

## **Le pilotage normatif d'un réseau de santé**

**Grenier Corinne, Professeur**

**Euromed Marseille Ecole de management**

**Chercheur associé, laboratoire Tech-CICO**

**Université de Technologie de Troyes (FRE CNRS 2848)**

Euromed Marseille Ecole de management, BP 921, 13288 Marseille cedex 9

Tel : + 33 (0) 491 827 792 ; Fax : + 33 (0) 491 827 750

[corinne.grenier@euromed-marseille.com](mailto:corinne.grenier@euromed-marseille.com)

**Pauget Bertrand, Professeur**

**Groupe ESC Troyes**

**Chercheur associé au laboratoire Tech-Cico, UTT (FRE CNRS 2848)**

[bertrand.pauget@groupe-esc-troyes.com](mailto:bertrand.pauget@groupe-esc-troyes.com)

### **Résumé**

Les organisations réticulaires se révèlent être éminemment relationnelles. Dès lors, la mise en place d'un pilotage relationnel peut apparaître comme un élément de cohérence et de structuration pour l'organisation. Pourtant, ce pilotage relationnel se heurte à la diversité des acteurs composant ce type d'organisation qui a pour caractéristique d'être réticulaire (variété des relations et des degrés et modes d'implication) et distribuée (maintien de la diversité des pratiques et des identités des acteurs). Nous proposons un pilotage de type normatif par les normes (permettant l'émergence de la structuration de l'organisation) et pour les normes (autorisant leur circulation et leur distribution).

Nos questions de recherche s'articulent autour de la construction du pilotage relationnel normatif et aux dispositifs, procédures et acteurs spécifiques qui permettent de soutenir ce pilotage d'une organisation. Notre approche inductive et qualitative se base sur l'analyse d'un réseau de santé de l'Est de la France étudié durant la période critique de lente structuration initiale. Nous discutons de la possibilité de mobiliser les normes dans une optique intentionnelle et nous proposons des implications managériales.

**Mots clé :** normes, pilotage relationnel, diversité, organisation réticulaire, réseau de santé.

## INTRODUCTION

De nouvelles formes d'organisation des activités apparaissent depuis de nombreuses années, à l'aune de préoccupations telles que la flexibilité, l'innovation, la qualité ... et le terme de « réseau » est très souvent mobilisé pour qualifier ces nouvelles formes. Le secteur de la santé n'est pas étranger à ces mouvements de déconstruction de l'organisation. Des expériences militantes de professionnels qui veulent « travailler différemment » autour de pathologies complexes ou mal connues, des tutelles soucieuses de meilleure qualité de soin, des acteurs qui souhaitent créer davantage de coordination et de transversalité, dans un secteur largement dominé par des dichotomies réductrices (cabinet de ville / hôpital, généraliste / spécialiste, médecin/profession du social ...) ... expliquent l'éclosion importante d'expérience et de nouvelle façon de faire à travers les réseaux de santé. Les réseaux de santé sont de nouvelles formes collectives de travail qui réunissent des professionnels dans des buts d'innovation, de décroisement et de meilleure prise en charge des patients et de leurs familles. Bien que relevant d'une définition réglementaire précise (<sup>1</sup>), leur observation révèle des pratiques organisationnelles variées, qui rendent compte des marges de manœuvre des acteurs à « inventer » chemin faisant, selon leur contexte d'action, leur mode d'organisation et de fonctionnement, et qui en particulier laissent généralement flexibles les différents modes d'implication et de participation des acteurs. Dès lors nous posons la question suivante : comment maintenir un équilibre entre intégration et différenciation, en raison d'un nécessaire degré de diversité au sein de ces structures ? C'est à cette question générale que notre communication entend répondre, en mobilisant la notion de norme et nous proposons le concept de **pilotage relationnel normatif**, par analogie avec le concept de pilotage par les compétences. Selon la littérature relative à l'approche « *Ressources Based View* », les compétences sont critiques et leur pilotage permet d'asseoir le développement organisationnel de l'entreprise. Nous considérons que dans une organisation réticulaire, les relations sont des ressources critiques et leur pilotage est essentiel, et une compétence au pilotage relationnel devrait émerger au sein du réseau, collective ou portée

---

<sup>1</sup> L'article 84 de la loi du 4 mars 2002 définit les réseaux de santé comme suit : « Les réseaux de santé ont pour objectif 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 sa spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne 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 ».

par quelques acteurs. Une première partie exposera la notion de réseau et les termes d'un débat autour de la diversité au sein de ces structures organisationnelles réticulaires. Nous présenterons notre manière à envisager le pilotage relationnel. Une seconde partie présentera la méthodologie de notre recherche ainsi que notre terrain d'étude, un réseau de santé dédié aux troubles cognitifs chez la personne âgée. Une troisième partie illustrera et analysera deux modes de pilotage par les normes et au travers des normes et proposera des conditions pour qu'un tel pilotage puisse ressortir d'une logique effectivement collective et pluridisciplinaire, eu égard aux caractéristiques de l'organisation réticulaire qui est construite et pilotée. Si cette communication se fonde sur la nature par définition structurante des normes, elle en discutera ainsi la possibilité de les mobiliser dans une optique intentionnelle.

## **1. UNE REVUE DE LITTÉRATURE SUR LE PILOTAGE RELATIONNEL DANS LES ORGANISATIONS EN RESEAU**

### **1.1. LE RESEAU OU LA QUESTION DE LA DIVERSITE**

L'organisation a longtemps été étudiée dans le cadre de paradigme valorisant l'uniformité, la reproduction et l'exploitation et l'action collective supposait alors de partager culture, pratique, comportement, et valeur. Cette orientation a été remise en cause à partir de la fin des années 80, quand les marchés ne se contentaient plus des mêmes catégories de produits ou quand les salariés ne se retrouvaient plus dans des discours uniformisants. Les mots d'innovation, de diversité sociale, d'équipes projets ou projet concourant, de micro-segmentation, d'usages, de codesign et d'apprentissage, de parties prenantes, d'exploration et de complexité, des savoirs spécialistes et profanes ... ont pris toute leur importance et ont été permis par un plus large mouvement de déconstruction de l'organisation.

C'est dans ce mouvement large que nous introduisons le terme de réseau afin de rendre compte de ce mouvement de déconstruction de l'organisation (Friedberg, 1993), des modes variés d'appartenance (Dameron 2001, Wenger 2000) valorisant la relation et moins la hiérarchie ou encore les frontières closes. Nous mobilisons ce terme de réseau pour interroger les nouvelles formes organisées, qui en tant qu'action collective organisée, évoluent d'une perspective du social à une sociologie des associations (Latour, 2006), pour signifier « non pas une action effectuée par des forces sociales homogènes, mais au contraire une action rassemblant différents

types de forces qui sont associées précisément parce qu'elles sont différentes » (Latour, 2006 :107).

Le réseau « met en avant des options stratégiques à dominantes relationnelles » (Froehlicher, 1999 : 12). Il se traduit en termes de relation par un affaiblissement du rôle joué par la règle (donnée ex ante et s'imposant aux acteurs, généralement élaborée dans un cadre hiérarchique et formel), la hiérarchie, et le « donné » *ab initio* (savoir, pratique et identité des acteurs définis initialement), indépendamment de l'action menée. Il est enfin important de considérer cette forme comme un modèle type qui n'est dans la pratique jamais stabilisé. C'est pourquoi, nous considérons le réseau comme un « processus par [lequel] sont stabilisées et structurées les interactions entre un ensemble d'acteurs placés dans un contexte d'interdépendance stratégique » (Friedberg, 1993 :15). C'est donc dans l'action que le réseau est construit (et reconstruit), comme une réponse intentionnelle, mais toujours provisoire (instable) de coopération. Ce qui confère aux réseaux une très forte singularité.

