologie. Rapporter les paroles d'un patient et le contenu d'un entretien, ça c'est pas déontologique sauf si c'est quelque chose de très important, le psychologue peut demander au patient s'il peut en parler aux autres soignants.

spécificité et unité

Chercheur: d'accord

Répondant: Je pense que de toute façon il y a chez certaines personnes une réticence à travailler avec des réseaux, surtout chez les libéraux. Si on travaille en libéral, c'est justement pour ne devoir rien à personne et travailler en toute indépendance. C'est sur qu'un réseau c'est des contraintes mais aussi des opportunités. Les psychologues ne débordent pas toujours de travail donc le réseau peut leur permettre d'avoir des patients, d'avoir accès à des formations.

conformité et autonomie, autre paradoxe.

Chercheur: [je pointe les difficultés de la check list. J'explique que ce sont des difficultés ressorties de l'étude exploratoire. Objectif double: savoir si le répondant les ressent et si oui comment il les surmonte].

Contrainte juridique

Lourdeur administrative

Les réseaux sont une démarche assez récente. On doit prouver la plus value des réseaux. on doit passer du temps à prouver qu'on sert à quelque chose alors qu'on devrait passer du temps à faire. C'est vrai que c'est autant de temps pris sur notre travail qui nous dessert pour prouver notre plus value. L'évaluation, c'est Nathalie qui s'occupe de ça, c'est son dada. Je sais par exemple qu'on a mis au point des questionnaires à envoyer aux familles. Le souci, c'est que c'est toujours difficile quand quelqu'un est décédé de leur envoyer ce type de document, c'est les replonger dans quelque chose. Il y a un autre réseau qui le fait. Donc l'évaluation se fait par petites touches. On est sur plusieurs chantiers à la fois. Le questionnaire est en prévision.

conformité et autonomie

logique de différenciation

Passif relationnel

Qui forcément. Le réseau c'est la relation et dans la relation il y a l'humain qui rentre en compte avec des affinités et des tensions. Par exemple, nous il y a des institutions avec qui on travaille depuis le début et ça marche super bien alors qu'il y en a d'autres avec qui c'est nettement plus difficile. Vu qu'on déborde de travail, ceux qui pour des raisons X ou Y ne veulent pas travailler avec nous et que ça ne pénalise pas le réseau, on ne relance pas forcément. Maintenant, s'il y a des conflits entre partenaires, je peux tout à fait intervenir. J'ai une

spécificité et unité

logique de dialogue

profession

formation en systémique donc l'approche des systèmes, des relations, c'est un mon dada donc...il faut bien voir que ce qui n'est pas facile dans le soins palliatif c'est qu'on n'est plus uniquement dans la technique mais dans l'humain. Les soignants écoutent beaucoup. C'est difficile de rester indifférent. Il y a des problèmes de positionnement parce que tout le monde est dans l'écoute, le psychologue, l'infirmier, le kiné... le patient parle à l'un, à l'autre et parfois ça peut créer une forme de concurrence mais comme dans la vie de tous les jours. Mais en même temps, moi je suis assez peu en contact avec les médecins, c'est surtout Sylvie qui est sur la coordination médicale. Si moi j'ai des infos sur l'équipe soignante, je lui transmets à elle et c'est elle qui s'en occupe après.

profession
logique de dialogue
spécificité et unité

Identification des partenaires du réseau

Pour les familles, c'est pas toujours évident de nous identifier. Il y a tout un tas d'intervenants différents. Quand on dit «voilà c'est le réseau de soins palliatif», c'est pas... je pense que pour certaines personnes, ça doit être encore un truc parmi d'autres. Et pour d'autres...le réseau, c'est moi ! c'est vrai qu'en tant que psychologue, j'ai le privilège de ne pas être purement dans la technique, je suis dans l'écoute totale et la disponibilité. Quand j'appelle les gens pour un suivi hebdomadaire par exemple, ils apprécient beaucoup ce coup de téléphone. Et quand ils ne m'ont pas d'une semaine, ils me disent «tient, je me demandais pourquoi vous aviez pas appelé». c'est un réel réconfort psychologiquement de savoir qu'il y a quelqu'un qui est en lien avec l'hôpital et les libéraux, c'est rassurant. Et puis le fait de savoir que quelqu'un prend de vos nouvelles et est disponible, même si ça n'apporte rien, c'est réconfortant, c'est vraiment apprécié. Par exemple, si j'appelle, je demande comme ça va et là on me dit oui mais qu'il y a tel symptôme depuis quelques jours mais que le médecin traitant n'a pas été appelé. Alors moi je fais le relais avec Sylvie et elle prend contact avec le généraliste. Ça permet d'avoir plusieurs caméras de surveillances sur le patient et sa famille - les médecins, les kinés, les infirmières avec le psychologue, une caméra supplémentaire et c'est du coup une chance en plus de ne pas laisser passer un symptôme...

spécificité et unité
logique de dialogue

Et puis c'est délicat de se présenter comme tel, parfois on ne peut pas le faire. C'est pour ça que c'est très bien d'être en lien avec l'hôpital car parfois quand il nous faxe une demande, il nous précise de ne pas parler de soins palliatif. Les gens ne sont pas prêts, ce qu'on comprend très bien. Voilà, c'est pas anodin de se présenter comme réseau de soins palliatif.

Relâchement des participants

Non, nous parfois l'interface a du mal à se mettre en place mais une fois que c'est parti, c'est parti. On peut ressentir le relâchement en période de vacances par exemple mais c'est pas un problème de motivation.

Coordination inter-réseau

Moi, j'essaie de rencontrer les psychologues des autres structures. Je me suis mise en contact avec Mme X qui est psychologue coordinatrice du réseau Y. Voilà, on s'est rencontré avec d'autres psychologues d'autres réseaux. On se pose tous les mêmes questions. On se rencontre et on partage par rapport à ça, la place du psy dans un réseau...on est en lien et on essaie d'échanger et de partager nos questionnements mais pour autant on ne fait pas de coordination. Enfin si, parfois selon les patients, on réoriente vers d'autres réseaux plus adaptés.

logique de dialogue

Annexe 5.1

La Commission Technique d'Orientation (Alp'âges)

COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION

REGLEMENT INTERIEUR

Définition – Objectifs

Il s'agit d'une rencontre entre une équipe pluridisciplinaire permanente et l'équipe médico-sociale habituelle dans le but d'échanger et d'analyser le projet de vie d'une personne âgée suivie dans le cadre d'Alp'âges.

Par la prise de recul, la Commission Technique d'Orientation doit permettre :

- ☞ D'avaliser le suivi par Alp'âges
- ☞ D'analyser l'adéquation des réponses aux besoins
- ☞ D'aider à résoudre les difficultés rencontrées

Les conclusions de la Commission Technique d'Orientation sont ensuite consignées et diffusées par Compte Rendu au réseau habituel. La Commission Technique d'Orientation est régie par le principe de confidentialité.

Il faut rappeler que cette Instance n'est pas une émanation de la volonté unique de l'Association Alp'âges Coordination mais bien un outil préconisé par le Cahier des Charges des Institutions de tutelle.

Organisation

- 1) La Commission Technique d'Orientation se tient le dernier **jeudi** du mois de 13 h 30 à 16 h 15 à l'Hôpital Local de Saint-Rémy-de-Provence ou au sein des bureaux du CLIC Alp'âges Coordination à Châteaurenard.

Un temps d'une demi-heure est prévu pour chaque situation. Pour certains dossiers, l'équipe permanente peut demander des informations concernant l'évolution de situations examinées en Commission Technique antérieurement. Dans ces cas là, l'équipe ponctuelle n'étant pas conviée, nous ne statuons pas et ne produisons pas de conclusion.

Nous qualifions cet exposé : « POINT » par opposition à une Commission Technique d'Orientation.

La salle est organisée matériellement pour que la parole circule.

Proposition de support : afin que les membres permanents puissent conserver et suivre l'évolution des situations auxquelles ils auront participé, Alp'âges prépare une fiche avec présentation succincte de chaque dossier et emplacement prévu pour noter les conclusions.

La secrétaire - Son rôle :

- Envoyer les courriers avant la Commission Technique d'Orientation aux membres fixes et ponctuels
- Préparer les fiches pour les membres permanents
- Envoyer la proposition de conclusion de la CTO aux intervenants ponctuels de la personne âgée qui se seront excusés de leur absence au préalable.

NB : Nous rappelons que ce récapitulatif est strictement confidentiel et que toute divulgation exposerait son auteur à des poursuites conformément à l'article 226-13 du Code Pénal.

La Directrice du CLIC - Son rôle :

- Doit prendre des notes et surtout récapituler chaque conclusion énoncée par l'équipe présente.

L'Animateur, modérateur - Son rôle :

- Enoncer les cas, réguler les échanges et gérer le temps des situations exposées.
- Son rôle est également de rappeler **la confidentialité** des dossiers. **A ce propos, chaque participant à l'étude d'une situation s'engage par écrit, en signant une attestation, de respecter le secret professionnel et médical.**

Toute décision doit être prise à la majorité. Le quorum requis est fixé à six personnes. Si celui-ci n'était pas atteint la Commission Technique d'Orientation est reportée dans les 15 jours qui suivent.

Rémunération des professionnels de santé libéraux

Le Centre Local d'Information et de Coordination Alp'âges est reconnu **réseau de santé** dans le cadre de la « 5^{ème} Enveloppe ». A ce titre, il lui est dévolu un financement spécifique par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

La signature du Contrat Individuel de Prise en Charge (C.I.P.C.) par la personne âgée, son aidant principal ou son représentant légal, élaboré afin de répondre aux différentes exigences réglementaires et légales (lois 2002-2 du 2 janvier 2002 et du 2 mars 2002), formalise l'accord explicite de la personne pour une prise en charge par notre service.

Grâce à l'obtention de cette enveloppe financière, ce C.I.P.C. ouvre droit depuis le 1^{er} août 2004 à la **rémunération des professionnels de santé libéraux aux temps de coordination dont la Commission Technique d'Orientation**

Cette rémunération correspond à une dérogation forfaitaire de :

- 60 € par personne âgée par an pour les médecins
- 31 € par personne âgée par an pour les professionnels libéraux paramédicaux : les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes...
- 29 € par personnes âgée par an pour les IDE libérales

Conclusion

La Commission Technique d'Orientation fera l'objet d'un bilan, un réajustement par rapport aux objectifs en fin d'année.

Afin de connaître la perception des acteurs médico-sociaux, toute remarque, objection ou critique concernant cette Instance peut être formulée par courrier au Président de l'Association Alp'âges Coordination.

Annexe 5.2

La fiche de liaison (Alp'âges)

Tampon 1** utilisateur

FICHE DE LIAISON INFIRMIERE

ELEMENTS D'IDENTIFICATION DU PATIENT

(possibilité coller grande étiquette)

Nom Prénom :

Age/ date de naissance :

Sexe : M F

REFERENCES

Personnes à prévenir

Nom : Téléphone : Lien avec le patient :

Référénts médicaux et paramédicaux (NOM + téléphone)

Médecin traitant de ville : Médecin hospitalier :

Infirmière libérale : Infirmière hospitalière :

Assistante sociale de ville : Assistante sociale hospitalière :

Lieux et dates de la prise en charge

Structure d'origine du patient : Date début prise en charge :

Structure de destination du patient : Date fin prise en charge :

MALADIE

Motif d'hospitalisation ou Diagnostic médical - Pathologies initiale et associées dont allergies

Evénements importants à signaler - Constantes du jour significatives

ENVIRONNEMENT

Conditions de vie, habitat, aménagements particuliers - Environnement social et familial

Interventions sociales, démarches en cours

THERAPEUTIQUES

• PROJET THERAPEUTIQUE REALISE PENDANT LA PRISE EN CHARGE :

• PRESCRIPTIONS D'INTERVENTIONS PARAMEDICALES

Rééducation : OUI NON

Laboratoires : OUI NON

Prise en charge nutritionnelle :

Autres :

OUI (cf fiche diététique) NON

• PRESCRIPTIONS MEDICALES OUI NON (cf. ordonnances)

Traitements nécessitant une administration **à horaires spécifiques** :

Mode d'administration	- Nom du produit	Horaires	Dernière administration
Injectable			
Perfusion			
Per os			
Alimentation entérale			

VECU DE LA PRISE EN CHARGE

Expression du patient (ce qu'il dit de sa maladie, des soins reçus, de sa situation...)

