

APPRENTISSAGE DE LA COORDINATION ENTRE ACTEURS PROFESSIONNELS

Le cas d'un réseau de santé

L'ÉPREUVE DES FAITS

Les réseaux de santé se sont constitués en vue d'apporter des réponses innovantes à des pathologies mal connues ou complexes, sous la forme d'une nouvelle organisation de l'action collective autour du patient: décroiser les professions de santé et favoriser la coopération, replacer le malade au centre des préoccupations, rechercher des complémentarités de ressources, diffuser des connaissances, améliorer la qualité, réduire les coûts... Mais il s'agit d'un processus lent et délicat qui débute par une période informelle où les acteurs élaborent peu à peu l'objet de leur regroupement et les premiers dispositifs de leur travail collectif. Peu d'initiatives dépassent le stade d'une amélioration des relations interpersonnelles, car cette phase critique n'est jamais neutre: elle entraîne une redéfinition des territoires professionnels et nécessite une réflexion gestionnaire que les professionnels de santé ont peu l'habitude de conduire. L'étude de la construction du Réseau RPM (Réseau Pôle Mémoire) montre dans quelle mesure la discussion autour des cas a pu favoriser l'apprentissage de ces nouveaux modes de coordination, en lien avec les spécificités de ces organisations.

par **Corinne GRENIER**, Professeur associé, coordinatrice scientifique Pôle Santé et Social, Euromed Marseille – École de management et chercheur au laboratoire Tech-CICO (FRE 2732), Université de Technologie de Troyes (*)

Les réseaux de santé se sont constitués en vue d'apporter des réponses innovantes à des pathologies mal connues ou complexes, sous la forme d'une nouvelle organisation de l'action collective autour du patient: décloisonner les professions de santé et favoriser la coopération, replacer le malade au centre des préoccupations, rechercher des complémentarités de ressources, diffuser des connaissances, améliorer la qualité, réduire les coûts... Mais il s'agit d'un processus lent et délicat qui débute par une période informelle où les acteurs apprennent à se connaître, en élaborant peu à peu l'objet de leur regroupement et les premiers dispositifs de leur travail collectif. Peu d'initiatives dépassent le stade d'une amélioration des relations interpersonnelles, car cette phase critique n'est jamais neutre; elle entraîne une redéfinition des territoires professionnels et nécessite une réflexion gestionnaire que les professionnels de santé ont peu l'habitude de conduire.

Observant la construction d'un réseau de santé dédié aux troubles cognitifs de la personne âgée, nous étudierons la pertinence d'un artefact ou objet (le cas patient), et d'une pratique (la discussion de ce cas patient) dans l'émergence d'un espace de coordination. Nous analyserons dans quelle mesure la discussion autour de ces cas a pu favoriser l'apprentissage de nouveaux modes de coordination, en lien avec les spécificités de ces organisations: diversité des acteurs, décloisonnement des relations. Nous mobiliserons les travaux sur l'objet intermédiaire [JEANTET *et al.*, 1996] et l'objet frontière [STAR et GRIESEMER, 1989] comme support au dialogue en contexte de conception faiblement structuré [HATCHUEL, 1996], pour répondre à une question peu abordée dans la littérature [CARLILE, 2002]: qu'est ce qu'un objet pertinent support à l'apprentissage d'un espace de coordination multi-points de vue?

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

L'étude du Réseau RPM (Réseau Pôle Mémoire) repose sur la méthodologie de la Recherche Action [David, 2000] menée par une équipe de recherche pluridisciplinaire (gestionnaires et informaticiens), qui accompagne depuis plus de quatre ans ces professionnels de la santé. Cette étude a été construite selon l'approche préconisée par Yin [1991] et Miles et Huberman [1991] sur la base de données primaires et secondaires. L'ensemble des réunions du RPM est filmé et les discussions sont enregistrées. La plupart des acteurs a été interrogée à plusieurs reprises.

Deux ensembles de données sont étudiés: des données collectées lors de trois réunions d'un groupe de travail discutant de cas patient (nov. 02/fév. 03) dans le but de

faire émerger des dispositifs de travail collectif (cinq cas) (1), puis des données collectées lors des réunions de la cellule de coordination (juin 2003/déc. 04), chargée de discuter collectivement de cas patients afin de poser un diagnostic, ou d'élaborer une trajectoire de soin. Ces deux ensembles de données permettent de comprendre dans quelle mesure la pertinence du support « cas patient » discuté en groupe de travail a permis de structurer la coordination et de créer des outils de coordination.

LE RÉSEAU RPM: UNE RÉPONSE ORGANISATIONNELLE À LA DIFFICULTÉ DE SOIN DES TROUBLES COGNITIFS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Des pathologies qui appellent une nouvelle façon de travailler

Les Troubles Cognitifs de la personne âgée sont un ensemble de pathologies relatives aux démences et aux dégradations cognitives (Alzheimer, Parkinson...). Leur nombre est en forte croissance, en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration du dépistage précoce! Huit cent mille est le chiffre habituellement accepté des (seuls) cas d'Alzheimer en France. En l'absence de thérapie avérée, l'enjeu est d'accroître la précocité du dépistage et du diagnostic, en espérant pouvoir organiser une prise en charge plus rapide du malade et ralentir ainsi la dégradation de son état. Cette prise en charge des patients consiste en un suivi pluridisciplinaire (médical, psychologique, orthophonique et social) et repose sur la mobilisation de ressources (centre de rééducation par la parole et la stimulation cognitive, prévention des chutes, service à domicile...).

La prévalence de ces troubles concerne respectivement quinze mille et six mille personnes sur le département et l'agglomération étudiés. Or, dans ce contexte, un gérontologue décrivait avec désarroi à l'équipe de recherche la situation suivante: maladie mal connue, activité de diagnostic et de soin cloisonnée, manque de lieux d'évaluation neuropsychologique, longs délais de prise en charge par les services sociaux ou en consultation neurologique spécialisée (de six à huit mois), manque d'anticipation des situations de crise (manque de lits en hôpital de court ou moyen séjour, placement en institution précipité et toujours mal vécu, etc.), mauvaise connaissance de moyens pourtant existants

importantes la qualité de ce qui est produit ainsi que son appropriation. Par ailleurs, nous dirons en conclusion qu'un modèle de conception par les objets est d'autant plus pertinent que les types d'objets évoluent au fur et à mesure du processus.

