

Le processus de développement d'une communauté de pratique: une approche par la dialectique participation-réification

Stéphanie Dameron

Maître de conférences

Emmanuel Josserand

Maître de conférences

CREPA

Université Paris-Dauphine

Place du Maréchal de Lattre de Tassigny

75775 Paris cedex 16

01 44 05 43 54

stephanie.dameron@dauphine.fr

emmanuel.josserand@dauphine.fr

Résumé:

L'objectif de cet article est de construire un cadre d'analyse des logiques sous-jacentes à la dynamique des communautés des pratiques. En adoptant une perspective processuelle, cette recherche montre comment une communauté peut être bloquée ou au contraire se développer. Pour cela nous utilisons une grille de lecture construite à partir de la dualité entre la participation et la réification introduite par Wenger (1998). Nous mettons également en évidence les dimensions fondamentales qui composent cette dualité.

Cette recherche est de nature exploratoire, elle est fondée sur une étude de cas longitudinale, celle d'un réseau de chirurgiens dentistes. Ce réseau aspire à construire une communauté de pratiques entre ses différents membres. L'étude de la littérature sur la dynamique de construction des communautés de pratique révèle à la fois le manque de données empiriques sur ce thème et l'intérêt d'une mise en perspective de la dialectique participation-réification pour analyser le processus de construction d'une communauté. Les données sont collectées

grâce à deux séries d'entretiens, l'observation de la communauté durant plus de deux ans, et des études sociométriques tout au long du processus.

La structuration de la communauté de pratiques étudiée s'avère être un phénomène bien plus complexe que celui suggéré par le modèle du cycle de vie. Elle est générée par la tension entre participation et réification, et suit un processus dialectique. Trois phases sont repérées, chacune marquant un équilibre spécifique entre participation et réification. Cet équilibre est dépendant de l'histoire de la communauté de pratiques ainsi que de facteurs contextuels tant internes qu'externes. La dualité de la participation et de la réification construit le capital social de la communauté. Ce capital est composé de trois dimensions : la relation identitaire, affective et fonctionnelle. Le développement harmonieux d'une communauté de pratique impose un certain équilibre entre ces trois formes de lien social.

Mots clefs: communauté de pratique, processus, étude de cas

Les premiers travaux en management de la connaissance se sont essentiellement centrés sur les technologies de l'information. Cela a pris quelque temps avant de comprendre que l'enjeu dépassait les problèmes de bases de données (Mc Dermott, 1999). Afin d'éviter la constitution de vastes « usines à gaz », les considérations organisationnelles et comportementales sont centrales (McDermott, 1999 ; Bonfour & Sensiper, 2000 ; Thomas, Kellog & Erickson, 2001) ainsi qu'une réflexion sur l'apprentissage (Argyris 1977, 1991 ; Senge, 1980, Mintzberg, 1994). Dans ce cadre, la notion de communautés de pratique peut jouer un rôle important. Elle permet notamment de relier apprentissage et pratiques (Wenger, 1998).

Néanmoins, il manque une analyse processuelle du développement des communautés de pratiques. Il existe un décalage frappant entre la richesse conceptuelle des travaux sur cette forme d'organisation et le peu d'études en profondeur, ad-hoc, sur la dynamique des communautés de pratiques ainsi que les « phases » de son développement (McDermott, 2000 ; Wenger, McDermott & Snyder, 2002). Seul le modèle du cycle de vie est pour le moment évoqué malgré les critiques qui lui sont faites (Gongla & Rizzuto, 2001). Il apparaît notamment réducteur de la subtilité de l'analyse réalisée dans le travail fondateur de Wenger (1998).

L'objectif de cet article est de diminuer ce décalage. Il s'agit de construire un cadre d'analyse des logiques sous-jacentes à la dynamique des communautés des pratiques. En adoptant une perspective processuelle, cette recherche montre comment une communauté peut être bloquée ou au contraire se développer. Pour cela nous utilisons une grille de lecture construite à partir de la dualité entre la participation et la réification introduite par Wenger (1998). Nous mettons également en évidence les dimensions fondamentales qui composent cette dualité.

Cette recherche est de nature exploratoire, elle est fondée sur une étude de cas longitudinale, celle d'un réseau de chirurgiens dentistes. Ce réseau aspire à construire une communauté de pratiques entre ses différents membres. L'étude de la littérature sur la dynamique de construction des communauté de pratique révèle à la fois le manque de données empiriques sur ce thème et l'intérêt d'une mise en perspective de la dialectique participation-réification pour analyser le processus de construction d'une communauté. Les données sont collectées grâce à deux séries d'entretiens, l'observation de la communauté durant plus de deux ans, et des études sociométriques tout au long du processus. Les résultats montrent que la communauté de pratique doit équilibrer dans le temps trois dimensions du lien social : la

relation identitaire, affective et fonctionnelle. La combinaison de ces trois dimensions caractérise des tensions spécifiques entre participation et réification.

QUELLE EST LA DYNAMIQUE DES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES ?

Une communauté de pratique est usuellement définie comme des “groups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis “ (Wenger, McDermott & Snyder, 2002:4). Ces personnes ne travaillent pas nécessairement ensemble, mais elles ont une histoire commune liée à leur pratique professionnelle (Wenger, 1998). Qu’elle soit formelle ou pas, une communauté de pratique est auto-organisée et ses membres sont recrutés par cooptation (Wenger & Snyder, 2000). Cette définition demeure toutefois encore large (Vaast, 2002), elle inclut les corporations de la Grèce ancienne, les guildes du moyen âge, voire les communautés virtuelles (Wenger & Snyder, 2000). Afin de préciser la notion, nous définissons une communauté de pratique comme un groupe auto-organisé, d’individus partageant le même centre d’intérêt ; par des interactions régulières, ils développent des pratiques et des expertises partagées dans ce domaine, et par là-même génèrent une identité commune¹.

Au-delà du modèle du cycle de vie

Le développement d’une communauté de pratique est pour certains auteurs caractérisé par le modèle du cycle de vie. Mc Dermott (2000) identifie 5 phases dans le processus de développement : planifier, lancer, croître, soutenir, arrêter. Wenger, Mc Dermott et Snyder (2002) précisent par la suite cette dynamique en la décomposant en 5 étapes : potentialité, regroupement, maturation, organisation, transformation.

Dans la première phase, la communauté n’existe pas encore, mais elle est envisagée. Le processus ensuite s’accélère et durant l’étape de regroupement, le groupe est créé, développe sa vision et les interactions se multiplient. La troisième phase est celle de la maturation : le groupe précise son domaine d’intervention, son rôle, ses frontières et s’étend à de nouveaux membres. Le groupe rentre alors dans la quatrième étape où il assure sa maîtrise d’un domaine de compétence. Vient enfin la dernière phase où la communauté de pratique se transforme : soit elle se désagrège, elle se transforme en association, elle fusionne avec une

¹ Pour une discussion de la définition d’une communauté de pratique, voir notamment Chanal (2000) et Vaast (2002).

autre communauté ou encore elle est institutionnalisée comme service, département, voire une nouvelle activité.

Plusieurs limites de ce modèle peuvent être discutées. Le caractère déterministe d'une succession de phases prédéfinies est un des premiers points. Certes, toute communauté de pratique est destinée à s'éteindre ou à évoluer vers d'autres formes organisationnelles, mais aucun résultat empirique n'atteste l'existence de 5 phases qui s'enchaînent de manière linéaire. Dans une des rares études empiriques sur le processus de développement de ces communautés, Gongla et Rizzuto (2001) offrent une perspective plus nuancée et plus complexe. Ils étudient 60 communautés de pratique chez IBM. Si elles traversent différentes phases, leur dynamique n'est pas linéaire: "Communities may stay at certain stages and not evolve to another level; communities may move "backward and forward" between the stages; communities may 'rest' for extended periods at one stage and suddenly evolve quickly to another stage." (Gongla & Rizzuto, 2001:846).

