

Le processus de pérennisation d'un réseau d'acteurs : le cas d'un réseau de santé

EL KHOMSSI Nouzha : Docteur ès Sciences de gestion ; Membre du Centre de Recherche en Gestion des Organisation (CREGOR) Montpellier II ; ESC Clermont Ferrand

Adresse postale : 56 Rue des Glaïeuls Chabrier 84200 Carpentras

Adresse électronique : nouzha.elkhomssi@esc-clermont.fr

Téléphone : 06 62 13 57 36

□ Résumé

La question de la durabilité des réseaux et plus particulièrement les réseaux concernant le secteur médical peut, dans une certaine mesure, être perçue comme étant capitale du fait de leurs spécificités. Par conséquent, l'objet de ce papier est de proposer une analyse du processus de pérennisation d'un réseau d'acteurs et plus spécifiquement d'un réseau de médecins. Le propos est alors de considérer les conditions de pérennisation de ce type de réseau. Autrement dit, il s'agit d'analyser les facteurs de stabilité ou d'instabilité potentiels de ce type de "quasi-organisation".

D'abord, l'idée était d'examiner en premier lieu l'hypothétique lien entre le processus de conservation et une éventuelle institutionnalisation formelle. Même si la littérature est abondante sur la question des réseaux et des réseaux de santé, elle laisse toutefois les questions relatives aux modalités de pérennisation des réseaux d'acteurs et plus particulièrement des réseaux de médecins, en suspens. En outre, du fait de la nature des questions théoriques soulevées, qui ne peuvent être étudiées que dans la durée, et par une observation détaillée de la dynamique des jeux d'acteurs, le choix s'est donc porté sur une « immersion » dans un réseau de santé. Par conséquent, afin de considérer le phénomène de pérennisation dans sa globalité, le choix méthodologique s'est donc porté sur une immersion, dans un réseau de médecins, spécialisé en cancérologie, durant une période de quatre ans.

L'interprétation des résultats de cette observation a mis en évidence un processus de pérennisation progressif au rythme des médecins, comprenant une étape d'institutionnalisation formelle qui n'a cessé de se renforcer. L'identité du réseau en question s'est par la même occasion renforcée. Il ressort également de l'enquête une implication assez "remarquable" des médecins dans l'évolution de leur réseau. Les signes de cette implication sont, d'une part, la présence à chaque point de rupture d'un médecin charismatique, jouant ainsi le rôle de catalyseur dans les grandes phases de changement du réseau, et d'autre part, une mobilisation de tous les médecins au plan organisationnel et fonctionnel.

Cette étude peut contribuer plus globalement, dans une certaine mesure, à la théorie générale de la structuration et de la pérennisation de ce type de réseaux.

□ Mots clés / Processus de pérennisation, réseaux d'acteurs, réseaux de médecins, institutionnalisation formelle, contrôle

On constate que le développement des réseaux dans le domaine économique est de plus en plus crucial. Les réseaux concernent quasiment tout le secteur marchand. Certains de ces réseaux durent, d'autres n'y arrivent pas.

Cette question des réseaux et de leur durabilité est aussi cruciale dans le secteur non marchand et plus particulièrement dans le domaine de la santé. Les professionnels de santé travaillent en réseau afin de prendre en charge certaines pathologies comme par exemple la tuberculose (au début du 20^{ème} siècle), le VIH, le cancer (une pathologie fédératrice car elle est un dénominateur commun pour différentes spécialités médicales).

Toutefois, ce type de réseaux ne peut théoriquement laisser indifférent car il présente certains paradoxes.

D'une part, ces paradoxes sont relatifs à leur constitution. D'abord, pourquoi des acteurs, tels que les médecins, qui, selon, la description de Mintzberg (1998) ou celle d'Abernethy et Stoelwinder (1995), sont des experts, des acteurs indépendants, qui sont d'une certaine manière les « meilleurs », vont-ils se lier à d'autres ? Ensuite, l'argument de l'intérêt financier constituant par exemple la principale motivation des réseaux du secteur marchand, ne peut être invoqué comme tel pour les médecins. Alors leurs motivations sont-elles liées à leurs consciences professionnelles ou un attachement au service public ?

D'autre part, ce type de réseau présente des paradoxes relatifs à leur pérennisation. Conscients des enjeux potentiels des mécanismes des réseaux, les acteurs de la santé présentent leur formalisation comme étant un élément contribuant à pérenniser ces coopérations. Des coopérations, qui la plupart du temps existent déjà dans un cadre informel. Ce fut ainsi le cas du réseau Oncosud, le réseau sur lequel a reposé notre enquête empirique : Il a évolué dans un cadre informel avant de commencer à se formaliser en 1993. Dans le cadre informel, les concertations et les coopérations entre les médecins n'étaient pas régulières, elles avaient lieu au « coup par coup ».

La pérennisation par le biais de la formalisation de ce type de réseaux suscite des étonnements.

D'abord, on peut s'interroger, par exemple, sur les effets de cette formalisation sur l'identité de ces réseaux, des réseaux qui par définition sont caractérisés par des liens plutôt lâches. Ensuite, comment les médecins vont-ils alors se comporter dans un cadre plus formel ? Ils sont théoriquement plus enclins à évoluer dans un cadre informel.

Au regard de ces interrogations nous avons décidé d'étudier la question suivante : pour se pérenniser un réseau de médecins, spécialisé en cancérologie, doit-il entrer nécessairement, à un moment ou à un autre dans un processus d'institutionnalisation formelle ?

Cette question renvoie théoriquement à une première réflexion sur le contenu des concepts réseau et institutionnalisation formelle.

Pour Williamson (1994), le réseau est une forme hybride entre le marché et la hiérarchie. Selon Thorelli (1986), c'est une forme d'organisation viable et à part entière, au même titre que les formes traditionnelles comme la hiérarchie ou le marché. Tandis que Powell (1991) évoque le réseau comme une troisième forme d'organisation ; « neither market nor hierarchy ». Pour Jarillo (88), le réseau est un mode d'organisation comme le marché, la bureaucratie et le clan. De nombreux autres auteurs ont donné une approche du terme réseau. Dans cet écrit, nous proposons, dans un premier temps, et à titre d'hypothèse, une approche du terme réseau. Le réseau peut être perçu comme un dispositif caractérisé par ses composants, qui seraient, soit des entreprises (ou des organisations équivalentes), soit des acteurs, mais aussi par des relations stables et durables, ainsi que par une ou de(s) finalité(s) commune(s). Ces finalités communes, voire des rationalités communes, seraient implicites ou explicites. La question est alors de transposer et d'adapter cette approche au secteur de la santé. Nous nous intéresserons donc aux réseaux de santé, composés essentiellement par des médecins, voire des médecins spécialisés, comme étant un dispositif de coopération qui répond à un besoin exprimé explicitement ou implicitement par des acteurs individuels ou par un groupe d'acteurs. Les réseaux qui nous intéressent sont ceux qui prennent en charge les personnes atteintes d'un cancer.

Quant à l'approche du terme institutionnalisation, Lefebvre (1990) le perçoit comme un processus actif ; elle n'est pas seulement quelque chose qui dure, elle se réfère aussi aux pratiques, aux relations et aux valeurs qui deviennent « permanatly entrenched » dans l'individu, les groupes, les organisations et la communauté au sens large. L'auteur distingue quatre modèles d'institutionnalisation possible : individuel, organisationnel, réseau, agence coordonnée.

Goodman et Dean (1982) identifient, quant à eux, cinq facteurs qui symbolisent l'institutionnalisation : la connaissance, la performance, la préférence, le consensus normatif et la valeur du consensus. Néanmoins, Goodman et Dean déclarent que seules les 2 dernières

dimensions (normes et valeurs) représentent en fait l'institutionnalisation ; les autres représentent les précurseurs de l'institutionnalisation.

Quant à Berger et Luckmann (1996), « l'institutionnalisation se manifeste chaque fois que des classes d'acteurs effectuent une typification réciproque d'actions habituelles...chacune de ces typifications est une institution ».

Nous allons, à titre d'hypothèse, décrire l'institutionnalisation formelle comme étant un processus impliquant un certain degré de formalisation et qui participe à l'émergence d'une organisation et à sa conservation dans le temps. Cette institutionnalisation formelle peut être conduite avec une intervention d'acteurs extérieurs à l'organisation, ou bien même sans intervention externe.

Il s'agit donc d'étudier la pérennité d'un réseau d'acteurs et, plus particulièrement, un réseau de médecins spécialisés en cancérologie. Le caractère « mystérieux » de l'efficacité et de la pérennité de ce type de réseau rend son analyse stimulante sur le plan scientifique. C'est d'autant plus le cas que ces acteurs, qui agissent donc en fonction de rationalités pas forcément homogènes, n'ont pas de raison de rester « accrochés ».

A cette fin, il est donc question dans un premier temps de s'intéresser aux facteurs de stabilité d'un réseau d'acteurs et plus particulièrement un réseau de médecins. Puis il s'agira dans un second point, de mettre en avant les résultats d'une enquête empirique relative à cette question de pérennisation d'un réseau de médecins avec l'exemple d'un réseau de cancérologie.