DEVELOPPEMENT

Problèmes de santé actuels et risques	Actions	Résultats	Actions à poursuivre

AUTRES INTERVENTIONS DE SOINS / OBSERVATIONS

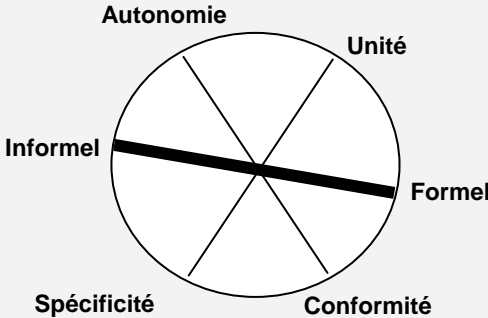
Cf. fiches spécifiques jointes

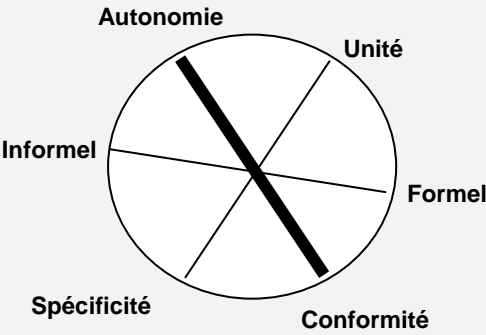
Date :

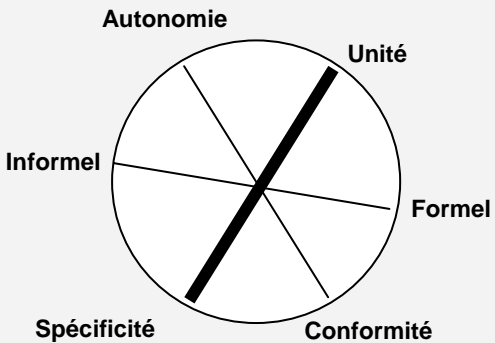
Nom et signature de l'infirmière :

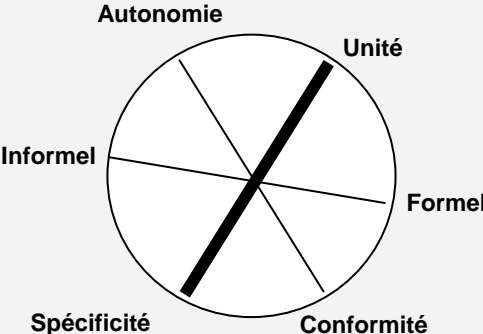
Annexe 5.3

Matrice de pratiques (Alp'âges)

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour former le cadre d'action</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ veille institutionnelle (suivi de l'actualité gérontologique et des textes de lois relatifs aux réseaux de santé) ▪ réflexion collective pour positionner le réseau dans l'offre de soins (formation d'un groupe de travail pluridisciplinaire au démarrage du réseau) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être visionnaire ▪ être ouvert ▪ être à l'écoute ▪ être optimiste
	<p>Pour formaliser le cadre d'action</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ construction collective d'une charte de fonctionnement validée en Conseil d'Administration ▪ construction collective de documents formels explicitant le rôle des acteurs dans le réseau : Contrat Individuel de Prise en Charge (CIPC) avec les usagers, contrat d'adhésion avec les professionnels, convention avec les institutions. Ces documents sont soumis à l'avis des adhérents et ouverts à la discussion lors de leur entrée dans le réseau <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être rigoureux ▪ être à l'écoute
	<p>Pour adapter le cadre d'action</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ remise en question permanente (démarche d'amélioration continue) ▪ politique de « cas par cas » ▪ usage d'une marge de manœuvre en fonction des situations ▪ soutien mutuel des coordonnateurs qui se concertent régulièrement pour gérer les situations nouvelles <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ faire confiance ▪ être à l'écoute ▪ être observateur ▪ être solidaire

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour satisfaire les tutelles</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ adaptation du réseau aux demandes des tutelles. Par exemple, les tutelles demandent aux coordonnateurs d'évaluer la production de leur réseau au moyen d'indicateurs de résultats quantitatifs. A ce titre, un groupe de travail interne à l'équipe de coordination a été mis en place pour rechercher des indicateurs capables d'évaluer la production d'Alp'âges ▪ participation collective de l'équipe de coordination aux évaluations destinées aux tutelles (mobilisation de toute l'équipe) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être diplomate ▪ prendre du recul
	<p>Pour suivre la production du réseau</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ création collective d'outils de traçabilité <ul style="list-style-type: none"> - un carnet de soins est délivré à la personne âgée dès son entrée dans le réseau. Ce carnet est gardé à son domicile et recense les actes de soins qui lui sont donnés. Les professionnels intervenant au domicile de la personne ont la charge de remplir le carnet dès qu'ils effectuent un soin - des fiches de liaison sont données aux professionnels du réseau. Il leur est demandé de les retourner au réseau suite à une consultation - une base de données interne est tenue à jour par Martine qui enregistre tous les soins dispensés aux bénéficiaires <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être créatif
	<p>Pour encourager la traçabilité des soins</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ explication des outils de traçabilité aux professionnels et aux bénéficiaires au moment de l'adhésion (en face à face) ▪ indemnisation des professionnels pour les temps de coordination (dérogation forfaitaire). Le médecin traitant est le pivot de la traçabilité en vérifiant le suivi du carnet de soins laissé au domicile de la personne. ▪ relance des coordonnatrices pour obtenir les informations nécessaires au suivi des soins (une relance courrier suivie de relances téléphoniques) <p><u>Action souhaitée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ projet d'informatisation du réseau : discussion en cours autour de la mise en place d'un dossier électronique de la prise en charge du patient. Certaines informations pourraient ainsi être saisies directement par les professionnels via Internet (alors que jusqu'à maintenant, l'information doit être recherchée auprès d'eux pour ensuite être saisie par les coordonnatrices dans la base de données du réseau). Cet espace de travail collaboratif sécurisé (similaire à la sécurité des sites de banques en ligne) permettrait aux professionnels d'accéder à de la documentation ciblée, de participer à des forums de discussion, de s'informer sur leurs patients (et non ceux de ses confrères) et d'alimenter les rubriques en ligne <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être transparent ▪ être persévérant ▪ être rigoureux

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour avoir un parcours de soins global</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ recherche de partenaires pluridisciplinaires sur le périmètre d'intervention du réseau (porte à porte, téléphone, courrier) ▪ ouverture pluridisciplinaire du projet dès sa naissance pour favoriser une adhésion des acteurs locaux concernés par la santé des personnes âgées ▪ réalisation d'un annuaire des professionnels concernés par la gérontologie sur le périmètre d'intervention du réseau <p><u>Actions souhaitées:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ une décision institutionnelle obligeant les hôpitaux à se coordonner (à la demande des coordonnatrices) : les relations avec les services de gériatrie des hôpitaux locaux ne sont pas faciles. Une intervention des tutelles obligeant les hôpitaux à se coordonner avec les réseaux de santé permettrait de mieux organiser les sorties d'hospitalisation des personnes âgées ▪ un relais institutionnel (à la demande des coordonnatrices) : les institutions demandent au réseau de se coordonner au niveau local alors même qu'il n'y a pas de coordination institutionnelle pour prendre le relais ▪ création de structures d'hébergement pour éviter les hospitalisations « sociales » (à la demande des coordonnatrices) : en l'absence de structures médico-sociales temporaires, la personne âgée est systématiquement orientée vers l'hôpital si sa situation nécessite des soins qui ne peuvent être dispensés à son domicile. <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être ouvert ▪ être à l'écoute
	<p>Pour trouver une solution ensemble</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ organisation mensuelle d'une CTO (commission technique d'orientation). Les cas complexes y sont discutés. Sont présents une équipe pluridisciplinaire permanente (un médecin gériatre, un médecin psychiatre représentant d'un établissement d'hébergement, un représentant de l'habitat, une assistante sociale, un représentant des associations d'aide à domicile, un représentant du CCAS, un représentant de la MSA, de la CRAM, du Conseil général et les coordonnatrices du réseau) et une équipe pluridisciplinaire temporaire (les intervenants concernés par les cas de patients à discuter). ▪ organisation ponctuelle de concertations au siège du réseau ou au cabinet du médecin quand un cas complexe et urgent se présente (en privilégiant les rencontres, plutôt que les appels téléphoniques, entre les différents intervenants concernés par le cas à discuter) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être disponible ▪ être à l'écoute ▪ être médiateur
	<p>Pour gérer le secret médical</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mention des obligations de secret professionnel de l'équipe de coordination dans les contrats d'adhésion signés avec les professionnels de santé ▪ destruction des fiches de renseignements médicaux une fois les informations rentrées dans la base de donnée ▪ respect de l'anonymat en CTO lors des discussions de cas de patients ▪ embauche d'un médecin coordonnateur depuis le printemps 2008 pour favoriser les échanges d'informations médicales (importance de

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>la confiance entre pairs) <u>Action souhaitée</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prise de position en conseil de l'ordre avec l'URML pour trancher la question du secret médical (à la demande des coordonnatrices) <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être compréhensif ▪ être discret
	<p>Pour former à la gérontologie <u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ accès à un centre de documentation au siège du réseau ▪ dispensation de formations pluridisciplinaires aux professionnels (occasionnellement, association avec d'autres réseaux de la région selon la thématique des formations) ▪ choix des thématiques en fonction des attentes des professionnels (administration d'un questionnaire) ▪ indemnisation des formations aux professionnels <p><u>Action souhaitée</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ association avec un grand laboratoire de santé pour proposer des formations qualifiantes pour la FMC (formation médicale continue) (action conseillée par un directeur hospitalier). <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être à l'écoute
	<p>Pour communiquer sur le réseau <u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ multiplication des supports d'information et de communication (plaquette de communication, rencontres, affiches, presse locale, site Internet, etc.) ▪ bilans d'activités annuels du réseau chez les partenaires ▪ communication de proximité en contactant régulièrement les professionnels et les bénéficiaires <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être rassurant ▪ être convaincant
<p>Pour faire face aux réticents <u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relance des personnes hésitantes (par courrier, téléphone ou en face à face. Au choix, les coordonnatrices privilégient la rencontre) ▪ abandon avec les personnes hostiles <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être convaincant ▪ ne pas forcer la relation 	

Annexe 5.4

Charte de fonctionnement (Alp'âges)

ASSOCIATION ALP'AGES COORDINATION CHARTRE DE QUALITE

Charte de qualité des partenaires du secteur gérontologique

intervenant dans le cadre du service de coordination

ALP'AGES COORDINATION

PREAMBULE

Emanation d'une association entre des organismes publics, associatifs, mutualistes, privés, des professionnels et des bénévoles du secteur gérontologique, ALP'AGES COORDINATION n'existe que par la volonté des partenaires de réaliser ensemble des objectifs définis en commun :

- Offrir un lieu d'accueil, d'information et d'orientation de la personne âgée,
- Etre un espace de rencontre des différents intervenants sanitaires et sociaux.

CONFIDENTIEL

Acteurs de gérontologie responsables, les partenaires de Alp'Agés Coordination désirent proposer des prestations de qualité, et, par leurs échanges, faire évoluer la prise en charge gérontologique. Ils ont souhaité affirmer, en signant une charte axée sur quelques principes fondamentaux communs.

NOS ENGAGEMENTS

Respect de la personne âgée

Tout partenaire, membre de Alp'Agés Coordination, dans le cadre des prestations qu'il dispense, apporte son soutien à la personne âgée pour lui garantir :

- ✓ sa liberté d'opinion et d'expression,
- ✓ le libre choix de son lieu et mode de vie,
- ✓ la libre disposition de ses ressources personnelles,
- ✓ la liberté de nouer et d'entretenir à son gré des relations familiales, sociales et amicales,
- ✓ la liberté de se déplacer et de participer à la vie sociale et culturelle,
- ✓ l'accès aux soins médicaux et paramédicaux nécessités par son état de santé,
- ✓ la liberté de choisir la prestation la mieux adaptée à sa situation personnelle, tant en fonction des divers droits et avantages sociaux auxquels elle peut prétendre, qu'en fonction de ses ressources.

Les partenaires s'engagent :

- ✓ A transmettre à la personne âgée, une information claire, objective, centralisée, coordonnée et actualisée, lui permettant d'effectuer les choix nécessaires au maintien de sa qualité de vie.

Associer l'entourage de la personne âgée avec son consentement.

Pour chaque personne âgée demandant l'intervention de Alp'Agés Coordination, et en concertation avec elle, un référent est choisi dans son environnement. Membre du réseau familial ou amical, en cas de défaillance de l'entourage, il sera choisi parmi les professionnels gravitant autour de la personne âgée. Lorsqu'un tuteur ou un curateur a été désigné par le juge des tutelles, il devient l'interlocuteur privilégié du service.

Les partenaires s'engagent :

- ✓ A dialoguer avec la famille, le référent ou toute personne susceptible de représenter les intérêts de la personne âgée.

Garantir la compétence des intervenants

Soucieux que la personne âgée puisse disposer d'un encadrement sanitaire et social compétent et formé aux problèmes du vieillissement.

Les partenaires s'engagent :

- ✓ A ne mettre au contact des personnes âgées que des intervenants dont ils peuvent répondre de l'aptitude à exercer le service qu'ils rendent.
- ✓ A proposer aux intervenants des modules de formation permanente, destinés à actualiser leurs connaissances ou à renforcer leurs compétences,
- ✓ A évaluer régulièrement la qualité des services rendus par leurs intervenants.

Assurer la coordination autour de la personne âgée

Considérant que la prise en charge d'une personne âgée est une prise en charge globale, et qu'une réponse globale de santé doit lui être assurée sans discrimination.

Les partenaires s'engagent :

- ✓ A communiquer au service Alp'Agés Coordination toutes les informations utiles à la coordination, concernant leurs rôles et leurs missions propres,
- ✓ A participer aux rencontres permettant d'instaurer un réel partenariat,
- ✓ A rechercher avec les autres intervenants la meilleure adéquation entre les services proposés, les besoins et les désirs des personnes âgées.

Garantir la confidentialité des informations

Dans l'application des règles de déontologie propres aux différentes professions représentées.

Les partenaires s'engagent :

- ✓ A ne diffuser aucune information personnelle sans l'autorisation de l'intéressé,
- ✓ A n'utiliser le fichier informatique sans l'aval de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés.