(*) mail: corinne.grenier@euromed-marseille.com

(1) Ce nombre faible ne constitue pas une limite de validité car sont

sur le département ou l'agglomération, insuffisance de formation des professionnels, dossiers des patients mal renseignés par les différents intervenants, amenés à consulter sans véritablement connaître les choix thérapeutiques des confrères, etc. Ce gérontologue concluait par un « *Il faut faire quelque chose* ». C'est ce « *quelque chose* » qui allait devenir le réseau de santé RPM. La structuration de ce réseau est un processus lent, que

et concerne le mode de fonctionnement du réseau, la coordination entre les professionnels, l'élaboration de divers protocoles (tests dépistage rapide, bilan d'évaluation...), voire aussi la définition de certains termes utilisés... (cf. 2^e partie).

Sur la quatrième période (juin 2003/déc. 04), une cellule appelée « cellule de coordination » se réunit tous les mois, qui examine et suit des patients. Les membres du



© Jean-Louis Courtinat/RAPHO

Le nombre des personnes âgées souffrant de Troubles Cognitifs évolue en forte croissance, en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration du dépistage précoce (*Patientes atteintes de la maladie d'Alzheimer - Service de gériatrie de l'hôpital Paul Brousse de Villejuif*).

nous avons découpé en quatre phases. Entre septembre 2001 et janvier 2002, puis en juillet 2002, des réunions entre le gérontologue D. et quelques confrères (dont le neurologue) puis avec quelques protagonistes (environ vingt personnes, tous médecins, sauf une neuropsychologue et une orthophoniste) (2) permettent de définir les buts du réseau ainsi que son existence légale (création d'une association). Mais cela reste encore peu concret. Par exemple, les buts du réseau sont définis de manière large, peu opérationnelle et ne sont pas véritablement partagés par l'ensemble des acteurs. De novembre 2002 à février 2003, ces acteurs se réunissent mensuellement autour de cas patients, dont la discussion va bien au-delà de la simple résolution desdits cas

réseau sont professionnellement plus variés (médecins coordinateurs de maison de retraite, assistantes sociales, orthophonistes en plus grand nombre, psychologues, etc.). Mais cette période est marquée par un repli de l'activité du réseau avec une faible implication de bon nombre d'acteurs (pas de financement, incertitude sur le devenir du RPM, absence de projets). Les outils informatiques de coordination ont du mal à être élaborés et les acteurs ne parviennent pas à formaliser leurs modes de travail (3). Des instances de gouvernance ou des groupes de travail (évaluation des pratiques, p. ex.) nécessaires (et recommandés par les tutelles) ne sont jamais réunis malgré la nomination de leurs membres. Le RPM rassemble, à fin 2004, environ cinquante

(2) L'orthophoniste est hospitalière et travaille avec le neurologue. La neuropsychologue travaille avec le gérontologue D. dans un centre de jour qu'il dirige.

(3) Nous arrêtons l'étude de ce cas à décembre 2004. À partir de 2005, le réseau ayant obtenu un subventionnement de l'URCAM et ARH, son histoire connaît une nouvelle période où le RPM est contraint par ces tutelles, à évaluer ses pratiques et à formaliser davantage son mode de fonctionnement. Nous nous intéressons donc à la période informelle de lente structuration, longue et critique selon l'ANAES [2001].

membres et suit environ quatre-vingts patients. Malgré tout, la ferme volonté de quelques professionnels de donner plus d'ambition et de moyens au Réseau, ainsi que la validité du projet, conduit l'URCAM à subventionner (4) le RPM à partir de 2005 (5).

Certaines difficultés et incertitudes observées sur cette dernière période découlent de ce qui s'est joué durant la troisième période, quand les acteurs discutaient des modes de coordination autour de cas patients. Ces réunions et le support à la discussion (cas patients) étaient ils pertinents pour permettre au réseau d'émerger? Répondre à cette question suppose d'identifier les dimensions critiques du concept de réseau (de santé).

Notion de coordination dans un réseau (de santé) distribué

La réponse aux insatisfactions des professionnels consiste en un dispositif organisé pour faciliter le diagnostic précoce, coordonner la prise en charge du patient et développer la formation des professionnels: «*Le réseau, oui, je veux bien qu'il y ait un cadre, une structure, qu'on sache qui, quand, comment, où, par quels types de moyens contacter telle ou telle personne, sans la déranger*» [extrait d'entretien]. Le réseau repose certes sur des caractéristiques structurelles spécifiques [SYDOW et WINDELER, 1998] mais relève du paradigme de l'Organisation. Sa structure (gouvernance, organes de travail) est définie par la loi de mars 2002 (6), qui a unifié de nombreuses réglementations et expériences menées depuis les années 80, souvent de manière militante et informelle, pour faire face à des pathologies alors nouvelles (Sida) ou des situations enfin prises en considération (addiction, cancer...). La spécificité structurelle de l'organisation réticulaire tient, en particulier, à la criticité de la coordination, qui rend compte de l'articulation et de la dépendance de tâches et d'activités individuelles qu'un acteur ne peut réaliser seul [MALONE et CROWSTON, 1994], selon des modalités particulières à un réseau de santé.

Tout d'abord, la coordination réticulaire est davantage horizontale, remettant en cause la hiérarchie entre professionnels de santé, héritée du modèle hospitalier, qui placerait, dans le cas des pathologies ici étudiées, les savoirs du neurologue, puis du gérontologue au sommet, puis les médecins au-dessus des autres professionnels. Le réseau, au contraire, se tient par la qualité de sa coordination qui sait

faire intervenir les acteurs sur la base de leurs compétences: «*le fonctionnement des réseaux: ça sera peut-être au bout du compte de remettre chacun à sa place plutôt que de faire tout soi-même [...] Si quelqu'un d'autre peut faire mieux, là, il faut passer la main*». Le travail de formalisation de la coordination conduit à discuter les champs professionnels d'intervention [ROBELET *et al.*, 2005]. Mais la richesse du réseau est aussi de savoir articuler formalisation et ajustement: «*donc, si un réseau doit exister, il doit avoir suffisamment de souplesse et de caractère informel pour s'harmoniser avec les contraintes de notre exercice de la neurologie générale telle que cela fonctionne à l'hôpital*».