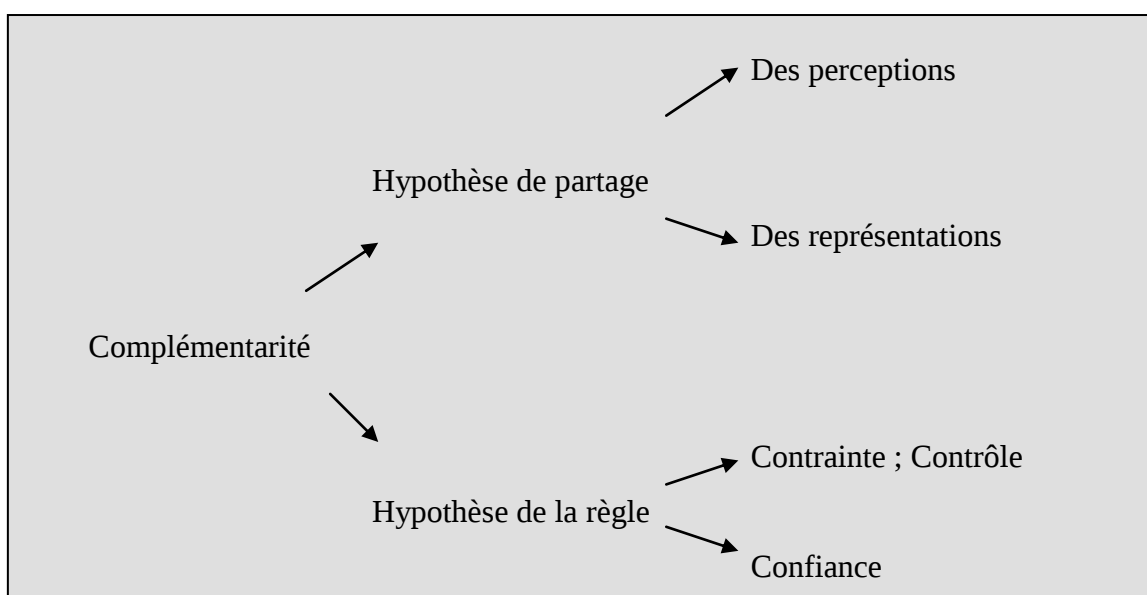
1- LES FACTEURS THEORIQUES DE STABILITE D'UN RESEAU D'ACTEURS

On a, d'un côté, un terrain théoriquement propice à la constitution des réseaux de santé, et, d'un autre côté, des acteurs qui ont théoriquement deux types de logiques : une logique guidée par une grande conscience professionnelle, cette même conscience professionnelle qui est à l'origine de l'émergence des réseaux, et une logique plus individualiste, voire égoïste. Ces coopérations se constituent initialement dans un cadre plutôt informel.

Ces coopérations, évoluant dans un cadre informel, présenteraient potentiellement un risque d'instabilité. Afin de discuter de l'instabilité hypothétique, il convient tout d'abord de présenter les hypothèses qui fondent un réseau pérenne, donc un réseau quasi-stable.

La première hypothèse est l'hypothèse de partage : un partage des perceptions et un partage des représentations. Le partage des perceptions est à considérer en termes « d'apport » réciproque des acteurs, d'une part, et en termes « d'apport » de pouvoir d'autre part. La deuxième hypothèse est celle de la présence de la règle. La règle, tout en étant théoriquement perçue comme une contrainte et un contrôle, peut également favoriser, voire renforcer la confiance. Ces deux hypothèses complémentaires soulignent donc des facteurs théoriques de stabilisation dans un réseau d'acteurs.

Figure 1 : Facteurs théoriques de stabilité pour un réseau d'acteurs



1.1 LE PARTAGE COMME FACTEUR DE STABILITÉ D'UN RÉSEAU D'ACTEURS

Théoriquement les coopérations « informelles » seraient potentiellement instables, voire potentiellement fragiles, du fait qu'il y aurait une insuffisance éventuelle de partage des perceptions ou des représentations.

1.1.1 Le partage des perceptions

D'une part, il s'agit de considérer les perceptions en termes d'apports réciproques qui supposent donc une équité. Théoriquement, pour qu'il y ait pérennité d'un réseau, il faudrait que tous les acteurs se perçoivent comme « gagnants » dans le réseau. Un réseau va-t-il donc se fragiliser si les acteurs ont tendance à privilégier leur intérêt personnel et s'ils ont comme objectif principal d'étendre leur pouvoir personnel ?

D'autre part, il s'agit de considérer les perceptions en termes de jeux de pouvoirs. Chaque membre du réseau devrait théoriquement avoir « la sensation » qu'il dispose du même pouvoir que les autres.

- Les perceptions en termes d'équité

Les acteurs tendent à privilégier leurs intérêts personnels. Williamson (1994) distingue trois niveaux dans la recherche de l'intérêt personnel. Le plus élevé est l'opportunisme, « celui dont s'occupe l'économie des coûts de transaction ». Ensuite, il y a le degré intermédiaire représentant la recherche du simple intérêt personnel. Enfin, l'obéissance est le degré inférieur. Le plus intéressant, voire le plus « dangereux », dangereux dans le sens où cette recherche d'intérêt personnel fait intervenir le concept de la tromperie (Williamson 1994), c'est l'opportunisme. Cette tromperie peut revêtir des formes plus ou moins subtiles, telles que le vol, la tricherie... Il peut provoquer une rupture dans une relation.

Crozier et Friedberg (1977) évoquent quant à eux « les jeux structurés », qui sont institués par les construits de l'action collective. Ces jeux sont « de façon plus au moins lâches, plus ou moins formalisés, plus ou moins conscients et dont la nature et les règles indiquent une série de stratégies gagnantes possibles ». Comme dans tous les jeux, il y a des gagnants et des perdants, et parfois il n'y a ni gagnants ni perdants. Quand les mécanismes de coopération sont adoptés par un groupe d'acteurs, cela suppose, en théorie, qu'il y a au moins un jeu à somme nulle, et plutôt un jeu gagnant/gagnant. Si un acteur se perçoit comme étant « perdant », il pourrait tout simplement quitter la « coalition », et, dans ce cas, c'est la continuité de la coopération qui est remise en question.

Les médecins sont-ils plus ou moins « équitables » que les autres acteurs en général ? Les propriétés les caractérisant, telles que leur professionnalisme, leur indépendance, leur aversion pour le contrôle externe, vont-elles favoriser l'équité ? Font-elles des médecins des acteurs spontanément équitables ? Ou bien, il n'y a pas lieu de les différencier des autres acteurs.

On peut théoriquement penser que le fait que les médecins fassent partis d'un clan identifié, ils seront dissuadés d'agir seulement pour des intérêts égoïstes. La référence au clan fait appel au concept de confiance. Les médecins sont certes indépendants concernant leur travail, mais, néanmoins, ils s'identifient aisément au clan des médecins auquel ils appartiennent. Le médecin a confiance en son clan, et, réciproquement, le clan fait confiance au médecin. De ce fait, on pourrait penser que le risque de la manifestation d'un comportement égoïste, à l'origine d'un « préjudice » pour un autre médecin, serait théoriquement atténué.

Toutefois, le fait qu'une coopération entre des médecins soit dans un cadre informel, pourrait favoriser ce comportement. Le côté informel pourrait signifier que la coopération n'est pas forcément reconnue et que, donc, le clan n'a pas forcément une représentation de cette coopération. De ce fait, le contrôle du clan peut être atténué.

Autrement dit, la question de l'équité peut être liée à celle de la confiance. L'hypothèse est que la confiance assure, dans une certaine mesure, l'équité. Des acteurs qui se font confiance ont théoriquement un comportement équitable et ne tenteront pas de « profiter » les uns des autres. L'insuffisance de la confiance, voire son absence, ne favorise pas une perception équitable de la coopération.

Théoriquement, il n'y a pas de raison pour que la coopération « informelle » soit spontanément perçue comme équitable et équilibrée.

- Les perceptions en termes de jeux de pouvoir

La question du « pouvoir » est susceptible d'être abordée d'une manière plus ou moins favorable quant à l'analyse des réseaux. Le pouvoir a une connotation positive lorsqu'il est considéré comme une conséquence du fruit de l'action collective qui permettra aux hommes de coopérer dans des entreprises collectives, selon Crozier et Friedberg (1977). Il a une connotation négative, lorsqu'il éveille une crainte, dans le sens où il peut mettre en danger la coopération qu'il a d'une certaine manière suscitée.

Ainsi, Williamson (1994), lorsqu'il évoque la théorie de la domination centrée sur les acteurs, avance « qu'il y a ceux qui possèdent le pouvoir économique et ceux qui ne le possèdent pas. L'organisation de l'activité économique est sous le contrôle des premiers. La raison qui explique qu'un mode est choisi au détriment d'un autre est qu'il permet à ceux qui exercent le contrôle d'étendre leur pouvoir. Certes, il est fait ici référence plus spécifiquement à l'activité économique, néanmoins cette approche peut être, à priori,

appliquée à toutes sortes de pouvoir. Le risque principal d'un acteur ou d'un groupe d'acteurs, lorsque ceux-ci détiennent un certain pouvoir, est de vouloir l'augmenter sans considération pour les autres ou pour la coopération. Ce comportement peut être aussi bien volontaire qu'involontaire.

Dans le cas d'un réseau d'acteurs, et plus particulièrement d'un réseau de médecins, la question du pouvoir se pose aussi. Les relations de pouvoirs sont-elles « toutes » équilibrées ? Faut-il un leader ? D'une part, on peut penser que si toutes les relations de pouvoirs étaient équilibrées, les acteurs auraient une perception leur donnant l'impression qu'ils seraient tous égaux dans le réseau. D'autre part, cette hypothèse pourrait limiter, dans une certaine mesure, le développement du réseau, voire sa continuité, car elle va, par exemple, inhiber un acteur qui aurait pu être leader. Le leader est théoriquement symbolisé par le fait qu'il contribue par sa présence et son charisme à déclencher un changement ou accompagner un changement dans le but d'améliorer l'action collective à laquelle il participe. Le leader a théoriquement plus de pouvoir que les autres.

C'est le cas, par exemple, du rôle du leader dans le développement d'une organisation type « missionnaire » présentée par Mintzberg (1999). Le groupe se constitue autour du leader, à travers de valeurs communes et de croyances communes. Le leader, de par son charisme, rallie les autres autour de lui. On peut citer en exemple le cas d'un chirurgien qui serait animé par une mission humanitaire. Il va mobiliser autour de lui ses confrères afin de développer un réseau humanitaire et de pratiquer des interventions chirurgicales sur les personnes les plus nécessiteuses dans un pays en développement ; il formerait par la même occasion les chirurgiens locaux.

Si les acteurs d'une coopération ne perçoivent pas une certaine équité dans le réseau en termes d'apports réciproques, et si les relations de pouvoirs dans le réseau sont déséquilibrées à des fins plutôt personnelles, l'implication des acteurs peut être alors atténuée. L'insuffisance de représentations peut aussi affecter l'implication des acteurs dans leur réseau.