Respect de la législation en vigueur

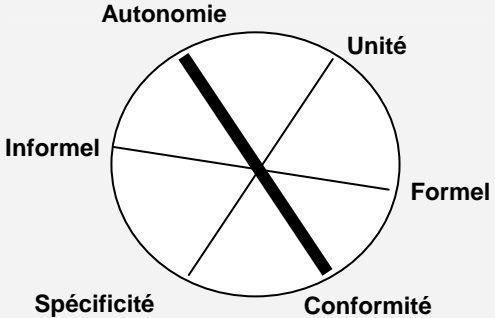
Les partenaires s'engagent :

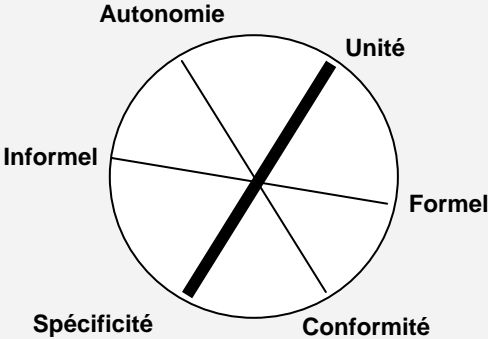
- ✓ A respecter les obligations qui découlent de la loi, de la réglementation, des statuts, des conventions,
- ✓ A proposer des orientations nouvelles aux instances de décisions, afin d'améliorer les dispositifs existants.

Annexe 5.5

Matrice de pratiques (Resp 13)

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour redémarrer le réseau</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ appui de l'expérience de Sylvie et d'Emmanuèle ▪ reprise des documents laissés par le prédécesseur ▪ appui du carnet d'adresses du prédécesseur ▪ réflexion collective avec les acteurs du réseau (organisation de réunions avec les professionnels de soins concernés par les soins palliatifs, les membres du conseil d'administration et l'équipe de coordination) <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être patient ▪ être volontaire ▪ être diplomate
	<p>Pour formaliser le cadre d'action</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ construction collective d'une charte de fonctionnement validée en Conseil d'Administration ▪ construction collective de documents formels explicitant le rôle des acteurs dans le réseau (ces documents ont été discutés en équipe de coordination et validés en conseil d'administration) <ul style="list-style-type: none"> - des fiches de postes pour chaque coordonnateur - des contrats d'adhésion avec les professionnels - des conventions avec les institutions - des fiches d'inscription avec les bénéficiaires (en limitant les mentions faites aux soins palliatifs pour ne pas choquer la personne) <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être calme ▪ être à l'écoute
	<p>Pour adapter le cadre d'action</p> <p><u>Actions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ usage d'une marge de manœuvre en fonction des situations ▪ arbitrage en fonction du degré d'urgence de la situation palliative ▪ soutien mutuel de l'équipe de coordination qui se concerte régulièrement : <ul style="list-style-type: none"> - une réunion d'équipe hebdomadaire pour discuter des nouveaux cas - des discussions informelles spontanées <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être solidaire / être ouvert ▪ être réactif / être ferme (maintenir son positionnement)

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour satisfaire les tutelles</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ désignation d'un référent : la directrice de réseau est l'interlocutrice <u>privilegiée</u> des tutelles ▪ veille institutionnelle (suivi de l'actualité des soins palliatifs et des textes de lois relatifs aux réseaux de santé) ▪ prise en compte des directives tutélaires (circulaires, courriers, etc.) ▪ négociation des directives par la directrice qui n'hésite pas à contacter les tutelles pour trouver un terrain d'entente (par écrit, par téléphone ou en face à face) <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être négociatrice ▪ défendre son positionnement
	<p>Pour suivre la production du réseau</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ traçabilité des activités du réseau : création collective de fiches de liaison transitant entre les professionnels intervenants et les coordonnatrices. Pour créer ces fiches, les coordonnatrices se sont appuyées sur les documents d'un réseau de soins palliatifs frontaliers ▪ relance des coordonnatrices pour obtenir les informations (par téléphone) ▪ recoupement d'informations entre usagers et professionnels (par téléphone) <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être persévérant ▪ être transparent
	<p>Pour se prémunir face aux risques de non conformité</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ discussion collective des projets (soumission des idées nouvelles en réunion d'équipe pour discussion et validation) ▪ anticipation des risques de dérives ▪ recherche collective de garde-fous : création de contrats, documents signés, procédures, etc. <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être visionnaire ▪ être souple ▪ être ouvert

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour avoir un parcours de soins global</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ recherche de partenaires pluridisciplinaires (médical, paramédical, social, psychologique) sur le périmètre d'intervention du réseau ▪ élargissement progressif du champ partenarial de Resp 13 : embauche d'une psychologue dans l'équipe de coordination en 2006 ▪ négociation des rôles de chacun dans le réseau (discussion systématique avec les nouveaux entrants pour définir un fonctionnement commun) ▪ utilisation sélective des documents formels de type contrat d'adhésion, convention, etc. pour ne pas perdre de vue le sens de ces documents. Ils sont uniquement utilisés pour finaliser un partenariat déjà établi dans la pratique. <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être patient ▪ être ouvert
	<p>Pour trouver une solution ensemble</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ réunion d'équipe hebdomadaire pour discuter des nouveaux cas de patients ▪ organisation de concertations avec les professionnels au cas par cas ▪ organisation de temps de parole (réunions thématiques en petit groupe pour échanger sur les pratiques et les expériences de chacun. Par exemple, des groupes inter-psy ont été organisés entre les psychologues du réseau ; des groupes de garde-malades ont été l'occasion d'échanger sur des situations vécues qui ont posé problème, etc.) ▪ disponibilité quotidienne des coordonnatrices pour répondre aux questions des professionnels adhérents et des usagers (par téléphone) <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être à l'écoute ▪ être disponible ▪ se passer le relais entre coordonnatrices en fonction des problématiques émergentes
	<p>Pour former aux soins palliatifs</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ organisation de formations pluridisciplinaires ▪ choix des thématiques en fonction des problématiques incontournables et des problématiques émergentes (dans la discussion ou dans l'étude des questionnaires donnés aux professionnels après les sessions de formation) ▪ indemnisation des formations aux professionnels ▪ instauration d'un principe de formation continue par une disponibilité quotidienne des coordonnatrices <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être à l'écoute ▪ être disponible

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
<p>The diagram is a circle divided into four quadrants by two perpendicular lines. The top axis is labeled 'Autonomie', the right axis 'Unité', the bottom axis 'Spécificité', and the left axis 'Informel'. A thick black diagonal line crosses the circle from the bottom-left quadrant to the top-right quadrant.</p>	<p>Pour communiquer sur le réseau <u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ multiplication des occasions de communication auprès du grand public (congrès, colloque, intervention en faculté, etc.) ▪ multiplication des supports d'information et de communication (charte, plaquette, site Internet, etc.). Ces supports sont construits collectivement par l'équipe de coordination qui prête attention à adapter le langage aux destinataires (il existe par exemple deux plaquettes de communication : l'une destinée aux professionnels et l'autre destinée aux usagers) ▪ communication de proximité en contactant régulièrement les professionnels et les bénéficiaires <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se mettre à la portée de l'autre ▪ être convaincant
	<p>Pour faire face aux réticents <u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relance des personnes hésitantes (de préférence en face à face) ▪ abandon avec les professionnels hostiles <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être rassurant ▪ être à l'écoute des objections ▪ ne pas forcer la relation
	<p>Pour s'articuler avec les autres réseaux de santé <u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prise de contact avec des coordonnateurs d'autres réseaux de santé aux thématiques proches (ces contacts sont toutefois peu fréquents) ▪ rencontres informelles entre coordonnateurs pour échanger sur des pratiques de gestion <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être curieux ▪ être ouvert

Plaquette de communication (Réseau Canebière)



Quels types de soutien propose le Réseau Canebière ?

Aujourd'hui, la communauté scientifique internationale s'accorde à reconnaître que l'addiction aux substances psychoactives est un comportement psychopathologique à caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Cette complexité nécessite une approche pluridisciplinaire et de travailler en réseau.

Le Réseau Canebière, organisé en pôle médico-psycho-social, vous propose des formations et plusieurs dispositifs d'accompagnement pour le suivi des personnes qui le nécessitent : "Le Cabanon" et "Les Microstructures médicales".

Travailler avec le Réseau Canebière vous permet :

- > d'y orienter les patients si vous le souhaitez,
- > de ne plus travailler de façon isolée,
- > de vous former à l'abord thérapeutique des addictions et des pathologies associées,
- > de partager des expériences cliniques et pratiquer un travail collectif,
- > d'enrichir et d'innover dans votre pratique médicale grâce à la mutualisation des compétences des différents professionnels concernés.



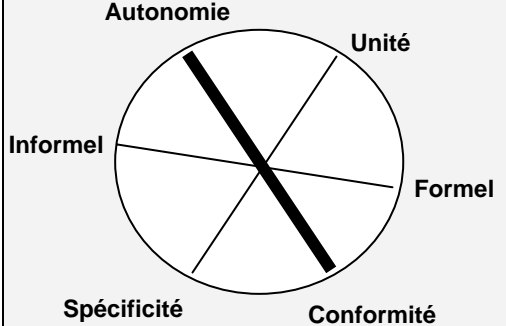
Réseau Canebière

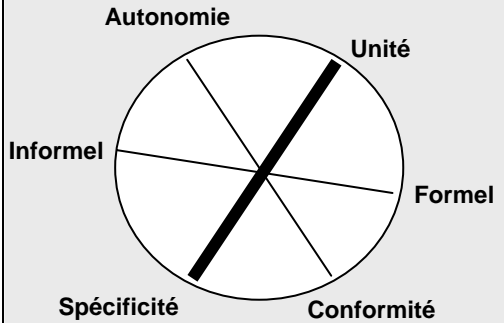
Le RÉSEAU CANEBIÈRE est soutenu par
l'URCAM, l'ARH, la DDASS 13
et la Ville de Marseille

Annexe 5.7

Matrice de pratiques (Réseau Canebière)

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour former le cadre d'action</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soutien de l'expertise du noyau fondateur (3 médecins de ville et 1 infirmière) ▪ appui du réseau social du noyau fondateur (carnet d'adresses) ▪ formation d'un groupe de travail pluridisciplinaire au démarrage du réseau : <ul style="list-style-type: none"> - évaluation des besoins et des manques pour les professionnels de ville (le réseau est né d'un mouvement historique de maîtrise de la pathologie) - repérage des acteurs locaux concernés par la thématique ▪ définition d'une ligne directrice partagée et consensuelle: apporter une aide concrète aux professionnels de ville ▪ progression dans la pratique (autour de cas patient) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être énergique ▪ être patient ▪ être conscient des problématiques addictives
	<p>Pour formaliser le cadre d'action</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ construction collective de règles de fonctionnement interne ▪ construction collective d'une charte de fonctionnement et de formulaires d'engagements (avec les professionnels et bénéficiaires) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être ouvert ▪ ne pas standardiser (pas de mode d'emploi)
	<p>Pour adapter le cadre d'action</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ usage d'une marge de manœuvre en fonction des situations ▪ formation des acteurs aux conduites addictives (pour maîtriser la pathologie et apporter une réponse adaptée aux situations) ▪ soutien mutuel des coordonnateurs et des praticiens vacataires qui se concertent régulièrement. Les échanges sont favorisés par la proximité physique des acteurs (au cabanon ou en microstructure) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être conscient des problématiques addictives ▪ être à l'écoute ▪ être motivé ▪ faire confiance

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour satisfaire les tutelles</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ veille institutionnelle (suivi de l'évolution des priorités de santé publique et de l'actualité des réseaux addiction) ▪ prise de contact avec les tutelles pour comprendre leurs attentes (face à face ou téléphone) ▪ adaptation du réseau aux attentes des tutelles tout en veillant à préserver son identité : <ul style="list-style-type: none"> - adéquation du réseau avec les priorités de santé publique (les coordonnateurs veillent à mettre en correspondance le réseau avec les priorités de santé publique du moment pour être dans les créneaux institutionnels) - récemment, organisation d'un groupe de travail pour réfléchir à des indicateurs de résultats quantitatifs - usage limité de documents formels au strict minimum ▪ participation collective de l'équipe aux évaluations destinées aux tutelles (mobilisation des coordonnateurs et vacataires en période d'évaluation du réseau) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être opportuniste ▪ être motivé ▪ être ferme (maintenir son positionnement) ▪ ne pas rester sur une incompréhension (oser demander aux tutelles des explications)
	<p>Pour suivre la production du réseau</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ suivi des prises en charge par des discussions informelles entre praticiens du Cabanon et praticiens des microstructures ▪ suivi des prises en charge par un dossier médical partagé entre praticiens du Cabanon et praticiens des microstructures (sur accord du patient). Ce dossier recense les prestations données depuis l'arrivée du patient dans le réseau. Il assure une cohérence et une continuité des soins. <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ faire confiance ▪ être compétent dans son domaine d'intervention ▪ être conscient des problématiques addictives