Leur processus est donc caractérisé par un enchaînement complexe de phases d'accélération et de ralentissement, de développement et de régression, qui résultent plus de l'influence de contingences internes et environnementales que d'un processus continu, « préprogrammé ».

Ces premiers résultats conduisent à s'interroger sur les dimensions structurant le développement des communautés de pratique. La dualité de la participation/ réification peut être une des réponses possibles.

La dualité participation/ réification

La dualité de la participation/ réification est présentée par Wenger (1998) comme une des clefs pour comprendre la dynamique d'une communauté de pratique. Cette dualité est au cœur de la négociation de sens, activité fondamentale de la communauté de pratique ; elle doit cependant être pensée de manière dynamique.

La négociation de sens peut être définie comme un processus permanent dans lequel les membres d'une communauté de pratiques sont engagés. Dans ce processus, ces derniers négocient et produisent des significations de leur activité commune, une signification étant ce qui « exists neither in us, nor in the world, but in the dynamic relation of living in the world ». (Wenger, 1998:54).

La négociation de sens résulte donc d'interactions continues, ancrées dans un contexte et une histoire, qui conduit peu à peu à la construction d'engagements mutuels, d'un projet commun

et d'un répertoire partagé, ces trois dimensions constituant la communauté de pratiques. Ce processus de négociation repose sur la dialectique de la participation et de la réification.

La participation renvoie à l'engagement visible, identifiable, d'un individu dans la communauté de pratique. Elle se caractérise par une reconnaissance mutuelle de cet engagement et prend forme dans des interactions et des actions ; par leur participation les individus montrent leur implication. Elle est étroitement liée à la construction identitaire de l'acteur : « a defining characteristic of participation is the possibility of developing an "identity of participation", that is, an identity constituted through relations of participation. » (Wenger, 1998:56).

Analyser la participation comme une manifestation de l'engagement de l'acteur dans la communauté de pratiques nécessite ainsi de repérer les actions et interactions de ce dernier.

La réification est, quant à elle, à la fois un processus et le résultat de ce processus. Elle consiste à donner forme à la négociation de sens : « We project our meanings into the world and then we perceive them as existing in the world, as having a reality. » (Wenger, 1998:58).

Les réifications sont des éléments tangibles – comme des concepts, outils, symboles, histoires ou encore des rites- produits par la communauté et preuves de son existence. Ces « formes » permettent de développer et de renforcer la confiance de la communauté en sa solidité et sa pertinence.

La négociation de sens apparaît ainsi comme un processus permanent dans lequel chaque réification génère plus d'engagement et de participation. La participation et la réification sont duales parce qu'elles sont articulées dans une tension dynamique ; elles sont les deux faces indissociables d'un même processus (Chanal, 2000).

Ce cercle vertueux qui conduit à un développement harmonieux de la communauté de pratique est bien entendu extrêmement fragile. Une déconnection entre une des deux dimensions de cette dualité peut à tout instant survenir. Les membres peuvent ainsi changer leurs représentations : “as a focus of attention that can be detached from practice, the reification may even be seen with cynicism, as an ironic substitute for what it was intended to reflect” (Wenger, 1998:61). Cependant la réification est nécessaire pour réaffirmer l'engagement des membres et leur participation. Les difficultés rencontrées par les communautés de pratiques peuvent donc être dues à une emphase excessive sur la participation – dans quel cas la négociation de sens ne peut avoir lieu – ou à un excès de réification qui déconnecte la communauté des situations concrètes.

Les résultats obtenus par Gongla et Rizzuto (2001) peuvent donc être expliqués par des déséquilibres permanents ou temporaires dans la dualité participation/ réification. Les

conditions d'apparition de ces déséquilibres doivent ainsi être spécifiées dans une perspective dynamique.

A travers l'histoire d'une communauté de chirurgiens dentistes, par l'analyse des manifestations concrètes et des relations entre participation et réification, cet article a pour objet de contribuer à une meilleure compréhension de la dynamique de développement d'une communauté de pratiques.

METHODOLOGIE

A la fin de l'année 2001, un groupe de chirurgiens dentistes nous contacte pour suivre leur projet de construire un « réseau de soin », intitulé « DENCOM »². Les objectifs de ce réseau et les conditions d'appartenance semblent alors un peu vagues ; DENCOM regroupe à la fois des amis de longue date, des anciens assistants de la même université ou des membres d'une ancienne association. François, le leader du groupe, nous convainc de devenir les évaluateurs du développement de leur réseau pour le compte de la sécurité sociale qui finance en partie le projet. Ce rôle nous a permis de suivre, dès la constitution du réseau, le développement de ce qui avait pour aspiration de devenir une communauté de pratiques.

Nous étions libres de choisir la méthodologie d'étude et avons accès à l'ensemble des données du réseau. Plutôt que mettre l'accent sur notre rôle d'évaluateur, nous nous sommes positionnés comme des observateurs académiques cherchant à comprendre la dynamique de développement du réseau. Nous avons donc présentés aux membres du réseau, dès le début de notre observation, notre méthodologie et nos objectifs de recherche ; notre participation fut ainsi perçue comme une reconnaissance de leur expérimentation.

Historique de DENCOM

Le réseau de soin trouve son origine dans une ancienne association de chirurgiens dentistes du 15^{ème} arrondissement de Paris. Créée en 1998 par un chirurgien dentiste syndiqué, l'association rassemble près de 200 praticiens. Son objectif est de faire face au changement de législation qui offre la possibilité aux assurances privées de créer des réseaux de dentistes affiliés. Ces réseaux non seulement mettent en cause l'indépendance des dentistes mais aussi diminuent leurs revenus disponibles. En favorisant le regroupement des praticiens, l'association a pour objectif d'augmenter le pouvoir de négociation de ces derniers, non

² Pour des raisons de confidentialité, les noms ont été changés.

seulement face aux assurances, mais également dans d'autres domaines, comme dans les relations avec les fournisseurs.

En parallèle, trois membres, dont François, créent un site internet, à vocation commerciale, de gestion des dossiers des patients intitulé DenWeb. Dans le même temps, l'association s'avère manquer de capacité d'actions. Huit de ses membres, dont les trois co-fondateurs de DenWeb, décident de lancer un programme de management par la qualité ; pour partager les coûts de mise en œuvre de ce programme, ils créent une entité juridique indépendante.

Ce groupe constitue le noyau dur du futur réseau de soin DENCOM. Son objectif est de développer des pratiques communes afin de minimiser et de mutualiser les risques liés à l'exercice de la profession de chirurgien dentiste : il s'agit ainsi de s'affranchir du pouvoir grandissant des organismes assureurs. Cela nécessite notamment l'utilisation de nouvelles technologies pour réduire les coûts. Le site DenWeb doit servir à développer des interactions virtuelles avec les patients des huit chirurgiens dentistes afin d'améliorer la prévention des maladies bucco-dentaires. L'assurance maladie, intéressée par ce projet de mutualisation des risques par les praticiens, finance le réseau ; une convention est signée en mai 2001. Afin de répondre aux demandes de l'assurance maladie, un programme de recherche sur les maladies parodontales est inclus dans les objectifs de DENCOM. De même, le financeur pose comme condition de son investissement la présence d'au moins 50 praticiens dans le réseau ; quarante et un dentistes rejoignent initialement le réseau sur les quelques 120 qui ont été contactés.

