

13e conférence de l'AIMS. Normandie. Vallée de Seine, juin 2004

## **La construction collective d'un réseau de santé - le rôle du dossier patient comme Objet Frontière dans le processus de conception**

**Corinne Grenier, professeur associé**

**Euromed Marseille Ecole de Management**

**Laboratoire ISTIT (FRE 2732 CNRS), équipe Tech-CICO (UTT)**

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

### **Résumé**

La conception d'un réseau d'acteurs professionnels est un processus d'autant plus complexe qu'il prend place dans des situations ouvertes, faiblement structurées et encadrées (Hatchuel 1996), et mené par des acteurs dont la diversité des pratiques et des connaissances ne doit pas être systématiquement niée ni corrigée. La question est de savoir comment aider les acteurs à concevoir un tel réseau socialement et cognitivement distribué. L'Objet Frontière (Star, 1989) est un support intéressant à la conception d'un tel réseau car il favorise le dialogue entre plusieurs mondes sociaux tout en leur permettant de garder leur propre identité. Nous étudions la structuration d'un réseau de santé qui réunit des professionnels de santé très divers (connaissances, attentes et enjeux vis-à-vis du réseau ..) ; en particulier lors de réunions de travail autour de « cas patients » dont la discussion allait bien au-delà de la simple résolution dudit cas pour concerner le mode d'organisation et les principes de ce réseau. Nous questionnons la validité opératoire et épistémique de ces éléments structurants ainsi produits. En nous fondant sur la littérature sur l'Objet Frontière et sur l'organisation distribuée (Carlile, 2002, Orlikowski, 2002), nous entendons répondre à une question peu abordée dans la littérature (Carlile, 2002) : qu'est ce qu'un Objet Frontière pertinent, support à une conception multi point de vue d'un réseau d'acteurs distribué ?

Deux principaux résultats s'en dégagent quant à la capacité des cas patient à remplir le rôle d'objet frontière : les quatre qualités attendues d'un Objet Frontière (Wenger, 2000) peuvent être atteintes soit par la nature même de l'objet soit par la discussion qu'il supporte ; la familiarité des acteurs avec l'objet frontière est à la fois un avantage dans son appropriation rapide mais aussi une limite à élaborer et s'approprier de nouveaux modes de travail (connaissances et pratiques). Un objet frontière doit être d'autant plus transitoire et permettre simplement de déclencher un processus innovant de travail collectif qu'il est familier aux acteurs.

### **Mots clés**

Réseau d'acteur, distribution sociale et cognitive, structuration, Objet Frontière et Objet Intermédiaire

## **Introduction**

De nouveaux collectifs de travail apparaissent qui réunissent des acteurs de plusieurs organisations pour travailler différemment, autour de nouveaux savoirs. Le secteur de la santé n'est pas étranger à ce mouvement, avec les réseaux de santé, lieux d'expérimentation et de réorganisation des pratiques professionnelles autour de pathologies particulières. La question de savoir comment les acteurs peuvent concevoir un tel réseau se pose dans un contexte particulier : tenir compte de leur diversité professionnelle, sociale et cognitive. Nous proposons d'analyser ces collectifs à travers le concept de réseau socialement et cognitivement distribué. Cette communication se focalisera sur quelques réunions d'un réseau de santé appelé Réseau Pôle Mémoire (RPM), durant lesquelles des «cas patients» étaient discutés. Nous analyserons dans quelle mesure la discussion autour de ces cas a pu aider à la structuration (distribuée) du réseau RPM.

Nous mobilisons le champ de la coopération dans des situations d'activités de conception, en particulier les travaux sur l'Objet Frontière (Star, 1989 ; Star et Griesemer, 1989) et sur l'Objet Intermédiaire (Vinck, 1999) comme support au dialogue entre mondes divers. Ce cadre conceptuel invite à davantage porter attention aux situations d'apprentissage qu'à la connaissance elle-même (Orlikowski, 2002). Et nous entendons répondre à une question peu abordée dans la littérature (Carlile, 2002) : qu'est ce qu'un Objet Frontière pertinent, support à une conception multi point de vue d'un réseau d'acteurs distribué ?

## **1 - L'objet frontière dans les systèmes distribués**

### **11) La notion de réseaux d'acteurs professionnels**

Les réseaux d'acteurs ou d'organisations sont des collectifs de travail mis en place aux interstices d'organisations existantes pour favoriser davantage d'apprentissage et de coordination innovante.

Le cadre théorique de Williamson (1979) est très souvent mobilisé pour expliquer ces formes (Béjean et Gadreau, 1997). Cependant ce cadre réduit l'explication des réseaux à un critère économique, la spécificité des actifs expliquant principalement le choix des modes de coordination (Livian, 1998). Il propose également une structure de réseau spécifique qui se réorganise autour d'une firme pivot (Jarillo, 1988). Il repose finalement sur l'alternative Hiérarchie / Marché dont il devient de plus en plus difficile de distinguer ces deux formes dans les expériences organisées actuelles. En effet, les économistes institutionnalistes (Granovetter, 1992) ont montré le rôle des institutions, des règles ou encore des liens dits faibles qui impactent les relations des agents sur le marché. Inversement, le modèle de l'organisation dite classique (hiérarchisée et close) cède sa place à de nombreux arrangements structurels qui reposent sur la transversalité, une redéfinition des frontières internes et externes et davantage de flexibilité. L'organisation contient de plus en plus des marges

d'incertitude et de souplesse tandis que le marché contient des ingrédients d'ordre et de structuration.

Nous préférons analyser les réseaux d'acteurs comme un système d'action organisé (Friedberg 1993), socialement et stratégiquement construit, structuré et structurant.

Nous l'appelons organisation réticulaire, l'adjectif réticulaire marquant sa distinction par rapport à l'organisation classique, le terme organisation son insertion dans le paradigme très général de l'organizing (Weick, 1979). Nous suivons Sydow et Windeler (1998) en considérant le réseau comme une forme certes organisationnelle mais aux propriétés structurelles distinctes.

Une de ces propriétés tient à la nature distribuée du réseau (cf. ci après), qui reconnaît l'existence de pratiques et de savoirs différenciés du point de vue géographique et de leur nature (distribution sociale, cognitive et spatiale).

Une seconde propriété découle des mécanismes de construction de l'organisation réticulaire. En suivant Friedberg 1993, nous reconnaissons le rôle de quatre mécanismes dans la structuration de l'organisation : intériorisation, formalisation, finalisation et centralisation. Ces mécanismes se produisent au cours des activités en commun des acteurs.

Ce modèle de la sociologie des organisations peut être complété par une vision plus socio cognitive des organisations et des formes d'action collective, qui postulent que c'est dans l'action que se créent les nouvelles connaissances ou pratiques (Carlile, 2002 ; Orlikowski, 1992 ; Wenger 2000).

Il en découle qu'il devient important de favoriser le travail en commun, la collaboration (définie par rapport à des objectifs et en vue d'une action commune) mais aussi la coordination (à savoir les moyens, les supports des acteurs à se rencontrer et à opérer ensemble).

Ce qui pose la question de la coopération nécessaire des acteurs de manière particulière : comment faire coopérer ensemble des acteurs tout en maintenant une distribution des savoirs et des pratiques ?