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour avoir un parcours de soins global</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ prise en compte de la complexité du soin (repérage des besoins différenciés dans la prise en charge des addictions) ▪ recherche élargie de partenaires (autour des problématiques médico-socio-psychologiques) ▪ construction du partenariat dans la discussion et dans la pratique (les cas de patients sont fédérateurs) ▪ orientation du bénéficiaire vers les personnes compétentes pour répondre au problème ciblé ▪ mise à disposition d'un lieu de travail collectif et d'un lieu de rencontres entre professionnels et patients (au Cabanon, des plages horaires sont prévues pour les consultations et pour l'accueil du public) ▪ construction progressive de microstructures dans le département ▪ tenue d'un dossier médical partagé (sur consentement du patient) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être ouvert ▪ être conscient des problématiques addictives ▪ se passer le relais en fonction des problématiques
	<p>Pour trouver une solution ensemble</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ proximité physique des praticiens favorisant les échanges informels (les praticiens se retrouvent au Cabanon ou en microstructures dans le cabinet du médecin. Ils peuvent discuter en « temps réel » des cas) ▪ réunion pluridisciplinaire hebdomadaire au Cabanon ▪ réunion pluridisciplinaire mensuelle en microstructure <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être à l'écoute ▪ être disponible
	<p>Pour communiquer sur le réseau</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ multiplication des supports d'information et de communication (plaquette, site Internet, etc.) ▪ sensibilisation du grand public aux conduites addictives (intervention en lycée, etc.) ▪ adaptation du discours au public ciblé <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se mettre à la portée de l'autre
	<p>Pour faire face aux réticents</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ discussion avec les personnes discriminantes (l'addiction est sujette à discrimination ne facilitant pas l'accès aux soins des patients) ▪ abandon avec les personnes hostiles <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être tolérant (respecter la liberté de pensée) ▪ ne pas forcer la relation

Annexe 5.8

Guide de l'ANCRED : exemple de prise en charge du pied diabétique

Pour dépister le risque de lésion des pieds il suffit de répondre à 4 questions

1. Le patient a-t-il un antécédent d'ulcération chronique du pied (ayant duré plus de 3 mois) ou d'amputation ?

2. A-t-il une perte de la sensibilité ? La perte de sensibilité est définie par une mauvaise perception du **monofilament de 10 g** (Semmes-Weinstein 5.07). Le monofilament doit être appliqué à 3 sites de la face plantaire à chacun des deux pieds : sur la pulpe du gros orteil et en regard de la tête des 1^{er} et 5^{ème} métatarsiens (cf. figure ci-dessous). Lorsqu'il est appliqué correctement (cf. encadré), il exerce une pression de 10 g sur la peau. *L'application doit être répétée 3 fois sur le même site, sans ordre déterminé. Deux fausses*



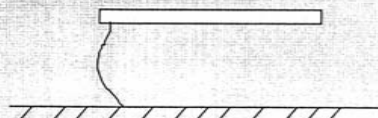
réponses sur trois à un même site signalent l'existence d'une neuropathie et d'un risque d'ulcération.

3. A-t-il une artérite ? Un des critères suivant suffit pour diagnostiquer l'existence d'une artérite et prédire un risque de lésions des pieds : la non perception de 2 pous au même pied (pédieux et tibial postérieur) ou un antécédent de chirurgie vasculaire artérielle sur le membre inférieur ou l'existence d'une claudication intermittente.

4. A-t-il des déformations ? Hallus valgus, quintus varus^a, orteils en griffe ou en marteau, callosités, proéminence de la tête des métatarsiens, chevauchement d'orteil, pied de Charcot^b. Ces déformations augmentent le risque de lésion en créant des frottement et une hyperpression.

Mode d'emploi du monofilament de 10g

Appliquez le monofilament **perpendiculairement** à la surface de la peau, avec suffisamment de force pour le **courber** (ceci évite de transmettre la force du poignet de l'examineur).



- Appliquez le d'abord sur le dos de la main du patient pour qu'il sache ce qu'il doit ressentir.
- Demandez au patient de fermer les yeux, pour qu'il ne voie pas le lieu où vous allez appliquer le monofilament.
- Appliquez le monofilament fermement, **en une fois**: faites attention à ne pas le faire glisser le long de la peau et à ne pas toucher la peau de façon répétitive.
- Appliquez le monofilament aux différents endroits sans ordre déterminé pour éviter les biais dus à l'anticipation du patient. Ne l'appliquez pas sur une callosité ou un ulcère, mais à leur périphérie.
- La durée totale d'application du monofilament doit être approximativement d'une seconde et demi : demandez au patient de répondre "OUI" ou "NON" instantanément après application du monofilament et, en cas de réponse positive, le côté (pied droit ou gauche) où il a senti le filament.
- Pour conserver le monofilament en bon état, gardez le dans son étui ou replié dans son manche.

Cet examen débouche sur une prévention graduée du risque de lésion.

Grade	Description	Prévention
Grade 0	Pas de neuropathie.	Examen annuel des pieds.
Grade 1	Neuropathie sensitive isolée, définie par la perte de sensation au monofilament de 10 g	- Examen des pieds et des chaussures à chaque consultation par le médecin traitant*. - Education du patient et conseils d'hygiène*.
Grade 2	Neuropathie associée à une déformation du pied et/ou à une artérite.	Mesures pour le grade 1 avec en plus : - Bilan par un podologue puis soins de podologie tous les 2 mois*. - En présence de callosités ou troubles statiques, prescription de semelles orthopédiques (orthèses) réalisées sur mesure par un podologue. - Si nécessaire, prescription de chaussures pour pieds sensibles ou de chaussures thérapeutiques de série.
Grade 3	Antécédent d'amputation ou d'ulcération d'un pied.	Mesures pour les grades 1 et 2 avec en plus référence pour bilan annuel à une équipe spécialisée*.

* Ces moyens ont été validés pour réduire le risque de lésion des pieds.

Si une lésion survient, le patient doit être immédiatement adressé à une consultation du pied diabétique ou à un diabétologue pour évaluation, décision sur l'opportunité d'une hospitalisation et organisation du traitement.

ANCRED – AFD – Groupe Pied de l'ALFEDIAM – FNP

^a Saillie de la tête du 5^{ème} métatarsien

^b Déformation de l'ensemble du pied par neuropathie osseuse, avec une phase initiale douloureuse puis une déformation en valgus exposant aux blessures.

Annexe 5.9

Protocole de soins : exemple du protocole podologique (Diabaix)



Protocole : La prise en charge du pied diabétique

CONFIDENTIEL

I/ Quels malades dépister ?

1/ Rechercher systématiquement une fois par an

- Pouls
- Monofilament
- Réflexes ostéotendineux
- Aspect du pied
 - De la peau : chaleur, sécheresse, œdème, durillons
 - Des ongles
 - Déformation statique (examen au podoscope)
 - Etat veineux
- Examen de la chaussure avec la main et d'éventuelles orthèses

2/ Suite à cette recherche systématique on peut identifier les patients à risque

- Antécédent de plaie du pied
- Ancienneté du diabète
- Microangiopathie sévère (neuropathie, néphropathie, rétinopathie ischémique ou proliférante.)
- Macroangiopathie
- Anomalies statiques
- Surcharge pondérale
- Tabagisme
- Micro et macrotraumatisme

3/ Pour ces patients à risque

- Les faire déchausser à chaque consultation
- Renforcer le message éducatif :

Eviter les sources de chaleur

Auto examen : Regarder sous le pied quotidiennement rechercher une plaie, une mycose, rechercher les hyperkératoses, utiliser un miroir, mettre l'entourage à contribution

Ne jamais marcher pieds nus

Séchage soigneux, surtout entre les orteils

Coupe des ongles : Au carré

Angles arrondis à la lime

Ciseaux à bouts ronds

Ne pas utiliser d'objets métalliques (râpes, coupe-ongles...)

Ne pas effectuer de chirurgie de salle de bain

Eviter les bains de pieds prolongés (3 à 5 minutes)

Utiliser un **thermomètre** ou la main pour la température de l'eau

N'utiliser que du savon

Hydrater ses pieds quotidiennement sauf entre les orteils

Les chaussures :

- Les acheter le soir
- Pas de coutures intérieures (passer la main dans la chaussure)
- Pas d'objets étrangers
- En cuir
- Talon 2 cm pour les hommes
- Talon 4 cm pour les femmes
- Fermées
- Porter les chaussures neuves de façon progressive
- En changer tous les jours

Consulter à la moindre plaie

II/ Un patient consulte pour une plaie du pied. Quelle est la conduite à tenir ?

1/ Evaluer le pied

- De la peau : chaleur, sécheresse, œdème, durillons
- Des ongles
- Déformation statique, examen au podoscope
- Pouls, état veineux
- Mono filament et diapason
- Réflexes ostéotendineux
- Examen de la chaussure avec la main et des orthèses

2/ Effectuer une analyse descriptive de la plaie et des tissus adjacents

3/ Pratiquer un bilan

- Biologique (NFS, VS, PCR)
- Radiographie du pied
- Echodoppler artériel et veineux selon le contexte
- PaO2 à discuter
- Prélèvements éventuels en milieu spécialisé (protégés, profonds, bonnes conditions de recueil)

Si plaie profonde, infectée, mauvais état général, diabète décompensé, plaie évoluant depuis plus de 15 jours

→ adresser le patient dans une structure multi disciplinaire spécialisée dans la prise en charge du pied diabétique.

4/ Quelle intervention potentielle des professionnels du réseau ?

- Anomalie statique → Podologue
- Lésions cutanées → Infirmier
- Equilibration du diabète → Avis du diabétologue (équilibre, sensibilisation du patient)
 - Diététicien
 - Hygiène de vie

5/ La classification de Wagner permet de graduer la prise en charge en fonction de la sévérité de la lésion

Grade 0 : Pas de lésion ouverte mais présence possible d'une déformation osseuse ou d'hyperkératose.

- Coupe soigneuse des ongles : au carré, angles amortis.
- Techniques d'orthonyxies.
- Traitement mécanique (bistouri, turbine) sans saignement.
- Orthoplastie éventuelle en silicone souple (attention si neuropathie).
- Orthèses thermoformées (dès la présence d'une neuropathie).

Grade 1 : Ulcère superficiel sans pénétration dans les tissus profonds.

- Recherche de la cause.
- Bilan radiologique et biologique (NFS, VS, PCR).
- Traitement local : ablation de l'hyperkératose sur les berges de la plaie par un personnel entraîné.
- **Importance de la mise en décharge totale.**
- Consultation de podologie après guérison.

Grade 2 : Extension profonde vers les tendons ou l'os, les articulations.

Grade 3 : Tendinite, ostéomyélite, abcès ou cellulite profonde.

Grade 4 : Gangrène d'un orteil ou de l'avant-pied le plus souvent associée à une infection plantaire.

Grade 5 : Gangrène massive du pied associée à des lésions nécrotiques et à une infection des tissus mous.

Adresser le patient dans une structure multi disciplinaire spécialisée dans la prise en charge du pied diabétique.

- Hospitalisation pour un bilan de la lésion, recherche d'ostéite, bilan artériel et revascularisation éventuelle.
- Antibiothérapie adaptée aux prélèvements bactériologiques protégés (ne pas débiter avant l'hospitalisation).
- Mise à plat éventuelle, soins locaux.
- Séances de caisson hyperbare éventuellement selon le contexte.
- Eviter au maximum les amputations qui s'accompagnent d'une mortalité de 70% dans les 5 ans.
- Si l'amputation est indispensable, toujours limiter au maximum le niveau d'amputation.
- Après immobilisation et geste chirurgical, prévoir une prise en charge kinésithérapique.
- **Chaussures orthopédiques si déformation du pied ou amputation partielle.**

Diabaix Janvier 2003
hapitre 2

Protocole 5

Annexe 5.11

Fiche de suivi annuel (Diabaix)



NOM :
Prénom :

N° Adhérent :

FICHE DE SUIVI ANNUEL

Age : Sexe : H F Année découverte du diabète : Ancienneté dans le réseau :

DERNIERES VALEURS DES 12 DERNIERS MOIS

	Risque pondéral : Poids : kg Taille : cm		Risque cardio-vasculaire : Date dernier ECG : (mm/aa) <input type="checkbox"/> Coronaropathie <input type="checkbox"/> Antécédent familial <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Artérite <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Angioplastie <input type="checkbox"/> Alcool > 2 verres par jour <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> ancien PAS/PAD : / mmHg Cholestérol total : g/l Triglycérides : g/l LDL cholestérol : g/l HDL cholest. : g/l
	Risque visuel : Date dernier Fond d'Œil : mm aa		Contrôle glycémique : HbA1C : (%) Date : (mm/aa)
	<input type="checkbox"/> Dentiste <input type="checkbox"/> Dysrérection		Risque rénal : Microalbuminurie : mg/l mg/24 H ou Protéinurie : mg/l mg/24 H Clearance : ml/mn Créatinine : mg/l
	Risque podologique : <input type="checkbox"/> Grade 0 - Pas de neuropathie. <input type="checkbox"/> Grade 1 - Neuropathie sensitive isolée, (perte de sensation au monofilament de 10g). <input type="checkbox"/> Grade 2 - Neuropathie associée à une déformation du pied et/ou à une artérite. <input type="checkbox"/> Grade 3 - Antécédent d'amputation ou de plaie ayant duré plus de 4 semaines.	