Enfin, nous postulons que le réseau est lié à la question de la diversité, de la distribution (Carlile, 2002 ; Orlikowski, 2002), géographique et cognitive, quand la criticité d'un tel réseau repose sur sa capacité à articuler et à faire travailler ensemble des acteurs qui vont savoir sauvegarder leurs spécificités et leurs points de vue.

Nous considérons ainsi le réseau comme une forme en structuration dynamique permanente, relationnelle et distribuée, où la question de la diversité sociale et cognitive est critique. Par diversité, nous entendons ici ce qui est reconnu et construit comme hétérogène, différent et nous considérons la diversité non pas comme un état ou une situation mais comme la construction par l'organisation ou les acteurs de l'action autour de degré d'hétérogénéité plus ou moins fort (Grenier, 2007). Un examen théorique plus complet (Grenier, 2007) montre que la diversité réside dans les acteurs, les connaissances ou les représentations et valeurs ainsi que les objets, dispositifs ou outils qui sont conçus. La diversité n'a d'intérêt que relative à l'intégration : langage commun/langage spécialisé, savoir profane/savoir spécialisée (Callon et al., 2001), cadrage/ recadrage, différenciation/intégration (Lawrence et Lorsch, 1967), spécialisation des tâches /modes de coordination (Mintzberg, 1982), liens faibles/forts (Granovetter, 1992) ... Ainsi de nombreux travaux dans des perspectives structurelles ou fonctionnalistes, cognitives ... ont abordé cette question de l'équilibre autour de la diversité.

Nous ne relient pas automatiquement la diversité avec l'innovation ou la complexité, mais nous considérons que l'organisation peut adopter – pour quelque raison que ce soit – des postures différentes face à la diversité (Grenier, 2007) et ces choix ne sont ni neutres, ni purement techniques ou stratégiques. Ils sont politiques car négociés, débattus et imposés.

Nous allons ci-après examiner différentes approches pour comprendre comment piloter une organisation qui a pour caractéristique d'être réticulaire (variété des relations et des degrés et modes d'implication) et distribuée (maintien de la diversité des pratiques et des identités des acteurs).

## **1.2. LA QUESTION DU PILOTAGE DANS LES ORGANISATIONS RETICULAIRES ET DISTRIBUEES**

Le pilotage de l'organisation considérée comme réticulaire et distribuée doit être envisagé à l'aune de deux questions : que faut-il partager pour travailler ensemble ? Comment éviter les pièges de la sclérose (à vouloir réduire trop fortement la diversité des acteurs, des connaissances et des projets) ou à l'inverse du délitement (à vouloir trop valoriser ce qui est différent). Il s'agit de ne pas tomber dans les pièges de l'organisation pluraliste que ses auteurs (Denis et al., 2001) définissent par un pouvoir diffus, des objectifs divergents et des rôles de management (ou de leadership) partagés. En effet, dans ces organisations, il est observé que, parce que ce type d'organisation permet à chaque individu une certaine latitude et autonomie d'action, il est difficile de mener des actions collectives (<sup>2</sup>).

Différents mécanismes de pilotage entre diversité et uniformité sont proposés par la littérature, selon plusieurs orientations : travailler ensemble autour de mêmes points de vue (la réduction sur un même point de vue résultant de l'incommensurabilité entre points de vue différents), travailler ensemble autour d'un ensemble de concepts, savoirs, présentations ou valeurs différents mais partagés car commensurables (répertoire plus ou moins important selon les auteurs), travailler ensemble en coordonnant (par la manipulation d'objets par ex.) des points de vue également incommensurables (Grenier, 2007).

Une première perspective nous est offerte par la sociologie de l'innovation qui examine les conditions de constitution d'un réseau d'acteurs impliqués autour d'un objet en construction

---

<sup>2</sup> Ces auteurs identifient deux autres pièges, qui ont davantage trait à la stratégie de l'organisation, ce qui ne constitue pas le cœur de notre communication : la tendance à vouloir rechercher un consensus pour faire en sorte que tout un chacun participe à la stratégie, se fait au détriment du réalisme stratégique, la dilution de la mise en œuvre de la stratégie en raison de structures et de lieux de pouvoir diffus.

(action, dispositif ...). L'action collective sera progressivement possible par un mécanisme d'intéressement des différents acteurs à l'action ou au projet mené, par le jeu de la traduction. Cette dernière consiste à traduire cette action ou ce projet dans les intérêts de chaque acteur, dans son monde, sa logique. La traduction est une opération permettant d'établir des liens entre des acteurs hétérogènes. Cependant ce processus est canalisé par l'acteur (principal, dominant) qui pose des « balises » appelés « point de passage obligé » (Callon, 1986, <sup>(3)</sup>) et les acteurs « sont donc sommés de jouer le rôle qui a été prévu par eux » (Oiry, 2003, p. 221). Ce processus d'enrôlement est davantage mené dans la logique et selon le point de vue de cet acteur dominant (Star, 1989) qu'il va chercher à imposer comme cadrage général de l'action ou de la structuration d'un dispositif de gestion ou organisationnel, réduisant ainsi la diversité des points de vue. Le nombre de traductions successives (Oiry, 2003), le temps et les difficultés de négociation et de compromis traduisent l'état de diversité initiale et les difficultés pour l'organisation à la réduire sur quelques points de vue.

D'autres approches vont davantage mettre l'accent sur l'articulation de ce qui est différent, examinant comment créer des compatibilités ou des ajustements entre les différents mondes des acteurs (Reverdy, 2003) : objets intermédiaires (Vinck, 1999), objet frontière (Star, 1989), arrangement ou compromis entre mondes (Boltanski et Thevenot, 1987), dispositifs transversaux (Reverdy, 2003). Ces perspectives évaluent les conditions de production d'accords et de coopération entre des mondes différents. Ceci passe souvent par une clarification des frontières de telle sorte à identifier les zones de savoirs, mais parfois à pouvoir revoir ces frontières (évolution de « qui fait quoi »), pouvant aussi porter sur la réinvention d'une « hiérarchie » et d'un plan d'intervention des acteurs les uns par rapport aux autres (renégociation d'une division cognitive et politique du travail), et supposant également de faire évoluer ses propres façons de faire, ses savoirs ou ses pratiques (Carlile, 2002).

Ces différentes approches ne nous satisfont pas totalement (<sup>(4)</sup>) : la sociologie de l'innovation se situe davantage dans une perspective du cadrage et de réduction de la diversité, ne permettant pas d'expliquer totalement le maintien du réseau en tant qu'organisation distribuée ; l'approche de la

---

<sup>3</sup> Le Point de Passage Obligé est défini ainsi : « par point de passage obligé [...] il faut entendre un lieu (qui peut être physique, géographique, institutionnel [...]) ou un énoncé qui se révèle être, à un moment ou à un autre des premières phases de la construction d'un réseau, incontournable » (Amblard et al., 1996 :158).

<sup>4</sup> Une autre réponse serait de les intégrer dans un même modèle de la gestion d'une organisation où serait critique sa posture face à la diversité.

cognition distribuée autour de l'objet frontière ou l'objet intermédiaire est pertinente pour comprendre l'articulation des points de vue différents et la part du commun et du « partagé » nécessaires aux équilibres dans l'organisation ; mais il nous semble que cette perspective ne permet pas suffisamment d'étudier ce qui constitue le fond (contenu) de la relation (Simmel, 1999). Nous souhaitons aborder la question de la structuration (pilotage) de l'organisation réticulaire et distribuée par une autre approche, peu mobilisée, mais pertinente pour notre terrain, où sont fortement présentes les normes sociales et professionnelles : le pilotage par la norme. Cette perspective apparaît d'autant plus intéressante que la norme (création, diffusion, légitimité) supporte un tel processus collectif de pilotage (Mione, 2006), au sens également où ce processus est plus ou moins équilibré, distribué ou dominé, selon la configuration que l'on donne au terme de « collectif » (voir plus loin).