1.1.2 Le partage des représentations

Il ne s'agit pas, dans ce point, des représentations qu'ont les acteurs du réseau. En effet, même dans un réseau complètement informel, chaque membre a sa propre représentation du

réseau. Il sera théoriquement apte à en parler. Il s'agit ici de considérer davantage les représentations communes du réseau.

Les réseaux, tels qu'ils sont évoqués depuis le début de l'exposé, sont des réseaux initiés par des acteurs comme les médecins spécialisés en cancérologie, et fonctionnant dans un cadre plutôt informel, du moins dans un premier temps. De ce fait, ce type de réseaux pourrait théoriquement avoir des difficultés à obtenir une image d'eux-mêmes, et plus particulièrement une image de leurs activités. Cette situation est susceptible d'entraîner dans le cas extrême un manque de reconnaissance et une absence de régulation.

- L'absence de reconnaissance

L'absence de reconnaissance peut se faire ressentir au niveau interne et au niveau externe. Au niveau interne, les membres peuvent ressentir un manque de perception claire des contributions de chacun dans le réseau.

Ce manque d'informations au sujet des membres et de leurs activités peut aussi concerner les autres acteurs intéressés par le réseau, tels que les patients, les organisations de tutelles et bien sûr l'Etat. L'ignorance peut aller parfois jusqu'à la non connaissance de l'existence d'un réseau. Ce dernier ne subsiste qu'à travers les représentations de ses membres. De ce fait, ce type de coopérations semble difficilement identifiable par les acteurs externes. Cette situation peut, à terme, nuire à la coopération car le potentiel du réseau n'est pas connu et reconnu. En d'autres termes, c'est la légitimité de son existence qui peut être remise en cause. Pourquoi des acteurs continueraient-ils à travailler ensemble, s'ils ne voient pas les effets de leur collaboration ?

Considérons le cas d'un réseau de médecins spécialisés en cancérologie. Les médecins, ayant des compétences différentes mais néanmoins complémentaires, se réunissent afin que le patient bénéficie de soins résultant d'une concertation entre tous les spécialistes. Le fait que les médecins aient par exemple un retour d'informations quant à l'évolution du patient en question et une représentation du nombre de patients ayant bénéficié de leur concertation, pourrait constituer une source de motivation supplémentaire. De plus, si leur réseau est identifiable par le clan et les autres acteurs non médecins, cela peut contribuer théoriquement à sa légitimation.

- L'insuffisance d'ajustement

Il s'agit d'étudier la question des représentations d'un réseau en termes de régulation. On part de l'hypothèse selon laquelle la régulation n'est possible que si, au préalable, il y a une représentation, plus ou moins objective, de l'objet que l'on veut réguler. Le fait de pas connaître avec précision les activités d'un réseau, parce qu'il n'a pas la possibilité d'obtenir les informations relatives à ses activités, pourrait théoriquement présenter un risque, dans une certaine mesure, quant à sa continuité et à la qualité de ces activités. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il y a une insuffisance, voire un manque de traçabilité.

Théoriquement, c'est à partir d'une représentation d'une activité donnée qu'il est possible de porter « un jugement » sur sa qualité. C'est ce jugement qui permettra de faire les réajustements nécessaires. Plus globalement, si le réseau est capable de renvoyer une image des éléments qui constituent son identité, cela favorisera son hypothétique processus de régulation.

A ce stade de développement, ce type de réseau semble manquer d'une réflexivité et d'une réflexibilité. Nous pouvons penser, à priori, que cela constitue pour ce type de coopération un handicap, voire une cause de sa disparition à terme.

Toutefois, le postulat du « partage » n'est pas nécessairement suffisant pour stabiliser un réseau d'acteurs. Il existe une autre hypothèse susceptible de contribuer à la stabilité d'un réseau. C'est l'hypothèse de la règle. Ces deux propositions sont complémentaires. La règle est susceptible hypothétiquement de participer à la construction ou à la conservation des facteurs préposés de stabilité comprenant le concept du partage.

On va donc étudier le postulat de la règle comme facteur de stabilité dans un réseau de médecins.

1.2 L'ACCEPTATION DE LA RÈGLE COMME FACTEUR DE STABILITÉ

Il s'agit alors de s'interroger si le fait que les réseaux de santé, réseaux émergents, entrent dans un processus d'institutionnalisation, va les aider à se préserver et à préserver ainsi leur identité. Cette institutionnalisation est présentée initialement comme une hypothétique solution à la problématique de pérennisation de ce type de réseaux. Toutefois, se

pose la question de savoir si les médecins peuvent « se plier » à une institution, c'est-à-dire à des systèmes de règles.

L'institutionnalisation formelle, impliquant un certain degré de formalisation, a entre autres comme effet hypothétique de favoriser l'émergence des règles. Ces règles, contraignantes à priori, vont, sur le principe, aider voire stabiliser la coopération, en permettant une meilleure contrôlabilité de cette quasi-organisation et en favorisant un climat de confiance. La question qui se pose par la suite est celle de l'acceptation de ces règles par les médecins.

Autrement dit, quels sont les effets hypothétiques d'une institutionnalisation formelle sur la quasi-organisation qu'est le réseau de santé ?

1.2.1 Les règles contraignantes et protectrices

Plusieurs approches du concept de la règle sont possibles. Certains voient en la règle quelque chose qui est imposé (ou adopté) comme ligne directrice de conduite. D'autres voient en elle une formule indiquant ce qui doit être fait dans un cas déterminé. Les règles peuvent être tacites ou explicites, informelles ou formelles. Nous allons davantage nous intéresser aux règles formelles.

Les règles sont des contraintes, car elles imposent théoriquement le respect. De ce fait, elles limitent le comportement des acteurs.

Les règles dépassent les acteurs. Les acteurs ne peuvent agir sur les règles. En effet, elles ne concernent pas l'homme directement mais plutôt son action. De ce fait, si l'homme veut d'une manière ou d'une autre se rebeller contre la règle, il s'en prend automatiquement à l'action qu'il est en train d'entreprendre. Les règles régulent le comportement des acteurs.

Concernant l'action collective, la règle est effectivement contraignante, car elle va imposer des conduites à tenir quant à l'organisation ou au déroulement de l'action. La règle s'accompagne en général d'un minimum de processus de formalisation. Mais, pour les mêmes raisons, elle constitue un gage de protection de la coopération. Après tout, ce qui est, et doit être, une priorité dans une action collective, c'est la raison pour laquelle elle a émergé. De ce fait, la règle est là pour protéger l'action. Elle la protège des acteurs qui participent à son déroulement, mais aussi des acteurs externes à elle.

Les organisations publiques sont désignées comme des bureaucraties « rigides », « lourdes », « impersonnelles »... car dans ce type d'organisations le degré de formalisation est élevé. Néanmoins, c'est grâce à la présence de toutes ces règles qu'un service public est assuré dans le temps imparti et dans l'équité. Le comportement des acteurs qui délivrent ce service est fortement formalisé, voire standardisé ; leur marge de liberté est restreinte. Comme l'avance Mintzberg (1998), la formalisation du comportement est la façon qu'a une organisation de limiter la marge de manœuvre de ses membres. Dans cet exemple, le service public est protégé par ces règles.

Coase (1937), en parlant des alliances entre les firmes, avançait que leur construction et leur fonctionnement étaient conditionnés par « un ensemble de règles, de conventions et de systèmes historiquement constitués, qui fondent les modes de relations entre agents ». Le terme qui nous intéresse spécialement est le terme « conditionnés ». Les réseaux formés plus ou moins spontanément par les acteurs de santé et qui sont dans un premier temps informels, doivent être « conditionnés » par quelque chose qui va leur permettre de continuer et de conserver les conditions de coopérations qui sont à l'origine de leur naissance.

1.2.2 Les règles synonymes de contrôlabilité

Les règles favorisent, théoriquement, le contrôle d'une organisation. Il s'agit, d'une part, de la contrôlabilité d'une organisation par ses acteurs et, d'autre part, de la contrôlabilité de l'organisation sur ses acteurs. Cette contrôlabilité contribue à éviter une éventuelle dégénérescence de l'organisation. Le propos est d'arriver en fin de compte à avancer qu'une organisation contrôlée est une organisation contrôlable dans le temps ou inversement ; une organisation contrôlable est une organisation contrôlée.

Le terme contrôle est polysémique. Il peut par exemple faire référence au concept d'évaluation. Dans certains cas, ces deux concepts sont entendus parfois comme synonymes. Dans le cadre des réseaux de santé, il est souvent fait appel au terme d'évaluation. Selon Vinot (2001), pour répondre aux questions telles que « Les réseaux sauront-ils tenir leurs promesses, développer la prise en charge globale et coordonnée des patients, décloisonner les structures, accroître les compétences collective des professionnels ? Seront-ils à même de concilier la qualité des soins et la maîtrise des coûts, l'équité et l'efficience ? », il est nécessaire de faire appel à des démarches d'évaluation adaptées.

Les règles permettent théoriquement de contrôler les institutions voire de les évaluer. Du fait que chacun des membres respecte théoriquement les règles, l'institution devient stable dans le temps et reste fidèle à elle-même. Elle n'est donc pas potentiellement sujette à une anarchie.

De par la formalisation qu'elles induisent, les règles sont porteuses de précision. D'ailleurs Mintzberg (1998) avance que « l'organisation totalement formalisée, autant qu'il est possible, est l'organisation précise ». Cela dit, il n'est pas bien sûr question ici d'une organisation « totalement » formalisée. Mintzberg parle de la précision, dans le sens où chacun sait ce qu'il a à faire.