TRAITEMENT

Régime prescrit : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Traitement hypoglycémiant Hypoglycémiant oraux : Insuline : Traitement hypolipémiant	Activité physique pratiquée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Traitement antihypertenseur Traitement antiagrégant	Autres traitements Autosurveillance glycémique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, nombre de glycémies/semaine :
--	---	--

Faites le bilan des risques prioritaires et des interventions réalisées ou projetées

Risques	Risque faible à modéré	Risque élevé	Interventions et traitements	Réalisé depuis 1 an	A réaliser
Risque cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ¹	Questionner sur les difficultés à suivre le traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Conseiller l'augmentation de l'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Adresser à une diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prescrire une statine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prescrire un anti-agrégant plaquettaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prescrire un IEC ou un sartan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Majorer le traitement anti-HTA si objectif non atteint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prescrire un bêta-bloquant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Adresser à un cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Epreuve d'effort ou autre test de stimulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adresser à un tabacologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hyperglycémie non contrôlée	<input type="checkbox"/> 6,5-7%	<input type="checkbox"/> >7%	Questionner sur les difficultés à suivre le traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Donner des conseils sur la diététique et l'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Adresser à une diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prescrire une éducation diététique de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prescrire un groupe d'initiation à l'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Majorer le traitement hypoglycémiant oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prescrire et optimiser une autosurveillance glycémique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Adresser à un diabétologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Adresser en hospitalisation conventionnelle pour diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Adresser en hôpital de jour pour diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prescrire une insulinothérapie en ambulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Prescrire une éducation à l'insuline / suivi par infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Risque de lésion des pieds	<input type="checkbox"/> Grades 0 et 1	<input type="checkbox"/> Grades 2 et 3	Examiner les pieds et éduquer à chaque consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prescrire un programme de soins par un podologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 - Maladie CV avérée ou atteinte rénale (protéinurie >300 mg/l, insuffisance rénale) ou diabète depuis plus de 10 ans + au moins 2 FR : âge ≥50 ans pour les hommes et ≥60 ans pour les femmes, antécédent familial d'accident cardiovasculaire (IDM ou mort subite) avant 60 ans, antécédent familial d'AVC avant 45 ans, tabagisme actif ou stoppé depuis moins de 3 ans, HTA traitée ou non traitée, HDL < 0,40 g/l, LDL > 1,60/l, microalbuminurie >20 mg/l ou 30 mg/24h.

OBJECTIFS

HbA1c <	%
LDL cholestérol <	g/l
Pression artérielle <	130/80	mmHg
Autre	

Cachet

Date :

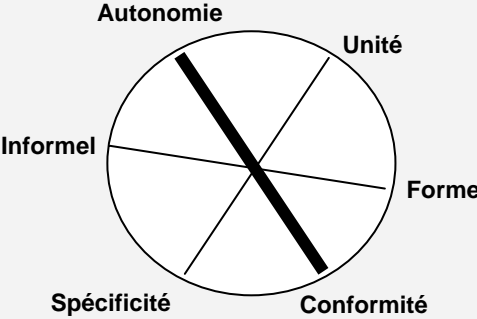
FICHE DE LIAISON 10 - DIABAIX NOVEMBRE 2007 - (1 ex. médecin ; 1 ex. patient ; 1 ex. Diabaix)

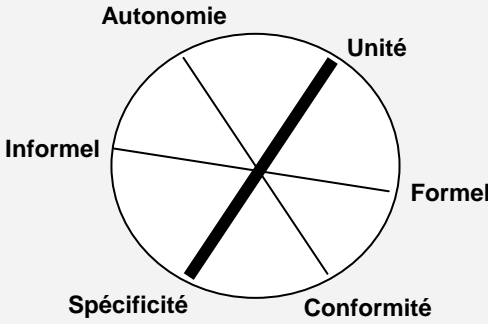
AMD Création - 04 42 26 56 00 - Aix

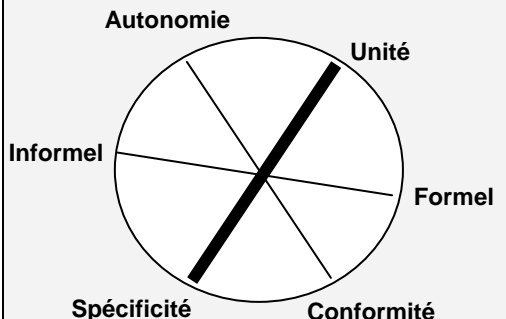
Annexe 5.12

Matrice de pratiques (Diabaix)

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour former le cadre d'action</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ travail bibliographique ▪ appui sur d'autres expériences de réseaux (notamment dans le domaine du sida) ▪ formation progressive du cadre d'action en fonction des priorités de soins (priorité donnée aux problématiques médicales et paramédicales) ▪ réflexion collective en groupe de travail (présence de médicaux et de paramédicaux) ▪ appui sur des textes structurants (ANCRED et tutelles) <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être volontaire ▪ être curieux ▪ être à l'écoute ▪ être persévérant ▪ être patient
	<p>Pour formaliser le cadre d'action</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ construction collective d'une charte de fonctionnement ▪ construction collective de protocoles organisationnels ▪ construction collective de protocoles de soins ▪ soutien de l'ANCRED <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être observateur ▪ être capable d'explicitier une expérience
	<p>Pour adapter le cadre d'action</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ usage d'une marge de manœuvre en fonction des situations (les protocoles ne sont pas coercitifs mais ils guident les professionnels dans la prise en charge des diabétiques) ▪ actualisation collective des protocoles : <ul style="list-style-type: none"> - en fonction des situations : ils ont évolué dans la pratique - en fonction des recommandations tutélaires <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être ouvert ▪ être rigoureux

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour satisfaire les tutelles</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ veille institutionnelle (suivi des textes de lois relatifs aux réseaux diabète) ▪ adaptation du réseau aux attentes des tutelles (suivi des recommandations) ▪ co-construction d'une grille d'évaluation avec les tutelles (groupe de travail réunissant des représentants des tutelles et des représentants de réseaux diabète de la région) ▪ soutien de l'ANCRED ▪ mobilisation collective de toute l'équipe de coordination <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être rigoureux ▪ être transparent ▪ être motivé ▪ être diplomate <hr/> <p>Pour suivre la production du réseau</p> <p><u>Actions</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ création collective d'outils de traçabilité avec l'aide d'un évaluateur externe. De nombreux documents circulent à des fins de traçabilité dans le réseau : contrat d'adhésion, convention, fiche de liaison, fiche de suivi annuel, etc. ▪ sensibilisation des professionnels et des patients à la traçabilité en leur expliquant l'utilisation et l'intérêt de ces outils en face à face lors de leur adhésion ▪ relances régulières des coordonnateurs pour obtenir les informations nécessaires à la traçabilité des activités ▪ recoupement d'informations entre patients et professionnels de soins ▪ en dernier recours, édition d'une fiche de renseignement simplifiée pour encourager les remontées d'information <p><u>Savoir-être</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être persévérant ▪ être convaincant

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour avoir un parcours de soins global</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ recherche de partenaires médicaux et paramédicaux concernés par le diabète sur le périmètre d'intervention du réseau ▪ réalisation d'un annuaire des professionnels adhérents mis à jour deux fois par an et remis aux membres de Diabaix ▪ remise d'un classeur bleu au bénéficiaire dès son entrée dans le réseau. Ce classeur vise à recenser tous les actes de soins dispensés au bénéficiaire pendant sa prise en charge. Il fait office de dossier médical partagé. C'est la personne diabétique qui en a la charge et qui l'apporte en consultation et en séance d'éducation ▪ suivi du classeur bleu par les coordonnateurs qui appellent régulièrement les bénéficiaires pour faire le point ▪ disponibilité de l'équipe de coordination (les professionnels et les bénéficiaires peuvent passer au réseau ou appeler si besoin) <p><u>Action souhaitée:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ développement des problématiques sociales et psychologiques : le réseau a priorisé les secteurs médicaux et paramédicaux. L'ouverture du réseau aux secteurs psychologique et social est aujourd'hui souhaitée (à la demande des coordonnateurs) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être à l'écoute ▪ être ouvert ▪ être disponible
	<p>Pour intégrer les nouveaux arrivants</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ envoi de documents informatifs dès l'inscription au réseau ▪ accès à un centre de documentation au siège du réseau ▪ échanges avec les nouveaux adhérents pour leur expliquer le fonctionnement du réseau (par téléphone ou en face à face) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ne pas forcer la relation (laisser le temps)
	<p>Pour former au diabète</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour les professionnels (indemnisation des formations) : <ul style="list-style-type: none"> - des formations (deux catégories de formations) : <ul style="list-style-type: none"> ✓ des formations obligatoires. Elles s'adressent aux professionnels qui souhaitent intervenir dans les prises en charge effectuées au titre de Diabaix (faire des consultations ou animer des séances d'éducation). Un cycle de 4 formations est à valider dès l'entrée dans le réseau (formation en soirée dans plusieurs villes) ✓ des formations facultatives. Elles s'adressent à tous les professionnels adhérents. La participation est volontaire. Elles visent à approfondir et à actualiser les connaissances sur le diabète

Paradoxes en présence	Pratiques professionnelles (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<ul style="list-style-type: none"> - des conférences pluridisciplinaires sont données en assemblée générale sur des thèmes d'actualité (nouveaux médicaments, etc.). Ces conférences sont effectuées par des adhérents au réseau (valorisation des différents métiers) - administration d'un questionnaire (satisfaction, propositions de thèmes, suggestions, etc.) <p>▪ pour les bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un cycle de 5 thèmes est à valider : ce sont des séances d'éducation à effectuer (en diététique, en podologie, etc.) - des groupes de paroles sont organisés pour permettre aux bénéficiaires d'échanger leurs expériences et leurs difficultés - administration d'un questionnaire (satisfaction, suggestions, etc.) <p><u>Action souhaitée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ organisation de groupes de paroles pour échanger les pratiques entre infirmiers libéraux et infirmiers hospitaliers (action souhaitée par un infirmier hospitalier) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être à l'écoute ▪ se mettre à la portée de l'autre (parler le même langage)
	<p>Pour communiquer sur le réseau</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ multiplication des supports d'information et de communication (site Internet, plaquette de communication, lettre mensuelle d'information, etc.) ▪ point sur l'actualité du réseau en assemblée générale trois fois par an (nouveaux adhérents, nouvelles directives, etc.) ▪ sensibilisation du grand public lors de la journée portes ouvertes du réseau, lors de la journée mondiale du diabète, etc. (ces journées sont des occasions de rencontres entre professionnels et usagers adhérents et/ou non adhérents) ▪ communication de proximité en contactant régulièrement les professionnels et les bénéficiaires ▪ communication à l'échelle nationale grâce à l'ANCRED <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être à l'écoute ▪ être disponible ▪ être convaincant
	<p>Pour s'articuler avec les autres réseaux diabète</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soutien de l'ANCRED (participation aux rencontres pluriannuelles, groupes de travail sur l'évaluation des pratiques professionnelles, etc.) <p><u>Savoir-être :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ être curieux ▪ être ouvert

Annexe 5.13

Plaquette de communication (Coridys)

Que fait Coridys ?

- Assurer une veille scientifique, technique et juridique sur les troubles des apprentissages et leurs prises en charge.
- Développer des Centres de Ressources.
- Diffuser de l'information : site Internet, bases de données, bibliographies, prêts d'ouvrages et d'outils, envois de documents, organisation de conférences, transmissions de copies d'articles scientifiques (convention avec le Centre Français d'exploitation du droit de Copie).
- Accueillir, conseiller et orienter des familles et des adultes concernés. Accueillir et informer les professionnels.
- Organiser des groupes de parole et des ateliers de formation pour les parents et les enseignants.

Décloisonner les connaissances et les pratiques professionnelles complémentaires, en mettant en commun les expériences cliniques, pédagogiques et sociales.

Favoriser les échanges entre les usagers et les professionnels en développant la prise en compte de l'expertise des usagers, complémentaire de celles des professionnels.

Soutenir des projets techniques ou institutionnels : développement de logiciels ou de tests, création de classes ou de centres spécialisés.

Agir auprès des responsables politiques et administratifs afin d'améliorer la situation des personnes souffrant de Troubles des Apprentissages.

- Participer à diverses instances régionales, nationales et internationales et à certains travaux d'évaluation. Collaborer à la mise en place de réseaux de santé dans le domaine des Troubles des Apprentissages.

C O R I D Y S

Coordination des intervenants auprès des personnes souffrant de dysfonctionnements neuropsychologiques.

Association loi 1901, CORIDYS rassemble des praticiens, des chercheurs, des enseignants, des institutions et des associations ainsi que des familles et des adultes concernés par les Troubles des Apprentissages (et de façon plus générale les « dysfonctionnements neuropsychologiques »).

CORIDYS est :

- Membre du Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (C.T.N.E.R.H.I.).
- Membre associé du Comité d'Entente des Associations Représentatives de Personnes Handicapées et de Parents d'Enfants Handicapés.
- Membre associé de l'Association « Droit au Savoir ».
- Expert associé du Réseau des Observatoires Locaux de la Lecture.
- Membre de l'Association Européenne de Dyslexie.
- Agréé par l'Éducation Nationale (B.O. n°39 du 28-10-2004).

Il existe des associations CORIDYS autonomes et des délégations régionales ou départementales.