### **1.3. LA NORME ET LA DOUBLE MODALITE DU PILOTAGE RELATIONNEL**

La norme renvoie souvent à la dichotomie entre organisation formelle et informelle (Mintzberg, 1982, Tichy et Fombrun, 1979), relevant de ce qui est informel, tacite, en particulier dans le cadre d'un groupe (Brunet et Savoie, 2004). La norme apparaîtrait alors comme une déviance au fonctionnement de l'organisation, en opposition avec la structure formelle de l'organisation (Sainsaulieu, 1987). Notre propos est à l'inverse de comprendre comment la norme peut se révéler congruente entre le groupe, les acteurs et l'organisation. La norme n'est pas seulement un outil d'intégration destiné à favoriser la prévisibilité et la reproduction des pratiques sociales dans les organisations. Nous considérons en effet qu'elle est un cadre de régulation collective et organisationnelle permettant l'articulation des relations entre les acteurs.

La norme connaît plusieurs acceptions (Mione et Fenneteau, 2004). Elle peut être juridique dans le cadre d'une norme ISO par exemple, professionnelle dans le cadre de tout secteur qui édicte ses « règles » de comportements, de valeurs, d'interprétations, de jugement de ce qui est valable ou non valable, sociale quand elle est partagée à un niveau collectif plus étendu ou d'une société. La norme peut aussi être substantive ou procédurale. Nous la définissons pour notre part comme une entente sur le comportement à observer par chaque membre du groupe (Argyle et al., 1985). La norme répond à quatre fonctions principales : faire circuler de l'information sur le comportement attendu des acteurs, réduire la variété des attentes et des comportements, en cadrant – au sens de normer dans le langage courant – ces derniers, créer de la compatibilité entre

les acteurs de telle sorte à asseoir l'action collective, et assurer une certaine qualité, dans une visée politique ou stratégique. Dès lors on s'attache à analyser ce qui peut causer un écart entre la dimension ostensible d'une norme (ce que la norme impose de faire, la question de la conformité à la norme) et sa dimension performative (ce qui est réellement fait, la question de la performance de la norme) (Lambert et Ouedraogo, 2006). Nous considérons donc que la norme possède deux items qui caractérisent sa structure : la structure normative est en balance entre ce que ses porteurs (les acteurs) souhaitent être et ce vers quoi ils tendent. La norme est donc constituée d'une revendication identitaire qui caractérise la prise de conscience par les acteurs d'un groupe de son positionnement vis à vis de leur environnement.

La norme s'inscrit dans le cadre de la régulation de l'action collective (Reynaud, 1998), pouvant être entendue comme une modalité ou un instrument de stratégie collective des acteurs (Mione, 2006) désireux d'agir ensemble en dépit (ou en révisant) leurs différences, voire leurs oppositions. La littérature s'accorde sur la dimension consensuelle de la norme en cas de respect de celle-ci. A l'inverse, son non respect entraîne des sanctions et la norme manifeste ainsi un lien de dépendance entre les membres d'une organisation. La norme peut alors agir selon deux mécanismes : par enrôlement des acteurs, offrant à ces derniers le moyen de déployer ou d'adopter de nouveaux rôles, par prescription des pratiques. C'est bien ce dernier mécanisme qui permet véritablement à la norme d'être un artefact organisationnel (Teulier et Bouche, 2003) capable de rendre cohérente l'action collective, alors que le premier mécanisme permet seulement de revoir les conditions de l'action collective, en particulier en redéfinissant les rôles de ceux qui y participent.

La norme est en outre un dispositif politique de l'action collective dans un cadre organisationnel. La norme n'est donc pas un instrument que l'on peut comprendre sans se saisir de la dynamique sociale et politique qui existe au sein d'une organisation ou d'un collectif. La norme apparaît comme négociable et négociée en fonction d'un jeu relationnel des acteurs. Ce jeu relationnel découle en particulier de la place et du rôle que les acteurs jouent dans l'action collective, ainsi que les valeurs, identités dont ils sont porteurs, au titre d'une position, d'une profession, par ex. En conséquence, la modification relationnelle (à travers les relations) de la norme oblige à la création d'alliances et de coalitions ; et cette modification pour des raisons identitaires ou politiques de la norme a un impact sur l'organisation. D'autre part, le contenu même de la norme

et son processus de « fabrication » (négociation, circulation ...) « encapsulent » des choix et des relations politiques qui sont rarement questionnées (Boussard et Maugeri, 2003).

Ainsi nous pouvons considérer d'une part que la norme se construit ou circule par les relations entre acteurs (comme jeu politique) et d'autre part que la norme joue, cadre, les relations que les acteurs peuvent nouer entre eux au sein d'une organisation ou d'un collectif.

Nous introduisons la notion de pilotage relationnel d'une organisation pour nous intéresser à la manière dont les acteurs entendent construire volontairement des dispositifs organisés, l'adjectif « relationnel » indiquant à la fois que ce processus se fait dans les interactions entre acteurs et que le pilotage de l'organisation repose largement sur le pilotage des relations, les relations définissant l'essence des organisations réticulaires que nous étudions ; c'est donc bien dans les relations que les normes se créent, circulent et sont légitimées. Le pilotage relationnel peut alors être envisagé de deux manières :

- **le pilotage des relations par la norme** : un acteur va jouer de normes pour manœuvrer, piloter les relations entre des acteurs et faire émerger des actions. La norme est ici employée comme un outil de gestion des relations et la norme permet de cadrer ou d'inventer la manière de piloter relationnellement une organisation ; la variété et le contenu des normes ainsi que la perception qu'ont les acteurs de l'état normatif de l'organisation devraient avoir un impact sur la capacité des acteurs à piloter les relations au sein de l'organisation ;
- **le pilotage des normes à travers les relations** : le pilotage des normes concerne la création, la circulation, la légitimation de normes que les acteurs cherchent à imposer ou à faire mobiliser dans l'action, et cela se fait durant les relations et les interactions entre les acteurs ; ici la norme est entendue dans son contenu, comme l'objet même d'intérêt, et la relation est utilisée pour créer, faire circuler et faire légitimer la norme ; l'état relationnel qui existe entre les acteurs (liens forts / liens faibles, densité des relations, structure des relations, plus ou moins dominées par un ou quelques acteurs ... au sein d'une organisation ou d'un groupe) devrait avoir un impact sur la production, la circulation et la légitimation de normes au sein de ladite organisation ou dudit groupe.

Nous allons étudier ces deux mécanismes de pilotage, à l'aune de l'interrogation suivante, relative à la nature de l'organisation que nous étudions (organisation distribuée) : de quels points de vue sont menés l'action collective et le pilotage de l'organisation ? Autrement dit, le pilotage

par et de la norme permet-il d'entretenir un nécessaire équilibre entre diversité et intégration ? C'est en répondant à ces interrogations que nous pourrions mieux apprécier dans quelle mesure la norme peut-être un dispositif de gestion, utile et pertinent, et « fidèle » à ce que veulent en faire ses promoteurs. Ainsi, si nous avons dit que la norme était cohérente avec un processus collectif, encore faut-il préciser la manière d'envisager le collectif à savoir comme un tout uniforme centré sur un point de vue dominant, un collectif ouvert à quelques acteurs nouveaux, ou un collectif réellement distribué parce qu'étendu à une grande variété d'acteurs qui y expriment et y défendent leurs points de vue (Grenier, 2007). Pour mener notre étude de terrain, nous avons ainsi élaboré deux questions de recherche :

**QR1** – Comment s'effectue la construction à travers le pilotage relationnel normatif ?

**QR2** – Quels sont les dispositifs, procédures et acteurs spécifiques qui permettent de soutenir le pilotage par les normes d'une organisation ?