Le recrutement au sein du réseau s'est fait par cooptation³. Le noyau dur utilise ainsi son réseau relationnel professionnel pour obtenir l'adhésion de chirurgiens dentistes.

De fait, les membres du réseau partagent de nombreuses caractéristiques objectives. Ils sont tous des chirurgiens dentistes généralistes, ils sont installés en Ile de France et ont fait leurs études dans une des deux facultés parisiennes de dentisterie. Ils ont, à quelques exceptions près, entre trente cinq et quarante trois ans, et se sont donc pour la plupart connus sur les bancs de l'université. Ils étaient d'ailleurs généralement très impliqués dans la vie universitaire, notamment dans les activités syndicales ou associatives, ou encore en tant qu'assistants⁴.

³ « chacun a essayé de faire une liste d'amis, des gens qu'ils connaissaient qui pouvaient être intéressés par la démarche, on a organisé 2-3 soirées dans laquelle on a convié des gens qui pouvaient être intéressés à venir et à ce qu'on leur expose un petit peu le projet. » co-fondateur

⁴ « C'est un réseau de gens, on se connaissait vaguement, ça c'est fédéré autour de ce projet, c'est un réseau, pas amical, mais d'amis d'amis, de connaissances ; le recrutement ne s'est pas fait par voie d'affichage mais par bouche à oreille, il y a donc une certaine proximité. » membre du réseau

Le premier comité de pilotage a lieu en août 2001 ; François en est le président, le secrétaire général est également un des co-fondateurs de DenWeb. La première réunion avec l'ensemble des membres du réseau a lieu en septembre 2001.

Le cas DENCOM est particulièrement exemplaire de la structuration – et de ses difficultés – d'une communauté de pratiques. En adéquation avec la définition retenue, DENCOM est un groupe auto-organisé, sans lien hiérarchique. Il est construit par un noyau dur qui a pour objectif de développer des pratiques de mutualisation des risques dans la gestion des patients. Le financeur n'intervient qu'en aval de la constitution de Dencom, comme un moyen de financement et de légitimation des activités du groupe. Ce dernier oriente les travaux de la communauté de pratique sur une thématique particulière qui était un des points clés de l'objectif initial. La communauté émerge grâce à l'adhésion volontaire d'acteurs qui cherchent, à travers les interactions avec d'autres confrères, à développer des pratiques et des expertises partagées dans un domaine de leur activité professionnelle. La production d'artefacts qui en résulte n'est pas prédéterminée par un organisme externe, mais bien co-construite par les membres du groupe qui cherchent toutefois à planifier en partie leurs actions. Contrairement à une équipe projet, Dencom ne connaît pas de fin prédéterminée, la communauté est destinée à perdurer à condition que ses membres le désirent. Comment se construit alors cette communauté de pratiques en puissance ?

Collecte des données

Les différentes activités du réseau ont été suivies par le biais de l'observation, notre présence étant légitimée par notre statut d'évaluateur. Nous avons notamment participé à trois assemblées générales et dix sept sessions plénières dont les déroulements ont été pour une part enregistrés. Ces réunions ont été l'opportunité de contacts informels forts utiles dans notre interprétation de certains événements. Tout au long de l'observation, qui a duré plus de deux ans, nous nous sommes également régulièrement et longuement entretenus avec le leader du réseau ; au moins six de ces entretiens ont duré plus de deux heures.

Nous avons conduits dès décembre 2001 une première série d'entretiens avec les membres du réseau. Certains ayant très tôt quitté DENCOM, 28 membres ont été interviewés, incluant les 17 membres toujours actifs après deux ans d'existence. Ces entretiens ont duré au minimum quarante cinq minutes et en moyenne une heure et demie. Nous demandions les raisons pour lesquelles ils avaient intégré le réseau, puis nous les interrogeons sur les thématiques suivantes : cursus, premières impressions sur DENCOM, les objectifs de leur participation, leur contribution au réseau et les relations avec les autres membres. Durant cette première

collecte de données, la communauté étant en train de se développer ; nous avons ainsi également collecté des informations sur son évolution.

Tous les documents (contrats, études, protocoles expérimentaux) et autres artefacts (site internet, clips de formation) produits par la communauté ont été analysés. Dès le lancement du site internet, nous avons pu avoir accès aux fichiers logs afin d'étudier certains aspects de l'implication de chacun des membres.

La mise en évidence de réseaux sociaux est également un outil utile pour suivre le développement d'une communauté de pratique (Wenger, McDermott & Snyder, 2002). Une étude sociométrique est ainsi menée dès le début du réseau et ensuite à chaque étape formelle du développement du réseau de soin : janvier 2002, mars 2002, septembre 2002 et juillet 2003⁵. La typologie des sept relations proposée par Scott (1991) a permis de préciser la nature des réseaux sociaux à analyser : information, influence, contrôle, aide, conseil, confiance et amitié. Afin de réduire le nombre de questions et simplifier l'administration du questionnaire et son traitement, nous avons décidé de regrouper réseau d'aide et réseau de conseil en une seule question. Le réseau d'information est restreint au réseau de fréquence des contacts (Bovasso, 1992). Après un premier test du questionnaire et une discussion avec le comité de pilotage, les questions sur le réseau de contrôle et le réseau d'influence ont été éliminées : elles n'étaient pas pertinentes au regard de la nature de DENCOM. Les données sur les réseaux sociaux s'avèrent forts riches pour évaluer l'évolution de la structure de la communauté, elles se sont avérées également particulièrement éclairantes pour analyser la nature et l'étendue de la participation.

A la fin de l'expérimentation – i.e. quand le groupe est stabilisé et l'expérimentation médicale sur les maladies parodontales lancée – nous avons conduit une seconde série d'entretiens avec treize membres de la communauté et sept acteurs qui avaient quitté le groupe. Ces entretiens, directifs, avec des questions ouvertes et fermées, ont duré en moyenne quarante cinq minutes. Ils avaient pour objet l'évaluation du réseau, notamment la réalisation de ses objectifs et l'impact sur les pratiques. Le guide d'entretien est créé avec le comité de pilotage afin notamment de respecter le vocabulaire technique nécessaire pour une auto-évaluation du changement des pratiques. Cinq allers-retours ont été nécessaires avant d'aboutir à la version définitive de ce questionnaire.

⁵ Les étapes de développement du réseau sont prédéfinies dans la convention signée avec l'assurance maladie. Elles correspondent à des points de verrouillage de l'expérimentation. Le quatrième questionnaire sociométrique était programmé plus tôt ; son administration a été retardée afin de s'ajuster au retard

Le traitement des données

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits ; le codage est effectué à l'aide du logiciel Nvivo qui facilite la gestion de la base de données des verbatims. La construction des codes est effectuée suivant un processus itératif inspiré de la grounded theory (Strauss & Corbin, 1997). Avec pour objet de comprendre l'évolution de la communauté de pratique suivant la dualité participation/réification, nous sommes partis d'une première analyse des données, puis en affinant, nous avons construit 13 catégories d'analyse. Ces catégories sont les suivantes : processus, manipulation, ambiguïté des objectifs, besoin et capacité d'appartenance, défense de la profession, intérêt personnel, objectif commun/homogénéité, organisation interne, outils utilisés par le groupe, partage de meilleures pratiques, périmètre du groupe et vision de la communauté ; afin de préciser les objectifs, deux codes viennent en « doublons » : objectif principal et objectif secondaire. Un second codage est réalisé afin d'identifier dans le discours les éléments narratifs permettant de construire l'histoire de la communauté. L'analyse de cette base de données est facilitée par notre connaissance approfondie du terrain.