De plus, la formalisation apporte théoriquement de la précision à d'autres niveaux. Certes, chacun sait ce qu'il a à faire, mais il sait aussi, dans une certaine limite bien sûr, comment il « doit » le faire. Selon Mintzberg (1998), la formalisation sert à garantir l'équité aux clients. La suprématie des règles dans ce type d'organisation fait que ces dernières diminuent théoriquement la subjectivité dans les traitements des différents dossiers. On peut alors penser que les patients bénéficieront d'une prise en charge « juste », car les médecins se conformeront à des « règles » de prise en charge, contenues par exemple dans des thésaurus, et qu'ils auront élaborées. Par conséquent, cela crée une homogénéité des pratiques des médecins.

Pour éviter tout amalgame, le propos n'est pas de dire qu'une organisation ne peut être que « formelle ». Comme l'évoquent Williamson (1994) et Barnard (1938), il ne faut pas négliger l'organisation informelle si l'on veut étudier l'organisation formelle car « les organisations formelles sont animées et conditionnées par leur organisation informelle ».

1.2.3 Les règles destructrices de la défiance

Il ne s'agit pas ici de remettre en cause la confiance que peuvent avoir entre autres des acteurs tels que les médecins entre eux. Le propos est de discuter du potentiel théorique qu'ont les règles à conserver, voire à construire, la confiance entre les acteurs ou à détruire la défiance entre les acteurs. En fait, la confiance vient renforcer les dispositifs contractuels relatifs aux coopérations, Ouchi (1980), Gulati (1995b) et Guibert & Dupuy (1995).

En effet, pour Dupuy et Guibert (1997), Thorelli (1986), Jarillo (1988), Butera (1990) , Miles et Snow (1992) et Weiss (1994), la confiance joue un rôle primordial dans le fonctionnement du réseau. La confiance est « un facteur » clé dans tout travail de coopération. Les efforts doivent être dirigés, dans un premier temps, vers la mise en place de la collaboration et de la confiance plutôt que directement vers les objectifs du réseau (Gulati, Khanna, and Nohria (1994), Huxham (1996)). Selon Claveranne et Pascal (2001) « la coordination et le contrôle d'un réseau reposent essentiellement sur le mécanisme de confiance ». Gadreau, Jaffre et Lanciau (1999) évoquent, quant à eux, le rôle de la confiance comme modalité de coordination entre les membres du réseau. Celle-ci est perçue comme une convention car les acteurs l'adoptent de plein gré, contrairement à la contrainte, et n'est pas le fruit d'un accord entre les acteurs, comme dans le cas d'un contrat. La confiance entre les médecins est, de plus, un effet de leur socialisation. Grâce à ce sentiment, ils coopèrent davantage. Zuckerman, Kaluzny, Ricketts, (1995) avancent que les entreprises américaines sont "uncomfortable" avec les alliances, du fait du manque de confiance mutuelle parmi les membres d'un réseau et à cause de leur sens de l'individualisme et de leur désir de contrôle, alors que le concept de l'alliance nécessite un esprit de coopération comme prémisses. Pour Guibert et Dupuy (1997), « l'une des dimensions immatérielles essentielles de l'organisation réside dans la qualité de la coordination et dans la cohérence du comportement de ses membres ». Théoriquement, les médecins, quant à eux, s'écoulent, se font confiance et coopèrent du fait de leur « puissante » socialisation.

La règle est susceptible de renforcer la confiance entre les médecins dans un réseau en limitant le pouvoir officiel de chaque membre. Les règles peuvent théoriquement avoir la capacité de délimiter les rôles des acteurs dans une organisation. De ce fait, elles fixent d'une certaine manière les pouvoirs de chacun dans l'organisation. Cette posture favorise la confiance entre les acteurs, dans le sens où il y a un sentiment de « sécurité » : chacun connaît le rôle de l'autre, ainsi que le pouvoir lui incombant. D'une certaine manière, chacun connaît les « règles de jeux » du réseau.

Les médecins adoptent les mécanismes des réseaux pour fournir des soins coordonnés pour une prise en charge plus adéquate, comme, par exemple, dans le cas des patients atteints d'un cancer. Se pose alors la question de la réalisation effective de cet objectif. La coopération participe-t-elle concrètement à une meilleure prise en charge ? Comment les médecins peuvent-ils répondre à cette question ? Autrement dit, les médecins peuvent-ils

avoir confiance dans le réseau qu'ils ont construit ? Un réseau qui est théoriquement censé refléter la réalisation de leur objectif.

Les institutions sont porteuses de règles, à priori, contraignantes. Toutefois, elles contribuent par la même occasion à préserver l'action des acteurs. Les règles ont la particularité de rendre théoriquement les organisations contrôlables, d'une part, et de participer à une évolution favorable du climat de confiance, d'autre part. L'institutionnalisation apporte plus globalement de la cohérence au réseau de médecins. Les acteurs savent, à priori, pourquoi ils coopèrent. Ils ont une image de leur coopération et de sa performance. Ils connaissent le rôle de chacun dans l'accomplissement des objectifs. Emerge donc, à ce niveau de la réflexion, une question théorique concernant le comportement des médecins spécialisés face à cette institutionnalisation formelle, plus précisément leur comportement face à « l'instauration » de la règle. Vont-ils l'accepter ?

Plusieurs questions, en relation avec le processus d'institutionnalisation des réseaux de médecins et plus particulièrement avec la formalisation de la règle, se posent : qui fait la règle ? Qui la traduit ? Qui la communique ? Plus globalement, comment est-elle légitimée ? Autant de questions auxquelles on ne prétend pas répondre à ce stade de la réflexion. Toutefois, on va tenter d'exposer des pistes hypothétiques pouvant préciser ces interrogations.

Il y a une problématique quasi-juridique fondamentale de la légitimité, ou de la légitimation de la règle. Les médecins sont-ils prêts à l'accepter ? Quelles sont leurs motivations ? L'explication hypothétique pouvant être avancée est celle de la référence au professionnalisme des médecins, plus particulièrement des médecins cancérologues. Ces acteurs sont compétents dans leur domaine et sont, semble-t-il, les premiers à « savoir » ce qui est bien pour leurs patients. Nous pouvons penser que leur haut degré de conscience professionnelle, qui est à l'origine même de l'émergence des réseaux, va, dans le même sens, justifier voire participer à la légitimation et à l'instauration de la règle. Il est fait référence au « bon sens » de ces spécialistes.

Dans l'hypothèse où le réseau comprend un médecin, jouant le rôle de « catalyseur-leader », ce dernier aura probablement un rôle actif quant à la traduction et à la communication des règles. Ce catalyseur leader peut être, par exemple, un médecin éminemment reconnu par ses pairs, ou bien quelqu'un ayant une influence politique. Du fait que ce type d'acteurs est d'ordinaire plus écouté, il semble théoriquement naturel de penser

que les médecins constituent les meilleurs « promoteurs » auprès de leurs confrères, quant à la mise en place d'une règle.

Les médecins tendent à s'auto-organiser, voire à s'auto-contrôler. Nous pouvons nous demander si les règles relatives à leur coopération ne seraient pas mises en oeuvre par eux mêmes. Le fait qu'ils participent à l'élaboration de ces règles contribuera, théoriquement, à l'acceptation de ces dernières, voire à leur légitimation. Puisque ce sont eux qu'ils les ont conçues, ils les comprennent. Cette hypothèse reste valable, dans le sens où les règles émergent des médecins et non des acteurs externes au réseau.

Dans ce dernier cas, le fait que l'environnement l'externe intervienne dans les pratiques de la coopération, voire dans les pratiques, du clan, est susceptible, dans un premier temps, d'entraîner une déstabilisation, ou même une incompréhension quant à la règle elle-même. Dans un deuxième temps, la règle risque de détruire, dans une certaine mesure, la capacité d'auto-organisation et d'adaptation des médecins. De plus, la règle peut être interprétée comme une forme de contrôle des organisations de tutelle.

Les réponses aux questions posées ci-dessus (qui fait, traduit et communique la règle ?) concourent globalement à construire la légitimation de la règle dans les réseaux de médecins. Théoriquement, si les règles émergent de la volonté des médecins, on pourrait éventuellement penser qu'ils pourraient les accepter.

Dans cette section, il a été l'occasion de discuter de la stabilité d'un réseau de médecins et plus particulièrement des facteurs de stabilité ou d'instabilité. Les coopérations informelles, parfois émergentes, peuvent théoriquement présenter une insuffisance, voire, dans les cas extrêmes, une absence, de ces facteurs hypothétiques de stabilisation.

Nous sommes partis de deux hypothèses complémentaires. La première hypothèse consiste à présenter le postulat du partage des perceptions, en termes « d'apports réciproques » et en termes de jeux de pouvoir, ainsi que celui du partage des représentations. Si les acteurs ont le sentiment de ne pas être considérés équitablement, cela peut théoriquement atténuer leur intérêt pour le réseau. La deuxième hypothèse consiste à présenter la règle comme facteur potentiel de stabilité. Les règles permettent, semble-t-il, aux réseaux d'être reconnus et les rend plus contrôlables par les acteurs.

Alors comment des acteurs libres, tels que les médecins qui théoriquement seraient plus enclins à évoluer dans un cadre plus informel, vont-ils se comporter concrètement dans un cadre plus formel ? Cette problématique de l'institutionnalisation semble aussi paradoxale

dans le sens où les réseaux de médecins sont, à priori, une réponse non institutionnalisée à une demande, à des attentes...

Nous sommes donc face à des réseaux où des médecins spécialisés sont, d'une certaine manière, « mélangés », et nous ne savons pas alors ce qu'il va se passer. En outre, il est nécessaire de noter que nous réfléchissons, en fin de compte, sur des réseaux pouvant être qualifiés d'émergents. A ce niveau de l'exposé, nous sommes donc dans une posture indéterminée. Nous sommes incapables de dire si ce type de réseau est spontanément efficace et durable, ou bien s'il nécessite, pour le rester ou le devenir, des représentations plus formelles.

Sur un plan méthodologique, il nous a par conséquent paru donc logique d'aller voir de plus près un réseau particulier, pour tenter de préciser notre problématique. Nous avons ainsi choisi d'observer un réseau de cancérologie.