Nous examinerons cette question dans le cas particulier d'un réseau d'acteurs socialement et cognitivement distribué. La diversité des acteurs, qu'elle soit cognitive, sociale ou encore politique pose de manière plus accrue le fait de savoir ce que doivent partager les acteurs pour travailler ensemble et comment faire dialoguer et se rencontrer ces acteurs divers.

## **12) Les modes de coopération au sein des réseaux distribués**

Le principe de distribution a été étudié de trois manières :

- perspective individuelle : étude d'un processus de travail autonome ; la question est pour son auteur celle de l'acquisition de connaissances auprès d'autres acteurs (Boland et al., 1994) ou incorporés dans des objets (Hutchins, 1994)

- perspective écologique : situation précédente pour laquelle la question de la nature, des capacités et des propriétés des objets qui incorporent des connaissances ou qui soutiennent la coordination est centrale (Norman, 1994)
- perspective collective : étude des processus collectifs de travail, dont le projet mené en équipe est la forme la plus fréquente ; la question est celle de l'articulation des connaissances entre les participants (Jeantet et al., 1996 ; Vinck, 1999).

Nous nous situons davantage dans cette dernière perspective, même si dans tous les cas, l'organisation de la distribution est de savoir comment favoriser le travail en commun au-delà des différences entre acteurs.

Le réseau est dit socialement et cognitivement distribué quand la diversité pluridimensionnelle et géographique (Orlikowski 2002) des acteurs devient le fondement de l'organisation du travail.

Cette diversité concerne tout d'abord l'acteur et s'exprime, en fonction des orientations théoriques retenues, dans les termes suivants : identités, rôles, fonctions et métiers, buts et enjeux, pouvoir, savoir profane ou savant, point de vue, grandeurs et justification, représentation, culture ... la terminologie de « mondes sociaux » permet de désigner de manière très générale des scientifiques, chercheurs ou citoyens (Star, 1989 ; Callon 1986 ; Rabeharisoa et Callon, 1999) ou des professionnels d'une même entreprise diversifiée et fortement décentralisée (Orlikowski, 2002).

On peut ainsi mettre l'accent sur la dimension politique de l'acteur et l'évaluer en fonction de ses logiques d'action, de ses intérêts et des jeux de pouvoir qu'il manie (Crozier et Friedberg, 1977). Une approche plus structurelle (Sainsaulieu 1987) met l'accent sur les conditions ancrées qui forment l'individu (culture, identité ...). Une approche davantage sociocognitive met enfin l'accent sur les représentations (Moscovici, 1984) ou les connaissances (Cicourel, 2002) ou encore sur les grandeurs des mondes (Boltanski et Thévenot, 1991) dans lesquels les acteurs se reconnaissent et qu'ils défendent au cours d'interaction.

L'acteur est porteur de savoirs qui rendent compte de son point de vue (métier, rôle, statut, compréhension de la situation ...) et « l'idée de cognition socialement distribuée renvoie au fait que les individus travaillant en coopération sont susceptibles d'avoir des connaissances différentes ... » (Cicourel, 2002 :146).

Cette diversité concerne également le contexte (organisation géographique, dispersion) de l'action collective. La connaissance est géographiquement dispersée parce que les acteurs le sont (Orlikowski, 2002) et la distribution d'un système va de pair avec la décentralisation de son organisation, quand les décisions sont prises à des différents endroits du système, et en particulier, dans le cas des organisations réticulaires, au sein des différentes unités et organisations autonomes qui composent le réseau (Star, 1989). La connaissance est également dispersée d'un point de vue géographique parce qu'elle est ancrée dans des objets disposés dans l'espace (Hutchins, 1994).

Dans tous les cas, il est important de tenir compte des situations différentes dans lesquelles les acteurs agissent, et qui façonnent ou accentuent la diversité. L'approche constructiviste des savoirs enseigne que ces savoirs sont d'autant plus hétérogènes (et posent ainsi des frontières entre acteurs) qu'ils sont construits dans ces pratiques dispersées et éclatées (Carlile, 2002).

Dans l'approche de l'organisation distribuée, les pratiques et les connaissances sont vues comme des frontières (Carlile, 2002 ; Star, 1989) qui rendent compte des différences entre acteurs. Il en résulte que les activités collectives sont non «seulement complexes du point de vue cognitifs, (... mais) aussi du point de vue social : (elles) impliquent le plus souvent de cerner et d'évaluer les opinions d'individus qui n'ont ni le même niveau, ni le même champ d'expertise » (Cicourel, 2002 :145).

Mais ces frontières ne sont pas incommensurables et la est de savoir comment «travailler à la frontière » (Carlile, 2002).

Les travaux managériaux ont souvent mis l'accent sur le rôle de la culture ou des représentations partagées, pour créer un cadre d'action partagé par les acteurs. Des travaux ont cependant démontré l'étroitesse du noyau central de ces représentations partagées ou encore la difficulté à parler d'une culture corporate face aux cultures métiers (Sainsaulieu, 1987) ou à la culture des filiales locales d'un groupe (d'Iribarne, 1989). Dans une perspective plus cognitive, certains auteurs prônent le recours à des ontologies (ou connaissances du domaine) formalisées, profondes, standardisées pour que les acteurs puissent parler de la « même » chose sur la base des « mêmes » connaissances (Charlet, 2002).

Le risque de cette première piste est d'aboutir à un transfert de savoirs d'un acteur vers un autre, tendant malencontreusement vers une homogénéisation de ces savoirs et pratiques. En plus du coût cognitif d'une telle solution, la principale critique a trait à la compréhension du processus cognitif même. Le recours à des ontologies formalisées construites a priori s'oppose à notre compréhension du processus cognitif qui mobilise des connaissances en fonction d'un problème à résoudre, voire à construire. Par ailleurs cette piste a souvent été prônée par ceux qui travaillaient sur l'émergence et la circulation des bonnes pratiques. Or considérer que les pratiques (et les savoirs) se développent dans l'action implique de comprendre les conditions d'un transfert des pratiques « utiles » (Kogut et Zander, 1996) et non pas « bonnes » a priori (parce qu'expérimentées par ailleurs).

Enfin, cette piste paraît peu appropriée pour l'étude des organisations réticulaires (par rapport aux organisations plus classiques, cohérentes et closes) dont la constitution précisément vise à favoriser un maillage entre des acteurs qui continuent à appartenir à d'autres structures différenciées et indépendantes les unes des autres.

Nous optons pour une seconde piste, proche de l'équivalence structurelle de Weick (1979), qui repose sur le fait que « se comprendre entre acteurs divers » ne signifie pas automatiquement partager le même savoir et les mêmes pratiques. Il s'agit davantage d'identifier les mécanismes de mise en relation des connaissances au cours des activités distribuées mais collectivement coordonnées.

La dispute, la controverse et la traduction sont des processus développés par les sociologues de l'innovation (Callon, 1986), montrant en particulier le rôle des dispositifs intermédiaires pour réunir différents acteurs autour d'un même projet. Cependant cette théorie s'appuie sur le concept du Point de Passage Obligé (Callon, 1986) selon lequel les acteurs doivent passer par un même point (idée, schéma, projet ...) pour parvenir à discuter et décider ensemble (Star et Griesemer, 1989). L'accent est mis sur ce qui est partagé et conduit à rechercher la réduction des points de vue multiples autour d'un seul point de vue, généralement le point de vue de l'acteur dominant. Par ailleurs, les sociologues de l'innovation ont moins étudié les caractéristiques de ces PPO que les mécanismes d'enrôlement autour des PPO.