## **2. METHODOLOGIE ET PRESENTATION DU TERRAIN**

### **2.1. LE RESEAU POLE MEMOIRE (RPM)**

La transformation des pratiques professionnelles doit s'appuyer sur un ensemble d'acteurs appartenant à une organisation ou à un groupe. Il est nécessaire d'inscrire dans un lieu et dans des procédures, des organisations... des manières nouvelles de réaliser la prise en charge des patients. C'est ainsi que les transformations du monde de la santé peuvent être accompagnées. Dans cette perspective, les réseaux de santé (organisations interstitielles entre la médecine de ville, les hôpitaux et les instances de tutelles) sont un lieu d'innovation dans la manière dont s'effectuent les recompositions professionnelles des acteurs majeurs du système de la santé. La participation à ces réseaux procède d'un enjeu : il s'agit d'orienter la recomposition de la trajectoire des patients et de contrôler les logiques de coordination entre les différents acteurs de la santé. Ceci amène à influencer la manière dont se structure (se fait et se défait relationnellement) l'organisation. Plus globalement, l'articulation entre les acteurs (leurs succès, leurs défaillances relationnelles) conditionne la qualité de cette structuration. Le pilotage relationnel est donc critique.

Face à l'insatisfaction de la prise en charge des malades et de leurs familles atteints de troubles mnésiques dits organiques <sup>(5)</sup> (Alzheimer, Parkinson...), des acteurs d'un département de l'est de

---

<sup>5</sup> Par opposition aux troubles dits subjectifs comme la dépression ou les psychoses.

la France décident de créer un réseau de santé qu'ils baptisent Réseau Pôle Mémoire (RPM). Le RPM est une réponse volontaire à des insatisfactions que certains professionnels relevaient depuis quelques années : manque de temps en cabinet pour dialoguer avec le patient, manque d'information et de formation sur les pathologies lourdes et récurrentes comme la maladie d'Alzheimer, longueur des délais pour l'obtention d'un premier rendez-vous chez le neurologue (indispensable pour la mise en place d'une thérapie).

Le RPM rassemble en 2005 une centaine de membres bénévoles (dont une trentaine sont des acteurs de premier plan). Beaucoup se connaissent de longue date et ont développé des habitudes relationnelles en dehors de ce réseau : un neurologue hospitalier, président de l'association qui le gère, quelques orthophonistes (libérales ou hospitalière), des psychologues et assistantes sociales et bien entendu des médecins généralistes et gériatres (<sup>6</sup>). Les patients ne sont pas directement représentés au sein de la structure du réseau.

Nous nous intéressons donc plus particulièrement à la phase d'émergence de cette organisation.

Nous décomposons la structuration du RPM en trois temps (voir annexe) :

- Durant la première phase de vie du RPM (Octobre 2001- octobre 2002), les réunions entre les protagonistes servent à définir le but du réseau, son existence légale (création d'une association) et ses moyens de financement (<sup>7</sup>). C'est lors d'une réunion plénière d'octobre 2002, qui a réuni plus de 20 acteurs, que la question de la mise en place concrète du réseau a été soulevée, ce qui a duré de novembre 2002 à mai 2003 ;
- S'ouvre ainsi la seconde phase du réseau (octobre 2002 à mai 2003) au cours de laquelle est sélectionnée une manière d'envisager la structuration du réseau (et en particulier les recompositions professionnelles, qui reposent à la fois sur une révision des frontières entre les acteurs, et sur une meilleure connaissance « de qui fait quoi », Carlile, 2002) et adopté et en fonction duquel s'opèrent les transformations pour les acteurs. Les différents intervenants exposent les cas des malades qui leur semblent problématiques et essaient collectivement de trouver des réponses. La discussion a plusieurs visées : mieux définir la situation sociosanitaire et médicale du patient, mieux comprendre le diagnostic posé par le professionnel qui présente le cas, les premières mesures prises (bilan mémoire,

---

<sup>6</sup> Médecin généraliste ayant suivi une formation spécifique sur les problèmes de vieillissement.

<sup>7</sup> L'élaboration d'un dossier de financement FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) a considérablement accéléré la formalisation des buts organisationnels et la constitution d'un petit noyau d'acteurs très impliqués dans la vie du réseau de soin.

traitements médicamenteux ...). Mais les débats allaient bien au-delà de la simple résolution desdits cas pour concerner le mode de fonctionnement au sein du réseau, et plus particulièrement la place, le rôle et les modes d'intégration des acteurs au sein du RPM (Grenier, 2006). Deux réunions plénières de mars et avril 2003 voient le rassemblement de la plupart des adhérents qui se sentent membres du Réseau. La présentation des travaux précédents montre l'avancée de la structuration et certains acteurs participent à l'élaboration des structures fonctionnelles du réseau de soin (création de règles organisationnelles pour faire fonctionner les cellules de coordination...) au cours d'une réunion de mai 2003. L'assemblée générale de juillet 2003 entérine l'organisation du réseau.

- Durant la dernière phase (étudiée) du RPM (à partir de septembre 2003 jusqu'à fin 2005), les réunions d'octobre à décembre voient le fonctionnement effectif du réseau avec la prise en charge des premiers malades. Cette période voit aussi l'arrivée de nouveaux acteurs et oblige à distribuer et formaliser les recompositions dans la structure du RPM.

Ainsi, le réseau pôle mémoire est un lieu privilégié pour les professionnels de santé de modification et de recomposition des pratiques professionnelles autour de la négociation d'un nouveau processus collectif et pluridisciplinaire de prise en charge des patients (organisation réticulaire et distribuée). Les différents acteurs en effet sont intéressés par la création d'une organisation émergente et sont dans cette optique obligés de repenser les trajectoires de soin établies et quelques acteurs s'affirment comme ayant joué un rôle critique dans ce processus de structuration : le neurologue président du RPM, rôle essentiel car prescripteur de la première ordonnance de soin chez les déments atteints de troubles mémoire (Vedelago, 2005), développant un rôle à la fois d'animateur de réunion et de traducteur pour cadrer autour de son point de vue (privilégiant le dépistage à la prise en charge, la maladie d'Alzheimer aux autres troubles cognitifs ...) ; une orthophoniste hospitalière, quelques autres orthophonistes libérales (qui participent au réseau dans une logique de défense d'un point de vue professionnelle, cherchant à faire reconnaître l'importance de leur expertise pour le dépistage et la prise en charge des troubles cognitifs chez la personne âgée), et une psychologue (coordinatrice du réseau), spécialisée dans les tests neuropsychologiques de détection et d'évaluation des troubles mémoire ; quelques médecins généralistes, dont un gériatologue, qui entend participer au réseau dans une logique de revendication professionnelle et personnelle (y jouer un rôle important) (Grenier, 2005).