La coordination est également un ensemble de liens entre acteurs. C'est dans les relations que le réseau est construit et reconstruit, ce qui confère aux réseaux de santé une forte singularité, rendant difficile pour les promoteurs de s'appuyer sur des recommandations pré-existantes. C'est ensemble et en faisant qu'ils doivent inventer leur coordination; et les supports à ce travail de conception, tel que le cas patient, sont critiques.

Enfin, la coordination est une interdépendance cognitive et chaque acteur est porteur de connaissances et de pratiques qui rendent compte de domaines d'expertise spécifiques mais aussi d'un regard porté sur le patient, les pathologies et les stratégies de soins. Si les acteurs partagent le souhait de construire ensemble un dispositif organisé de coordination, ils expriment pourtant des attentes ou poursuivent des visées différentes:

- les médecins généralistes, souvent confrontés à la difficulté de poser le diagnostic et de devoir l'annoncer, ont souvent une acceptation large des troubles cognitifs, ne limitant pas leur intérêt à la seule maladie d'Alzheimer; ils sont surtout intéressés par la prise en charge de la maladie («*Que faire une fois le diagnostic posé? C'est là que commencent les problèmes du médecin*»); ils cherchent de plus un enrichissement de leur métier en ayant les moyens de pouvoir coordonner les interventions autour du patient;

- les neurologues, davantage centrés sur la maladie d'Alzheimer (enjeu médical et scientifique) souhaitent améliorer le diagnostic précoce, établir des protocoles thérapeutiques, ce qui suppose de recevoir en consultation un patient avec un dossier bien rempli;

- les orthophonistes, dont le point de vue sur le patient (diction, sémantique, catégorisation, etc.) aide au diagnostic des différentes démences et à leur rééducation: leur souhait est de pouvoir mieux articuler leurs interventions (en amont ou en aval du diagnostic) avec les

(4) À travers l'outil du FAQSV – Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville – Subvention accordée par l'URCAM et destinée à financer des expérimentations (environ trois ans) menées par des médecins de ville, en faveur de nouvelles pratiques médicales; la rédaction du dossier FAQSV oblige les professionnels à clarifier et formaliser leur mode d'organisation, de fonctionnement ainsi qu'à établir les critères d'évaluation de la qualité de leur travail.

(5) Notons que l'histoire du RPM n'est pas exceptionnelle. L'ANAES

dans son étude sur les réseaux de santé [2001] fait apparaître une nécessaire phase d'incubation, informelle, d'environ deux à trois ans.

(6) La loi de mars 2002 définit ce qu'elle entend par réseau de santé, qui en sus de la notion plus ancienne de réseau de soins (diagnostic, soin, prise en charge du patient) ajoute le nécessaire devoir d'information et de formation de ses membres et du public, dans une démarche de santé publique. Quant à l'organisation et au fonctionnement des réseaux, elle précise le type de commissions et d'instances nécessaires et pose le principe de l'évaluation des réseaux.



© Jean Gaumy/MAGNUM PHOTOS

La description et la discussion des cas patients rendent visible et pertinente pour les acteurs la *polyvalence* des pratiques pour diagnostiquer, soigner et suivre les Troubles Cognitifs.

autres professionnels, position qui est aussi celle des psychologues (7).

Nous considérons que la richesse des réseaux de santé repose sur leur capacité à articuler différents points de vue, les pratiques collectives distribuées [ORLIKOWSKI, 2002], reposant sur « *l'idée de cognition socialement distribuée [qui] renvoie au fait que les individus travaillant en coopération sont susceptibles d'avoir des connaissances différentes, etc.* » [CICOUREL 2002 :146].

La distribution des savoirs n'est pas le modèle de l'hyperspécialisation, puisque la propriété de la cognition est d'être collective et composite, et de reposer sur une certaine redondance [JOURNÉ, 2002], ce qui permet l'émergence de représentations communes [CARLILE, 2002] et un ajustement toujours nécessaire des pratiques. Pour autant, nous nous situons dans la lignée des travaux de Carlile [2002] ou d'Orlikowski [2002], pour qui la pratique collective est toujours un équilibre entre savoir commun et point de vue distribué. Ainsi, le principe de distribution est celui d'une meilleure identification de qui fait quoi : « *Travailler en réseau, ça veut dire premièrement, repérer très directement les interlocuteurs à leur bonne place, savoir où ils sont, savoir à quel niveau ils agissent. Ça, c'est déjà un repérage de per-*

sonnes, de géographie, de compétences, chacun à leur place en complémentarité. C'est déjà absolument indispensable ». C'est aussi une organisation de ce travail collectif, de qui fait quoi et avec quelle ressource : « *Le principal, dans un réseau, c'est de savoir où on doit s'adresser correctement. Voilà, on a besoin de cela, on tape cela, on téléphone, on a des points de chute que l'on connaît* » ; « *Au sein d'un réseau on apprend sa place* ».

Notre problématique de l'apprentissage de la coordination au sein d'un réseau distribué consiste à étudier comment les acteurs peuvent passer d'un mode « anarchique » de travail à plusieurs à un nouveau mode, qui considère les pratiques et les connaissances comme des « frontières » [STAR et GRIESEMER, 1989] qui rendent compte des différences entre acteurs. Comment « *travailler à la frontière* » a été abordé de trois manières. Une première option est de rendre plus perméables les frontières entre les acteurs ; option qui correspond à la situation « *pré-réseau* » quand un professionnel était amené à étendre au cas par cas ses compétences, ne sachant vers qui se tourner. Une seconde voie est de faire évoluer les frontières en donnant, par exemple, davantage de compétence à un acteur particulier et une troisième repose sur la création de nouvelles connaissances et supports qui permettent l'articulation entre les professionnels. Ces deux dernières options, proches, questionnent la délicate articulation entre connaissance partagée (portée ou construite par l'acteur pivot) et connaissance spécifique (du domaine d'expertise).

(7) Assistantes sociales et institutions telles que les maisons de retraite sont entrées plus tardivement dans le réseau. À ce jour (fin 05), des représentants de patients ou d'aidants font partie du Réseau et commencent à participer aux travaux du RPM.