Nous retenons les travaux sur la conception en équipe projet et sur les organisations distribuées pour mobiliser les concepts, respectivement, de l'Objet Intermédiaire et de l'Objet Frontière pour étudier comment favoriser le dialogue entre acteurs divers impliqués dans un processus de structuration organisationnelle.

### **13) Notion et pertinence de l'Objet Frontière (OF)**

C'est le propre des activités de conception (Jeantet et al. 1996) ou encore des activités politiques et scientifiques (Star, 1989) que de devoir articuler des acteurs et des savoirs hétérogènes en vue de la production collective d'un résultat. Le terme « articuler » est important puisqu'il signifie que le consensus n'est pas toujours nécessaire pour faire coopérer des acteurs de mondes sociaux. La nature distribuée des systèmes d'action met l'accent sur cette hétérogénéité des savoirs qu'il faut pourtant faire dialoguer, articuler. Deviennent importants la qualité des interactions et ce qui se joue durant ces interactions, savoir et relations devenant indissociables (Hatchuel, 1996).

C'est pour analyser les spécificités des supports aux interactions entre mondes sociaux que nous mobilisons les concepts d'Objet Frontière (Star 1989 ; Star et Griesemer, 1989) ou d'Objet Intermédiaire (Vinck, 1989 ; Jeantet et al., 1986) <sup>(1)</sup>.

L'Objet Frontière (ou Objet Intermédiaire, OI) est « une entité physique qui relie les acteurs humains entre eux » (Vinck, 1999 :392). Ce peut être un dessin industriel dessiné à différents moments de la conception d'un objet technique (plus exactement ses différentes versions), un

---

<sup>1</sup> Deux notions que nous considérons comme complémentaires, comme nous l'expliquons dans le corps du texte, et qui reposent sur des présupposés épistémiques semblables (complexité des systèmes ouverts, cognition collective et distribuée, rôle du contexte et des interactions dans la production de connaissances, perspective constructiviste ...).

tableau noir autour duquel la discussion se crée et s'organise dans le temps et l'espace, un programme de recherche (Vinck, 1999), voire un mot (Wenger, 2000).

L'OF a la particularité d'être suffisamment plastique pour permettre à plusieurs mondes de se comprendre, de dialoguer et de travailler ensemble mais suffisamment robuste pour garder une identité (conceptuelle, théorique, pragmatique ...) propre (Star et Griesemer, 1989), et ainsi spécifier les frontières (différences) entre savoirs (et pratiques).

Les quatre caractéristiques suivantes expliquent la capacité des OF à créer un accord politique entre points de vue différents (Star, 1989 ; Wenger, 2000) :

- l'abstraction, le dialogue entre mondes n'étant possible qu'au prix d'un certain niveau d'abstraction
- la polyvalence, plusieurs activités ou pratiques étant possibles
- la modularité, différentes parties de l'objet pouvant servir de base de dialogue entre les acteurs dans des situations différentes
- la standardisation de l'information incorporée dans l'Objet, nécessaire pour la rendre interprétable pour être utilisée localement.

La nature de cet accord politique dépend de l'incertitude et de la complexité (variabilité des savoirs ...) de la situation de travail. Un objet n'acquière la dénomination d'OF qu'à la condition qu'il puisse supporter trois registres de dialogue (coopération) entre acteurs :

- coopération selon un registre syntaxique, le partage d'une syntaxe (mot, terminologie ...) suffisant à faire travailler ensemble différents individus ;
- coopération selon un registre sémantique ; quand le mot ou le langage communs ne suffisent pas pour se comprendre (faible habitude de coopération entre métier ou culture professionnelle ...) ; la coopération n'est plus une question de transfert d'information mais d'apprentissage de ce qui crée ces différences de compréhension entre acteurs. C'est un registre qui repose sur la «compréhension mutuelle » (Nonaka et Takeuchi 1997) entre acteurs ; l'objet frontière permet d'explicitier des savoirs tacites, qui fondent le sens profond et les représentations des uns et des autres ;
- coopération selon un registre pragmatique ; quand la difficulté de dialogue entre les acteurs n'est pas seulement une question de communication ni même de compréhension, mais davantage d'évolution de son savoir. La coopération requière une certaine altération de ses savoirs ; faire dialoguer les acteurs consistent aussi à les convaincre de modifier certaines de leurs pratiques et croyances.

Star et Griesemer (1989) nous relatent comment, sur une longue période entre 1907 et 1939, des acteurs aussi divers que des administratifs, des gestionnaires, des chercheurs, des amateurs, des sponsors (fondations) ou encore des hommes politiques ont réussi à coopérer ensemble pour élaborer et faire vivre le projet de constitution et de développement du Musée

de Zoologie des Vertébrés de Berkeley (Californie). En dépit d'objectifs communs (favoriser la sauvegarde des espèces, établir un guide de la faune et de la flore) mais surtout différents (importance accordée à la recherche, plan de classement de certaines espèces), ces acteurs bien dissemblables ont réussi à se comprendre et à travailler ensemble en se retrouvant autour d'objets, que Star (1989) et Star et Griesemer (1989) décrivent à travers quatre catégories <sup>(2)</sup>. Chacune des parties prenantes au développement du musée a gardé sa propre identité, ses enjeux et a pu mener ses travaux mais tout en sachant s'articuler et travailler avec les autres parties <sup>(3)</sup>. De plus, ce processus d'intéressement a permis le maintien d'un multi point de vue <sup>(4)</sup>. L'Objet Frontière est ainsi un support multi point de vue, supportant et intégrant l'intelligence distribuée dans l'organisation (Hutchins 1994).

Certains travaux insistent davantage sur la nature transitoire de ces OF, qui sont construits et évoluent au fur et à mesure que le collectif d'acteur se structure. D'ailleurs le long processus de développement du Musée de Zoologie des Vertébrés a mobilisé différents objets frontières. La dimension transitoire de ces objets est bien rendue par le concept proche, et complémentaire de l'Objet Intermédiaire (OI), issu de la perspective de la conception collective (Jeantet et al. 1996 ; Vinck, 1999).

La perspective de l'OI met davantage l'accent sur le rôle de l'objet dans le cheminement progressif (des enjeux, des connaissances et des positions politiques) de ce qui est en conception, marquant une étape dont les choix qu'il porte peuvent être par la suite abandonnés, reformulés, voire renégociés. L'Objet Intermédiaire est un instrument, un outil qui permet de stabiliser les représentations, les connaissances et les relations au cours du processus se faisant ainsi que comme un outil permettant aux individus de dialoguer entre eux autour de cet objet. L'OI est un support et un facilitateur de la coordination entre acteurs impliqués dans un processus complexe dont la finalité et l'issue sont souvent incertaines. Il permet de créer de la coopération du fait même de la négociation de ces objets et de gérer de la connaissance puisqu'une partie des connaissances y sont inscrites.