## 2.2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Nous avons observé, analysé et accompagné notre terrain de recherche (réseau pôle mémoire) selon une démarche compréhensive qualitative. La position de l'équipe recherche <sup>(8)</sup> vise une intervention et une transformation du réseau de santé à partir de l'accompagnement d'acteurs clés et de la conception et l'implantation de dispositifs dans la vie de ce réseau (posture de recherche – intervention, David et al., 2000). Nous avons retenu la méthode de l'étude de cas (Yin 1991) de notre objet d'étude dans une perspective à la fois temporelle (longitudinale) et dynamique. Elle a été complétée par une perspective anthropologique (Laplantine, 1998) afin d'éviter les mauvaises interprétations des liens sociaux créés par les acteurs. L'étude du cas RPM (Réseau Pôle Mémoire) a été construite sur la base de données primaires et secondaires. Les données primaires sont issues de plusieurs vagues d'entretien auprès d'environ 10 acteurs à chaque vague (début 2002, mi 2003, début et mi 2004 principalement), de discussions lors de diverses réunions de travail (staff, commission pratique ...) et de la rencontre régulière avec acteurs clés (informateur-clé). Des acteurs extérieurs tels que les tutelles, des consultants ou experts du secteur ont également été interrogés. La collecte de données secondaires a surtout consisté en des articles de revue professionnelle sur le secteur, son évolution et les enjeux de politique de santé. Ces données ont ainsi été collectées sur plusieurs années. Leur analyse a été faite selon les préconisations de Miles et Huberman (1991) : résumé des données, codage à partir d'une grille issue de la littérature complété par des codes émergents de l'analyse du terrain, analyse des données ainsi résumées et codées dans des matrices d'analyse (par acteur, par période ...).

Dans le cadre de cet article, nous avons analysé la phase lente mais toujours critique d'émergence et de structuration d'actions individuelles en une action collective organisée (organisation réticulaire), sur la période allant de fin 2001 à début 2005 (voir annexe).

## 3. RESULTATS ET DISCUSSIONS

Notre analyse du terrain nous permet d'illustrer et de discuter les deux formes de pilotage relationnelle : le pilotage des relations par la norme, qui est issu de la culture professionnelle

---

<sup>8</sup> Le RPM est le terrain de recherche d'un programme de recherche qui est piloté par les deux auteurs, en appui avec d'autres chercheurs (M. Zacklad, V. Bénard) du laboratoire Tech-CICO, Institut Charles Delaunay, FRE 2848) de l'Université de Technologie de Troyes. Il est financé dans le cadre du contrat Etat Région (pôle TOA). Cette équipe de recherche, composée de chercheurs en sciences de gestion et en informatique a agi selon une démarche de recherche-intervention.

(dominante de quelques acteurs) et le pilotage des normes par (et durant) les relations, quand des acteurs jouent des relations pour modifier les normes prédominantes (sans forcément y parvenir, mais modifiant *de facto* le processus de structuration de l'organisation réticulaire).

### 3.1. DESCRIPTION DE LA CONSTRUCTION A TRAVERS LE PILOTAGE RELATIONNEL

#### 3.1.1. Le pilotage de l'organisation par la relation

L'histoire de la structuration du RPM que nous venons de retracer s'est articulée autour de nombreuses formes et motifs de relations, qui se sont mis progressivement en place et intensifiées, à partir d'une création *ex nihilo* de ce réseau en 2001 :

Tableau 1 – diversité des relations au sein du RPM

QUOI	COMMENT	ACTEURS CONCERNES
. recherche et demande d'information auprès de confrères ou de la coordinatrice du réseau . coordination des acteurs au moment du dépistage, diagnostic, élaboration de la prise en charge (trajectoire patient) . Elaboration de d'outils (bilan d'évaluation, test rapide de dépistage ...), de documents (demande de financements, plan de formation, appel d'offre pour un système d'information	. telephone . courrier électronique . durant les réunions (en face à face	. entre médecins généralistes . entre médecins généralistes, spécialistes et autres professionnels . entre professionnels de santé et la coordinatrice

Mais les acteurs sont confrontés à la difficulté à imaginer une organisation qu'ils souhaitent néanmoins pérenne. N'ayant aucune expérience de management, les professionnels de santé se rencontrent et bâtissent de manière tacite et *a minima* de ce que doit être le réseau pôle mémoire (RPM). C'est en fonction de normes professionnelles (contenu et hiérarchie implicite entre les savoirs et les pratiques) que se crée un début d'organisation collective. Au cours des deux premières années de vie du réseau, le RPM se présente comme un rassemblement collégial incluant des experts et traitant de cas concrets. Cela ressort davantage de la communauté de pratique (Wenger, 2000). Une orthophoniste explique en 2005 lors d'un entretien individuel qu'elle se satisfaisait de ce mode de fonctionnement : « *c'est bien qu'il y ait des staffs et des réunions ; où les cas sont discutés. C'est important de savoir que cela existe, que dans le cadre de on peut avoir l'œil et l'oreille des autres pour confronter ce qui est obscur. Refaire éventuellement des formations suivant tels ou tels principes* ».

La division des tâches se fait en fonction de normes professionnelles qui rendent compte de l'expertise des acteurs. La réorganisation de la trajectoire des patients est établie à partir de connaissances métiers et relationnelles issues de la culture professionnelle. C'est ainsi que le nouveau président du réseau, un neurologue arrivé en 2002, est au sommet d'une hiérarchie médicale qui correspond à la vision informelle de l'organisation bureaucratique professionnelle. Pour autant, il s'agit d'une avancée pour les professionnels de santé qui dépassent le cadre habituel de leur réseau social pour intégrer le RPM : *« Je vais simplement positionner le système, un petit peu l'historique, comment cela s'est passé. On était plusieurs à se rendre compte avec le temps que la demande trouble mémoire se majorant de façon impressionnante. On avait du mal à faire face, euh, et qu'on fonctionnait un petit peu chacun, chacun dans notre coin. Alors cela créait et cela crée actuellement des dysfonctionnements importants, (...) Accédez à une consultation pour la mémoire quand on est médecin généraliste et que l'on veut faire accéder son patient à une consultation mémoire ici c'est. Je vois des collègues généralistes qui acquiescent, je n'ai même pas fini ma phrase. Enfin, c'est difficile. Et puis le diagnostic étant fait, il faut pouvoir faire accéder son patient à une filière de prise en charge bien huilée et bien rôdée qui permette d'avoir en un temps minimal différents intervenants qui soient sociaux, psychiatriques, gériatriques...c'est une véritable sinécure pour la raison simple et évidente que pour le moment nous ne sommes pas en ce moment en relation les uns avec les autres de manière efficace »* (le neurologue président, mars 2003).

Au fil des réunions, le neurologue/président devient central dans le processus de construction du RPM de part sa spécialité et son rôle institutionnel, et les normes issues de son métier qu'il véhicule le rendent légitime et légitimant dans une certaine manière sa manière de faire. Sa vision du réseau est finalement adoptée comme principe de structuration. Et ce d'autant plus qu'il n'existe pas réellement d'autres acteurs capables de remettre en cause ce système normatif émergent et importé du milieu hospitalier. Ainsi, on peut comprendre pourquoi c'est la partie amont du diagnostic qui est privilégiée de 2002 à 2004 au sein du RPM puisque le neurologue est davantage intéressé par la pose du diagnostic que par le soin à apporter aux patients une fois le diagnostic établi.

Pour autant, le RPM ne s'organise pas uniquement autour du point de vue dominant du neurologue. Certains acteurs (coordinatrice psychologue, orthophonistes) ont pu également faire circuler et accepter d'autres normes professionnelles (qui privilégient précisément d'autres

maladies autres que celle d'Alzheimer, ainsi que le suivi du patient). Les orthophonistes libérales du Département (d'implantation du RPM) représentent une profession soudée en quête de reconnaissance. C'est au travers d'une orthophoniste hospitalière, alliée du neurologue, qu'elles découvrent le réseau de santé. Elles y adhèrent avec une claire volonté de renforcer au sein du réseau leur positionnement professionnel (Grenier, 2005). Et elles ont su (dans une certaine mesure) s'adosser « politiquement » au neurologue (jouer avec) pour faire valoir leur normes. Il y a eu une sorte d'arrangement (Boltanski et Thevenot, 1987) entre ces mondes.