SECRETARIAT NATIONAL ET CENTRE DE RESSOURCES

7 AV. MARCEL PAGNOL 13090 AIX-EN-PROVENCE
TEL. 04 42 95 17 96 / 04 42 20 16 87 FAX 04 42 95 17 97
E-MAIL > coridys@club-internet.fr

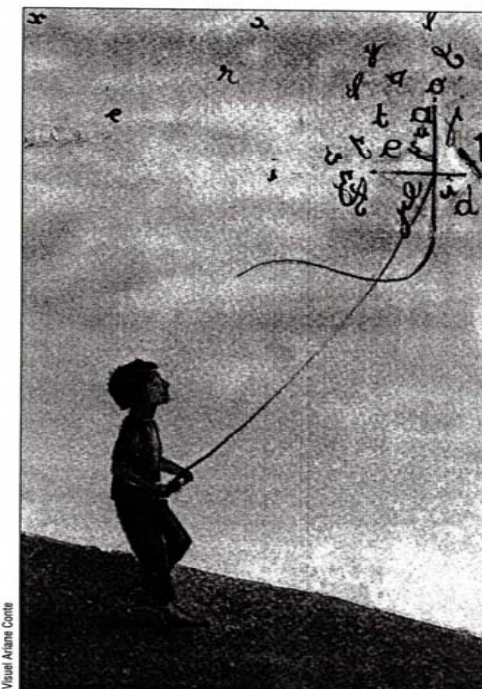
CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION

4 / 6 ALLÉE DU BRINDEAU (11 RUE DE LA MOSELLE) 75019 PARIS
TEL. 01 42 08 62 65 FAX 01 42 49 27 19
E-MAIL > coridys-paris@wanadoo.fr

CORIDYS remercie de leur soutien le Département de Paris, la C.P.A.M. de Paris, le Conseil Général des Bouches-du-Rhône.

C O R I D Y S

Dyslexies - Dysorthographies -
Dysphasies - Dyscalculies - Dyspraxies -
Troubles Attentionnels - Hyperactivité ...



Visuel Ariane Conte

SITE > www.coridys.asso.fr

Annexe 5.14

Convention de partenariat Coridys / Resodys

CONVENTION DE PARTENARIAT

CONFIDENTIEL

Préambule

Coridys et Résodys sont deux associations ayant comme but commun l'amélioration de la prise en charge des enfants souffrant de troubles des apprentissages.

Resodys est la concrétisation de la circulaire dhos/01/2001/209 du 4 mai 2001, relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit, qui indique la nécessité du travail en réseau.

Résodys est donc le réseau de professionnels et d'usagers, ayant pour buts de fédérer les différents acteurs, médicaux, paramédicaux, scolaires, et associations d'usagers de même que de transmettre à ses membres l'information sur les données les plus récentes issues de la recherche scientifique. Résodys est donc essentiellement constitué de praticiens exerçant en secteur libéral, mais aussi de professionnels exerçant dans des structures institutionnelles, scolaires ou extra-scolaires. Résodys est en relation étroite avec le CHU dont il émane, son président étant un médecin hospitalier spécialiste de la dyslexie, et directeur d'une équipe universitaire de recherche spécialisée dans le domaine. Le champ d'action de Résodys couvre la région PACA (sauf le département des Alpes Maritimes) et a jusqu'ici concerné, outre la formation et la coordination des professionnels, la prise en charge des formes les plus sévères

de troubles du langage. Résodys souhaite étendre son action à d'autres départements et, en parallèle, à des activités centrées sur le diagnostic neuropsychologique des troubles d'apprentissage chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, en développant un ou des pôles à vocation plus large, incluant tous les degrés de sévérités des troubles et s'articulant avec tous les aspects de leur prise en charge, en particulier médico-sociaux et pédagogiques.

Coridys a développé une action de centre de ressources et de documentation, s'imposant au fil des années comme un outil indispensable aux professionnels comme aux familles tant par la qualité de ses ressources documentaires, l'efficacité de la mise à disposition des informations au public et aux professionnels, la richesse de son site Internet régulièrement mis à jour (un des plus consultés dans le domaine), sa présence dans tous les milieux institutionnels concernés. Le financement de Coridys est essentiellement assuré, en Région PACA, par des subventions (Etat, DGAS, Conseils Généraux, Conseil Régional, PRS, Mission Ville, CPAM, etc.). A partir de 2005 une partie du financement de Coridys sera assuré par l'URCAM, dans le cadre du financement DRDR de Résodys. Ce financement correspond au rôle de Coridys à l'intérieur du réseau : diffusion de l'information et production de documents pour le réseau, formation des usagers et d'une partie des enseignants, guidance parentale, aide technique sur le terrain.

Coridys souhaite assurer la pérennisation de ses actions par le développement, en partenariat, de véritables Centres de Ressources.

En effet la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, permet la création, dans la liste des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ch. II, section I, art. 15 - Article L. 312-1 - 11°) de ce type de structure : « Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ».

Un souci commun de Résodys et Coridys est le développement du réseau et la formation. Ayant mené une réflexion commune depuis la publication du plan d'action, les deux associations sont à présent prêtes à proposer des formations de niveau optimal et des documents de qualités afférents à ces formations (documents écrits ou documents informatisés), à tous les professionnels et usagers de la Région souhaitant en bénéficier.

Coridys et Résodys, de par leur action novatrice dans le domaine, font figure d'exemples au niveau national. Pourtant, les moyens dont ils disposent restent très limités et leur visibilité insuffisante. Les deux associations ont ainsi décidé d'unir leurs efforts pour rendre leurs services le plus largement et les plus efficacement possible, et souhaitent développer de véritables Centres de Ressources en Région PACA.

Article 1 Objet

La présente convention a pour objet de préciser les modalités du partenariat entre Resodys et Coridys

Article 2 Modalités

2.1 Apports de Coridys

Après avoir pris connaissance de la convention constitutive de Résodys, Coridys adhère officiellement au Réseau.

Coridys apportera aux membres de Résodys le soutien logistique de son Centre d'Information et de Documentation d'Aix-en-Provence :

- prêts d'ouvrages et d'outils
- copie d'articles scientifiques
- transmission d'informations juridiques, pédagogiques et sociales
- élaboration de documents
- groupes de parole et ateliers de formation pour les parents et les enseignants
- guidance parentale et appui technique à l'intégration scolaire

2.2 Apport de Resodys

Resodys s'engage à faire figurer une participation au fonctionnement de Coridys dans sa demande financière à la DRDR, selon des modalités qui sont fixées, chaque année, par un avenant à la présente convention.

2.3 Financements communs

Les deux associations pourront rechercher des financements communs.

Par ailleurs, elles s'engagent à s'informer mutuellement de leurs budgets prévisionnels respectifs.

Article 3 Projets communs

De manière non exhaustive, Coridys et Resodys s'engagent en commun dans un certain nombre de projets ayant trait principalement à la formation, l'interface entre l'offre de soins et les usagers, incluant les divers aspects sociaux et pédagogiques.

Fait à Aix-en-Provence, le 1^{er} janvier 2005

Pour RESODYS
Le Président,

Pour CORIDYS
Le Président

Annexe 5.15

Note rédigée par Ariel (Resodys)

POUR UNE REDEFINITION D'UN PARTENARIAT
ENTRE RESODYS ET CORIDYS

POSSIBILITÉ D'UN FINANCEMENT COMMUN DANS LE CADRE DE
LA « CINQUIÈME ENVELOPPE »

Ariel - Juillet 2003

PRÉAMBULE

Une double inquiétude me pousse à rédiger cette note dont le but est de permettre une réflexion et des échanges constructifs entre partenaires.

1) J'ai exprimé la première de ces inquiétudes lors de l'Assemblée Générale de ResoDys le 11 juin : l'esprit des réseaux est de mettre en synergie l'action des praticiens hospitaliers, des professionnels libéraux, des usagers, des associations et institutions concernées et, dans notre domaine, du secteur éducatif. Or, comme je le développerai plus bas, la coordination et l'organisation du réseau qui devrait être transversale et démocratique, se révèlent de plus en plus verticales et dépendantes du seul secteur médical.

Ce phénomène n'est pas isolé et nous observons l'existence du même risque dans le cadre de l'Observatoire des troubles d'apprentissage, des associations Coridys Nantes-Atlantique, Coridys-Isère, etc.

ResoDys est la concrétisation de la circulaire dhos/01/2001/209 du 4 mai 2001, relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit, qui indique la nécessité du travail en réseau. Elle évoque le partenariat avec les autres acteurs impliqués, du domaine médico-social et/ou éducatif.

Concernant le partenariat avec les associations, la circulaire « souligne la pertinence d'une approche prenant en compte l'avis des différentes associations de patients... » et indique que « Le centre de référence doit également développer des relations de coopération et de complémentarité avec le milieu associatif impliqué sur ce sujet ».

2) En tant que Président de Coridys je suis préoccupé par la pérennisation des ressources nécessaires à la poursuite d'un travail indispensable (tant que le développement de ce modèle n'est pas relayé par d'autres). [...]

indispensable, alors que de nombreux projets que nous avons initiés sont naturellement repris ou poursuivis par d'autres qui y ont vocation.

ResoDys a accompli en peu de temps un travail remarquable et l'engagement de ses membres est exemplaire.

Il convient de se reporter ici aux nombreux textes publiés par Michel et les membres de ResoDys.

Il existe cependant un danger dans la mesure où ce qui devrait être un réseau transversal, devient, de plus en plus, une structure pyramidale où les médecins sont seuls décisionnaires, relayés par les paramédicaux. Le secteur éducatif est associé. Les associations sont respectées et consultées, mais de plus en plus marginalisées et sans voix au chapitre autre que consultative.

Je voudrais ici citer un texte récent de Romain Guilloux, psychologue et neuropsychologue, avec lequel Coridys travaille de plus en plus (voir la rubrique « clinique pluridisciplinaire » de notre site) :

*« ... en tant que professionnel, je n'ai jamais rencontré une personne qui soit « dyslexique pure » ou dyspraxique pure ou « dys...tout ce qu'on voudra pure » !
L'objectif que j'assigne à ce groupe de travail est bien de tenter de répondre au mieux à la question « comment mettre en place les conditions qui permettront à la personne « dys » et à son entourage de se développer au mieux avec ses difficultés ? ». Sachant qu'on ne trouvera jamais une « rééducation » qui à elle seule répondrait à tous les besoins d'une personne. Pour cela, on a besoin des connaissances que les chercheurs développent sur le fonctionnement neuropsychologique, et des compétences des gens qui y font face concrètement, au jour le jour. »*

Développer des réseaux de santé ou un « observatoire des troubles d'apprentissage » en ne laissant pas aux usagers et aux associations un rôle d'acteur à part entière serait une grave erreur.

L'expérience, l'évolution de la société et de la législation vont dans le sens d'un rôle croissant de la place des usagers dans l'organisation du processus thérapeutique.

Il convient de rappeler certaines dispositions du décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321 du code de la santé publique :

- Art. D 766-1-4. - L'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

[...]

CONCLUSION

Les réalisations de Coridys sont très modestes au regard de ce qui est à construire et qui dépasse largement notre champ de compétence.

Nos idées, par contre, ont fait leurs preuves et la plupart des propositions que nous avons faites depuis neuf ans se sont concrétisées.

Nos analyses se sont toujours révélées exactes, alors qu'elles étaient loin de faire l'unanimité lors de leur publication.

Je souhaite simplement, aujourd'hui être entendu à ce niveau, pour que de beaux projets ne se retrouvent pas dans une impasse.

Ce texte n'a pas d'autre but que d'être un élément du dialogue, entre partenaires qui s'estiment. Je désire ce dialogue fructueux, pour le bien des personnes dont nous avons le souci commun.

Annexe 5.16

Matrice de pratiques (Resodys)

Paradoxes en présence	Pratiques vu par les acteurs périphériques (Tâches opératoires / Savoir-être)
	<p>Pour gérer le couple formel / informel</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ signature d'une convention de partenariat entre Resodys et Coridys précisant le champ d'activité des deux associations ▪ prédétermination d'un parcours de soins standard ▪ information des bénéficiaires au moyen d'un formulaire d'engagement (précisant les consultations auxquelles l'enfant a droit) ▪ information des professionnels par courrier ou mail (précisant les enfants à diagnostiquer, les réunions programmées, etc.) ▪ retours d'informations au réseau par courrier ou mail <p><u>Remarque :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relation d'autorité (centre et périphérie)
	<p>Pour gérer le couple conformité / autonomie</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ construction centralisée d'outils standards (formulaire d'engagement, grilles de soins, indicateurs de résultats, etc.). Ces outils sont imposés par la direction du réseau et n'ont pas été l'objet d'une construction collective avec les acteurs du réseau ▪ instauration d'une logique quantitative (nombre d'enfants inclus, nombre de diagnostics fournis, etc.) ▪ évaluation centralisée du réseau (les acteurs périphériques renseignent des indicateurs en réunion de synthèse et sont informés des résultats de l'évaluation en assemblée générale) <p><u>Remarque :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ centralisation des décisions
	<p>Pour gérer le couple spécificité / unité</p> <p><u>Actions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ recherche de partenaires pluridisciplinaires concernés par les troubles de l'apprentissage ▪ constitution de pôles de proximité pour permettre une prise en charge adaptée à chaque territoire ▪ recrutement de médecins coordonnateurs à la tête de chaque pôle ▪ réalisation de diagnostics pluridisciplinaires donnant lieu à des préconisations pédagogiques et thérapeutiques ▪ fonctionnement parallèle des professionnels (chaque professionnel rédige de façon isolée un bilan suite à son diagnostic. Il n'y a pas de dossier médical partagé. Au mieux, un dossier est parfois consultable au pôle de proximité et mentionne l'équipe soignante de l'enfant) ▪ deux réunions de synthèse entre professionnels sont organisées au cours du parcours de soins (après 3 mois d'inclusion puis après 6 mois d'inclusion). Sont présents les professionnels ayant effectués des consultations. Chacun expose son bilan. Les professionnels scolaires sont invités à participer à la réunion par courrier ▪ les parents et l'orthophoniste de l'enfant sont informés des bilans par réception d'un dossier en fin de parcours de soins ▪ dispensation de formations médicales