Les questionnaires sociométriques permettent d'étudier la dynamique structurelle du réseau. Nous avons traité les données d'ensemble du réseau : la taille moyenne des réseaux individuels (i.e. le nombre de personne avec lequel un individu est en contact) et la densité du réseau (le nombre de liens existants/ nombre de liens possibles). Nous avons également analysé les données individuelles : la taille et la densité des réseaux individuels et « l'intermédiarité » individuelle . Nous avons enfin comparé les scores moyens de deux groupes : les praticiens qui ont quitté le réseau et ceux qui sont restés jusqu'à la fin de l'expérimentation.

Notre approche processuelle a notamment pour objectif d'isoler différentes phases dans la dynamique de la communauté. Pour cela, nous avons utilisé quatre éclairages de la même histoire. Nous avons construit le premier sur la base essentiellement des entretiens, de l'observation participante et des comptes rendus de réunion. Le deuxième éclairage est l'histoire écrite par le leader du réseau. Le troisième correspond à la chronologie des réunions et à l'évolution des réseaux sociaux. Le quatrième éclairage est fourni par le processus de productions du réseau.

Afin de rendre compte de l'évolution du réseau, nous cherchons à opérationnaliser les notions de participation et de réification. La participation peut être repérée dans l'histoire du réseau en analysant la participation des membres aux réunions, les actions de ces derniers pour DENCOM et la structure des réseaux. Suivant la même logique, la réification est directement liée à la production de la communauté. Les deux premiers éclairages de l'histoire de la

communauté de pratique montrent chacun certains aspects de la tension dynamique entre participation et réification à travers les codes élaborés. Le troisième éclairage est plutôt centré sur la participation tandis que le quatrième est focalisé sur la réification (voir tableau1).

Nous cherchons ainsi à comprendre les mécanismes sous-jacents à la construction et au développement d'une CP. Pour cela, l'histoire de cette CP est construite afin de repérer et de situer dans le temps les points clés de développement ou de blocage.

TABLEAU 1
Comparaison des processus

Temps		Comparaison des processus															
		2001			2002					2003					2004		
		sept-01	nov-01	janv-02	mars-02	mai-02	juil-02	sept-02	nov-02	janv-03	mars-03	mai-03	juil-03	sept-03	nov-03	janv-04	
Prévu dans le dossier FAQSV signé en mars 2001		Organisation de séminaires de consensus et réalisation de travaux informatiques				Evaluation des pratiques en matière d'éducation sanitaire et de suivi de la motivation des patients - Finalisation du site et du réseau, tests			Evaluation des améliorations apportées par l'intranet dans la prévention du risque parodontal								
Administration des questionnaires sociométriques		Q		Q		Q					Q						
Observation		groupes de travail			la formalisation de référentiels communs			les difficultés	la rupture		le démarrage de l'expérimentation			Evaluati.			
HISTOIRES		Leader		définition des protocoles			réalisation technique, paramétrage, tests						prise en main des outils		Evaluati. du protocole de suivi parodontal		
PARTICIPATION		Présence aux réunions		stabilité autour de 25 participants					Chute brutale. Passage à une dizaine de participants. Changement de bureau		stabilisation à moins d'une dizaine de participants						
REIFICATION		Production groupe					X										
		Production bureau					x	X			x		X	X			X
		Transform. pratiques											x				

RESULTATS

A partir des quatre éclairages de l'histoire de DENCOM, une modélisation dynamique de l'évolution de la communauté de pratique peut être proposée. Un processus en trois phases est ainsi reconstitué à travers lequel la tension dynamique entre participation et réification est systématiquement analysée. Nous étudions notamment les situations d'équilibre ponctuel ou de blocages que cette dualité peut engendrer.

Nous présentons dans un premier temps le processus tel qu'il est construit par les quatre formes de narration avant de détailler chaque phase du processus suivant la dualité participation-réification.

Le processus tel qu'il émerge des quatre éclairages (Tableau 1)

Les quatre éclairages de l'histoire de DENCOM permettent de repérer les phases clef dans le développement de la communauté. Ils proposent tous un processus avec au moins trois étapes, mais chaque éclairage offre une perspective spécifique qui enrichit notre compréhension de la dynamique. Ces différentes perspectives permettent également de subdiviser le processus.

Ainsi le premier éclairage, construit à partir des entretiens, de l'observation participante et des comptes rendus de réunions, repère six étapes. La première partie correspond à la première phase du processus général : la participation collective aux groupes thématiques. La seconde phase du processus général peut être divisée en trois sous parties : formalisation d'un référentiel commun, les difficultés et la rupture. La troisième phase correspond au démarrage de l'expérimentation sur les maladies parodontales et à l'évaluation.

L'éclairage du leader est plus focalisé sur le processus de production, ce dernier ne perçoit pas les changements fondamentaux dans les modalités de participation en avril 2002 ; la rupture entre les deux dernières phases se fait plutôt pour lui en juin 2002 avec la mise en place de l'expérimentation. La dernière phase correspond à celle du processus général.

L'analyse de la participation à travers la présence aux réunions détermine trois phases : une phase relativement stable à environ 25 participants, puis une chute brutale qui modifie radicalement la configuration relationnelle de DENCOM, et finalement une stabilisation à une dizaine de participants.

Enfin, le décompte des productions du réseau dans le temps révèle trois natures de production : les réalisations collectives de l'ensemble du réseau, les réalisations du bureau,

enfin les transformations des pratiques dans les cabinets à travers l'expérimentation du protocole de prévention des maladies parodontales.

Trois périodes représentent ainsi le plus petit dénominateur commun et structurent l'histoire du cycle participation-réification.

Les modalités spécifiques de participation dans la première période induisent des formes de réification communes à l'ensemble du réseau ; la deuxième période débute alors sur une refonte des travaux collectifs par le comité de pilotage, ces productions s'accompagnent de modes de participation plus passifs des autres membres de DENCOM ; cette situation entraîne un essoufflement de l'implication des membres et nécessite de renouveler les modalités de la participation dans une troisième période.

Cette évolution des modes de participation-réification se structure dans des formes de relations identitaires, affectives et fonctionnelles spécifiques à chaque période.

Phase 1 : productions symboliques, construction de liens amicaux, tension entre expertises (septembre 2001- avril 2002)

Cette première phase est caractérisée par un accord apparent sur les objectifs communs. Malgré les divergences d'intérêts qui feront surface dans la phase suivante, un équilibre semble être atteint entre les différentes attentes des membres de DENCOM.

La volonté des fondateurs du réseau, dans le respect de la convention signée avec l'assurance maladie, est d'expérimenter un protocole de prévention en parodontologie, assisté par de la télémaintenance sur internet. Cette expérimentation doit être effectuée sur une dizaine de patients par praticien. Elle doit démarrer sur la base d'une définition de référentiels et de pratiques communes. C'est l'objet de cette première phase.

Lors de cette période, DENCOM est essentiellement structuré en quatre groupes de travail. Chaque groupe doit construire un référentiel spécifique à DENCOM sur un thème prédéfini. Les deux premiers sont imposés par l'assurance maladie et concernent les maladies parodontales. Il s'agit de développer un référentiel commun pour former et informer les patients en parodontologie, et pour évaluer les patients à risque. L'objectif pour Dencom est d'améliorer la prévention en parodontologie. Les deux autres sont choisis par les membres de DENCOM et portent sur la gestion du cabinet et l'identité de DENCOM. Les travaux des groupes sont présentés à l'ensemble des membres en mars 2002. Si les résultats sur les deux derniers sujets permettent de construire des référentiels relativement précis, les thématiques

sur la parodontie se révèlent être sources de dissensions au sein des groupes et portent les germes des difficultés de réification de la communauté de pratique.