Finalement, suite au financement du réseau en 2005, l'organisation reste bâtie sur des bases normatives telles que définies par le neurologue et par quelques autres acteurs (normes dominantes et normes alternatives). La coordinatrice du réseau explique ainsi lors d'une réunion en 2005 les nouvelles mesures destinées au pilotage du réseau : « *Enfin j'en terminerai là pour ce qui me concerne le réseau s'appuie sur une éthique : sur les bonnes pratiques, sur le codes des réseaux sur le code de santé publique un certain nombre de dossier une charte qui sont actuellement en cours d'élaboration. La convention constitutive du réseau vous les aurez la charte du réseau (...)* En terme de l'aléatoire pour le réseau y en a pas. On est dans des conventions discutées et négociées ». L'éthique, les chartes... constituent autant d'élément de formalisation liés à la culture professionnelle des membres du réseau.

Pour autant, l'histoire du réseau est également marquée par des échecs dans la reconnaissance et l'intégration d'autres normes professionnelles.

### **3.1.2. La difficulté à faire valoir certaines normes**

La constitution du RPM a été marquée par le non aboutissement de contre modèles normatifs au travers de la relation. Trois exemples permettent d'en saisir la teneur : celui d'un gérontologue (tentant une revendication politique au niveau du groupe), d'un médecin généraliste (qui essaie de valoriser son expertise informatique au niveau du groupe), et partiellement celui des orthophonistes.

Lors des réunions de novembre 2002 et avril 2003, le Docteur C., gérontologue, se pose en spécialiste et utilise le même type d'argumentaire que le neurologue lors de sa proposition de tests de diagnostics rapides pour les médecins du réseau. Il espère ainsi créer une fonction hiérarchique intermédiaire entre le neurologue et les généralistes, comme l'y autorisent ses compétences techniques (un diplôme universitaire complémentaire aux médecins généralistes sur

le vieillissement). Cette revendication normative identitaire, couplée à un jeu normatif de type politique de sa part pour faire évoluer la norme dominante du RPM, échoue.

Le revers du gérontologue est imputable à son positionnement en tant que porteur de projet (des tests rapides diagnostics). Même si ceux-ci apparaissaient *a priori* compatibles avec la norme du RPM, sa vision portait atteinte à une formalisation faible et lâche portée par la norme issue de la culture professionnelle du neurologue et acceptée par les membres du réseau. Ce n'est pas parce qu'il ne voulait pas adhérer à la norme que le gérontologue a été rejeté, mais parce qu'il ne pouvait pas comprendre comment celle-ci était en train de façonner l'organisation. A la suite de son intervention, la norme dominante du RPM s'est durcie.

En janvier 2004, un médecin tente, à l'occasion de la formalisation des spécifications pour un outil informatique de coordination, de faire valoir son expérience. Mais, un neurologue hospitalier monopolise la parole et rappelle dans un premier temps que le RPM est bâti autour de l'idée de la réorganisation des pratiques professionnelles autour du seul représentant légitime de l'expertise technique : le neurologue. Il déclare ainsi en janvier 2004 : « *On voit ces trucs là, car quand on reçoit les lettres, bon, y'a les antécédents et tout ça dont on se fiche complètement et puis il y a trois lignes : il se plaint de ci, de ça et là on voit le problème spécifique. Ce n'est pas obligé que ça se présente sous forme de lettre. Moi, je me place du point de vue du spécialiste, chacun voit midi à sa porte, mais je me place pour vous, et ça doit être très chiant de remplir* » (rappel de la légitimité technique et de ses intérêts en tant que neurologue pour une réorganisation de sa pratique professionnelle). Puis après avoir posé cette légitimité, il propose d'inscrire sa vision (relationnelle) dans la mémoire du groupe. Ceci ne peut s'opérer qu'à la condition de convaincre les autres acteurs, prioritairement médecins généralistes, à son point de vue.

Quant aux orthophonistes, dont on a vu plus haut qu'elles ont pu jouer de certaines normes, elles ont cependant échoué au cours de l'année 2004 à promouvoir un élargissement du RPM à d'autres pathologies (notamment des maladies orphelines). Ceci correspondait pourtant à leur vision du réseau vue à travers leur profession. Les pathologies traitées ne constituent pas le cœur de l'activité et sont donc assimilables à des maladies rares. Ceci remettrait en cause la vision neurologique et bureaucratique du RPM. Cette perspective est donc écartée. Elle montre néanmoins la difficulté de socialisation toujours provisoire. De fait, plusieurs orthophonistes apparaissent moins impliquées que par leur passé au RPM. Leur mode de fonctionnement

réticulaire les pousse désormais à une réorganisation entre elles et moins à une ré articulation à l'intérieur du RPM.

### **3.2. ANALYSE DES MECANISMES DU PILOTAGE RELATIONNEL**

Le RPM a connu une lente émergence (2001-2004) avant son financement public à partir de 2005. Durant cette phase, des acteurs clés ont émergé : un neurologue, une coordinatrice psychologue, qui ont créé et diffusé une norme issue de la culture professionnelle métier du neurologue, tout en permettant des arrangements avec des normes issues de la profession et de l'identité des orthophonistes et de certains médecins généralistes.

En ce sens, ils ont créé un dispositif normatif faiblement distribué (mais non pas centré autour d'un seul point de vue) véhiculé et renforcé par les interrelations des acteurs au sein du RPM : au cours de nombreuses réunions pilotées par le neurologue ou par la coordinatrice, des relations avec le neurologue (demande de conseil, soin ...). Qui plus est, la forte légitimité du neurologue a conduit à une socialisation des acteurs qui jouaient le rôle du neurologue. Mais cette intégration a conduit d'une part à un renforcement de la norme du neurologue, soit au développement d'une capacité à jouer des normes et à pouvoir intégrer d'autres normes. La norme devient un instrument de contrôle (et pas de délégation) pour le neurologue afin de maintenir sa vision du réseau, et pour dire ce qu'il accepte finalement comme arrangement. A l'issue de la période d'étude (mars 2002 / décembre 2003), sa logique de division du travail en sort renforcée, mais partiellement modifiée également. Si une délégation explicite est observée et favorisée (2003-2004), elle prend appui sur le neurologue, qui joue à la fois sur la primauté de son savoir professionnel (primauté du neurologue dans la prise en charge du patient) et sur son statut de président du RPM. Ceci provoque une faible intériorisation en l'absence d'une délégation plus structurante pour le RPM. Le réseau doit en cas d'absence de ses membres clés systématiquement se réassurer, célébrer ses succès et par là même son mode de fonctionnement. Or, si ce rite peut être en soi nécessaire pour maintenir la convivialité au sein du RPM, il traduit surtout la dépendance du RPM vis-à-vis de quelques acteurs (le neurologue/ président ; la coordinatrice, l'orthophoniste hospitalière). Le pilotage du réseau est donc centré autour d'acteurs clés. C'est ce qui explique le rejet d'initiatives potentiellement dangereuses comme l'initiative du médecin généraliste ou des orthophonistes (dans leur tentative à élargir l'objet du réseau aux maladies rares). Le pilotage des normes au travers des relations est prématurément stratifié, en raison de la

difficulté d'autres acteurs à créer d'autres occasions d'interactions et de relation. Ainsi aucun groupe de travail ou « commission » ou groupe de discussion n'était animé par d'autres acteurs que le neurologue ou la coordinatrice :

Tableau 2, comparaison des utilisations du pilotage relationnel en utilisant la norme du RPM

	Pilotage de la relation	Pilotage par la relation
<b>1<sup>o</sup> période 2001 – 2003</b>	- Le président du réseau crée une organisation basée sur une réorganisation normative de la trajectoire des patients issus de sa culture professionnelle	. Un gérontologue échoue à faire entrer de nouvelles normes à travers le jeu relationnel (vision différente de la construction de l'organisation que celle défendue par le président du réseau)
<b>2<sup>o</sup> période 2003 - 2004</b>	- La psychologue coordinatrice du réseau et quelques orthophonistes complètent (arrangement) la norme	. un généraliste échoue à faire admettre de nouvelles pratiques dans une logique de projet . les orthophonistes échouent à intégrer une norme relative aux maladies rares

Néanmoins, la capacité du RPM à utiliser puis à cristalliser des normes pour en des règles organisationnelles rend problématique cette dépendance. La norme ne peut être considérée comme un dispositif de gestion qu'à la condition que sa structure soit suffisamment explicite pour rendre conscient son changement (dimension ostensible).