INDEX DES FIGURES

Figures présentées en introduction générale

Figure A	Cadre théorique de la thèse	7
Figure B	Chemin de la thèse	11

Figures présentées dans le chapitre 2

Figure 2.1	Raisonnement suivi dans l'utilisation de l'idéaltype RHYCEBA.....	59
Figure 2.2	Calendrier du recueil de données pour réaliser l'état des lieux qualitatif des réseaux de santé	64
Figure 2.3	Trois processus de mise en œuvre d'un changement organisationnel.....	82
Figure 2.4	Modélisation de l'entrée d'un patient dans un réseau de santé	85
Figure 2.5	Présentation du RHYCEBA vu par les acteurs	92

Figures présentées dans le chapitre 4

Figure 4.1	Modes de raisonnement et connaissance scientifique	165
Figure 4.2	Trois objectifs de recherche.....	167
Figure 4.3	Calendrier du recueil de données pour étudier le management des réseaux de santé.....	176
Figure 4.4	Triangulation des récits de pratiques	180
Figure 4.5	Méthode d'analyse des récits de pratiques	185
Figure 4.6	Deux niveaux de lecture de la question de recherche centrale	191
Figure 4.7	Processus entrée/sortie d'Alp'âges	195
Figure 4.8	Processus entrée/sortie de Resp 13	197
Figure 4.9	Processus entrée/sortie du réseau Canebière	199
Figure 4.10	Processus entrée/sortie de Diabaix	201
Figure 4.11	Processus entrée/sortie de Resodys	203

Figures présentées dans le chapitre 5

Figure 5.1	Modèle de management paradoxal d'Alp'âges	224
Figure 5.2	Modèle de management paradoxal de Resp 13	243
Figure 5.3	Modèle de management paradoxal du réseau Canebière.....	261
Figure 5.4	Modèle de management paradoxal de Diabaix.....	278
Figure 5.5	Modèle de management paradoxal de Resodys.....	295

Figures présentées dans le chapitre 6

Figure 6.1	Proposition de trois archétypes de parcours de soins	315
Figure 6.2	Proposition d'un paradoxe central intégrateur.....	321
Figure 6.3	Modèle de management paradoxal des réseaux de santé.....	343

INDEX DES TABLEAUX

Tableau présenté dans le chapitre 1

Tableau 1.1	Quelques exemples d'estimations nationales du nombre de réseaux de santé.....	45
-------------	---	----

Tableaux présentés dans le chapitre 2

Tableau 2.1	Base de construction du RHYCEBA	63
Tableau 2.2	Experts rencontrés pour l'état des lieux qualitatif.....	65
Tableau 2.3	Méthode d'analyse des entretiens d'experts.....	69
Tableau 2.4	Grille de sélection des réseaux de santé choisis pour l'état des lieux qualitatif	70
Tableau 2.5	Acteurs de terrain sélectionnés pour l'état des lieux qualitatif	71
Tableau 2.6	Méthode d'analyse des entretiens avec les acteurs de terrain	76
Tableau 2.7	Quatre types de difficultés de fonctionnement des réseaux de santé	96
Tableau 2.8	Les difficultés structurelles des réseaux de santé.....	97
Tableau 2.9	Les difficultés culturelles des réseaux de santé.....	98
Tableau 2.10	Les difficultés comportementales des réseaux de santé	98
Tableau 2.11	Les difficultés organisationnelles des réseaux de santé	99
Tableau 2.12	Réseaux d'en haut et réseaux d'en bas	102

Tableaux présentés dans le chapitre 3

Tableau 3.1	Les acceptations de la notion de réseau	114
Tableau 3.2	Ambiguïté des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé	126
Tableau 3.3	Deux conceptions du compromis	141
Tableau 3.4	Logiques et pratiques organisationnelles paradoxales.....	143

Tableaux présentés dans le chapitre 4

Tableau 4.1	Trois paradigmes de recherche	158
Tableau 4.2	La démarche abductive appliquée à notre recherche.....	166
Tableau 4.3	Grille de sélection des cas exemplaires choisis pour l'étude du management des réseaux de santé	172
Tableau 4.4	Acteurs de terrain sélectionnés pour l'étude du management des réseaux de santé	177
Tableau 4.5	Préparation au codage des données de la seconde étude empirique.....	181
Tableau 4.6	Grille d'analyse des incidents critiques	181
Tableau 4.7	Grille d'analyse des pratiques professionnelles.....	182
Tableau 4.8	Echelle graduée du modèle de management paradoxal.....	189
Tableau 4.9	Synthèse des choix méthodologiques de la seconde étude empirique.....	192
Tableau 4.10	Tableau signalétique d'Alp'âges	194
Tableau 4.11	Tableau signalétique de Resp 13	196
Tableau 4.12	Tableau signalétique du réseau Canebière.....	198
Tableau 4.13	Tableau signalétique de Diabaix.....	200
Tableau 4.14	Tableau signalétique de Resodys.....	202

Tableaux présentés dans le chapitre 5

Tableau 5.1	Coordonnateurs interviewés dans Alp'âges	209
Tableau 5.2	Acteurs périphériques interviewés dans Alp'âges.....	211
Tableau 5.3	Lecture du modèle de management paradoxal d'Alp'âges.....	224
Tableau 5.4	Coordonnateurs interviewés dans Resp 13	227
Tableau 5.5	Acteurs périphériques interviewés dans Resp 13	228
Tableau 5.6	Lecture du modèle de management paradoxal de Resp 13.....	243
Tableau 5.7	Coordonnateurs interviewés dans le réseau Canebière.....	246
Tableau 5.8	Acteurs périphériques interviewés dans le réseau Canebière	247
Tableau 5.9	Lecture du modèle de management paradoxal du réseau Canebière.....	261
Tableau 5.10	Coordonnateurs interviewés dans Diabaix	264
Tableau 5.11	Acteurs périphériques interviewés dans Diabaix.....	265
Tableau 5.12	Lecture du modèle de management paradoxal de Diabaix.....	278
Tableau 5.13	Acteurs interviewés dans Resodys	280
Tableau 5.14	Lecture du modèle de management paradoxal de Resodys	296

Tableaux présentés dans le chapitre 6

Tableau 6.1	Tableau de synthèse des résultats intermédiaires	302
Tableau 6.2	Une réaction collective à un impératif de soins.....	306
Tableau 6.3	Parcours de soins des réseaux de santé étudiés	313
Tableau 6.4	Validation des paradoxes pressentis dans la proposition de recherche 1	317
Tableau 6.5	Logiques organisationnelles identifiées dans l'analyse de la proposition de recherche 2	329
Tableau 6.6	Les facteurs clés de succès identifiés dans les quatre cas de succès	336
Tableau 6.7	Sept propositions « actionnables »	349

Tableau présenté dans la conclusion générale

Tableau A	Synthèse des principaux résultats et apports de la recherche	361
-----------	--	-----

INDEX DES ENCADRES

Encadrés présentés dans le chapitre 1

Encadré 1.1	Extrait de la charte des réseaux de santé de la CNR.....	29
Encadré 1.2	Principes fondateurs des réseaux de santé.....	33
Encadré 1.3	Définition historique et étymologique du « mythe ».....	35
Encadré 1.4	Exemple d'une démarche professionnelle globale.....	39

Encadrés présentés dans le chapitre 2

Encadré 2.1	Codes utilisés pour les entretiens avec les experts.....	68
Encadré 2.2	Cas n°1 : PERINAT SUD.....	72
Encadré 2.3	Cas n°2 : ASSOCIATION MARSEILLE DIABETE(AMD).....	72
Encadré 2.4	Cas n°3 : RESADOS.....	73
Encadré 2.5	Cas n°4 : RESODYS.....	73
Encadré 2.6	Codes utilisés pour les entretiens avec les acteurs de terrain.....	75
Encadré 2.7	Premier critère d'identité du RHYCEBA : le réseau.....	80
Encadré 2.8	Deuxième critère d'identité du RHYCEBA : la santé.....	81
Encadré 2.9	Troisième critère d'identité du RHYCEBA : l'hybridité.....	84
Encadré 2.10	Quatrième critère d'identité du RHYCEBA : le bénéficiaire.....	86
Encadré 2.11	Premier critère de succès du RHYCEBA : une prise en charge globale.....	87
Encadré 2.12	Deuxième critère de succès du RHYCEBA : une prise en charge co-produite.....	88
Encadré 2.13	Troisième critère de succès du RHYCEBA : une amélioration de la qualité des soins.....	89

Encadré présenté dans le chapitre 3

Encadré 3.1	Extrait d'une interview d'Yves Barel.....	129
-------------	---	-----

Encadrés présentés dans le chapitre 4

Encadré 4.1	Principaux présupposés de la recherche.....	163
Encadré 4.2	La démarche abductive.....	166
Encadré 4.3	Note sur les récits de pratiques.....	175
Encadré 4.4	Codes utilisés pour les entretiens de la seconde étude empirique.....	184
Encadré 4.5	Méthode de construction des matrices de pratiques.....	187
Encadré 4.6	Exemple d'un modèle de management paradoxal.....	188

Encadré présenté dans le chapitre 5

Encadré 5.1	Déroulement de la journée d'observation à Alp'âges.....	208
-------------	---	-----

Encadrés présentés dans le chapitre 6

Encadré 6.1	Principe d'inertie en physique.....	322
Encadré 6.2	Synthèse des résultats d'analyse de la proposition de recherche 1.....	323
Encadré 6.3	Synthèse des résultats d'analyse de la proposition de recherche 2.....	339
Encadré 6.4	Métaphore du funambule.....	344
Encadré 6.5	Profil de coordonnateur de réseau de santé.....	346
Encadré 6.6	Dynamique managériale des réseaux de santé.....	347
Encadré 6.7	Sept clés stratégiques du management des réseaux de santé.....	348

INDEX DES HISTOIRES

Histoires présentées dans le chapitre 5

Histoire 5.1	Le no man's land organisationnel	212
Histoire 5.2	Madame V.	213
Histoire 5.3	L'épluchage	214
Histoire 5.4	Le secret médical	215
Histoire 5.5	La succession.....	229
Histoire 5.6	La peur d'une fuite de patient	231
Histoire 5.7	Les caméras de surveillance	232
Histoire 5.8	Le bras de fer avec les tutelles	232
Histoire 5.9	La cerise sur le gâteau	233
Histoire 5.10	Le Cabanon	248
Histoire 5.11	L'enfant qui apprend à marcher	250
Histoire 5.12	L'expertise	250
Histoire 5.13	Les microstructures	252
Histoire 5.14	Les priorités de santé publique	253
Histoire 5.15	Des protocoles structurants	266
Histoire 5.16	La peur d'une fuite de patient (2)	267
Histoire 5.17	La consultation de podologie	269
Histoire 5.18	Le classeur bleu	270
Histoire 5.19	Le partenariat Coridys / Resodys	282
Histoire 5.20	Le pouvoir médical	285
Histoire 5.21	Une mission de diagnostic	286
Histoire 5.22	La démission de Marie	287
Histoire 5.23	La place des parents dans le réseau	289

INDEX DES ABREVIATIONS

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
ADSP : Actualité et Dossier en Santé Publique
AFD : Association Française des Diabétiques
AGRH : Association Francophone de Gestion des Ressources Humaines
AIDES : Association Française de Lutte contre le Sida
AIM : Association Information et Management
AIMS : Association Internationale de Management Stratégique
AMD : Association Marseille Diabète
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANCRED : Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète
APA : Allocation Personnes Agées
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS : Assistante Sociale
ASAC : Association des Sciences de l'Administration du Canada
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CA : Conseil d'Administration
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CERGAM : Centre de Recherche en Gestion d'Aix-Marseille
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIPC : Contrat Individuel de Prise en Charge
CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination pour les personnes âgées
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et Salariés
CNR : Coordination Nationale des Réseaux
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPPC : Co-Pilotage de Projet Co-Conçu
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRET-LOG : Centre de Recherche en Sciences de Gestion Spécialisé en Logistique
CTO : Commission Technique d'Orientation
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DH : Direction des Hôpitaux
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux de santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux de santé
EAP : European School of Management Studies

ENSP : Ecole Nationale Supérieure en Santé Publique
ESCP : Ecole Supérieure de Commerce de Paris
ESF : Economie Sociale et Familiale
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMC : Formation Médicale Continue
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Comité de Santé Publique
HMO : Health Maintenance Organisation
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IRPS : Institut Régional de Prévention de la Sénescence
MAUSS : Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OI : Objet Intermédiaire
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONRS : Observatoire National des Réseaux de Santé
PA : Personne Agée
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PME : Petites et Moyennes Entreprises
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PUC : Patient Usager Client
QR : Question de Recherche
RC : Réseau Canebière
RECEMAP : Réseau d'Enseignants, Chercheurs et Experts en Management Public
RHYCEBA : Réseau de Santé Hybride Centré sur un Bénéficiaire Actif
RS : Réseau de Santé
RSC : Réseau de Soins Coordonnés
RSS : Réseau Sanitaire Spécialisé
SIDA : Syndrome Immunodéficient Acquis
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
T2A : Tarification à l'Activité
UMG : Unité Médicale Gérontologique
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus d'Immunodéficiency Humaine