---

<sup>2</sup> Ces catégories sont : 1) le répertoire de la faune et de la flore, 2) l'idéal type ou encore un dessin d'une espèce pouvant être lu sous différents angles d'intérêts, 3) la carte de l'état de Californie, qui par des jeux de couleurs, contenaient différents types d'informations, 4) une forme (dossier) pouvant être remplie au fur et à mesure par différentes personnes.

<sup>3</sup> Selon Star et Griesemer, 1989, «boundaries objects can be used by individuals within each for specific purposes without losing their own identity».

<sup>4</sup> Star se réfère en partie aux travaux de Callon et Latour sur l'intéressement et la traduction pour saisir l'intérêt des acteurs divers à travailler ensemble. Elle diffère cependant des deux sociologues de l'innovation sur le rôle du point de passage obligé, reprochant à cette perspective du PPO de décrire la traduction par le prisme d'un seul point de vue, généralement le point de vue de l'acteur dominant (en raison d'un pouvoir hiérarchique, d'une ancienneté, d'une compétence, ou d'une relation maîtrisées...).

Les OI mobilisés dans un processus constituent une ponctuation dans le temps et dans l'espace social ; ils permettent de marquer (repérer) les phases d'avancée du processus et aide à l'orientation des équipes et à l'harmonisation de leurs pratiques. Ce sont ainsi 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 permettent le dialogue et la convergence entre une pluralité de mondes.

Le choix de certains objets comme support à la conception devient alors essentiel.

Nous proposons ici une utilisation et un questionnement de l'OF peu étudiés (Carlile 2002). Nous partons d'un objet déjà constitué <sup>(5)</sup> et donc existant indépendamment du contexte d'utilisation pour questionner sa pertinence (sa qualité) à supporter la conception collective, mais distribuée (multi point de vue) d'un objet plus large (en l'occurrence un réseau de santé réunissant des professionnels de mondes très divers).

Notre question est de savoir dans quelle mesure, et pour quelles raisons, les « cas patients » mobilisés lors de quelques réunions de travail auraient pu être de tels objets frontières et de tels objets intermédiaires. C'est pour cette raison que nous nous demandons si les « cas patients » peuvent être considérées comme des objets pertinents dans le processus de conception : pertinent pour faire dialoguer au-delà de leurs frontières des acteurs de mondes différents (sociaux, professionnels ...) ; pertinent pour aider ces acteurs à concevoir un réseau qui correspondent à leurs attentes (en particulier lui-même décentralisé, distribué ...). La pertinence d'un Objet Frontière découlerait de ses quatre propriétés.

L'analyse de la littérature nous permet alors d'élaborer les trois questions de recherche suivantes. Le « cas patient » comme objet frontière pertinent dans la structuration d'un réseau distribué dépend de : 1) la capacité du « cas » à aider les acteurs de mondes différents à dialoguer ensemble ; 2) la capacité du « cas » à favoriser l'élaboration des solutions innovantes ; et 3) la capacité du « cas » à élaborer une organisation distribuée.

Nous allons analyser ces pistes à travers une étude de cas.

---

<sup>5</sup> Objet qui sera en l'occurrence des dossiers patients constitués par des médecins pour leur propre usage (cf. partie 3)

## **2 – Présentation du cas : le Réseau Pôle Mémoire**

### **21) La méthodologie de la recherche**

L'étude du réseau de soin repose sur la méthode de la Recherche Action (David, 2001) menée par une équipe de recherche <sup>(6)</sup>. Cette recherche vise la conception et le pilotage d'un réseau de soin autour des Troubles Mémoires chez la Personne Agée (Réseau Pôle Mémoire – RPM), dont les activités sont en partie médiatisées par des outils de nature collaborative et de gestion des connaissances. Elle a débuté en septembre 2001 avec la rencontre d'un acteur, gérontologue et directeur d'un centre Accueil de Jour et centre mémoire, qui voulait avec quelques autres collègues, améliorer le diagnostic, le suivi et la prise en charge de ce type de pathologie.

L'étude du cas RPM 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 auxquelles l'équipe de recherche participe (observation) sont filmées et les discussions enregistrées. La plupart des acteurs ont été interrogés sur l'avancée du processus, les raisons de leur participation et ce qu'il entendait par «réseau». Ces données primaires sont complétées par des données secondaires. L'ensemble de ces données sont analysées selon le principe de centration / codage / analyse de Miles et Huberman (1991).

### **22) Présentation rapide du cas**

Les réseaux de soin sont des structures relativement nouvelles créés par des promoteurs pour des raisons variées (Béjean et Gadreau, 1997) : décroisement entre professions, innovation et qualité de service, reconnaissance du patient, complémentarité des ressources.... Ces objectifs sont de deux ordres : meilleure traçabilité et organisation des processus de travail, amélioration des pratiques et des connaissances. En réalité, beaucoup de réseaux relèvent simultanément de ces motifs.

C'est ainsi que des médecins d'une agglomération française de taille moyenne ont souhaité mettre en place un réseau pour mieux prendre en charge la Plainte Mémoire chez la personne âgée, et qui sera appelé Réseau Pôle Mémoire.

La Plainte Mémoire <sup>(7)</sup> est un ensemble de pathologies qui mobilise des connaissances et des solutions de nature médicale, sociale et psychologique.

---

<sup>6</sup> Equipe sous la coordination de Corinne Grenier, Euromed Marseille et laboratoire ISTIT (UTT) avec Manuel Zacklad, directeur de l'équipe Tech-CICO du laboratoire ISTIT (science de l'ingénieur), et Bertrand Pauget, doctorant, sciences de gestion, laboratoire ISTIT, équipe Tech-CICO (UTT).

<sup>7</sup> Cette formulation permet de désigner globalement des troubles tels que la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick, de Parkinson, les troubles fronto-temporels ... dont l'expression n'est pas uniquement ni initialement les troubles mnésiques.

Le RPM est une réponse volontaire des acteurs à des insatisfactions : manque de temps pour dialoguer avec le patient, manque d'information et de formation sur les pathologies, difficile connaissance du monde socio sanitaire, longueur des délais pour l'obtention d'un 1<sup>o</sup> rendez-vous chez le neurologue (qui peut délivrer la première ordonnance). Il s'agit de construire un dispositif organisé de coordination et de lieux d'apprentissage.

Mais en dépit de ce diagnostic partagé (parce que largement défini), les nombreux professionnels qui participent au réseau expriment des attentes ou des visées différentes :

- Des médecins généralistes, souvent confrontés à la difficulté de poser le diagnostic (quel test, quelle méthode ?), et de devoir annoncer à leur patient ledit diagnostic (comment le faire, avec quels mots) ; difficultés d'autant plus fortes que les médecins connaissent mal, quand elles existent, les solutions de prise en charge et d'aide à mettre en place pour soulager le patient et sa famille. Car le médecin généraliste est l'acteur le plus en relation avec la famille, l'aidant, dépourvus face à l'annonce d'un trouble mémoire. Ces médecins ont souvent une acceptation large des troubles mémoires, ne limitant pas leur intérêt à la seule maladie 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 » disent ils souvent en boutade révélatrice !) ;
- Des neurologues, davantage centrés sur la maladie d'Alzheimer (enjeu sociétal fort, enjeux de recherche actuels, en attente de traitement annoncé pour les toutes prochaines années) et sur la pause du diagnostic. Pour ce faire, ils déplorent de souvent recevoir un malade (de la part d'un médecin généraliste ou d'un orthophoniste) sans un dossier bien informé ;
- Des orthophonistes, qui interviennent à double titre : au titre du diagnostic de la maladie, le point de vue des orthophonistes sur un patient (diction, sémantique, catégorisation ...) complétant utilement le diagnostic d'un pouvant utilement, son comportement et complètent alors les avis déjà posés par un généraliste ou un psychologue. Leur souhait est de pouvoir mieux articuler leurs interventions (en amont ou en aval d'un diagnostic) avec les autres professionnels ;
- Cette position générale est aussi celle des psychologues qui sont également dans cette attente de mieux articuler leur diagnostic avec les autres professionnels de santé (<sup>8</sup>).