### 3.3. IMPLICATIONS MANAGERIALES

L'analyse du terrain nous invite à réfléchir à la délégation de normes qui peut permettre ainsi une dynamique plus affirmée et compatible avec le mode de structuration bureaucratique qui est dominant sur notre terrain. Ceci est rendu possible et nécessaire en raison d'une nouvelle phase de vie du RPM à partir de 2005 (le réseau est désormais financé).

Dans sa phase d'émergence le RPM n'avait que peu utilisé différents types de normes et la structuration reposait sur un pilotage normatif surtout cadré par les normes promues par le « seul » neurologue qui véhiculaient des éléments tendant à créer de l'uniformité et à n'admettre de la diversité que dans ce périmètre général uniforme préalablement posé. Cela n'est rendu possible qu'en raison de deux « figures » particulières : celle (tenue par le neurologue) qui agit et légitime l'uniformité et le cadrage, l'autre (tenue par la coordinatrice) qui agit et légitime dans ce cadre donné une certaine diversité. Si cette dualité fonctionne correctement, c'est certainement parce que chaque figure s'est mutuellement reconnue comme compétente et légitime, et que ces

deux figures ont été admises comme telles par le reste de l'organisation. A contrario, le médecin gériatologue n'a pu faire aboutir sa visée structurante par ce qu'il a cherché à jouer contre la « figure de la cohérence », ne lui reconnaissant ni la compétence, ni la légitimité, de parler au nom du réseau.

Un second commentaire découle de l'importance à saisir les jeux politiques (Boussard et Maugeri, 2003) dans la construction, la circulation et la légitimité d'une norme. A l'inverse, la norme encapsule ces jeux et apparaît finalement, « en creux » un artefact organisationnel intéressant pour comprendre les relations de pouvoir et de légitimité entre les acteurs et comment ceux-ci impactent la structuration ou la transformation d'une organisation.

Pour avancer plus avant dans nos implications managériales, notre objectif est d'élaborer des implications managériales permettant une plus grande émergence et une meilleure circulation des normes dominantes et alternatives. L'observation du terrain à partir de 2005 nous permet de proposer quelques pistes d'implication. La spécialisation des cellules de fonctionnement (coordination, comité de pilotage, comité éditorial...) devrait permettre l'accompagnement d'acteurs qui souhaitent avoir la légitimité et la compétence pour faire émerger et circuler de nouvelles normes (celles par ex. portées par leurs professions) qui sortent du cadre défini et légitimité par l'acteur dominant (le neurologue). Cette réflexion en termes de spécialisation devrait amener le réseau à s'organiser non plus autour d'une division du travail classique héritée du modèle médical dominant, mais selon une logique de projets pluridisciplinaires. Cette nouvelle forme d'organisation a été mise en place à deux reprises : le projet « Evaluation du réseau » a réuni une équipe composée d'acteurs de différentes professions ainsi que des acteurs externes au réseau (consultants), le projet « Guide de formation au test de dépistage rapide » a été conçu par une pluralité d'acteurs différents (médecins généraliste, neurologue, orthophoniste, psychologue). Une autre implication managériale à maintenir une diversité d'acteurs et de points de vue, serait relative à la nature d'une « norme cadre » qui affirmerait le principe pluridisciplinaire au sein d'une organisation. Comment peut se construire et surtout être adopté une telle norme de type postulat ? Peut-elle être soumise au jeu politique entre les acteurs ou ne doit-elle pas au contraire être portée par la volonté d'un acteur / de quelques acteurs au nom de la politique organisationnelle ? Cela introduit une piste nouvelle de recherche qui concerne, à travers ce jeu politique encapsulé dans les normes, de s'interroger d'une part sur une hiérarchisation possible des normes et d'autre part sur l'existence éventuelle de norme qui

pourrait être sortie d'un jeu politique (relationnel) pour se trouver être instituée en tant que telle. A l'inverse, on pourrait questionner le rôle de certaines compétences individuelles et / ou les ressources organisationnelles dans la capacité d'un acteur à créer, manipuler, et imposer des normes, qu'elles soient issues de son cadre (cadre professionnel par ex.) ou de niveau collectif (organisationnel).

## **POUR CONCLURE**

Les organisations réticulaires, par essence relationnelles, appellent de nouveaux modes de pilotage qui puissent respecter l'équilibre entre la diversité des acteurs et l'uniformité. Dans cette perspective, nous avons proposé un modèle théorique permettant de comprendre un pilotage des normes et par les normes sur un réseau de santé. Notre approche inductive a montré la difficulté dans certains secteurs à faire coexister et légitimer des normes alternatives à côté de normes bien établies, parce que les acteurs ne disposent pas suffisamment de compétences telles que le mode projet ou une culture du travail collectif. Une première voie de poursuite de ce travail serait de décliner notre modèle sur d'autres terrains privilégiant une structuration pluraliste des groupes à travers un répertoire de normes plus variées. Une seconde voie serait d'examiner quels pourraient être des outils ou des dispositifs de gestion appropriés pour permettre cette évolution dans le pilotage normatif des organisations réticulaires et distribuées.

## **RÉFÉRENCES**

- Argyle M, Henderson M. et Furnham A. (1985), « The rules of social relationships », *British Journal of Social Psychology*, n°24, 125-139
- Brunet L. et Savoie A, (2004), *La face cachée de l'organisation : groupe, cliques et clans*, Les presses de l'université de Montréal
- Boltanski L. et Thevenot L., (1987), *Les économies de la grandeur*, Edition PUF
- Boussard V. et Maugeri S., (2003), *Du politique dans les organisations – sociologies des dispositifs de gestion*, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales
- Callon M., (1986), « Éléments pour une sociologie de la traduction », *L'année Sociologique*, vol XXXVI,
- Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y. (2001), *Agir dans un monde incertain – essai sur la démocratie technique* ; Edition Seuil
- Carlile P., (2002), « A pragmatic view of knowledge and boundaries : boundary objects in new product development », *Organization Science*, vol 13/3, pages 442-455
- Dameron, S. (2001), « Les deux conceptions du développement des relations coopératives dans l'organisation », communication à la 10<sup>e</sup> conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS), juin, Laval (Québec),