© May/BSIP

En l'absence de thérapie avérée, l'enjeu est d'accroître la précocité du dépistage et du diagnostic, en espérant pouvoir organiser une prise en charge plus rapide du malade et ralentir ainsi la dégradation de son état. Cette prise en charge des patients consiste en un suivi pluridisciplinaire (médical, psychologique, orthophonique et social) et repose sur la mobilisation de ressources (centre de rééducation par la parole et la stimulation cognitive, prévention des chutes, service à domicile...).

UN DÉLICAT PROCESSUS D'APPRENTISSAGE DE LA COORDINATION EN SITUATION MULTI- POINTS DE VUE

« Comment apprendre à se coordonner » selon ces principes de distribution ? À cette question soulevée en octobre 2002 par quelques médecins, l'équipe de recherche propose la réunion d'un groupe de travail, qui discutera de cas patients, comme support concret de confrontation et d'échange sur les modes de coordination et les connaissances nouvelles à développer. Trois réunions ont lieu en novembre et décembre 2002 puis janvier 2003, qui réunissent environ dix acteurs à chaque séance. Quelques médecins généralistes, le neurologue, deux orthophonistes et une psychologue (coordinatrice à venir du Réseau) composaient ce groupe et, parce que ses membres se connaissaient, la discussion était souvent franche et ouverte, tout en révélant des positions tranchées et des visées individualistes. Cinq cas ont été présentés puis discutés (parfois repris ou évoqués d'une réunion à l'autre) :

Cas I : un patient, vraisemblablement atteint d'un Alzheimer, refuse d'admettre un tel diagnostic ; son médecin ne parvient pas à lui faire prendre rendez-vous

chez le neurologue pour un bilan plus complet ; doit-on l'amener à consulter et, si oui, comment ?

Cas II : un patient, dont le diagnostic d'Alzheimer est encore plus incertain et qui ne consulte plus son médecin ; comment reprendre contact ? peut-on le « forcer » à se soigner ?

Cas III : un patient atteint d'Alzheimer et qui présente une anxiété grandissante face à sa maladie : l'urgence est de mettre en place un traitement et un suivi social mais se heurte à la lenteur des prises de rendez-vous en consultation neurologique ainsi qu'à la méconnaissance des structures d'aide ; que faire d'un tel patient durant ces laps de temps ?

Cas IV : un patient dépressif, atteint d'Alzheimer mais qui ne présente qu'un dossier incomplet suite à des déménagements fréquents ; comment reconstituer un dossier complet ?

Cas V : cas proche du premier, la discussion portant cependant sur l'intérêt (neurologue) ou non (psychologue et certains généralistes) d'un diagnostic précoce et sur la difficulté d'annonce.

La discussion a plusieurs visées : évaluer la situation du patient, comprendre le diagnostic posé et le traitement mis en place, faire préciser certains termes utilisés (trouble de la mémoire, dépistage, personne âgée, etc.). Mais les débats vont bien au-delà de la simple résolution desdits cas et concernent le mode de fonctionne-

ment du Réseau, les connaissances spécifiques des domaines d'expertise (qui sait quoi) et un langage commun, le rôle des acteurs dans une prise en charge plus collective et coordonnée du patient. Les discussions révèlent de fait les difficultés à concevoir un mode de travail collaboratif et distribué.

Une fois le cas présenté, le neurologue intervient, plaçant de fait son expertise à la tête d'une hiérarchie des savoirs. Il oriente la discussion, donne son avis, valide ou tranche. Il a tendance à vouloir organiser le Réseau selon sa propre logique: accroître les dépistages précoces des cas d'Alzheimer (8), rendre plus opératoire sa consultation en dotant les patients d'un dossier-type rempli au préalable: «*Naturellement, ce que je conçois en premier dans un fonctionnement en réseau, c'est qu'on va pouvoir squizzer un certain nombre d'étapes. Le patient pourra déjà arriver avec un bilan psychométrique interprétable et nous, on aura une démarche purement diagnostique. Si on peut, par l'intermédiaire du réseau, privilégier un patient venant du réseau, on peut penser: Ça sert à ça, non? On peut imaginer [revoir] le patient dans les trois semaines. Si on prend l'hypothèse d'un réseau en fonctionnement. [...] Ça suffit dans un premier temps et si on a des plages réservées...*» [réunion, déc. 02].

Il cherche également à sauvegarder la prééminence de son expertise et de son rôle, refusant la proposition d'un gérontologue de créer un échelon intermédiaire d'expertise (qui lui serait dévolu) entre le généraliste et le neurologue:

[Neurologue] «*Mais la démence, ce n'est pas la maladie d'Alzheimer. La démence, c'est de la dégradation cognitive, ce n'est pas la maladie d'Alzheimer. C'est bien plus compliqué que cela. C'est vraiment un diagnostic neurologique. Ce n'est pas en un DU (9) que l'on peut être neurologue. S'il y a un petit syndrome extra-pyramidal sous une démence, ce n'est pas en un DU d'Alzheimer qu'on va le faire, le dépister*»

[Gérontologue] «*Je pense qu'il peut y avoir un stade intermédiaire de gens qui seront formés un minimum sur ces démences. Ensuite, le diagnostic peut être confirmé par un neurologue*»

[Neurologue] «*Oui, mais ce n'est pas la bonne place. L'étape intermédiaire n'est pas là. Ce n'est pas du tout ce qu'on a souhaité...*» [extrait réunion, nov. 02].

C'est la hiérarchie des savoirs qui est ici défendue par le neurologue, au nom de son expérience, et non pas une articulation plus horizontale des compétences. Cependant, à partir de janvier 2003, le neurologue va commencer à laisser filer la discussion des cas sur des aspects plus médicosociaux (prise en charge, suivi), une fois assuré que «son» objet du réseau est collectivement accepté (mieux organiser le dépistage). Il donne davantage de place dans la discussion à la psy-

chologue (qui va peu à peu jouer le rôle de coordinatrice) et à une orthophoniste, ces dernières apportant leur point de vue sans contredire la logique professionnelle du neurologue [GRENIER et PAUGET, 2006]: «*On avait l'impression que tout se faisait entre le neurologue et la psychologue; nous on était là pour entériner*» [entretien, juin 2003].