2 L'OBSERVATION DE L'INSTITUTIONNALISATION D'UN RÉSEAU D'ACTEURS

En effet, même si la littérature est abondante sur la question des réseaux et des réseaux de santé, elle laisse toutefois les questions relatives aux modalités de pérennisation des réseaux d'acteurs et plus particulièrement des réseaux de médecins, en suspens. On a enfin de compte, des médecins qui sont « mélangés » dans le cadre d'une coopération mais on ne sait pas si ce type de coopération est spontanément durable ou bien s'il nécessite pour le devenir ou le rester des représentations plus formelles. Quelles logiques va l'emporter dans ce type de réseau : est-ce la logique professionnelle (notamment un haut degré de conscience professionnelle des médecins) ou plutôt la logique individuelle ?

Du fait de cette posture complètement indéterminée, Il nous a donc paru logique d'aller voir de plus près un réseau en particulier en juin 2001, le réseau Oncosud, dont l'objectif principal est une prise en charge d'un cancer d'une manière pluridisciplinaire. Les médecins se réunissant pour discuter de dossiers patients complexes, par type de cancer tels que les cancers relevant de la pneumologie, de l'urologie, hématologie ou de la sénologie. A chaque réunion doit être présent au moins un chirurgien, anatomopathologiste, un radiologue, un radiothérapeute et un oncologue.

De ce fait, on exposera dans un premier temps la méthodologie de recherche choisie pour étudier la problématique suivante « Pour se pérenniser un réseau de médecins, spécialisé en cancérologie, doit-il entrer nécessairement, à un moment ou à un autre dans un processus d'institutionnalisation formelle ? ». Puis, seront présentés, dans un deuxième temps, les résultats de l'analyse de l'enquête empirique.

2.1 L'OBSERVATION DU PROCESSUS DE PÉRENNISATION D'UN RÉSEAU DE SANTÉ

Ainsi, face à la dichotomie « théorique/empirique » et « recherche abstraite/recherche concrète », notre position a été prise sans ambiguïté concernant ce point. Du fait de la nature des questions théoriques soulevées, qui ne peuvent être étudiées que dans la durée, et par une observation détaillée de la dynamique des jeux d'acteurs, le choix s'est donc porté sur une « immersion » dans un réseau de santé spécialisé en cancérologie : le réseau Oncosud.

2.1.1 Le choix d'un réseau exemplaire

Ce type de réseaux d'acteurs est-il unique ? Selon Shortell & Kaluzny (2000), les établissements de santé sont uniques pour les raisons suivantes : la définition et la mesure des « outcomes » sont difficiles, et le travail engagé est variable et complexe ; il y a peu de tolérance pour l'ambiguïté et l'erreur. De plus, les activités sont interdépendantes et demandent de la coordination parmi les professionnels ; le travail est hautement spécialisé, les « travailleurs » sont hautement professionnalisés et loyaux envers leur profession. Enfin, le travail des médecins est peu contrôlé, et il y a une double ligne d'autorité qui crée des problèmes de coordination et de responsabilité... Par analogie, nous pouvons avancer l'hypothèse selon laquelle les réseaux de santé composés des mêmes acteurs que les établissements de santé sont aussi « uniques » dans une certaine mesure.

Autrement dit, deux types de raisons donnent au réseau Oncosud sa pertinence scientifique et nous ont poussé à le choisir comme cas d'étude : des raisons liées au secteur dans lequel il évolue, et des raisons plus inhérentes à son identité, bien que l'identité constitue « la couche la moins visible à l'œil nu » (Bouchiki et Kimberly (2006)) pour le chercheur.

- Les particularités extrinsèques au réseau étudié

Les motivations qui ont guidé le choix d'un réseau de santé, concernant plus particulièrement la pathologie du cancer, tel que le réseau Oncosud, tiennent à l'exemplarité fondamentale des organisations concernées.

D'abord, le choix pour des organisations faisant partie du secteur non marchand tient essentiellement à trois raisons. Premièrement, les particularités des organisations publiques sont stimulantes sur un plan scientifique. Ces organisations sont en effet atypiques, en comparaison de celles du secteur privé, quant à leur fonctionnement, leur gestion, leur stabilité dans le temps et quant aux acteurs y travaillant. Deuxièmement, il nous semblait à cette époque qu'il existait un relatif paradoxe. En effet, en France, les organisations publiques occupent une place centrale dans le fonctionnement global de la société ; néanmoins, ces institutions ne faisaient pas l'objet de travaux de recherches aussi intenses que celles du secteur marchand. Pour nous, le secteur de la santé s'est imposé naturellement, car il remplissait les critères cités ci-dessus.

Pourquoi avoir ensuite opté pour un réseau lié à l'oncologie comme exemple ? Le choix de cette pathologie tient à deux raisons principales. D'abord, la cancérologie est l'une des pathologies qui exige le plus fortement des soins coordonnés et pluridisciplinaires. Pour des soins de qualité, il est en effet impératif que les professionnels intervenant dans le traitement thérapeutique d'un patient, tels que les oncologues, les radiothérapeutes, les chirurgiens et les anatomopathologistes, discutent ensemble des cas et soient informés des actes de chacun, et tout cela dans un délai très rapide. Le facteur temps joue un rôle primordial dans ce type de pathologie. Ces caractéristiques présentent alors les réseaux de cancérologie comme étant des objets de recherche, à priori, pertinents.

Quant au choix plus particulier du réseau Oncosud, diverses motivations ont guidé l'orientation. Ce réseau présentait les propriétés générales hypothétiques évoquées ci-dessus, en plus des propriétés identitaires particulières que nous présenterons dans le point suivant. Oncosud se trouvait, au début de notre recherche, en phase d'institutionnalisation formelle, alors que ce réseau évoluait auparavant dans un cadre plutôt informel. Enfin, les premiers contacts obtenus avec les médecins responsables d'Oncosud ont laissé présager une bonne réceptivité à nos préoccupations de recherche sur la pérennité des réseaux. Ce dernier point était essentiel dans la mesure où l'étude impliquait une présence permanente sur le terrain et une interaction avec les acteurs du réseau, durant une période d'au moins trois ans.

- Les particularités du réseau étudié

Le réseau Oncosud peut être perçu comme étant exemplaire et problématique de par ses caractéristiques.

Il est exemplaire et problématique de par son étendue et sa variété. Ce qui est intéressant dans ce réseau, c'est son étendue et sa variété relative à ses adhérents. Oncosud est un réseau qui prend en charge les malades atteints de cancer. Le bassin de vie concerné s'étend sur six départements. Ces six départements se situent dans trois régions administratives différentes: la région Provence Alpes Côtes d'Azur, Rhône Alpes et Languedoc Roussillon.

Les adhérents aux réseaux sont hétérogènes : les professionnels de santé des établissements de santé, des associations. 290 professionnels de santé ont adhéré au réseau en 2004. Quant aux établissements, ils étaient 27 en 2004.

Il est exemplaire et problématique de par ses activités. Les principales activités actuelles de ce réseau sont essentiellement la formation, les groupes de paroles et la discussion de dossiers des patients. La discussion des dossiers patients constitue l'activité principale du réseau.

Deux catégories de formation sont données : une formation de chimiothérapie à domicile et une formation Soutien Relationnel et Communication en Cancérologie. La première formation est destinée aux infirmiers. Les formateurs sont des professionnels de santé membres du réseau. Les infirmiers obtiennent une attestation pour pratiquer la chimiothérapie à domicile pour les patients qui le désirent. La seconde formation est destinée quant à elle aux équipes de soins, infirmiers et aides-soignantes. Elle est animée par une psycho-oncologue. Elle a pour objectif de les aider dans leur relation aux malades, aux proches et aux autres soignants.

Les Groupes de Parole et d'Ecoute sont destinés aux personnes atteintes de cancer. Ils sont animés par une psychothérapeute ou un cadre de la santé (qui a une formation psychothérapeute). Le but est d'aider les personnes à partager leurs difficultés. La participation est libre, gratuite et confidentielle.

Les médecins concernés par une même pathologie se réunissent et font des propositions de traitements pour les dossiers patients présentés devant eux. Ce dispositif est appelé Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). Il y a officiellement neuf RCP : Anatomopathologie, Douleur, Digestif, Hématologie, ORL, Pneumologie, Sein, Sein Gynécologie et Urologie. Les RCP Anatomopathologie et Douleur ont un fonctionnement

spécifique. Les sept autres RCP sont dites d'organe. Chaque RCP doit respecter un noyau minimum composé d'au moins un anatomopathologiste, un chirurgien, un oncologue, un radiologue et un radiothérapeute.

Les différents cas traités dans le cadre du réseau doivent théoriquement respecter les pratiques décrites dans un document appelé thésaurus. Ce document recense les différents cas de cancers dits « standards », ainsi que les traitements appropriés. Les médecins faisant partis du réseau doivent respecter le thésaurus concernant leur spécialité. Le non respect du thésaurus doit normalement être justifié. Chaque RCP doit avoir son thésaurus. Les cas dits standards doivent faire l'objet d'un simple enregistrement dans la base de données de chaque RCP. Les cas dits « complexes » sont présentés pour une concertation pluridisciplinaire aux RCP. Théoriquement sont discutés, lors des RCP, seulement les cas complexes.

Le réseau est également exemplaire de par son mode de fonctionnement. Toutes les décisions dans ce réseau sont prises collectivement. A côté d'une structure classique avec un président de réseau et un coordinateur, on peut noter la présence de comités qui sont impliqués directement dans la gestion du réseau. En 2002, ils étaient au nombre de trois : le Comité d'Evaluation et la Qualité, le Comité de l'Informatique et de l'Information Médicale et le Comité Scientifique.

2.1.2 Le choix d'une approche participante longitudinale d'un réseau de cancérologie

Globalement, le processus de recherche pourrait se référer aux principes de la théorie enracinée, ou « grounded theory » développée par Glaser et Strauss (1967). Dans un article plus récent, Strauss et Corbin (1994), définissent la théorie enracinée comme « une méthodologie générale pour développer une théorie qui est enracinée dans des données rassemblées et analysées de façon systématique ». Le fait que notre thème de recherche porte sur les réseaux d'acteurs, nous étions confrontés à des défis relatifs à l'objet observé tel que la considération du contexte, des frontières et de l'interdépendance. Puisque, la théorie enracinée donne un rôle prépondérant au terrain (Macintosh, 1994), elle pourrait donc être mobilisée afin de guider notre processus de recherche.