Participation. La première assemblée générale du réseau DENCOM se tient en septembre 2001. 41 praticiens se réunissent pour constituer des groupes de travail⁶. Cette réunion permet de formaliser l'adhésion au réseau ; il est ainsi demandé aux participants de s'engager financièrement sur la base d'un abonnement de 3000 euros par an. Les deux thèmes de travail non imposés sont votés parmi une liste d'une dizaine de sujets proposés par les fondateurs. Les thèmes choisis portent sur les problématiques de gestion interne du cabinet : la communication envers le patient du futur protocole de prévention développé par les praticiens du réseau DENCOM et la construction identitaire du réseau⁷.

L'ensemble des participants est réparti, en fonction des desiderata et des besoins, dans les quatre groupes⁸.

Les groupes ont 6 mois pour faire leurs propositions, ils sont assistés d'un expert du sujet traité, généralement un enseignant chercheur. Les fondateurs du réseau se sont répartis par deux dans chaque groupe. Un responsable de groupe est désigné de manière informelle par le Président du réseau, afin notamment d'impliquer les nouveaux membres qui sont apparus les plus motivés lors des réunions préliminaires. Les groupes se réunissent tous formellement une fois par mois à partir d'octobre 2001. Dès cette date la participation se stabilise à 25 membres. Chaque réunion mensuelle démarre par une session plénière et se poursuit par le travail en groupe. Ainsi, chaque membre, quel que soit son groupe, peut côtoyer les autres participants. Les sessions plénières présentent l'actualité du réseau ainsi que certaines avancées sur les thèmes traités.

Parallèlement, le comité de pilotage, où sont invités les responsables de groupe, se réunit toutes les semaines afin de régler les affaires courantes, de préparer les réunions plénières et de capitaliser les travaux des groupes.

⁶ *on leur a montré qu'on pouvait obtenir des consensus et on a eu des réunions où on leur a dit : Voilà on s'organise de telle façon, la réunion c'est tel jour et la prochaine réunion c'est le 16 septembre et on va voter puisque les gens le 16 septembre étaient là et ont payé leur première cotisation de 3.000 F et ce jour là, on a voté sur les deux thèmes restants.* » secrétaire général du réseau

⁷ *« Par exemple pour le choix des thèmes, on a organisé un vote, chacun pouvait voir qu'on proposait une liste de thèmes qui nous paraissait à peu près cohérent dans l'ensemble, on demandait à chacun de choisir. Et donc chacun voyait qu'il y avait des thèmes qui ressemblaient à ce qu'il avait envie de traiter, on n'était pas sorti sur des choses totalement différentes. Le seul thème qui soit imposé c'est sur la maintenance parodontale.* » leader du réseau

⁸ *« à partir du moment où le réseau va être mis en marche, que le groupe de travail va nous permettre de travailler ensemble, je dis que ça n'est que le point de départ en fait du groupement. C'est comme ça qu'il faut voir la chose.* » membre fondateur du réseau

L'implication des participants s'avère finalement relative au groupe de travail dans lequel ils sont insérés. Au total 7 praticiens sur les 9 démissionnaires à la fin des trois premières réunions étaient intégrés dans les groupes dont le thème était imposé par le financeur public. Plusieurs raisons sont invoquées, deux sont spécifiques : le thème de travail imposé n'intéressait pas spécialement et l'expert était perçu comme péremptoire. Les praticiens démissionnaires lors de cette phase s'avèrent être aussi les moins « encastrés » par rapport aux autres membres : la taille moyenne de leurs réseaux est bien inférieure à celle des autres⁹.

Tous les membres du réseau sont recrutés par connaissance : des amis, des collègues universitaires, des relations. Cela implique la pré-existence d'une structure sociale avec de forts liens d'amitié ou de conseil. C'est un élément déterminant pour comprendre certains recrutements. Cette première phase est caractérisée par la consolidation de ces réseaux. Le fonctionnement initial par groupe de travail permet de développer la taille des réseaux de contacts, de conseil et de confiance. Si le réseau de confiance était le plus petit en taille au début de DENCOM, c'est au contraire le type de réseau le plus important en mars 2002. En revanche la taille moyenne des réseaux d'amitié diminue du fait du départ de certains des membres du réseau. Il apparaît ainsi que le facteur amitié ne suffit pas pour maintenir les membres dans le réseau. En revanche les densités moyennes de tous les réseaux augmentent très sensiblement¹⁰. Le lien amical se structure et gagne également en densité, des groupes d'amis se créent au sein de DENCOM autour desquels se constituent des réseaux d'entraide et de conseil. Cette phase est ainsi celle d'une participation active au développement du réseau, consacrée notamment à la constitution d'un répertoire partagé.

Réification. La production collective est à ce stade plutôt orientée vers la construction de référentiels communs dont la présentation est savamment orchestrée par le leader. Le comité de pilotage lance les travaux informatiques et coordonne, voire soutient, les travaux des groupes.

Les résultats des groupes de travail sont présentés le 14 mars 2002 lors d'une réunion plénière. L'objectif est ainsi de lancer à cette date le protocole expérimental sur la prévention

⁹ Voir l'annexe. La taille du réseau signifie le nombre de personnes avec laquelle chaque membre est en contact pour chaque type de relations.

¹⁰ Voir l'annexe. La densité du réseau est la ratio entre le nombre de liens existants et le nombre de liens possible au sein de ce réseau.

des risques parodontaux, assisté par le support DenWeb, relayé par un site internet DENCOM¹¹.

Dans l'objectif de mise en place d'une démarche de prévention en parodontologie spécifique au réseau DENCOM, des référentiels communs correspondant aux travaux des quatre groupes sont ainsi présentés lors de la réunion du 14 mars :

Tableau 2
Productions des groupes de travail (période 1)

Groupe	Production	Nature	Divergence/ convergence
1	Référentiel pour l'éducation thérapeutique des patients sur les maladies parodontales	Expertise technique en dentisterie	Bataille d'experts non résolue. Difficulté à rentrer dans un lien fonctionnel, de complémentarité des expertises. Le comité de pilotage intervient et S. Perez rédige les documents. Conflit au sein du groupe 2 pour qualifier le risque parodontal.
2	Guide de recommandation à destination du praticien pour le suivi de l'état de santé parodontal Première élaboration d'un questionnaire médical	Expertise technique en dentisterie	
3	Descriptif de la communication d'un plan de traitement aux patients Modèle de dossier de suivi de patient	Expertise en gestion	Travail de groupe, consensus
4	Charte identitaire, graphique, logo	Construction symbolique	

La présentation des référentiels sur les maladies parodontales donne lieu à un vif débat qui révèle les difficultés des travaux des commissions 1 et 2 ; des dissensions apparaissent notamment sur la notion de risque parodontal. En revanche, les productions managériales et symboliques suscitent un réel intérêt.

Durant cette période, le comité de pilotage travaille sur la mise en place d'une première version du site internet. Pendant les 6 mois de cette première période, les membres du comité de pilotage lancent un appel d'offre pour concevoir le site DENCOM, choisissent le fournisseur, débattent des spécificités du site et des passerelles avec DenWeb, où est hébergé le dossier médical partagé avec le patient. Des négociations avec des fournisseurs d'accès haut débit sont également entamées pour équiper les praticiens du réseau. Une maquette du site est ainsi présentée le 11 avril 2002 lors d'une réunion plénière. Dans le même temps, le comité de pilotage assiste les groupes dans le travail de formalisation de leurs résultats.