Ces visées et attentes différentes ne s'expriment pas uniquement en terme de « profession », mais sont aussi individuelles. Il semble ainsi que les acteurs participent à l'aventure du RPM

---

<sup>8</sup> Des acteurs tels que les assistantes sociales et des institutions telles que les maisons de retraite sont entrées plus tardivement dans le réseau. A ce jour (mars 2004), des représentants de patients ou d'aidants n'ont pas encore été intégrés aux travaux et aux activités du RPM, en tant qu'acteur (et non pas simple patient suivi par le RPM, ce qui est le cas depuis plus de 1 an).

pour des raisons différentes (non forcément exclusives d'ailleurs), signifiant une représentation différente de ce doit être un réseau de soin (Grenier, 2004) :

- le «réseau – Ressource » conçu par l'acteur pour améliorer ses propres pratiques en cabinet (visée individualiste et utilitariste)
- le «réseau – Renforcement ou Support » pour faire valoir des compétences professionnelles (cas des orthophonistes) ou des compétences individuelles (cas d'un médecin) (visée politique personnelle ou professionnelle)
- le «réseau - Espace collectif d'innovation » pour faire progresser les connaissances et les pratiques collectives (visée coopérative).

Les acteurs ont chacun une idée assez précise des caractéristiques du réseau qu'ils veulent bâtir, et qui relèvent d'un système distribué :

- mieux identifier les compétences diverses et géographiquement dispersées de telle sorte à mieux les relier ;
- éviter toute redondance de pratiques, de connaissances et de modes de coordination ...
- « chacun à sa place ! » est un discours souvent entendu ; une bonne coordination doit éviter que tout le monde sache et fasse tout.

Les principales étapes de la construction du RPM sont les suivantes (cf. annexe) :

- 1° étape : de l'idée à l'objet du réseau (septembre 2001 à janvier 2002) : décision de quelques acteurs d'améliorer les pratiques et les connaissances sur les plaintes mémoires chez les personnes âgées ;
- 2° étape : concrétisation du projet autour d'un pool de médecins (mars à juillet 2007) : diverses réunions auront lieu pour définir l'objet du Réseau, ses premiers membres. Il s'agit surtout pour les participants d'affirmer leur cohésion et leur volonté en comprenant bien leurs attentes vis-à-vis du réseau ;
- 3° étape : le démarrage de la conception opératoire du Réseau (octobre 2002 à mai 2003) : trois réunions d'un groupe de travail « cas » (cf. ci-dessous) ; progressive structuration du Réseau (cellule de coordination, comité de pilotage ...) ; création de l'association gestionnaire du réseau ; participation de nouveaux membres (professionnels non médecins)
- 4° étape : le démarrage de l'activité de coordination et de soin (depuis juin 2003) : réunions de la cellule de coordination pilotée par un neurologue et la coordinatrice du réseau ; élaboration de la trajectoire de suivi du patient.

Cette construction est une lente structuration entre expérimentations, contraintes et identités professionnelles qui modèlent la répartition des activités entre les professionnels de santé (médecin et non médecin). Cependant, les contraintes repérées ont laissé place à de

nombreuses alternatives dans la configuration du réseau, apparentant ce processus en cours à une situation de conception faiblement prescrite (Hatchuel 1996).

Trois réunions d'un groupe de travail appelé « groupe cas » se sont déroulées et ont joué un rôle important dans la structuration progressive du réseau. Nous allons étudier si ces cas ont été des objets frontières pertinents dans cette structuration.

### **3 – Présentation des résultats**

#### **31) Le groupe de travail « cas » du Réseau Pôle Mémoire**

Le groupe de travail « cas » a été constitué en octobre 2002 pour élaborer des modes opératoires de travail au sein du RPM. Le principe était que tout acteur intéressé pouvait en être membre. Ont ainsi régulièrement participé aux réunions quelques médecins, le neurologue (président du réseau), deux orthophonistes et une psychologue, qui deviendra peu à peu, et de manière informelle, la coordinatrice des trajectoires de soin.

Au cours de trois réunions (novembre et décembre 2002, janvier 2003), les membres exposent certains de leurs « cas patient » qu'ils jugent pertinents au regard du Réseau, qui sont collectivement discutés. Le dialogue s'instaure souvent entre celui qui présente le cas et le neurologue principalement, puis les autres membres dans un second temps. La discussion a plusieurs visées : définir la situation sociale et médicale du patient, comprendre le diagnostic posé par le professionnel qui présente le cas ainsi que les mesures prises (bilan mémoire, traitements médicamenteux ...), faire préciser certains termes utilisés. Ce dialogue s'instaure sur trois registres :

- l'informatif, l'évolution d'un patient suivi par plusieurs membres du Réseau est connue, des ressources utiles pour le traitement (service social de la Mairie, le Clic de l'agglomération) sont portées à la connaissance des acteurs ....
- le conseil, fait au médecin qui a présenté le cas de son patient, pour améliorer le traitement, la prise en charge ; ou le conseil en vue d'améliorer la constitution des dossiers des patients qui seront adressés au neurologue pour un examen neurologique ...
- la décision, quand le neurologue ou l'orthophoniste acceptent de suivre en priorité le patient étudié, ou d'améliorer le fonctionnement de la cellule de coordination autour des patients, ou d'élargir la constitution du réseau à certains acteurs tels que les maisons de retraite et les structures d'accueils de jour ...

La discussion durant les groupes de travail a aussi permis à des acteurs de se positionner sur certains rôles. Ainsi, les compétences et le rôle que peuvent jouer une psychologue ou une orthophoniste dans le suivi des patients ont été pour la plupart des médecins une « découverte ». De même un médecin généraliste a cherché à devenir un maillon

intermédiaire entre le médecin traitant et le neurologue, dans le but de d'accélérer ainsi la mise en place d'un traitement (<sup>9</sup>) et de prendre un certain « pouvoir ».