Bien sûr, l'approche de l'observation participant diffère plus ou moins selon les auteurs et suivant la discipline à laquelle ils appartiennent. Nous allons donc nous appuyer sur notre

propre expérience d'approche du terrain, pour essayer de décrire le plus fidèlement possible notre position épistémologique. Il nous semble alors que notre position de recherche s'est situé, en fin de compte, proche du « Participant observateur » de Gold (1958). Certes, c'est une observation participante, mais avec quand même un degré de participation non neutre dans le sens où, dès le départ, nous avons été mandatés par l'organisation pour participer à la réflexion sur le thème de l'évaluation du réseau.

Nous avons donc fait le choix de l'interaction directe, de l'étude d'un cas singulier longitudinal de juin 2001 à juin 2005. Le choix d'étude d'un cas singulier peut être perçu par certains comme une solution de simplicité. Néanmoins, du fait qu'une analyse approfondie à l'aide d'un cas implique «une analyse spatiale et temporelle d'un phénomène complexe par les conditions, les événements, les acteurs et les implications » comme le souligne Wacheux (1996), le cas singulier va nous permettre, dans une certaine mesure, de prendre en considération l'interaction entre les différentes questions théoriques liées à notre problématique : l'interaction institutionnalisation/pérennisation, l'interaction acteurs / institutionnalisation, l'interaction logiques individualistes/logiques collectives...En d'autres termes, un cas singulier permet dans une certaine mesure d'approfondir l'objet de recherche et de le considérer dans sa globalité.

Pour Eisenhardt (1989), l'étude de cas peut être utilisée soit pour tester ou bien générer une théorie, soit pour fournir une description. Stake (1994) parle d'étude de cas instrumentale ou d'étude de cas intrinsèque. Tandis que l'étude de cas instrumentale vise à apporter une contribution à une théorie, l'autre est davantage réalisée dans le but de mieux comprendre un cas particulier. Même si le but initial fut de comprendre le processus de pérennisation de réseau de santé, l'objectif était néanmoins une éventuelle et modeste contribution à la théorie de la structuration et à la pérennisation de ce type de réseau.

L'idée était alors d'aller sur le terrain pour observer un réseau sur une période de temps conséquente, afin de « comprendre la réalité de ce type de réseau ». Selon Wacheux (1996), « L'étude des processus conduit le chercheur à construire une représentation de la réalité par une observation approfondie du contexte sur une période relativement longue ». Pour appréhender l'institutionnalisation de ce réseau, il nous a semblé plus approprié de l'observer lors de son déroulement, si l'on peut dire. Ensuite, du fait que notre question de recherche comportait un concept temporel tel que la pérennité, il nous a semblé « plus judicieux » de voir si ce réseau en cours d'institutionnalisation allait au moins continuer à durer pendant

notre période de recherche. Il ne faut pas s'y méprendre, nous n'avancions pas que ce réseau est désormais pérenne.

Quant au protocole d'investigations pour recueillir les informations, il a reposé sur une multi méthodes avec notamment des entretiens (libres, semi directifs, individuels et de groupe), des observations à proprement, des questionnaires (avec notamment l'administration d'un même questionnaire à notre arrivé et lors de notre départ du réseau pour mettre en avant l'évolution du réseau) et l'étude de la documentation. Nous avons effectué 188 réunions et entretiens confondus.

Après avoir exposé notre méthodologie de recherche, nous allons par conséquent nous intéresser dans le point suivant aux résultats de cette étude.

2.2 LA PÉRENNISATION PAR LE BIAIS DE L'INSTITUTIONNALISATION FORMELLE D'UN RÉSEAU DE SANTÉ

Les résultats analysés issus de cette enquête empirique proviennent d'un croisement résultant de différentes méthodes d'investigation : l'étude documentaire, l'observation, l'entretien et le questionnaire. Ces résultats nous ont permis d'une part d'approcher une réponse à notre problématique et d'autre part de spécifier davantage le processus de pérennisation de ce réseau.

2.2.1 L'identification d'une étape de formalisation progressive

A la question étudiée « Pour se pérenniser un réseau de médecins, spécialisé en cancérologie, doit-il entrer nécessairement, à un moment ou à un autre dans un processus d'institutionnalisation formelle ? », les résultats ont montré, dans le cas du réseau Oncosud, l'identification d'une étape de formalisation progressive (le réseau continue dans cette dynamique). La formalisation progressive du réseau a contribué au renforcement du réseau et de son identité. Deux éléments ont pu être soulignés avec cette étude.

Premièrement, on a pu constater une formalisation et un renforcement de l'activité principale du réseau, à savoir la concertation pluridisciplinaire de dossiers patients complexes lors de réunions.

Comme cela était précisé, les Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) constituent le « cœur » du réseau et donc son activité principale. Elles devaient, à priori, faire l'objet d'une organisation plus formelle. Elle est passée d'un stade quasi méconnu à un stade où il est désormais possible d'envisager de donner un début de représentation de cette activité. Dorénavant, les RCP ont une organisation similaire. La traçabilité de cette activité nécessitait la mise en place d'actions qui allaient permettre d'identifier l'activité des RCP et de la conserver dans une base de données. Cela passait inéluctablement à cette période, pour ce réseau, par l'existence d'une fiche- patient, recensant les informations sur celui-ci, la proposition de la RCP pour le dossier présenté lors de la concertation et un compte rendu comprenant, en autres, les participants à chaque RCP. Cette fiche-patient est née en deux temps. Tout d'abord, les membres du Comité de l'Evaluation et de la Qualité (CEQ) ont élaboré un prototype lors de plusieurs réunions. Puis, cette fiche a été présentée aux responsables de RCP afin qu'ils l'adaptent à leur propre RCP. D'autre part, les RCP sont désormais informatisées avec une base de données capable de recenser les dossiers patients présentés pour une concertation, ainsi que les participants à ces RCP. Il existe une traçabilité de cette activité. En 2002, seules approximativement 14% des fiches-patients étaient informatisées. En 2004, ce chiffre est passé à 100%. Toutes les responsables ont une fiche-patient qui doit être remplie pour chaque dossier présenté lors d'une concertation.

Les résultats ont également mis en évidence une régularité et une augmentation de la fréquence de ces RCP. Ainsi on est passée de 88 réunions en 2002 à 137 en 2004. Deux RCP se réunissent une fois par mois, trois RCP se réunissent deux par mois et une RCP se réunit hebdomadairement. Quatre responsables de RCP sur six déclarent se réunir plus d'une fois par mois. Ils étaient deux en 2002. On a aussi relevé une augmentation du taux de participation des médecins à ces RCP. Il a été pareillement observé une augmentation de l'activité de ces RCP. En effet, le nombre de dossiers patient recensé ayant fait l'objet d'une concertation lors de ces réunions est passé quand à lui de 1110 en 2002 à 2345 en 2004.

En outre, le réseau a mis en place des dispositions sur le plan fonctionnel et organisationnel afin de sa rapprocher d'un état institutionnel plus formel qu'il ne l'était. Les actions se sont focalisées en premier lieu sur la question de la traçabilité et de l'information.

Des actions d'homogénéisation des pratiques ont été mises en place telles que la formalisation d'un thésaurus par spécialité médicale. Au vu des moyens dont le réseau disposait, l'un des outils privilégié pour « contrôler » la qualité des traitements thérapeutiques, dans un premier temps, fut l'écriture d'un document de référence concernant chaque pathologie : le thésaurus. Les médecins étaient tenus de respecter le thésaurus selon leur spécialité. Ce document doit être mis à jour régulièrement, soit en général une fois par an. Il a donc été décidé de consacrer une journée par an à cette mise à jour ou de rédiger ces thésaurus pour ceux qui n'en avaient pas. Cette journée a eu lieu en juillet 2003. Il fut aussi décidé de mettre sur le site Internet du réseau les différents thésaurus. Fin 2004, la coordinatrice du réseau a récupéré la totalité des thésaurus écrits.

Des actions de formalisation ont également concerné la question de l'information. La question de l'information est délicate car elle doit se matérialiser (être formelle), pour être conforme à la législation. Ainsi, des actions visant à améliorer certains points liés à l'information ont été élaborées selon deux axes principaux : une mise à jour des documents d'informations et celle du site Internet du réseau.

Concernant les patients, trois types de documents furent rédigés: un document d'information du patient, un protocole d'information et de volonté des patients et un document à joindre au livret d'accueil. Concernant les professionnels de santé, trois documents furent établis : le document d'adhésion au réseau, la charte de fonctionnement d'Oncosud et un document d'information pour les cabinets urbains. Le fait d'envoyer la charte ainsi que le document d'adhésion à tous les membres du réseau pour qu'ils les signent, avait aussi pour but d'effectuer un recensement des acteurs faisant partie du réseau.

Concernant la circulation de l'information médicale confidentielle entre les médecins du réseau via l'outil informatique et notamment Internet, le projet APICRYPT fut retenu, dans un premier temps, comme une solution éventuelle. APICRYPT est un logiciel permettant de communiquer via la messagerie électronique tout en préservant, par un cryptage, la confidentialité des informations transmises. Le Comité d'Informatique et de l'Information Médicale a été donc chargé de tester cette méthode et de décider de son adoption.

Le site Internet du réseau fut remodelé afin d'être accessible à tous. Ce site a aussi pour vocation théorique d'être « utile » aux professionnels de santé et aux patients. De ce fait, il comporte deux parties : une partie publique et une partie privée. L'accès à la partie privée est sécurisé (utilisation d'identifiants et de mots de passe) et elle est réservée aux membres du réseau. Les médecins pourraient, par exemple, consulter les dates des différentes réunions.