Pour autant, la variété des cas discutés a permis de faire émerger de nouvelles pratiques ou connaissances:

– *quant aux cas discutés*: des conseils sont donnés, des rendez-vous sont parfois fixés avec le neurologue ou la psychologue; cette dernière conseille souvent sur les moyens existants pouvant soulager le travail du généraliste;

– *quant aux outils de coordination*: des tests de dépistage rapide destinés aux généralistes sont élaborés et des formations mises en place; la structure du bilan d'évaluation neuropsychologique est ébauchée qui, complétée par un généraliste, une orthophoniste et une psychologue, permet au neurologue de poser plus rapidement et dans de meilleures conditions son diagnostic et son traitement; de même, le principe d'un dossier patient partagé est évoqué;

– *quant à l'organisation du réseau*: elle reste peu définie: le rôle de la cellule de coordination se dessine à peine; d'autres acteurs (assistantes sociales...) ne seront associés aux réunions de coordination que plus tardivement; cependant, le délai d'obtention d'un rendez-vous chez le neurologue a pu être réduit, preuve tangible de la réalité du Réseau: «*... et l'évaluation réalisée, cela permet de renvoyer le cas échéant vers le neurologue. Le meilleur score qu'on ait réalisé cette année c'est quinze jours entre le moment où le médecin a donné l'alarme et le rendez-vous donné chez le neurologue qui mènera peut être à une prescription*» [extrait réunion, juil. 03].

Les acteurs disent mieux travailler ensemble car, se connaissant mieux, le réseau devient une forme importante de sociabilité: «*[il me permet] de créer de nouveaux liens et d'identifier plus rapidement comment travailler avec ces personnes*» [extrait d'entretien, juin 2003].

Nous nous interrogeons cependant sur la pertinence de cette production: reflète-t-elle les points de vue des acteurs du Réseau? Permet-elle de faire coopérer ensemble des acteurs tout en maintenant une distribution des savoirs? Nous déclinons cela en deux questions:

- Comment identifier les différents points de vue?;
- Comment coordonner ces points de vue?

Il s'agit de savoir si ces cas patients et leur mode de discussion ont pu accompagner les acteurs dans la conception d'un réseau distribué en mobilisant les notions d'Objet Frontière et d'Objet Intermédiaire.

(8) Nous avons dit que le neurologue est intéressé à un Réseau qui améliore le dépistage précoce et lui permette de recevoir un patient avec un dossier bien constitué par les autres professionnels intervenus en amont. À l'inverse, une fois le diagnostic (précoce) posé, tout reste à faire pour le

généraliste qui doit organiser la prise en charge et le suivi en l'absence de médicaments curatifs, et pour l'orthophoniste et la psychologue qui vont mettre en place une rééducation cognitive.

(9) Sous-entendu un Diplôme Universitaire (DU) de gérontologie.

LE CAS PATIENT COMME OBJET PERTINENT DE CONCEPTION DISTRIBUÉE ?

Notion d'objet frontière et d'objet intermédiaire

Ce qui tient un collectif peut être envisagé de deux manières. Une première approche met l'accent sur ce que les acteurs partagent : représentations collectives [MOSCOVICI, 1984] ou point de passage obligé canalisant l'action collective [CALLON, 1986]. Ces approches conduisent à une réduction des points de vue multiples à un point de vue, généralement celui de l'acteur dominant [STAR et GRIESEMER, 1989]. Une seconde approche met davantage l'accent sur l'articulation entre des savoirs hétérogènes. C'est la qualité des interactions et ce qui se joue durant ces interactions qui importent et l'intérêt se porte donc sur des objets (10) capables de supporter de telles interactions et des situations de production collective de connaissance. Nous mobilisons les concepts d'objet frontière et d'objet intermédiaire. Ces objets sont des « entité[s] physique[s] qui relie[nt] les acteurs humains entre eux » [VINCK, 1999 :392] et peuvent être un dessin industriel, un tableau noir, un programme de recherche, un mot [WENGER, 2000]. Ils permettent le dialogue et la coopération entre plusieurs mondes sociaux car ils ont la particularité d'être suffisamment plastiques pour permettre à plusieurs mondes de se comprendre et de travailler ensemble mais, aussi, suffisamment robustes pour leur permettre de garder leur propre identité [STAR et GRIESEMER, 1989] et, ainsi, capables de spécifier les frontières (différences) entre savoirs (ou pratiques). Du fait même de leur « artefactualité », ils facilitent la coordination entre des acteurs impliqués dans un processus de conception complexe, dont la finalité et l'issue sont souvent incertaines. La négociation autour de ces objets tient de la coordination et génère de la connaissance. Mais ce sont des objets structurés et structurants [VINCK, 1996] qui introduisent des contraintes et des orientations dans le processus tout autant qu'ils rendent compte des représentations, des idées et des enjeux négociés autour de l'objet en conception. Ils sont enfin un support multi-points de vue aux interactions puisque, contrairement à la perspective du Point de Passage Obligé ou des représentations sociales, aucun acteur n'est, a priori, privilégié dans la production de cette intelligence distribuée.

Certains travaux insistent davantage sur la nature transitoire de ces objets, dits intermédiaires [JEANTET *et al.* 1996; VINCK, 1999], qui sont un support au chemine-

(10) Le terme d'objet est utilisé par opposition à celui d'outil. Alors que l'outil est conçu spécifiquement pour l'action (ce qui n'est pas le cas du cas patient, non conçu pour la conception collective de la coordination), l'objet désigne un artefact utilisé à des fins de discussion permettant ce travail de conception (GROSJEAN et LACOSTE, 1999).

ment de ce qui est conçu, marquant les différentes étapes de ce processus et gardant en mémoire les choix opérés, qui peuvent être par la suite conservés, abandonnés ou renégociés.

Le choix de ces objets pour faciliter la coordination est essentiel et Star [1989] nous propose quatre caractéristiques qui font des objets un support au dialogue entre points de vue :

- l'abstraction des savoirs permettant le dialogue entre mondes ;
- la polyvalence, supportant plusieurs pratiques intéressant l'ensemble des acteurs ;
- la modularité, différents éléments de l'objet servant au dialogue entre les acteurs dans des situations différentes ;
- la standardisation de l'information incorporée dans l'objet, nécessaire pour la rendre interprétable puis être utilisable localement.

Le rôle des cas patients dans le processus d'apprentissage est examiné dans le paragraphe suivant au regard, précisément, de ces propriétés.