- David A., Hatchuel A. (2000), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion : épistémologie de la recherche en management*, Vuibert FNGE
- David A., (1998), « Outils de gestion et dynamique du changement », *Revue Française de Gestion*, sept-oct, p. 44-59
- Denis JL, Lamothe L. et Langley A. (2001), “The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organisations “, *Academy of management journal*, vol 44/4, p. 809-837
- Friedberg E. (1993), *Le pouvoir et la règle – dynamiques de l’action organisée* ; Seuil Sociologie
- Froehlicher T., (1999), « La dynamique de l’organisation relationnelle : conventions et réseaux sociaux au regard de l’enchevêtrement des modes de coordination », *Cahier de Recherche GREFIGE n° 1999-07*, Université de Nancy 2,
- Granovetter M., (1992), « Economic institutions as social constructions : a framework for analysis », *Acta Sociologica*, vol. 35, p. 3-11
- Grenier C. (2007), « L’organisation Orientée Diversité : émergence d’une théorie et intérêts de recherche », Working Paper Euromed Marseille, mars, n° 7, publié sur SSRN (<http://ssrn.com/abstract=968598>)
- Grenier C. (2006), “Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels – le cas d’un réseau de santé », *Revue Gérer et Comprendre*, mars, n° 83, p. 25-35
- Grenier C. (2005), “L’apprentissage dans les réseaux distribués d’acteurs professionnels », Colloque « Apprentissage et performance organisationnelle », 30 sept. , Université de Sceaux
- Lambert G. et Ouedraogo N. (2006), « Normes, routines organisationnelles et apprentissage d’entreprise », Colloque Métamorphose des organisations, Nancy,
- Laplantine F., (1998), *L’anthropologie*
- Latour B. (2006), *Changer de société, refaire de la sociologie*, La découverte
- Lawrence P. et Lorsch J., (1967), *Organizations and Environments: Managing Differentiation and Integration*, Boston: Harvard Business School Press.
- Miles M. et Huberman A., (1991), *Analyse des données qualitatives - recueil de nouvelles méthodes*, De Boeck Université
- Mintzberg, H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d’organisation
- Mione A., (2006), « Les normes comme démarche collective », *Revue Française de Gestion*, n° 167, p. 105-122
- Mione A., Fenneteau H., (2004), « Normes, certification ISO 9000 et compétitivité des entreprises », *Management de la compétitivité et de l’emploi*, Pérez R., Brabet J., S. Yami (ed.), L’Harmattan.
- Oiry E., (2003), “La construction des dispositifs de gestion : une analyse par le concept de traduction », in Boussard V. et Maugeri S., (2003), *Du politique dans les organisations – sociologies des dispositifs de gestion*, L’Harmattan, coll. Logiques Sociales, p. 215-248.
- Orlikowski W. (2002), “Knowing in practice : enacting a collective capability in distributed organizing”, *Organization Science*, vol. 13/3, pages 249-273
- Reverdy T., (2003), « Cohérence et incohérence dans la gestion de l’eau », in Boussard V. et Maugeri S., (2003), *Du politique dans les organisations – sociologies des dispositifs de gestion*, L’Harmattan, coll. Logiques Sociales, p. 193-213
- Reynaud J.D., (1998), *Les règles du jeu : l’action collective et la régulation sociale*, Coursus, Colin, (3ème ed.)
- Sainsaulieu R., (1987), *L’identité au travail : les effets culturels de l’organisation*, Presses FNPS, (réed.)
- Simmel G., (1999), *Sociologie et épistémologie*, PUF, (Trad. Fr.)

- Star S.L. (1989), « The structure of ill-structured solutions : Heterogeneous problem-solving, boundary objects and distributed artificial intelligence” in Huhns M., Gasser L., Distributed artificial intelligence, vol. 2, San Mateo, Morgan Kaufman
- Teulier R. et Bouche R. (2003), « Modélisation des interactions entre normes et savoir-faire » conférence Ingénierie des Connaissances
- Tichy N. et Fombrun C., (1979), « Network analysis in organizational settings », *Human Relations*, n°32, 923-956
- Vedelago F., (2005), « Les usages de l'expertise en sciences sociales et le renouvellement des modes de légitimation de l'action professionnelle », Colloque 'Action publique et légitimités professionnelles', IAE Aix en Provence
- Vinck, D. (1999), « Les objets intermédiaires dans les réseaux de coopération scientifique. Contribution à la prise en compte des objets dans les dynamiques sociales », *Revue Française de Sociologie* vol XI, p. 385-414.
- Wenger E (2000), “Communities of Practice and social learning systems”; *Organization*, 7/2, 225-246
- Yin R.K., (1989), “Case study research - design and methods”, in Applied Social Research Methods Series - volume 5, Sage Publications

**ANNEXE A - CHRONOLOGIE DETAILLEE DU RPM**

<b>Phases</b>	<b>Date et Evènements</b>
1° phase : de l'idée à l'objet du réseau De septembre 2001 A octobre 2002	<p><b>Septembre 2001</b> – date de rencontre avec le gérontologue, directeur d'un centre de jour dédié aux personnes âgées (PA) = faire quelque chose pour améliorer la fin de vie des PA</p> <p><b>Janvier 2002</b> – décision de travailler sur les plaintes mémoire ; liste d'environ 15 professionnels (généralistes, neurologues, orthophonistes, psychologue ...) pour intégrer le réseau</p> <p><b>Mars 2002</b> : réunion plénière : volonté des participants à travailler autour d'un Réseau Plainte Mémoire ; présentation du rôle de l'équipe de recherche</p> <p><b>Avril 2002</b> : seconde réunion plénière ; examen de certains éléments structurants du futur réseau pour le dossier FAQSV<sup>9</sup> ; compréhension des attentes mais aussi des craintes des acteurs ; les instances de gouverne (Président, secrétaire et trésorier) du Réseau sont nommées ;</p> <p><b>Entre avril et juin 2002</b> : aller retour entre l'équipe de recherche et quelques acteurs principaux pour la réalisation du dossier FAQSV</p> <p><b>Juillet 2002</b> : dîner du Réseau</p> <p><b>Octobre 2002</b> : 3° réunion plénière ; annonce du rejet mais volonté de poursuivre le projet ; la question : comment avancer dans la structuration ? constitution d'un groupe de travail et proposition de formation aux outils informatiques (réellement mis en place en, juin 2003)</p>
2° phase – concrétisation du projet RPM autour d'un pool de médecins Octobre 2002 A juillet 2003	<p><b>Novembre, décembre 2002 et janvier 2003</b> : groupe de travail « cas » : environ 5/10 membres (généralistes, neurologue, orthophoniste, psychologue) : autour de l'examen d'un cas amené par un acteur, discussion et élaboration de connaissances, de pratiques, de règles ... sur le réseau, le travail en réseau et le fonctionnement en réseau ;</p> <p><b>Mars 2003</b>: réunion plénière élargie à de nouveaux acteurs : présentation et acceptation (peu de discussion) des résultats du groupe de travail ; présentation de la structure du Réseau et des différentes instances de gestion (cellule de coordination et coordinatrice de la trajectoire de soin ; comité éditorial, comité de pilotage)</p> <p><b>Avril 2003</b> : travail de formalisation importante en vue du dépôt de la seconde demande de financement au titre du FAQSV ; présentation et mise en ligne du site du réseau (partie publique et partie privée non encore opérationnelle)</p> <p><b>Mai 2003</b> : réunion du comité de pilotage qui définit les membres des instances listées plus haut ainsi que l'objet des deux réunions à venir avant l'été ; les statuts de l'association qui gère le RPM vont enfin être déposés</p> <p><b>11 juin 2003</b> – 1° réunion de la cellule de coordination qui examinera les premiers cas traités par le Réseau et qui établira collectivement la trajectoire de soin à mettre en place</p> <p><b>Juillet 2003</b> : assemblée générale</p>
3° phase - démarrage de l'activité sociomédicale du RPM (sept 2003-fin 2004, premier trimestre 2005)	<p><b>A partir d'octobre 2003</b> – réunions quasi mensuelles de la cellule de coordination</p>

<sup>9</sup> FAQSV – Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville - Subvention apportée par l'URCAM (union régionale des caisses d'assurance maladie) pour financer des expérimentations (environ 3 ans) menées par une majorité de médecins de ville, en faveur de nouvelles pratiques ou nouveaux modes de coordination (STIC) ; la rédaction du dossier FAQSV oblige les professionnels à définir leur mode d'organisation, de fonctionnement ainsi que les critères d'évaluation de la qualité du réseau ; autant de points qu'il n'est pas facile à rédiger en tout début de projet !