Deuxièmement, concernant l'objectif général du réseau qui est la prise en charge des patients d'une manière pluridisciplinaire, la mise en place et la formalisation de la formation « chimiothérapie à domicile » destinée aux infirmiers ainsi que l'ouverture de trois Groupes de Parole et d'Ecoute pour les patients vont dans le sens de cette pluridisciplinarité.

Ainsi, le réseau a aussi procédé à la formalisation de l'activité de formation. En 2002, une association d'infirmières, membres du réseau, a demandé une formation qui portait sur les soins de « chimiothérapie à domicile ». La première formation a eu lieu fin 2002. Ces infirmières ont suivi une formation théorique donnée par des membres du réseau, puis ont effectué un stage pratique dans un établissement membre du réseau. Concernant cette formation, plusieurs actions furent entreprises. Un pré-test et un post-test ont été élaborés par les médecins afin d'évaluer la progression des connaissances des infirmiers après le stage théorique. Les infirmiers ont également rempli un questionnaire de satisfaction portant sur l'organisation et le contenu de la formation théorique d'une part, et sur la prestation des formateurs d'autre part. Une attestation de formation a été rédigée à l'intention de chaque infirmier (ère). La formation « soutien relationnel et communication en cancérologie », destinée aux professionnels de santé afin d'aider les soignants dans leur relation avec les malades, a fait aussi l'objet d'une évaluation. Un questionnaire fut proposé aux participants afin de déterminer s'ils étaient satisfaits de cette formation.

Nous avons également observé, lors de cette période d'institutionnalisation, une intensification des activités du réseau. Trois Groupes de Parole et d'Ecoute sont mis en place dans le cadre du réseau, pour les personnes atteintes de cancer. Le Groupe d'Avignon, créé depuis septembre 2001, est animé une psychothérapeute et un cadre Infirmier. Il a lieu en Avignon, toutes les trois semaines. 16 réunions ont eu lieu en 2004. Un nouveau Groupe de Parole et d'Ecoute a été mis en place sur Orange depuis le 26 avril 2004. Il est animé par un psychothérapeute et cadre de santé de l'Hôpital Public d'Avignon. Les réunions ont lieu toutes les 3 semaines. 10 rencontres ont eu lieu en 2004. Un nouveau Groupe de Parole et d'Ecoute a été mis en place à Cavaillon en 2005. Il est animé par la même psychothérapeute du Groupe de Parole ayant lieu à Orange.

La formation « chimiothérapie à domicile » a de plus en plus de succès. Le réseau n'a pas pu satisfaire tous les infirmiers désirant la suivre. En 2004, 39 infirmiers ont effectué cette formation. Ces infirmiers viennent essentiellement du Vaucluse, des Bouches du Rhône, de la Drôme et du Gard. Des soirées de formation médicale sous l'égide d'Oncosud se sont également développées en 2004:

Ainsi, on a pu noter que le réseau n'est pas resté le même puisque il s'est renforcé et s'est développé. Concernant les acteurs du réseau, ceux qui étaient dans le réseau avant son entrée dans un processus d'institutionnalisation formelle sont restés dans le réseau et d'autres sont entrés par la suite dans le réseau.

2.2.2 Un processus de pérennisation précisé

L'enquête a par la même occasion contribué à spécifier davantage le processus global de pérennisation du réseau Oncosud. Il ressort par exemple quatre types de résultats.

L'enquête a mis en avant un enracinement du réseau et des médecins le composant dans la région sud est. On a pu noter une capacité à évoluer de ce réseau de médecins. En effet, la première étape où le réseau Oncosud a évolué dans un cadre plutôt informel, soit durant approximativement 25 ans, a été l'occasion pour lui-même de s'enraciner dans la région d'Avignon avec des médecins qui se connaissaient et prenaient l'habitude de collaborer. Selon Claveranne et Pascal (2001), les réseaux de santé sont finalisés par une mission collective. Ils sont différents des autres organisations quant à leur caractère émergent : « on ne décide pas de créer un réseau; celui-ci se façonne et se structure progressivement à travers ses contacts, ses implications... » L'avantage, lorsqu'un réseau a fonctionné dans un cadre plutôt informel, est que les acteurs se connaissent et ont testé le dispositif, d'où l'enracinement du réseau. Oncosud est dans un processus d'institutionnalisation formelle avec des acteurs qui travaillaient déjà ensemble.

Il a aussi été mis en évidence une présence deux types de catalyseurs qui sont à l'origine des grandes étapes de changement dans le réseau étudié. Il s'agit d'une part d'un contexte institutionnel : avec notamment l'Etat, à travers les différents textes comme les ordonnance de 96, favorable à l'adoption les mécanismes des réseaux, ordonnances 2003 (qui précise le travail), le plan cancer (2003)...Il s'agit d'autre part de l'identification de médecins « leaders », des médecins leaders, particulièrement impliqués dans l'émergence et l'apparition de chaque grande étape de changement : un étant à l'origine du réseau et l'autre à l'origine de l'entrée du réseau dans le processus d'institutionnalisation plus formelle.

Il a pu être également relevé la présence d'acteurs « relais » qui ont animé et accompagné chaque phase de changement. Ces acteurs relais étaient les coordinateurs successifs du réseau. Ces acteurs relais n'étaient pas forcément les médecins leaders. Ce sont des médecins qui soutenaient et comprenaient les phases de changement du réseau.

Enfin, l'analyse souligne aussi d'autres éléments pouvant justifier le fait que les médecins restent « accrochés » entre eux et donc au réseau. Il s'agit de l'éthique professionnelle des médecins, de leur proximité géographique et socio-culturelle de ces acteurs, et enfin de leur épanouissement. En effet, le réseau permet, à priori, l'expression d'intérêts personnels, des intérêts compatibles, et parfois se confondant, avec les intérêts collectifs du réseau. Ainsi plusieurs médecins ont conduits des projets personnels dans le cadre du réseau. Le réseau sert ainsi à ces membres de « tremplin » pour la réalisation de projets personnels dans le cadre du celui-ci. Deux exemples illustrent ce cas de figure.

Le premier concerne une sensibilisation à la question de la douleur pour les patients atteints de cancer. Le médecin, chargé de cette question, désirait développer la question de la douleur au sein du réseau. De ce fait, il a mené une enquête nommée « prévalence douleur ». Un questionnaire a été distribué à des médecins lors d'une journée donnée de consultation. Le médecin devait répondre aux liées concernant la « douleur » de chaque patient vu ce jour là. Cette enquête avait pour but de cerner la prise en charge la douleur des patients atteints de cancer.

Cette initiative a un double intérêt. D'une part, elle provient d'un intérêt personnel d'un médecin donné pour la question de la "douleur". Le médecin a la possibilité de mener un projet auquel il est attaché. D'autre part, cet intérêt d'ordre personnel, allait forcément bénéficier au réseau quant à la qualité de prise en charge de la douleur plus globalement. De ce fait, il y a une confusion des intérêts personnels et des intérêts communs du réseau.

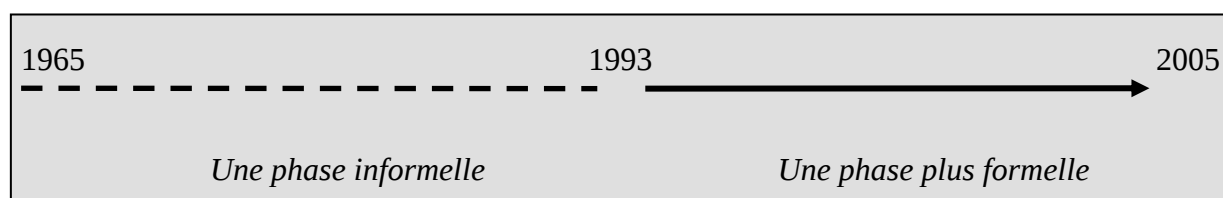
Le deuxième exemple concerne le responsable de la RCP Digestif. Celui-ci mène, avec la coordinatrice adjointe, une étude pilote nommée « Parcours d'éducation thérapeutique pour les personnes colostomisées atteintes d'un cancer du rectum au sein de réseau Oncosud ». Cette étude, initiée en octobre 2004, vise à aider les patients colostomisés atteints de cancers du rectum à mieux vivre leur maladie et à devenir autonomes. Cette activité est indépendante de l'activité de concertation se déroulant lors de la RCP. C'est, en fait, la naissance d'un réseau en train de se créer lui-même au sein du réseau Oncosud. Ce nouveau réseau prendrait en charge les personnes colostomisées et les membres en seraient, parmi d'autres, des chirurgiens, des oncologues, des médecins généralistes, et des nutritionnistes.

Comme dans l'exemple précédent, le projet personnel, provenant d'un intérêt particulier par le responsable pour une question médicale donnée, participe à l'enrichissement de la prise en charge des patients atteints de cancer d'une manière pluridisciplinaire dans ce réseau. Le projet personnel et le projet du réseau sont complémentaires.

2.2.2 La récursivité du lien entre le processus de pérennisation et le processus d'institutionnalisation formelle

Le réseau Oncosud est apparu approximativement dans les années 60. Jusqu'au début des années 90, il évolua dans un cadre plutôt informel.

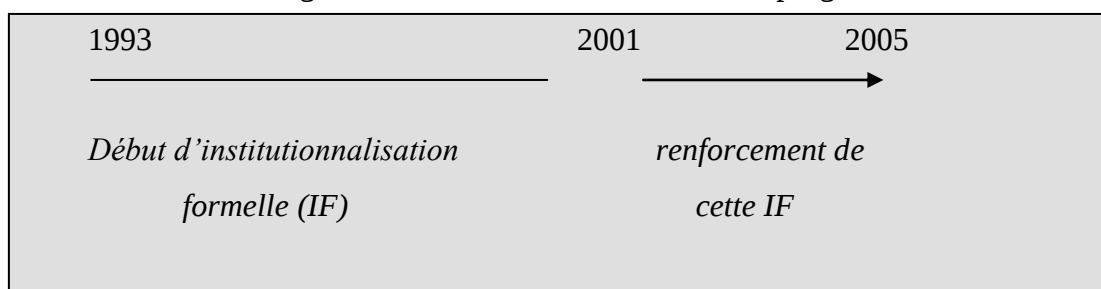
Figure 2 : Pérennisation du réseau Oncosud : de l'informel au formel



C'est ainsi que le réseau entra dans un processus d'institutionnalisation plus formelle à partir de 1993. Le premier signe de cette nouvelle étape fut la signature d'une convention entre les acteurs de l'Institut Sainte Catherine, lieu où ont émergé les prémices du réseau dans les années 60, et les médecins exerçant dans les établissements voisins. Ce processus d'institutionnalisation se poursuit toujours.