Le rôle des cas dans l'apprentissage de la coordination

La description et la discussion des cas patients rendent visible et pertinente pour les acteurs la polyvalence des pratiques pour diagnostiquer, soigner et suivre les Troubles Cognitifs. Les acteurs ont trouvé intérêt à participer au groupe, parfois à entrer dans la discussion [cf. *supra*], et à apporter leur point de vue, et ainsi à mieux se situer dans la trajectoire de soin du patient.

Les tests de dépistage précoce offrent au généraliste un moyen de valoriser son rôle : « D'où l'importance de savoir tous faire les petits tests de départ pour cerner le problème et savoir si le patient doit rentrer dans le réseau ou pas. Chacun à notre niveau, nous devons être un premier filtre. Il faut qu'on ait des outils en commun ».

Ces tests et le bilan d'évaluation permettent au neurologue de recevoir en consultation des patients qui relèvent réellement d'un trouble cognitif, et qui présentent un vrai intérêt professionnel et scientifique : « L'intérêt de ce mini dossier [constitué à partir des résultats aux tests], c'est de pouvoir justement à un niveau très précoce faire la différence entre une plainte mnésique et un trouble de mémoire potentiellement pathologique. Nous, si on est inondés par toutes les plaintes mnésiques, on ne s'en sortira jamais ».

Enfin la psychologue et l'orthophoniste ont pu faire valoir leur expertise dans le traitement des troubles cognitifs, lors de la conception du bilan d'évaluation, des tests de dépistage, et des formations à ces outils. La psychologue a, peu à peu (à partir de juin 2003), pris le rôle de coordinatrice (informelle) du Réseau (11) et a davantage participé aux discussions du groupe puis de la cellule, affirmant un point de vue un peu différent de celui du neurologue.

Ces cas sont des dossiers propres à chaque médecin, différents dans leur format, leur contenu... Le dialogue a été rendu possible autour de ces cas parce que les acteurs ont, au fil des réunions, standardisé la manière de les présenter, posant tout d'abord le symptôme ou la situation, donnant des informations générales, puis davantage médicales. Les acteurs s'appuyaient de plus sur une relative *abstraction* de certaines connaissances, qu'ils ont appelées leur « *jargon technique* » (langage commun propre au Réseau). Ce jargon était certes réduit mais suffisait à la compréhension mutuelle. Ainsi, le terme « *Trouble Mémoire* » était souvent utilisé sans un accord partagé sur les frontières de ce terme (Alzheimer ou Parkinson?).

Parfois, des acteurs se saisissaient de certains éléments des cas (modularité) pour en discuter par discipline professionnelle; les savoirs ainsi manipulés ou élaborés ont permis une discussion en profondeur, parce que « *durcis* » [STAR et GRIESEMER 1989 :393] par des spécialistes du domaine. Durant ces temps de discussion (parfois longs), les autres participants ne demandaient pas spontanément des éclaircissements, laissant filer le dialogue: [Neurologue] « *C'est possible. Mais si cela n'y est pas, je le demanderai. Et si c'est là une première fois, ça ne m'empêchera pas de le demander une seconde fois [...] puisqu'on fonctionne de manière très autonome. Ce n'est pas en une demi-heure de consult' qu'on peut tout ficeler. Je ne suis pas sûr que ce soit souhaitable. On ne peut pas décider en une demi-heure d'un diagnostic. Il y a de toute façon deux séances, la deuxième étant plus orientée vers des tests psychométriques. Donc le scanner ou la biologie, c'est toujours ça* »

[Équipe Recherche] « *Est-ce que tout le monde comprend le diagnostic? Est-ce que tout le monde est d'accord? Est-ce que les termes exposés par vous trois étaient compris de tout le monde?* »

[Médecin Généraliste] « *Non, c'est-à-dire que le terme de...* »

[Médecin Gériatologue] « *Ca c'est l'échelle de dépression si tu veux évaluer* »

[fin d'une discussion un peu longue entre le neurologue et l'orthophoniste, les médecins généralistes présents ne participant plus à la discussion depuis quelques temps, réunion, nov. 02]

Ces objets ont permis aux acteurs d'apprendre à se coordonner pour produire de nouveaux savoirs et prendre en charge des patients. Mais dans quelle mesure ces savoirs et pratiques, peuvent-ils rendre compte des différents points de vue? Les cas patients ont-ils supporté une coordination distribuée? Nous allons répondre aux deux questions de recherche que nous avons posées plus haut.

(11) Elle sera nommée coordinatrice à partir de janvier 2005 quand le réseau fonctionnera grâce au fond FAQSV, sa fonction apparaissant alors clairement en juillet/septembre 2004 dans le dossier de demande de subvention.

(12) Cependant, nous examinons un apprentissage de la coordination

Les cas patients, support à l'apprentissage d'une coordination multi-points de vue?

• *L'identification des différents points de vue (Q1)*

Le cas patient est avant tout un support connu, que tout médecin possède, sous la forme d'un dossier. Nous pensons que cette familiarité a réduit l'incertitude créée par la situation nouvelle de devoir travailler ensemble (12). Elle a motivé les acteurs à participer aux réunions et a facilité leur intégration. La discussion a créé un lien social nouveau, substrat important à l'échange de connaissances:

« *On a fait connaissance pendant les formations et les réunions de cas, ce qui fait que maintenant je décroche mon téléphone et vais immédiatement dire voilà c'est le pôle mémoire. Le dialogue passe beaucoup plus. Cela va beaucoup plus vite. En plus, avec le contact avec le médecin quand on se trouve devant une situation bien floue* » [réunion, juil. 03].

Cela fut possible en raison de la qualité intrinsèque de ces objets mais aussi de la manière dont ils ont été saisis et discutés (*cf.* remarque quant à la standardisation). Si les premières discussions ont été dirigées par le neurologue, il fut très important que la psychologue et l'orthophoniste aient pu faire valoir leur point de vue, ce qui a facilité la compréhension des attentes des généralistes et des assistantes sociales et une meilleure intégration de leurs compétences: « *Cela nous semblait important [...] que les orthophonistes soient là et dans l'autre sens apporter des informations aux orthophonistes sur le réseau* »; « *Il y a des moments où les patients vous font part de choses qu'ils ne confient pas toujours au médecin* » [orthophoniste]. C'est ainsi que l'ensemble des connaissances se retrouve dans le bilan d'évaluation, qui est un outil de coordination distribué.