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	I
SOMMAIRE	II
INTRODUCTION GENERALE	1
A. Le contexte de la recherche	1
B. Les questions de recherche	4
C. Le cadre théorique	6
D. Le positionnement épistémologique et les choix méthodologiques	8
E. Les résultats attendus	9
F. Le chemin de la thèse	9
PARTIE 1 - DE LA COMPREHENSION D’UNE NOUVELLE FORME ORGANISATIONNELLE DES SOINS...	13
INTRODUCTION PARTIE 1	15
Chapitre 1 – LES RESEAUX DE SANTE : UN OBJET DE RECHERCHE NEBULEUX	17
1.1 UN FORT ENTHOUSIASME POUR LES RESEAUX DE SANTE	19
1.1.1 L’histoire des réseaux de santé français	19
1.1.1.1 Les premières expériences de réseaux de santé (1900).....	19
1.1.1.2 La véritable naissance des réseaux de santé (1980)	20
1.1.2 Le rôle de l’Etat	22
1.1.2.1 Les principales mesures de l’Etat.....	22
1.1.2.2 Une empreinte politique	24
1.1.3 Les réseaux de santé d’aujourd’hui	25
1.1.3.1 Les nouveaux défis du système de santé français	25
1.1.3.2 Une réponse organisationnelle cohérente et innovante	27
1.2 DES REFERENCES MYTHIQUES	34
1.2.1 Origine et fonction sociale des mythes	34
1.2.1.1 Acceptation du mythe.....	34
1.2.1.2 Fonction sociale des mythes.....	35
1.2.2 La quête de la santé parfaite	37
1.2.2.1 La grande santé scientifico-technique	37
1.2.2.2 La grande santé réhumanisée	38
1.2.3 Les références mythiques des réseaux de santé	40
1.2.3.1 Un réenchèvement par le réseau.....	40
1.2.3.2 Une sacralisation franco-française de la santé	41
1.3 UNE REALITE EMPIRIQUE CONFUSE	44
1.3.1 Une faible visibilité	44
1.3.1.1 Combien de réseaux de santé ?.....	44
1.3.1.2 Qui participe ?	46

1.3.2	Une grande diversité	48
1.3.2.1	Quelles pratiques locales ?	48
1.3.2.2	Quelle unité des réseaux de santé ?	49
1.3.3	Des retours d'expériences parfois décevants	50
1.3.3.1	Quelle plus value attendue ?	50
1.3.3.2	Quelle plus value effective ?	51
CONCLUSION CHAPITRE 1		53
Chapitre 2 – UN ETAT DES LIEUX QUALITATIF DES RESEAUX DE SANTE		55
2.1 CHOIX METHODOLOGIQUES POUR REALISER UN ETAT DES LIEUX QUALITATIF		
DES RESEAUX DE SANTE		57
2.1.1	Construction d'un idéaltype de réseau de santé	57
2.1.1.1	Définition et intérêt de l'idéaltype	57
2.1.1.2	Méthode d'élaboration de l'idéaltype	58
2.1.2	Opérationnalisation de la méthode	62
2.1.2.1	Méthode de construction du RHYCEBA	62
2.1.2.2	Méthode retenue avec les experts	64
2.1.2.3	Méthode retenue avec les acteurs de terrain	69
2.2	PRESENTATION DE L'IDEALTYPE MYTHIQUE RHYCEBA	76
2.2.1	Critères d'identité du RHYCEBA	77
2.2.1.1	Un réseau	77
2.2.1.2	Un réseau de santé	80
2.2.1.3	Un réseau de santé hybride	82
2.2.1.4	Un réseau de santé hybride centré sur un bénéficiaire	84
2.2.2	Critères de succès du RHYCEBA	86
2.2.2.1	Une prise en charge globale	86
2.2.2.2	Une prise en charge globale et co-produite	87
2.2.2.3	Une prise en charge globale et co-produite qui améliore la qualité des soins	89
2.2.3	Un idéaltype mythique fédérateur	90
2.3	ETUDE DE LA DISTORSION RHYCEBA-RESEAUX DE SANTE EXISTANTS	93
2.3.1	Une forte distorsion	93
2.3.1.1	Estimation du degré de distorsion	93
2.3.1.2	Une distorsion plus importante avec les réseaux « d'en haut »	95
2.3.2	Des éléments d'explication à la distorsion	96
2.3.2.1	Quatre types de difficultés de fonctionnement	96
2.3.2.2	Etude des invariants	96
2.3.3	Projet du chercheur	103
CONCLUSION CHAPITRE 2		105
Chapitre 3 – UNE SITUATION DE GESTION COMPLEXE ET PARADOXALE ...		107
3.1	UNE SITUATION DE GESTION COMPLEXE	109
3.1.1	La complexité : de quoi parle-t-on ?	109
3.1.1.1	Acception de la complexité	109
3.1.1.2	Implication de la complexité pour notre recherche	111
3.1.1.3	Des réseaux de santé complexes	111

3.1.2 Réseaux et complexité	113
3.1.2.1 Le réseau : un outil de compréhension de la complexité	113
3.1.2.2 Une approche systémique.....	116
3.1.2.3 Une approche sociopolitique	118
3.1.3 Incertitude et complexité	121
3.1.3.1 Les réseaux de santé : une anarchie organisée ?	121
3.1.3.2 Le garbage can transposé aux réseaux de santé	122
3.2 UNE SITUATION DE GESTION PARADOXALE.....	124
3.2.1 Des difficultés de fonctionnement ambiguës.....	124
3.2.1.1 Place de l'ambiguïté dans les organisations	124
3.2.1.2 Place de l'ambiguïté dans les réseaux de santé	125
3.2.2 De l'ambiguïté au paradoxe	126
3.2.2.1 Acception du paradoxe.....	126
3.2.2.2 Paradoxes des réseaux de santé	128
3.2.3 Proposition de recherche 1	131
3.3 VERS UNE GESTION PARADOXALE DE DIALOGUE.....	133
3.3.1 La stratégie en milieu complexe et paradoxal	134
3.3.1.1 Est-il encore possible de réduire la distorsion ?	134
3.3.1.2 La stratégie tâtonnante.....	136
3.3.2 Les logiques organisationnelles paradoxales	138
3.3.2.1 La logique paradoxale de différenciation.....	138
3.3.2.2 La logique paradoxale de dialogue.....	140
3.3.2.3 La logique paradoxale de disparition	142
3.3.2.4 Synthèse sur les logiques organisationnelles paradoxales	142
3.3.3 Proposition de recherche 2	143
CONCLUSION CHAPITRE 3.....	146
CONCLUSION PARTIE 1	147
PARTIE 2 - ... à la construction d'un modèle de management paradoxal	149
INTRODUCTION PARTIE 2	151
Chapitre 4 - CHOIX EPISTEMOLOGIQUES ET METHODOLOGIQUES.....	153
4.1 DE LA FORMULATION DU PROBLEME	155
4.1.1 Construction du problème de recherche	155
4.1.1.1 D'une situation préoccupante à un problème identifié.....	155
4.1.1.2 D'un problème identifié à un problème formulé.....	156
4.1.2 Positionnement épistémologique	157
4.1.2.1 Les grands paradigmes de recherche en sciences de gestion	157
4.1.2.2 Une recherche d'inspiration constructiviste	159
4.2 ... A SON PROCESSUS DE RESOLUTION	164
4.2.1 Un raisonnement logique de type abductif	164
4.2.1.1 Trois types de raisonnements logiques.....	164
4.2.1.2 Une recherche menée en suivant un raisonnement abductif	165

4.2.2 Le protocole de recherche	168
4.2.2.1 Le recours à des études de cas exemplaires	168
4.2.2.2 Le mode de recueil des données.....	172
4.2.2.3 L'analyse des données.....	180
4.2.2.4 Synthèse des choix méthodologiques.....	191
4.3 PRESENTATION DES ETUDES DE CAS	193
4.3.1 Le réseau gérontologique (cas de succès)	194
4.3.2 Le réseau de soins palliatifs (cas de succès)	196
4.3.3 Le réseau addiction (cas de succès)	198
4.3.4 Le réseau diabète (cas de succès)	200
4.3.5 Le réseau dyslexie (cas d'échec)	202
CONCLUSION CHAPITRE 4	204
Chapitre 5 – PRESENTATION DES RESULTATS INTRA CAS	205
5.1 LE RESEAU GERONTOLOGIQUE ALP'AGES	207
5.1.1 Le matériau d'analyse	207
5.1.1.1 Echantillon de répondants	207
5.1.1.2 Quelques histoires significatives	212
5.1.2 Discussion des propositions de recherche	216
5.1.2.1 Proposition de recherche 1	216
5.1.2.2 Proposition de recherche 2	219
5.1.3 Synthèse sur le mode de management d'Alp'âges	222
5.1.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) d'Alp'âges.....	222
5.1.3.2 Modèle de management paradoxal d'Alp'âges	224
5.2 LE RESEAU DE SOINS PALLIATIFS RESP 13	225
5.2.1 Le matériau d'analyse	225
5.2.1.1 Echantillon de répondants	225
5.2.1.2 Quelques histoires significatives	229
5.2.2 Discussion des propositions de recherche	235
5.2.2.1 Proposition de recherche 1	235
5.2.2.2 Proposition de recherche 2	237
5.2.3 Synthèse sur le mode de management de Resp 13	240
5.2.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) de Resp 13.....	240
5.2.3.2 Modèle de management paradoxal de Resp 13	242
5.3 LE RESEAU ADDICTION CANEBIERE	244
5.3.1 Le matériau d'analyse	245
5.3.1.1 Echantillon de répondants	245
5.3.1.2 Quelques histoires significatives	248
5.3.2 Discussion des propositions de recherche	253
5.3.2.1 Proposition de recherche 1	253
5.3.2.2 Proposition de recherche 2	256
5.3.3 Synthèse sur le mode de management du réseau Canebière	258
5.3.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) du réseau Canebière	258
5.3.3.2 Modèle de management paradoxal du réseau Canebière	261

5.4 LE RESEAU DIABETE DIABAIX	262
5.4.1 Le matériau d'analyse	262
5.4.1.1 Echantillon de répondants	262
5.4.1.2 Quelques histoires significatives	266
5.4.2 Discussion des propositions de recherche	271
5.4.2.1 Proposition de recherche 1	271
5.4.2.2 Proposition de recherche 2	273
5.4.3 Synthèse sur le mode de management de Diabaix	276
5.4.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) de Diabaix	276
5.4.3.2 Modèle de management paradoxal de Diabaix	277
5.5 LE RESEAU TEMOIN RESODYS	279
5.5.1 Le matériau d'analyse	279
5.5.1.1 Echantillon de répondants	279
5.5.1.2 Quelques histoires significatives	282
5.5.2 Discussion des propositions de recherche	290
5.5.2.1 Proposition de recherche 1	290
5.5.2.2 Proposition de recherche 2	292
5.5.3 Synthèse sur le mode de management de Resodys	294
5.4.3.1 Bilan de(s) logique(s) organisationnelle(s) de Resodys	294
5.4.3.2 Modèle de management paradoxal de Resodys	295
CONCLUSION CHAPITRE 5	297
Chapitre 6 – ANALYSE DES RESULTATS INTER CAS	299
6.1 UNE SYNTHESE COMPARATIVE DES RESULTATS INTERMEDIAIRES	301
6.2 DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE RECHERCHE 1	305
6.2.1 Une réaction collective à un impératif de soins	305
6.2.1.1 L'action collective initiée dans les réseaux de santé	305
6.2.1.2 Les contraintes de temps	308
6.2.1.3 Les résultats du réseau soumis au jugement.....	309
6.2.2 Un désordre organisateur	311
6.2.2.1 Une source de désordre	311
6.2.2.2 Un nouvel ordre créé	313
6.2.3 Proposition d'un paradoxe central intégrateur	316
6.2.3.1 Les tensions managériales des réseaux de santé	316
6.2.3.2 Emergence d'un paradoxe central intégrateur.....	320
6.3 DISCUSSION DE LA PROPOSITION DE RECHERCHE 2	324
6.3.1 Pertinence d'une stratégie paradoxale	324
6.3.1.1 Mise en perspective des modèles de management paradoxal	324
6.3.1.2 Etude comparée des espaces de gestion	326
6.3.2 Une logique de dialogue dominante	328
6.3.3 Des facteurs clés de succès qui se rejoignent	336
6.4 VERS UN MODELE DE MANAGEMENT DES RESEAUX DE SANTE	340
6.4.1 Une grille de lecture ago-antagoniste	340
6.4.2 Proposition d'un modèle de management paradoxal des réseaux de santé	342

6.5 DISCUSSION GENERALE DES RESULTATS	350
6.5.1 Une réflexion sur les réseaux de santé.....	350
6.5.2 Une perspective d'ouverture	352
CONCLUSION CHAPITRE 6	354
CONCLUSION PARTIE 2	355
CONCLUSION GENERALE	357
A. Synthèse et apports de la recherche.....	357
B. Limites de la recherche.....	362
C. Perspectives de recherche.....	363
BIBLIOGRAPHIE	365
ANNEXES	383
INDEX DES FIGURES	443
INDEX DES TABLEAUX	445
INDEX DES ENCADRES	447
INDEX DES HISTOIRES	449
INDEX DES ABREVIATIONS	451