L'étape d'institutionnalisation formelle, de 1993 à 2005, ne s'est pas déroulée de manière uniforme. Elle a été, certes, progressive mais il a pu néanmoins être constaté une accélération du processus vers 2001. Ce qui correspond au deuxième point de rupture dans l'histoire du réseau.

Figure 3 : Institutionnalisation formelle progressive

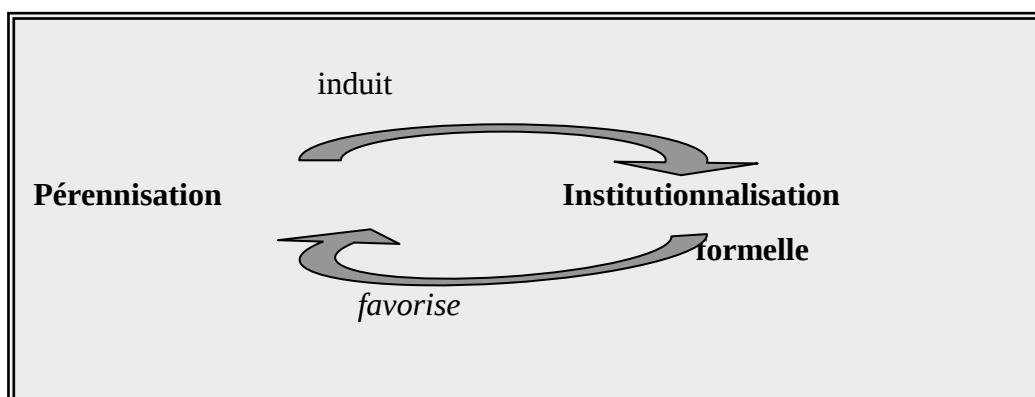


L'enquête a aussi permis de spécifier le lien entre la pérennisation et l'institutionnalisation formelle. En effet, il semble que ce lien soit récursif concernant le cas particulier étudié.

Le schéma suivant donne une image de la nature de ce lien :

Figure 4 : Lien entre la pérennisation et l'institutionnalisation formelle du réseau

Oncosud



Dans le cas étudié, la première phase de pérennisation du réseau a induit un processus d'institutionnalisation formelle. Cette institutionnalisation formelle va-t-elle favoriser la pérennisation du réseau Oncosud ? L'enquête a révélé qu'elle a contribué à conserver et à renforcer l'identité de ce réseau. Toutefois, seule une future observation de sa pérennité pourrait confirmer ce résultat et donc valider le schéma ci-dessus.

Conclusion

Afin d'apprécier le processus de stabilisation d'un réseau d'acteurs, il était nécessaire de s'intéresser auparavant aux facteurs hypothétiques de stabilité des réseaux d'acteurs. Ce schéma théorique s'est donc appliqué dans cette étude aux réseaux de médecins spécialisés, des acteurs ayant des propriétés théoriques qui leur sont spécifiques. Du fait que nous étions incapables d'avoir une perception de ce que pouvait être un réseau avec ce types d'acteurs, un réseau où semble-t-il, devraient théoriquement coexister des logiques différentes, l'idée était alors d'aller en observer un.

L'analyse du processus de pérennisation a donc fait ressortir plusieurs points ayant contribué à sa pérennisation. D'une part, il s'est avéré que ce processus s'est inscrit dans le temps avec des étapes pouvant être assimilées à des points de ruptures bien délimités. Ces points de rupture sont à l'origine à chaque fois d'un changement structuro-fonctionnel soutenu particulièrement par des acteurs « relais »'. Un des points fût l'entrée du réseau dans un processus d'institutionnalisation formelle. D'autre part, il ressort une implication assez particulière des médecins dans l'évolution de leur réseau. Ils sont quasiment omniprésents dans le réseau.

En conclusion, ces résultats peuvent contribuer à l'analyse des formes réticulaires et notamment à la compréhension de leur pérennisation, même s'il convient de noter que l'étude contient forcément des limites qui sont inhérentes à toute enquête basée sur une méthodologie qualitative.

Au-delà, ces résultats peuvent constituer des apports et être à l'origine de perspective de recherches, se déclinant sur les plans théoriques, méthodologiques et pratiques.

Cette étude basée sur une observation d'un réseau de médecins durant quatre ans, a été aussi l'occasion de faire une analyse d'un type de quasi-organisation qu'est le réseau de médecins spécialisés. On peut d'ailleurs se demander si ce travail pourrait éventuellement contribuer dans une certaine mesure à l'identification à terme de propriétés d'un réseau « idéal ». Cela revient donc à se poser la question suivante : les réseaux de médecins sont-ils de bonnes métaphores des autres réseaux ?

Bibliographie

- Abernethy M A., Stoelwinder J.U. (1995), "The role of professional control in the management of complex organizations", *Accounting Organizations and Society*, Vol. 20, n°1.
- Barnard C. (1938), *The function of the executive*, Harvard University Press.
- Berger P., Luckmann T. (1996), *La construction sociale de la réalité*, A. Colin, Traduction de "The social construction of the reality".
- Bouchikhi H., Kimberly J. (2006), « Ne changez pas de stratégie, changez d'identité ! », *les echos.fr*.

- Bouchikhi H. (1990), *Structuration des organisations. Concept constructiviste et étude de cas*, Economica, 149 p.
- Butera F. (1990), *La métamorphose de l'organisation. Du château au réseau*, Les Editions d'Organisation.
- Claveranne J. P., Pascal C. (2001), « Complémentarité des réseaux. De la métaphore à la pratique », *Journal de l'économie médicale*, septembre-octobre, T.19, n°5-6.
- Coase. R. (1937), *The nature of the firm*, Economica.
- Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris.
- Eisenhardt K.M. (1989), "Building theories from Case study Research", *Academy of Management Review*, Vol. 14, n° 4, pp 532-550.
- Gadreau M., Jaffre D., Lanciau D. (1999), "La recomposition en Réseau du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions", *Finance Contrôle Stratégie*, Vol 2, n°4.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*, Eds.Aldine de Gruyter, New York.
- Goodman P.S., Dean J.W. (1982), "Creating long term organization change", in Goodman P.S., *Associates: change in organizations*, San Francisco, CA, Jossey-Bass.1982.
- Guibert N., Dupuy Y. (1995), "La Confiance, Variable-clé d'un Contrôle Rénové", *Actes du 14^{ème} Congrès de l'Association Française de Comptabilité*, Montpellier.
- Guibert N., Dupuy Y. (1997), "La complémentarité entre contrôle 'informel' et contrôle 'formel': le cas de la relation client fournisseur", *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 3, Vol.1, mars.
- Gulati R., T. Khanna T., Nohria N. (1994), "Unilateral commitments and the importance of process in alliances", *Sloan Management Review*, 35, Spring, pp 61-69.
- Gulati R. (1995b), "Social Structure and Alliance Formation", *Administrative Science Quaterly*, Vol.40, pp.619-652.
- Huxham C. (1996), *Collaboration and collaborative advantage. In Creating collaborative advantage*, ed. C. Huxham, London, Sage, pp 1-18.
- Jarillo J.C. (1988), "On strategic networks", *Strategic Management Journal*, Vol. 9.

- Lefebvre R.C. (1990), *Strategies to maintain and institutionnalize successful programs. Marketing Framework, in Health Promotion at the community level*, Sage Publications, 209 p.
- Macintosh M.B. (1994), *Management accounting and control systems*, Queen's University, Kingston, John Wiley and sons.
- Miles R., Snow C. (1992), "Causes of failure in network organizations" *California Management Review*, summer 1992.
- Mintzberg H. (1998), *Le management. Voyage au Centre des Organisation*, Editions d'Organisation, chap 4, 224 p.
- Ouchi W. G. (1980), "Markets, Bureaucracies and Clans", *Administrative Science Quaterly*, Vol. 25.
- Powel W.W. (1991), "Neither Markets nor Hierarchy: Network forms of Organization", in Thompson G., Frances J., Levacic R., Mitchell J. (eds), *Markets, Hierarchies and Networks: the cordination of social Life*, The Open University.
- Shortell S.M., Kaluzny A.D. (2000), *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, Albany, NY Delmar Publishers.
- Stake R.E. (1994), "Case studies", in Denzin N.K., Lincoln Y.S. (eds), *Handbook of Qualitative Research*, Sages Publications, Thousand oaks, pp.435-454
- Strauss A.L., Corbin J. (1994), "Grounded theory methodology", in Denzin N.K. and Lincoln Y.S. (eds), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 236-247.
- Thorelli H. (1986), "Networks: between markets and hierarchies". *Strategic, Management Journal*, Vol. 7, pp. 37-51.
- Vinot D. (2001), "Le réseau de soins face à l'évaluation: des principes aux garde-fous de la démarche", *Journal d'Economie Médicale*, Vol.19, n°5-6, pp.361-370.
- Wacheux F. (1996), *Méthodes qualitatives et recherches en gestion*, Economica, 290 p.
- Weiss D. (1994a), "Nouvelles formes d'entreprise et relations du travail", *Revue Française de Gestion*, Mars–Mai, pp.95-103.
- Williamson O. (1994), *Les institutions de l'économie*, Interéditions, Paris.

Zuckerman H. S., Kaluzny A.D., Ricketts T.C. (1995), "Alliances in health care: What we know, what we think we know, and what we should know", *health Care. Management .Review*. Frederick: Winter1995. Vol. 20, Iss. 1; pg. 54, 11 pgs.