La diversité des cas traités par le groupe de travail a habitué les acteurs à se retrouver pour travailler ensemble autour de situations médicales, créant un intérêt et une manière de se coordonner dans les cellules de coordination (à partir de juin 2003): réunion ouverte à tous, discussion selon les cas patients présentés, participation de tous à la discussion, avec par la suite une plus grande répartition entre les points de vue du neurologue et des autres acteurs.

Nous pouvons conclure que la familiarité et la diversité des cas ainsi que leur mode de discussion ont favorisé la participation des acteurs et ont contribué à identifier leurs points de vue.

• *La coordination multi-points de vue (Q2)*

Une coordination distribuée du Réseau a commencé à émerger. D'une part, les frontières professionnelles ont évolué: le médecin généraliste se voit attribuer un rôle

autour de dossiers patients très différent de ce qui se passe en milieu hospitalier. La coordination s'y déroule selon un protocole et un document, certes toujours négociés [Grosjean et Lacoste, 1999], mais fortement structurants malgré tout, alors que les acteurs du RPM discutent autour de formats peu stables (chaque médecin a sa propre manière de constituer son dossier) et surtout en devant apprendre à construire le cadre de leur travail.

affirmé dans le dépistage précoce puis dans le suivi du patient, l'orthophoniste ou la psychologue participent plus activement à la prise en charge du patient, la coordinatrice du réseau devient un acteur essentiel dans la gestion du patient. De même, de nouvelles connaissances supportent ces rôles, incorporées dans des outils tels que le bilan d'évaluation, les tests de dépistage et le dossier papier.

Cette coordination s'est appuyée sur deux mécanismes [CARLILE, 2002]. Un premier mécanisme, appelé syntaxique [*Ibid.*], repose sur l'acceptation d'un ensemble de mots et de termes standardisés (trouble mémoire, dépistage, personne âgée...) qui permettent de se comprendre plus rapidement. Un second mécanisme, appelé sémantique [*Ibid.*], est nécessaire quand le langage commun ne suffit plus pour se comprendre. Ce langage commun est forcément limité eu égard au fort cloisonnement des professions médicales et paramédicales. La coopération n'est plus dès lors une question de transfert d'information mais d'apprentissage de ce qui crée ces difficultés de compréhension entre acteurs. C'est un registre qui repose sur la compréhension mutuelle. L'intégration des orthophonistes dans les groupes de travail ou l'émergence du rôle de la coordinatrice ont relevé de ce mécanisme-là. Pourtant, à notre sens, cette coordination des points de vue a souffert de deux écueils. Le premier est celui du temps d'appropriation de la coordination et des connaissances produites à travers cette coordination. Le processus de structuration d'un réseau est d'autant plus lent que les pratiques de travail collectif et d'évaluation (ou de confrontation) ne sont pas habituelles dans le secteur socio-médical. Si des cas ont été révoqués d'une réunion à l'autre et si effectivement les solutions adoptées ont été peu à peu reprises, l'intériorisation [FRIEDBERG, 1993] de ce travail est partielle: «*On a mis un peu l'accent sur le langage commun, accorder aux mots la même valeur. Il faut passer un peu de temps dessus*». Le second écueil tient à la difficulté des acteurs à envisager de nouvelles pratiques de travail collaboratif. Ainsi, le rôle de la coordinatrice est longtemps resté imprécis et une fiche de poste ne sera élaborée (sans être réellement discutée) qu'à la mi-2004. De même, c'est bien davantage l'amont de la prise en charge du patient qui a été approfondi (dépistage, bilan d'évaluation) et l'aide au généraliste pour suivre le patient une fois le diagnostic posé ne fut que tardivement débattu. Par ailleurs, la coordination autour du patient demeure à un niveau assez général. Si le dossier patient papier a été développé, la discussion n'a pas réellement porté sur un niveau plus gestionnaire de «*qui remplit quoi*», ou sur «*comment se transfère le dossier*».

En fait, les cas patient sont des documents d'expertise, qui comportent très peu de connaissances sur le mode de travail des médecins. Le cas patient est en cela différent du dossier de soins hospitaliers, dont la structure rend visible et conforte le savoir et le rôle de l'infirmier par rapport aux médecins dans la coordination du soin [GROSJEAN et LACOSTE, 1999]. D'une part, les acteurs

du RPM avaient des difficultés à imaginer finement, ce qu'ils n'ont pas l'habitude de faire (travailler de manière coordonnée et formelle). Les cas patients étaient relativement structurants [VINCK, 1989], marqués par un modèle (dominant dans le secteur médical) de la relation inter-confrère. D'autre part, c'est la manière dont la discussion autour du cas est menée, qui apparaît comme particulièrement critique, ce que ne mettaient pas spécifiquement en évidence les travaux de Star [et Griesemer, 1989].

QUELQUES PROPOSITIONS POUR CONCLURE

Nous avons défini la coordination par trois dimensions et c'est par ce prisme que nous évaluerons la pertinence du cas patient comme artefact d'un apprentissage d'une coordination distribuée dans un réseau de santé.

Quant à la dimension structurelle de la coordination, le cas patient a certes permis une émergence d'une coordination plus horizontale, fondée sur les savoirs distribués des acteurs, identifiés et discutés, redéfinissant les frontières de compétence des acteurs, allant ainsi par-delà la culture dominante de cloisonnement du secteur médical. Pour autant cette émergence fut ralentie par l'appropriation de la discussion par le neurologue.

Quant à la dimension relationnelle de la coordination, le cas patient a très largement contribué à faire discuter ensemble des acteurs peu habitués au travail en réseau. Tant la familiarité des cas que leur richesse ont encouragé les acteurs à participer aux différentes réunions et une certaine diversité des points de vue a été en partie prise en compte et articulée. Mais le cas n'a pas en lui-même encouragé rapidement, voire même légitimé, l'arrivée d'acteurs nouveaux tels que les assistantes sociales et le patient (qui n'est que représenté).

Quant à la dimension cognitive de la coordination, nous pensons que les outils de coordination et l'apprentissage de la coordination relèvent d'une visée distribuée de l'organisation réticulaire, quand ils sont organisés autour d'un savoir commun (jargon du réseau) peu à peu développé et d'expertises mieux discernées et articulées; mais certains points de vue n'ont pas pour autant été entièrement exprimés (gérontologue, patient...).