¹¹ Lettre du bureau adressée aux participants de la réunion du 14 mars : « la réunion du 14 mars lance donc la phase de validation. Cette phase risque de modifier certaines de tes habitudes de travail mais elle est essentielle à l'amélioration des pratiques des praticiens et de l'organisation de leur cabinet, à la construction du travail en réseau et à l'amélioration du suivi de la santé des patients. »

A la suite de la discussion des travaux des groupes, le comité de pilotage cherche à finaliser les référentiels proposés. De nouveaux artefacts sont également introduits pour maintenir et renforcer la participation des membres : l'organisation de réunions mensuelles sous un nouveau format, un e-mail hebdomadaire sur l'actualité du réseau, un soutien technique pour l'installation de la télémaintenance. De même, un système de parrainage est envisagé afin de faciliter l'échange des pratiques dans l'application des nouveaux référentiels.

Discussion préliminaire. Globalement, cette première phase de DENCOM est bénéfique à la construction de relations d'entraide, d'amitié et de confiance. Cependant, lors des tentatives de construction d'un lien fonctionnel entre les membres du réseau, les expertises se confrontent et aucun des participants, exerçant tous la même profession, n'accepte de se positionner comme profane. Le groupement a des difficultés à reconnaître une certaine complémentarité des expertises techniques : soit les participants se considèrent comme des experts sur la question, soit ils ne se sentent tout simplement pas concernés par le thème.

En revanche, les productions managériales et symboliques, plus éloignées de leur expertise technique, rencontrent un vif intérêt. Les participants échangent entre eux sur les modes de gestion de leur cabinet. La construction identitaire du réseau est tout particulièrement plébiscitée, les praticiens se retrouvent autour de valeurs centrées sur le respect du patient, l'innovation et la qualité. Les affinités, favorisées par le recrutement par cooptation, se développent dans le cadre de ces petits groupes de travail. Ce consensus autour des productions identitaires et la construction du lien amical permettent d'éluder les dissensions sur les référentiels techniques.

Phase 2 : crise, participation distante et dé-réification (avril 2002 – février 2003)

A partir de mars 2002, le réseau rentre dans une période de mise en application de l'expérimentation à travers les référentiels qualité définis. Cette phase est censée démarrer par le paramétrage des intranets et de tests des protocoles de soin ; elle doit se poursuivre par l'expérimentation proprement dite des pratiques de prévention des maladies parodontales développées par le réseau. Ces deux phases doivent durer 6 mois chacune. Cependant, les dissensions initiales sur les référentiels techniques se traduisent par l'absence d'application de ces derniers dans les pratiques des chirurgiens dentistes. A ces blocages s'ajoutent des difficultés dans la gestion des sous-traitants des outils multimédias.

L'absence de réalisations concrètes entraîne une vague de démissions lors de la deuxième assemblée générale du réseau en novembre 2002, moment où aurait du avoir lieu le second appel de cotisations.

A cette période, le financeur public demande des comptes au comité de pilotage du réseau sur les accointances possibles entre le réseau DENCOM et la structure commerciale DenWeb. Le leader et le secrétaire général, fondateurs de DenWeb, sont contraints à la démission du bureau de DENCOM. Le délitement de DENCOM et la déstabilisation de la structure de gouvernance aboutissent en février 2003 à une réorganisation du réseau et des modalités de participation.

Réification. Des difficultés dans le processus de réification apparaissent dès le début de cette phase. Durant cette période, l'essentiel des productions est le fait du comité de pilotage.

A la suite de la réunion de mars 2002, ce dernier cherche en effet à structurer les productions des groupes de travail en protocoles de suivi de la santé parodontale des patients, applicables dans les cabinets. Il pilote également la réalisation de clips de formation à distance sur les maladies parodontales. Cette formation est destinée aux patients, elle permet à la fois de le sensibiliser aux maladies parodontales et d'évaluer le risque patient.

Les protocoles ainsi que les clips de formation doivent s'intégrer dans un réseau intranet composé du site DENCOM, vitrine du réseau, lieu d'échange entre les praticiens et avec des prestataires, et le site DenWeb où est paramétré le dossier médical partagé entre le praticien et le patient.

Ces trois outils auraient du être opérationnels en septembre 2002, ils ne le sont toujours pas au début de l'année 2003.

La finalisation des référentiels tout d'abord révèle des dissensions au sein du comité de pilotage, notamment entre le président et son trésorier. Ce dernier critique le référentiel sur la présentation du plan de traitement qui induit un cadrage strict de la première visite du patient. Son cabinet s'avère en effet si structuré que l'application d'un tel référentiel nécessite la remise en cause d'une organisation déjà bien rodée. La réunion plénière de septembre 2002 révèle cette dissension. Les membres du réseau sont séparés en deux groupes de travail ; le premier réfléchit au montant forfaitaire à demander au patient pour rentrer dans le protocole d'expérimentation. Le second, animé par le trésorier, va s'orienter vers la redéfinition de la première visite du patient rentrant dans le protocole et remet ainsi en cause le référentiel

proposé initialement en mars 2002. Ce référentiel de gestion des cabinets est finalement abandonné.

Le protocole d'expérimentation lui-même est le fait du comité de pilotage sur la base des travaux des groupes 1 et 2. Présenté successivement aux différentes réunions plénières à partir de septembre 2002, sa formulation définitive ne sera adoptée qu'à l'Assemblée Générale de février 2003¹².

Les dissensions quant à la définition des référentiels et du protocole retardent le paramétrage du dossier médical partagé. De plus, le fournisseur du site de DENCOM ne répond pas à l'ensemble des spécifications initialement prévues, de nombreux problèmes persistent et la mise en place définitive du site DENCOM en lien avec DenWeb ne sera effective finalement qu'en avril 2003, soit un an après la date prévue.

Le processus de réification est ainsi freiné, bloqué, avec même des retours en arrière. Cette phase est caractérisée par la destruction de certains artefacts, on peut donc parler de « dé-réification ».

Participation. Ces difficultés dans le processus de réification s'accompagnent de changements profonds dans les logiques de participation. La dynamique de participation au sein du réseau s'essouffle. Les praticiens sont conviés à des réunions où ils sont tenus informés de l'avancée ou du retard des travaux du comité de pilotage, sans qu'ils aient un rôle particulier à jouer. Les réunions plénières continuent donc, mais sur un rythme plus irrégulier et avec une participation qui s'émousse.

Durant cette période, les réseaux de contacts, de conseil et de confiance diminuent en taille même si leur densité progresse encore, mais moins rapidement que précédemment. Seules les relations amicales augmentent et se densifient, sur la base notamment des acquis de la première période¹³.

Les membres de DENCOM s'avèrent durant cette phase plus spectateurs des réalisations du comité de pilotage que réellement acteurs. Ainsi le recrutement de nouveaux membres, lancé

¹² « Le problème c'est qu'on met en place des protocoles et qu'aujourd'hui personne n'applique les protocoles dans son cabinet donc la démarche du réseau ne peut pas continuer puisque l'objectif de la démarche qualité c'était qu'on puisse ensemble définir des protocoles de prise en charge et qu'à partir de ces protocoles là on puisse demander leur remboursement, leur prise en charge financée par l'assurance maladie ou les assurances complémentaires. » le leader, Assemblée Générale de février 2003.

¹³ « j'aurais gagné des copains, des gens en qui j'ai confiance. Au moins 5-6 sans problème. » Entretien en novembre 2002 avec un démissionnaire.

par le comité de pilotage en avril 2002, ne donne aucun résultat¹⁴. L'installation des cabinets en technologie haut débit et en réseau est également plus longue que prévue. Enfin et surtout, aucun des référentiels définis par les groupes de travail ne s'avère être concrètement appliqué dans les cabinets des chirurgiens membres¹⁵. Les arguments avancés par les praticiens sont le manque de temps, le peu d'intérêt pour certains pour le thème de la parodontie, ainsi que la difficulté à réorganiser un cabinet. Les appels répétés des membres du comité de pilotage à la mise en pratique des référentiels lors des réunions plénières d'avril à juin 2002 ne sont pas suivis d'effets.