### **32) La production du groupe de travail**

5 cas ont été discutés en profondeur :

- 1° cas : un patient vraisemblablement atteint d'un Alzheimer refuse d'admettre un tel diagnostic ; son médecin généraliste ne parvient pas à lui faire prendre RDV chez le neurologue pour un bilan plus complet
- 2° cas : un patient dont l'atteinte de la maladie d'Alzheimer est encore plus incertaine mais qui ne consulte plus (ou *oublie*) de consulter son médecin généraliste ; une double question était posée aux membres du groupe de travail : a) comment reprendre contact avec ce patient et b) peut on le « forcer » à se soigner et donc à accepter à faire dans un premier temps un bilan neurologique ?
- 3° cas : un patient atteint d'Alzheimer, suite à quelques tests effectués en cabinet par le généraliste et un diagnostic confirmé par l'orthophoniste, mais qui présente une anxiété grandissante face à sa maladie. L'urgence à mettre en place un traitement et à trouver une solution de suivi social se heurte à la lenteur des prises de RDV (et de la disponibilité des neurologues) ainsi qu'à la méconnaissance des structures d'aides par le médecin ; la question est aussi celle de savoir quoi faire d'un tel patient dans ces intervalles de temps ;
- 4° cas : un patient dépressif, atteint d'Alzheimer mais qui ne peut présenter qu'un dossier incomplet (antécédents, autres maladies, parentèle pour une aide ....) suite à des déménagements fréquents ; la question est de savoir comment s'assurer d'un dossier complet ;
- 5° cas : cas proche du 1° cas, mais qui a suscité une discussion très différente, qui a porté sur l'intérêt (neurologue) ou non (psychologue et généraliste parfois) du diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer.

La variété des cas exposés et discutés a permis de faire émerger des solutions transitoires (<sup>10</sup>) :

- quant au cas lui-même (prise de rendez vous, recommandations .... )

---

<sup>9</sup> Rappelons que l'un des soucis majeurs qui motive la création du RPM est les délais d'attente pour un premier RDV auprès des deux neurologues de l'hôpital (membres tous les deux du RPM), souvent entre 4 à 6 mois.

<sup>10</sup> Nous parlons de solutions «transitoires» (ou intermédiaires) puisqu'elles ont été pour l'instant produites en milieu confinée mais commencent seulement à être appropriées dans la pratique non confinée. Par ex. le travail de la coordinatrice se met en place. Les tests mémoire sont de même réutilisés par quelques médecins. Mais à l'inverse, l'organisation à double niveau du réseau, le rôle du maillon intermédiaire, ... restent à ce jour (et à notre connaissance) non réappropriés. Notons que le Dossier Partagé de Liaison a été réutilisé lors des réunions de la cellule de coordination, mais sous une forme un peu différente.

- quant au mode de travail entre les membres du groupe (les informations nécessaires au neurologue pour examiner le plus efficacement possible au 1<sup>o</sup> RDV un patient, le choix des tests mémoire, le rôle des orthophonistes ...)
- quant à l'organisation du RPM (rôle d'une cellule de coordination, structure d'un patient partagé de liaison ...)
- quant à la place du Réseau dans l'offre de soin (relation avec d'autres structures telles que le CLIC, les centres de jour et d'accueil, l'hôpital ...).

Tout d'abord, le rôle du RPM a été articulé par rapport à des instances déjà existantes. Ainsi, la recommandation a été émise de s'appuyer sur le CLIC <sup>(11)</sup> pour mettre en place des aides sociales aux patients. La place du réseau par rapport à d'autres organisations a ainsi été posée. Des outils de travail collaboratif ou individuel ont été élaborés. Un Dossier Partagé de Liaison (DPL) a été défini en 5 rubriques <sup>(12)</sup> informées par les acteurs en relation avec le patient et qui permet une meilleure coordination sur la base de types de connaissances prédéfinies (les rubriques) et harmonisées pour certaines car émanant d'outils définis collectivement. Un ensemble de quelques tests rapides a été élaboré afin d'évaluer le type de plainte mémoire dont souffre un patient. Certains acteurs ont participé à des formations aux tests. Ces travaux ont permis aussi de préciser les types de pathologies que le RPM entendait suivre.

Les outils informatiques n'ont pas été discutés de manière approfondie. Le principe d'une coordination informatisée est acquis mais reste encore abstrait. Seules quelques difficultés (confidentialité et protection des données) ou fonctionnalités (base de données...) ont été évoquées.

C'est autour de la coordination que la structure du RPM a tout d'abord été élaborée, par référence à la notion de trajectoire du patient (Strauss, 1992). Une cellule de coordination a été créée et ses membres désignés <sup>(13)</sup>, dont une coordinatrice chargée de suivre les patients. Un maillon intermédiaire entre le généraliste et le neurologue qui établit la 1<sup>o</sup> ordonnance a été proposé, devant offrir un pré diagnostic en vue de faciliter le travail de ce dernier. Par ailleurs, une structure à double niveau du travail au sein du réseau a été élaborée (1<sup>o</sup> niveau : examen rapide pour repérer les cas pouvant être suivis par le RPM ; 2<sup>o</sup> niveau : mise en place d'une trajectoire de soin).

Ces cas ont-ils contribué de manière pertinente à la construction d'un réseau tel que défini plus haut ? Peuvent ils être analysés comme Objet Frontière au sens défini plus haut ?

---

<sup>11</sup> CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination, qui donne des informations sur les différentes aides dont peuvent bénéficier les personnes âgées.

<sup>12</sup> Les rubriques sont : Informations nominatives, Situation sociomédicale et familiale, Antécédents et autres traitements, Plainte et Traitements. On doit noter que ce découpage n'est pas uniquement professionnel, chaque rubrique devant être remplie par les différentes spécialités du réseau.

<sup>13</sup> Ou plus exactement les catégories d'acteurs qui devaient à chaque réunion être représentées : l'apporteur des cas à coordonner, un neurologue, un généraliste, un psychologue et un orthophoniste.

## **4 – Discussion : Apports, pertinence et limite des cas dans la construction d'un réseau d'acteurs professionnels distribué**

### **41) Les cas patients dans la structuration du réseau**

Les cas patients présentent les quatre caractéristiques des objets frontières.

La polyvalence des cas repose sur la richesse de leur contenu et de la discussion qui s'en suit. D'ailleurs les cas étaient suffisamment typifiés pour intéresser les membres du groupe et susciter des propositions variées, parfois innovantes. C'est ainsi que des connaissances relatives aux dimensions d'un réseau (Grenier, 2003) ont été élaborées : Enjeux (diagnostic, prise en charge ...), Structure (cellule de coordination ...), Outils (dossier partagé, tests ...), Connaissance (cf. plus haut) et Sociabilité (les acteurs se connaissant mieux et sachant davantage à qui faire appel, soit encore une connaissance relationnelle, de l'autre, Grenier et Pauget, 2003 ; Orlikowski, 2002).

Cette polyvalence a aussi permis aux acteurs de différents mondes sociomédicaux (généraliste, neurologue, orthophoniste et psychologue) d'y trouver intérêt, d'entrer dans la discussion, et de pouvoir apporter leur point de vue. Ainsi, certains acteurs (neurologue et orthophoniste) étaient davantage sensibles à l'amélioration et la coordination autour de la phase de diagnostic (précoce) d'un patient tandis que les généralistes et la psychologue l'étaient davantage autour de la phase de suivi et de prise en charge du patient.

Les points de vue différents ne se sont pas réellement fondus, mais se sont mieux articulés et ont ainsi pu d'adapter les uns aux autres.