De plus, les solutions que les acteurs identifient comme une production collective du réseau sont celles qu'ils ont pu rapidement mettre en œuvre (tests de dépistage, bilan d'évaluation) et dont ils ont pu évaluer le bénéfice (accélération de la prise de rendez-vous chez le neurologue...). Les acteurs ont du mal à imaginer des savoirs de gestion de la coordination (rôle du coordinateur, règles quant à savoir qui remplit les dossiers partagés...). Enfin, il apparaît durant ces réunions que les acteurs n'ont pas profondément discuté la dimension politique de la coordination (quatrième dimension). Ce pourquoi ils venaient relevait de préoccupations collectives (enjeu

du réseau...) mais aussi individuelles (étendre son réseau social). Nous pensons qu'il faut encourager dans ce type d'organisation réticulaire des registres d'implication différents [GRENIER, 2005]. La coordination dans une organisation réticulaire est donc complexe et riche et va au-delà de la simple réunion d'acteurs acceptant de discuter autour d'un objet, quel qu'il soit et jouant alors davantage le rôle de prétexte. Aucun artefact ne permet d'inventer, de formaliser, de tester, d'accepter... ces nouveaux cadres et protocoles de travail collectif.

Nous avons également montré que l'objet est frontière de par son contenu et sa structure, ce qu'avaient particulièrement montré Star et Griesemer [1989], mais aussi de par le jeu social qui se noue au moment de son choix et durant sa discussion.

Cette étude de l'apprentissage de la coordination nous amène à élaborer les propositions suivantes :

- encourager les acteurs à déléguer l'organisation de leur travail de coordination à un acteur nouveau, qui sache identifier et intégrer les acteurs et leurs points de vue;
 - encourager la multiplicité des objets de mise en relation, entendus comme des objets davantage intermédiaires, transitoires, le long du processus de conception de la coordination, afin d'éviter que ces objets ne deviennent (trop rapidement) inappropriés;
 - permettre la discussion sur les enjeux et le «pourquoi être ensemble», favorisant une pratique réflexive sur l'apprentissage de modes organisés et distribués de coordination, en sachant dépasser le stade critique d'une simple amélioration des relations interpersonnelles.
- De fait ces objets supports relationnels et concepteurs de coordination doivent être envisagés selon un troisième registre de coordination [CARLILE, 2002], appelé pragmatique, selon lequel la coopération requiert aussi une certaine altération des savoirs et des pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

ANAES, Évaluation des réseaux de soins, Bilan de l'existant et cadre méthodologique, octobre 2001
 CALLON M., «Éléments pour une sociologie de la traduction», *L'Année sociologique*, vol XXXVI, 1986
 CARLILE P., 2002, «A pragmatic view of knowledge and boundaries: boundary objects in new product development», *Organization Science*, vol 13/3, pages 442-455
 CICOUREL A., *Le Raisonnement médical*, Paris, Éditions du Seuil, 2002
 DAVID A., «La recherche intervention, cadre général pour la recherche en management?», in DAVID A., HATCHUEL A. et LAUFER R. (coordonné par), *Les Nouvelles Fondations des sciences de gestion*, Paris, Éditions Vuibert Fnege, 2000, p. 193-213
 FRIEDBERG E., *Le Pouvoir et la règle – dynamiques de l'action organisée*, Paris, Éditions du Seuil-Sociologie, 1993
 GRENIER C., 2005, «Capital social et apprentissage dans un réseau d'acteurs professionnels», Journée transdisci-

plinaire de recherche AIMS – AGRH, «Management et réseaux sociaux», EM Lyon, 10 novembre, Lyon
 GRENIER C. et PAUGET B., 2006, «Analyse de la création de connaissances métier dans des réseaux d'acteurs professionnels: le rôle de la connaissance relationnelle», *Gestion 2000*, n° 4/06 (juillet, août 2006, à paraître)

GROSJEAN M. et LACOSTE M., *Communication et intelligence collective – le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 1999
 HATCHUEL A., «Coopération et conception collective; variétés et crises des rapports de prescription»; in *Coopération et Conception*, sous la direction de de TERSAC G. et FRIEDBERG E., Éditions Octares, 1996, p. 101-121

JEANTET A., TIGER H., VINCK D., TICHKIEWITCH S., «La coordination par les objets dans les équipes intégrées de conception de produit», in de TERSAC G., FRIEDBERG E., *Coopération et Conception*, Éditions Octares, 1996

JOURNÉ B., «Situer la cognition et l'action collectives», *Revue Système Information et Management*, vol. 7/2, 2002, pages 7-11

MALONE T. et CROWSTON K., «The interdisciplinary study of coordination», *Computing Surveys*, vol. 26/1, 1994, p. 87-119

MILES M. et HUBERMAN A., *Analyse des données qualitatives recueil de nouvelles méthodes*, De Boeck Université, 1991

MOSCOVICI S. (ed.), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984

ORLIKOWSKI W., «Knowing in practice: enacting a collective capability in distributed organizing», *Organization Science*, vol. 13/3, 2002, pages 249-273

ROBELET M., SERRÉ M. et BOURGUEIL Y., «La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles», *Revue RFAS*, n° 1n, 2005, p. 233-260

STAR S., 1989, «The structure of ill-structured solutions: Heterogeneous problem-solving, boundary objects and distributed artificial intelligence» in M. HUHN, GASSER L., *Distributed artificial intelligence*, vol. 2, San Mateo, Morgan Kaufman

STAR S. et GRIESEMER J., «Institutional ecology: translations and boundary objects: amateurs and professionals in Berkeley 's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939», *Social Studies of Science*, vol. 19, 1989, p. 387-420

SYDOW T. et WINDELER A., «Organizing and evaluating interfirm networks: a structurationist perspective on network process and effectiveness»; *Organization Science*, vol. 9/3, 1998, pages 265-284

VINCK D., «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*, XL-2, 1999, 385-414

WENGER E., *Communities of Practice and social learning systems*; *Organization*, 7 (2), 2000, 225-246

YIN R., «Case study research design and methods» in *Applied Social Research Methods Series volume 5*, Sage Publications, 1991