L'appel à cotisation est de ce fait repoussé à l'assemblée générale de novembre 2002 ; le montant de celle-ci est sujet à réflexion au regard de la motivation des membres. Ces derniers s'impatientent et se demandent où va cet argent et ce qu'ils retirent de leur participation à DENCOM¹⁶. Ils ne comprennent pas les retards dans le lancement du site et trouvent les outils actuellement élaborés trop lourds à mettre en place dans les cabinets¹⁷.

A la suite de l'assemblée générale de novembre 2002, sept démissions effectives sont enregistrées ; les membres du comité de pilotage décident ne pas renouveler l'appel à cotisation. A partir de cette date, si 24 membres sont encore comptabilisés dans le réseau, les réunions ne rassembleront pas plus d'une dizaine de personnes.

A la même période, un audit de l'URCAM entraîne un blocage des fonds destinés à DENCOM. A cours de ressources, le réseau DENCOM est sur le point de capoter. La situation des deux co-fondateurs de DenWeb vis à vis du financeur public est alors régularisée. Une réorganisation complète du réseau, contrainte non seulement par les demandes de clarification de l'URCAM sur le positionnement de certains membres fondateurs, mais aussi par le manque de participation, est décidée lors de l'Assemblée Générale extraordinaire de

¹⁴ « Le peu de propositions d'invités pour la réunion du 27 juin 2002 et la non application du référentiel parodontologie dans les cabinets pose la question de l'intérêt de ses membres pour le réseau. » compte rendu du comité de pilotage du 17 juin 2002.

¹⁵ « Suite à un sondage téléphonique chez les praticiens adhérents, il a été constaté que peu de praticiens avaient cherché à appliquer les référentiels parodontologie mis en place en mars 2002. Le premier argument invoqué concerne le manque de temps des praticiens. Pour remédier à ce problème, une fiche de synthèse du référentiel a été rééditée afin d'en améliorer le contenu aux membres du réseau. » extrait du compte rendu du 17 juin 2002.

¹⁶ « il y a aussi ce qu'on va nous dire sur les comptes, la comptabilité, comme c'est une association, il faut aussi voir où part l'argent. J'aimerais savoir si j'investis 20000FF dans un truc, où part l'argent. Si je vois que c'est pertinent je continue. Si je vois que c'est juste pour faire des réunions tous les mois, je préfère inviter les membres que j'aime bien de DENCOM, ici au cabinet, on parle de ça et on fait des réunions pareilles. Il faut que ça s'accélère. » Entretien avec un démissionnaire à l'AG de novembre 2002.

¹⁷ « Je vous dis le site internet, c'est l'arlésienne, il arrive pas, les fiches techniques, elles arrivent pas. Un site internet qu'on nous a promis, je suis persuadé qu'on peut en faire un au départ, on peut le faire maintenant mais beaucoup plus simple, très simple. En un mois, n'importe qui, même moi je suis capable d'en faire un, c'est vraiment pas compliqué (...) c'est pas sérieux. Il y a un manque de professionnalisme » Entretien avec un démissionnaire à l'AG de novembre 2002.

février 2003. Cette réorganisation renouvelle notamment les modalités de participation des membres du réseau et marque l'entrée dans une nouvelle phase.

Discussion préliminaire. Des productions de la première période, seuls demeurent les artefacts symboliques sans qu'ils soient cependant réellement utilisés. Même la production managériale, à travers la formalisation d'un plan de traitement, est source de dissensions lorsqu'il s'agit de l'appliquer. L'absence de réels liens fonctionnels entre les membres de DENCOM associée à leur participation passive aux productions du comité de pilotage entraînent un essoufflement du réseau, dans toutes ses dimensions. Les liens amicaux construits lors de la première phase et qui perdurent ne suffisent pas à « tenir » le groupement. Les formalisations nécessaires des productions de la première période n'ont pas lieu, les membres de DENCOM ne trouvent pas de modalités de participation qui créent l'implication nécessaire. Le deuxième bouclage réification- participation ne peut se produire. Cette situation crée un électrochoc qui remet profondément en cause les formes de la participation. Cette réflexion sur les modes de fonctionnement de DENCOM entame une nouvelle phase du groupement.

Phase 3 : stabilisation et déterminisme structurel des « survivants », première construction du lien fonctionnel (avril 2003- janvier 2004)

Le comité de pilotage négocie au début de l'année 2003 avec l'assurance maladie le financement de l'expérimentation afin que les praticiens soient dédommagés du temps passé. Ils demandent également l'aide du Comité Régional des Réseaux, organe chargé du développement des réseaux de soin. L'objectif est de financer forfaitairement les praticiens pour chaque patient intégré dans le protocole d'expérimentation. Cette négociation est suivie du changement de bureau de DENCOM en février 2003 et du démarrage de l'expérimentation proprement dite en avril 2003. Cette phase nécessite donc de faire adhérer des patients au groupement. L'évaluation du protocole d'expérimentation mis en place est prévu pour fin janvier 2004.

Participation. Le changement de bureau décidé en février 2003 définit de nouvelles modalités de participation. Par la réorganisation du comité de pilotage, de nouveaux membres

sont mis en avant. Si encore 24 praticiens sont répertoriés en tant que membres de DENCOM, les réunions rassemblent entre 6 et 12 participants.

A partir de cette phase, il n'est plus question de demander un engagement financier aux membres restants, mais bien plutôt de leur assurer un financement de l'expérimentation, ce qui sera possible à partir de 2004¹⁸.

Du fait de cette absence de formalisation de l'adhésion des chirurgiens dentistes libéraux au réseau, le périmètre de DENCOM reste flou. Plusieurs indicateurs permettent cependant de répertorier les 17 membres réellement actifs. 47 chirurgiens dentistes libéraux étaient listés au sein du réseau en septembre 2001¹⁹. En recoupant les différentes actions décrites ci-dessous, 17 praticiens ont effectivement participé à au moins une des actions du réseau depuis juillet 2003, seuls 6 d'entre eux ont effectué l'ensemble des actions suivantes : participation à un moins une réunion lors du dernier semestre 2003, échanges de mail via le site DENCOM, création de dossiers patients sur DenWeb et adhésion de nouveaux patients.

C'est une période relativement contrastée quant à la nature de la participation des praticiens à DENCOM. Les relations de confiance et d'amitié diminuent et leur densité stagne, la désaffection est en partie expliquée par cette perte de la dimension amicale de DENCOM²⁰. Dans le même temps les liens de conseil et d'entraide augmentent. Face au protocole d'expérimentation, certains s'avèrent plus avancés que d'autres et cette expertise est reconnue par les autres membres.

Cette phase voit le début d'une réelle modification des pratiques au sein des cabinets des participants. En démarrant réellement l'expérimentation, les membres restants doivent intégrer les protocoles de prévention dans les plans de traitement et surtout faire adhérer les patients, principale richesse du cabinet, dans la démarche.

Réification. Plusieurs actions sont finalement concrétisées, ceci renforce le sentiment d'existence de cette communauté. Le protocole d'expérimentation, finalisé par quelques membres du réseau, est validé lors de l'assemblée générale de février 2003, même si certains membres regrettent l'absence de concertation quant à sa construction²¹.

¹⁸ « il y a un problème de motivation, donc le meilleur moyen de pouvoir monter, faire marcher la structure c'était que les membres du réseau puissent avoir une reconnaissance qui passe par une prise en charge financière du protocole sur lequel ils ont été d'accord. » Leader, AG février 2003.

¹⁹ 41 praticiens étaient effectivement présents lors de la première réunion

²⁰ questionnaires administrés en janvier 2004.