De plus, s'est développée au fil des réunions une certaine standardisation dans la manière de présenter un cas <sup>(14)</sup> et l'usage de certaines terminologies. Il semble que les acteurs aient appris comment se servir de cet outil « cas patient » pour dialoguer entre eux.

Certes le dialogue et surtout l'intégration des acteurs n'étaient parfois possibles qu'au prix d'une certaine abstraction des connaissances. Le terme « plainte mémoire » était très souvent utilisé sans qu'un accord sur les limites de ce terme (Alzheimer, Parkinson?) aient été partagées entre les acteurs. La discussion des cas était organisée par disciplines

---

<sup>14</sup> D'une réunion à l'autre, les participants ont présenté peu à peu leur dossier de manière similaire : les raisons de cette présentation au membres du groupe de travail, la situation médicale et sociale du patient, ce que le médecin pensait d'une pathologie possible de type Alzheimer ... Des précisions (relatives à l'âge à la situation familiale du patient, et qui ont une influence sur sa prise en charge ou sur l'évolution de sa maladie) étaient systématiquement demandées lors de la première réunion (car oubliées dans la présentation : le médecin connaissait son patient !) puis étaient presque toujours présentées lors des exposés suivants (le médecin donnait les informations pour ses autres collègues en vue de faciliter leur compréhension de la situation du patient).

professionnelles. Les savoirs ainsi élaborés ou manipulés ont permis une discussion en profondeur parce qu'ils étaient «durcis » (Star et Griesemar 1989 :393), à savoir manipulés 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. S'est peu à peu mise en place une articulation des connaissances profondes d'un domaine et des connaissances plus générales permettant à l'ensemble des acteurs de se comprendre. Et une répartition entre ce qui relevait du collectif d'acteur et ce qui relevait de groupes d'acteurs a émergé

Enfin, les discussions se sont alimentées de propositions précédemment émises par ce groupe de travail. La structure du Dossier Partagé de Liaison s'est construite peu à peu, pour être réutilisée lors des réunions de la réunion de la cellule de coordination (à partir de juin 2003). Une appropriation des connaissances au sein des différents groupes de travail ainsi que dans les lieux respectives de travail des acteurs (réutilisation des tests mémoire) a pu être observée. Les éléments structurants conçus (cas raconté et mis en ligne sur le site Internet du Réseau, DPL, test mémoire, organisation en double niveau du RPM...) intègrent des connaissances apportées par un objet mis en discussion (le cas patient comme OF). Pour autant, les «cas patients » ont – ils été des supports pertinents à la construction d'un réseau distribué ?

#### **42) Le cas patient peut il jouer le rôle d'un objet frontière ?**

Le cas patient possède quelques avantages pour être un OF pertinent.

C'est tout d'abord un support connu. Cette familiarité réduit l'incertitude créée par la situation nouvelle de devoir travailler en réseau et a facilité l'intégration des acteurs dans la discussion. Une organisation distribuée du réseau a commencé à émerger, bâtie sur une nouvelle division du travail (rôle nouveau de la coordinatrice de la trajectoire de suivi du patient). Le «cas patient » a permis l'articulation des points de vue de deux manières (Carlile, 2002) :

- de manière syntaxique en offrant peu à peu un ensemble de mots et termes standardisés (plainte mémoire, Alzheimer, Test de l'horloge ...) qui permettaient la coordination des acteurs ;
- de manière sémantique en permettant aux acteurs de se comprendre mutuellement.

Mais intéressons nous aux limites de la construction du RPM au moyen de ces cas.

En effet, la situation étudiée était fortement innovante et appelait un 3<sup>o</sup> registre d'articulation appelé pragmatique (Carlile, 2002) par lequel les acteurs acceptent de modifier et d'altérer certains de leurs savoirs, registre qui n'a pas été réellement observé.

Le cas est un document d'expertise, qui comporte très peu de connaissances sur le mode de travail des médecins. Le rôle de la coordinatrice reste par exemple imprécis et sa faculté à dialoguer et coordonner des acteurs à travers des outils informatiques est peu définie.

L'articulation des acteurs a été envisagée selon le référentiel classique de la trajectoire du patient (Strauss, 1992), concept organisateur surtout utilisé dans le travail d'équipe hospitalier, lieu particulièrement confiné et centré sur un médecin chef ! Les cas ont été traités en face à face alors que le travail de coordination asynchrone est davantage encouragé à terme. Le travail en réseau appelle normalement une redéfinition des frontières identitaires et professionnelles des acteurs, seulement ébauchée. La place à accorder à la coordinatrice par exemple est souvent minimisée par le neurologue ou certains médecins généralistes.

Finalement le travail (difficile) de cette coordinatrice s'appuie davantage sur l'idée de l'articulation d'une trajectoire de soin (Strauss, 1992) qui reproduit les frontières habituelles du domaine médical. Elle a du mal à assimiler le DPL qui articule de manière plus innovante les différentes connaissances sur le patient. Ce sont donc des structures profondes de nature professionnelle (Giddens, 1987) qui ont contraint le processus de conception.

De même la création de la structure du réseau reste juridique (association Loi 1901) et donc peu intériorisée (Friedberg, 1993). Les cas ne permettent pas de débattre réellement de la dimension Structure. La richesse de la conception dépend donc en grande partie du contenu des cas. Chaque cas a été utilisé une seule fois, excepté quelques évocations lors de réunions ultérieures et il est difficile de juger s'ils ont été totalement épuisés par la discussion.

Les cas ont été débattus par un petit groupe de professionnels du RPM, porteurs de connaissances hétérogènes (neurologue, généraliste, orthophoniste ...). Dans quelle mesure ces acteurs étaient représentatifs des autres membres du RPM ? Cette taille restreinte n'a-t-elle pas minimisé ou au contraire exacerbé des tensions d'intérêts entre les acteurs ? De même la discussion autour du cas était très dépendante de la composition du groupe et à chaque évolution de celle-ci, les recommandations émises précédemment étaient parfois rediscutées (Grenier et Soulier, 2002). Cette non stabilisation des recommandations peut s'expliquer de plusieurs manières : le difficile passage du travail « artificiel » autour du cas au travail réel en cabinet ; le manque de mise en pratique par les acteurs. Cette dernière explication est cohérente avec notre manière de comprendre les connaissances comme localisées et émergentes des pratiques (Wenger, 2000), militant pour une lente structuration du réseau.

Enfin Carlile (2002) ajoute aux travaux de Star et Griesemer (1989) et de Vinck (1986) l'importance à mobiliser de manière téléologique l'OI/OF. Or il ressort que les groupes cas n'ont pas suffisamment discuté de leur finalité. Ce qui peut expliquer également les limites de pertinence du cas pour soutenir la conception du RPM.

## **Pour conclure**

Le cas patients a manifestement aidé les professionnels de la santé à concevoir un réseau de nouvelles pratiques et de coordination qu'ils souhaitaient distribué. La diversité des points de

vue multiples a été en partie sauvegardée, à la fois durant le processus de conception et dans les différents éléments du réseau.

La familiarité et la richesse des cas a permis aux acteurs de différents mondes professionnels de trouver intérêt à dialoguer ensemble (question de recherche 1). Ce qui permis un travail riche de conception du réseau. Cependant cette familiarité tout autant que la nature des cas, conçu par chaque acteur comme une « mémoire patient » que comme un outil de coordination avec d'autres acteurs, a freiné la capacité d'innovation et d'appropriation des solutions innovantes (questions de recherche 2 et 3). Il semblerait ainsi qu'un objet frontière doit d'autant plus être transitoire et simplement permettre de déclencher un processus innovant de travail collectif qu'il est familier aux acteurs. En conséquence, nous posons la question d'un cycle de vie de l'usage d'un objet comme Objet Frontière. Une réponse possible a trait à un modèle temporel d'usage de l'OF, dont les grandes phases pourraient être les suivantes : choix d'un cas, discussion, propositions, validation par la pratique, fin (épuisement, rejet, abandon). Ceci mériterait approfondissement, pour mieux comprendre chacune de ses phases ainsi que l'articulation de ses phases dans le temps dans le but de favoriser la prise en compte et la gestion de la diversité sociale et professionnelle dans les collectifs de travail modernes.

## Bibliographie

**Béjean S. et Gadreau M.**, 1997, « Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé », Revue d'Economie Industrielle, n° 81, p. 77-97

**Boland R., Tenkasi R. et Te'eni D.**, 1994 : "Designing information technology to support distributed cognition" ; Organization Science ; vol. 15/3, pages 456-475

**Boltanski L. et Thévenot L.**, 1991, *De la justification – les économies de la grandeur* ; Gallimard Essais

**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

**Charlet J.**, 2002, *Ingénierie des connaissances*, HDR – Université Pierre et Marie Curie, spécialité Informatique ; soutenue le 10 décembre

**Cicourel A.**, 2002, *Le raisonnement médical*, Seuil

**David A.**, 2000, «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*, Vuibert Fnege, p. 193-213

**D'Iribarne Ph.**, *La logique de l'honneur*, Seuil, 1989.

**Friedberg E.**, 1993, *Le pouvoir et la règle – dynamiques de l'action organisée* ; Seuil Sociologie

- Giddens A.**, 1987, *La constitution de la société*, Presses Université de France
- Granovetter M.**, 1992, «Economic institutions as social constructions : a framework for analysis », *Acta Sociologica*, vol. 35, p. 3-11
- Grenier C.**, 2004, "Healthcare network as a mix of three models of professional and collective practices – a better understanding of the distinctive characteristic of professional network", *Communication à la conférence EGOS*, juillet, track "Organizational design and dynamics in the sphere of public affairs"
- Grenier C.**, 2003, «Comment construire un espace de flux d'information distribué ? - le cas d'un réseau de santé », Cahier de Recherche Euromed Marseille – Ecole de Management
- Grenier C. et Pauget B.**, 2003, «Intégration et cohésion dans une organisation réticulaire – le cas d'un réseau de soin en phase d'émergence », communication au 2<sup>o</sup> colloque CITE 2003, Université de Technologie de Troyes, décembre
- Grenier C. et Soulier E.**, 2002, « A political model of co-operative production of knowledge in design process : the Shared Medical File (SMF) », ECAI 2002 Workshop on Knowledge Management and Organizational Memory, juillet, Lyon ; Publication dans les actes du colloque
- Hatchuel A.**, 1996, « Coopération et conception collective ; variétés et crises des rapports de prescription » ; in *Coopération et Conception*, sous la direction de de Terssac G. et Friedberg E., Editions Octares, p. 101-121
- Hutchins E.**, 1994 : « comment le cockpit se souvient de ses vitesses », *Sociologie du travail*, numéro spécial : travail et cognition, vol 36, n° 4, p. 451-473
- Jarrilo C.**, 1988, « On strategic networks », *Strategic Management Journal*, vol 9/1 : 31-41
- Jeanet A., Tiger H., Vinck D., Tichkiewitch S.** , 1996, «La coordination par les objets dans les équipes intégrées de conception de produit », in de Terssac G., Friedberg E., *Coopération et Conception*, Octares Editions
- Livian Y-F.**, 1998, *Organisation – théories et pratiques* ; Dunod
- Miles M. et Huberman A., 1991, *Analyse des données qualitatives - recueil de nouvelles méthodes* ; De Boeck Université
- Moscovici S.** (ed.), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 1984
- Nonaka I., Takeuchi H.**, 1997, *La connaissance créatrice : la dynamique de l'entreprise apprenante*, (Tard. Fr).
- Norman**, 1994, « Les objets dans l'action » ; *Raisons Pratiques*, n° 4, p. 15-34
- Orlikowski W.**, 2002 : *Knowing in practice : enacting a collective capability in distributed organizing*, *Organization Science*, vol. 13/3, pages 249-273
- Rabeharisoa V. Et Callon M.**, 1999, *Le pouvoir des malades – l'Association Française contre les Myopathies et le Recherche*, Editions Ecole des Mines de Paris
- Sainsaulieu R.**, *L'identité au travail*, (2<sup>ème</sup> ed.), 1987.

- Star S. et Griesemer J.**, 1989, "Institutional ecology : translations and boundary objects : amateurs and professionals in Berkeley 's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939", *Social Studies of Science*, vol. 19, p. 387-420
- Strauss A.**, 1992, «Maladie et trajectoires » (avec Fagerhaugh S., Suczek B. et Wiener C.), pages 143-190 ; in Strauss A. *La trame de la négociation – sociologie qualitative et interactionnisme – textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger*, L'Harmattan, Logiques Sociales
- Sydow T. et Windeler A.**, 1998 : «organizing and evaluating interfirm networks : a structurationist perspective on network process and effectiveness” ; *Organization Science*; vol. 9/3, pages 265-284
- 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*, XL-2 : 385-414
- Weick K.**, 1979, *The social psychology of organizing* ; Random House
- Wenger E.** , 2000, *Communities of Practice and social learning systems*; *Organization*, 7 (2), 225-246
- Williamson, O.** 1979, « Transaction cost economies : the governance of contractual relation » ; *Journal of Law and Economics*, n° 2, p. 233-261
- Yin R.**, 1991 : *Case study research - design and methods in Applied Social Research Methods Series - volume 5* ; Sage Publications

## Annexe - déroulement de la structuration du RPM

Phases	Date et Evènements
<p><b>Phase préliminaire – de l'idée à l'objet du réseau</b>  <b>De septembre 2001 à janv. 2002</b></p>	<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>1° phase – concrétisation du projet RPM autour d'un pool de médecins</b>  <b>De mars 2002 à juillet 2002</b></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>(15)</sup> ; compréhension des attentes mais aussi des craintes des acteurs ; les instances de gouvernance (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>2° phase – le démarrage de la conception opératoire du RPM</b>  <b>Octobre 2002 à décembre 2003</b></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> <p><b>Novembre, décembre 2002 et janvier 2003</b> : groupe de travail « cas » : environ 5/7 membres (généralistes, neurologue, orthophoniste, psychologue) : autour de l'examen d'un cas amené par un acteurs, 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 élargi 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>3° phase - démarrage de l'activité sociomédicale du RPM</b></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>A partir d'octobre 2003</b> –réunions de la cellule de coordination, qui fera aussi office de cellule éditoriale</p>

<sup>15</sup> FAQSV – Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville - Subvention apportée par l'URCAM 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 !