²¹ suivant les entretiens conduits en janvier 2004

En avril 2003, le système de télémaintenance dentaire est présenté au reste des membres encore actifs ainsi que le référentiel qui se limite à la réalisation de 4 tests d'évaluation du risque parodontaire. Afin de commencer l'expérimentation et d'assurer la continuité du financement public, les praticiens commencent à recruter des patients et confrontent leurs premiers résultats en décembre 2003.

Le webmaster du site DENCOM présente au moins une fois par mois, par le biais d'une « DENCOM news » les avancées en terme de recrutement des patients et les actualités du réseau. Ce recrutement donne des résultats disparates en fonction des praticiens, certains évoquant des difficultés techniques dans l'utilisation de DenWeb. Quatorze praticiens créent ainsi des dossiers patients dans DenWeb et formalisent l'engagement de 216 patients à participer à l'expérimentation.

Une étude marketing est également réalisée afin de comprendre si le réseau peut contribuer à faire évoluer les pratiques des patients, cette étude est présentée en octobre 2003. Globalement, le groupement oriente sa réflexion vers la construction d'une réelle démarche marketing à destination du patient et communique par voie de presse sur l'existence de DENCOM. Les artefacts symboliques construits lors de la première phase sont alors tout particulièrement mis en avant.

Discussion préliminaire. Le renouveau de la CP est en partie expliqué par le renouvellement des modalités de participation. Ce changement implique l'engagement dans le protocole d'expérimentation et crée ainsi la reconnaissance d'une certaine complémentarité des expertises, un lien fonctionnel, qui manquait jusque là à la communauté de pratique. Des compétences spécifiques à la mise en place du protocole, au maniement de l'outil informatique, se constituent et créent une complémentarité fonctionnelle reconnue entre les membres du réseau. Les difficultés de la période précédente ainsi que les départs ont en revanche émué les relations amicales et de confiance et expliquent en partie le peu de membres présents aux réunions. Le lien identitaire se concrétise par la communication publique de l'existence du réseau, des valeurs et des missions qui lui incombent. S'appuyant sur les nouvelles modalités de participation des membres du réseau, les formes prises par la réification se multiplient : formation, études, communication, formulaires, dossiers. Malgré le retard pris et le manque de temps pour réellement évaluer l'expérimentation du protocole de prévention des maladies parodontales, le réseau est reconduit par le financeur public pour

continuer son activité et se développer. Une nouvelle boucle réification-participation peut ainsi se former.

Conclusion : Une communauté de pratique qui se construit sur la base d'un capital social initial

L'analyse de l'évolution de la participation montre un réel déterminisme structurel quant au profil des « survivants ». Dans les 17 membres actifs, les huit fondateurs du réseau sont encore présents. L'un des points centraux dans l'analyse des individus "survivants" est leur position dans les réseaux de départ. A cet égard, les données sociométriques sont particulièrement parlantes. Les membres qui restent à la fin de l'expérimentation avaient lors du premier questionnaire sociométrique (novembre 2001), une position plus centrale dans le réseau que les autres.

C'est le nombre de liens avec d'autres membres qui apparaît tout d'abord comme un indicateur pertinent de la capacité à se maintenir au-delà des aléas du réseau. Les survivants ont en moyenne davantage de liens sur les quatre dimensions (contact, conseil, confiance et amitié) que les non-survivants. La différence est frappante sur les réseaux de confiance et surtout d'amitié. La densité de leurs réseaux – qui mesure si leurs contacts sont fortement connectés entre eux – semble moins importante. En revanche, les survivants jouent un rôle d'intermédiaire au sein du réseau qui traduit leur plus grande implication mais aussi le fait qu'ils soient au contact d'un nombre plus important de membres.

TABLEAU 3
Comparaison des réseaux de contacts, conseil, confiance et amitié des chirurgiens
dentistes membres par rapport aux démissionnaires

	Nombre de liens				Densité				Intermédiation			
	Contact	Conseil	Confiance	Amitié	Contact	Conseil	Confiance	Amitié	Contact	Conseil	Confiance	Amitié
Moyenne survivants	7,47	11,35	7,82	9,18	0,35	0,57	0,38	0,48	0,07	0,02	0,05	0,05
Moyenne non-actifs	3,26	7,57	2,83	3,74	0,36	0,70	0,32	0,42	0,03	0,00	0,01	0,01

Le questionnaire administré à la fin de cette période montre une influence positive de DENCOM sur les pratiques de ses membres²². Ces derniers considèrent en effet que le réseau a influencé positivement leurs pratiques sur au moins un des 5 thèmes cités ci-dessous. Si l'exercice de la parodontie n'a pas été modifié pour plus de la moitié d'entre eux, les deux

²² questionnaire administré aux 17 membres actifs.

tiers évaluent positivement les transformations des relations avec d'autres praticiens grâce au groupement

TABLEAU 4
Autoévaluation de l'influence de l'adhésion et de la participation à DENCOM sur :

	Impact positif
Gestion du cabinet	54%
Relations avec d'autres praticiens	69%
Relations avec des patients	46%
Prise en charge de la prévention	54%
Exercice de la parodontie	46%

Notamment, les praticiens adhérents estiment que le réseau a eu un impact sur les modalités de gestion du cabinet. Dans l'exercice de leur profession, les membres du réseau notent le développement d'actes de prévention et une plus grande sensibilisation au patient.

TABLEAU 5 :
Auto-évaluation de l'utilité des outils créés par le réseau DENCOM
 (note de 1 à 5, 5 étant la note la plus élevée)

	Moyenne	Ecart type
Clips de formation	4,2	0,8
Dossier patient	3,7	1,03
Dossier praticien	3,6	1,19
Protocole	3,3	1,11
Guide des procédures	3,2	1,24

Les membres praticiens du réseau estiment dans leur ensemble que DENCOM a permis de mieux orienter le cabinet vers le patient notamment en le responsabilisant. A ce titre, les clips de formation sont tout particulièrement appréciés. L'évaluation du protocole d'expérimentation est en revanche plus contrastée. Globalement, la réflexion sur la prévention initiée par le groupement a engendré une modifications des pratiques pour près des deux tiers des praticiens membres du réseau interviewés ; le temps consacré aux actes de prévention est passé de 10% à 30% voire 50% depuis leur adhésion à DENCOM.

DISCUSSION

L'histoire chaotique de DENCOM enrichit notre compréhension de la tension dynamique entre la participation et la réification et ainsi le développement de communautés de pratiques. Nous sommes loin d'un processus correspondant au modèle du cycle de vie. Pour reprendre la typologie des processus proposée par Van de Ven (1992), la dynamique est ici de type

dialectique : chaque phase repose sur un équilibre spécifique entre la participation et la réification. Cet équilibre dépend de l'histoire antérieure du réseau, non seulement du cycle précédent, mais également du capital social initial.

Bien que la dualité participation réification s'avère centrale selon Wenger (1998) dans la négociation de sens, la contribution de cette dualité au développement des communautés de pratique reste peu explorée. De plus, les travaux sur les communautés de pratiques mettent en exergue l'importance des interactions sans spécifier la nature des relations en négociation. Trois relations sociales nécessitent d'être analysées pour rendre compte de chaque cycle participation/réification : les relations identitaires, affectives et fonctionnelles. Les difficultés rencontrées par la communauté de pratiques dans la structuration des cycles réification-participation s'expliquent par un déséquilibre entre ces liens sociaux. Au sein de la CP étudiée, le développement de deux d'entre elles se fait au détriment de la construction de l'autre.

- La relation identitaire

Dans un premier temps, la CP met l'accent sur la construction identitaire et affective et élude la construction de liens fonctionnels.

Cette construction du lien identitaire passe par des modes de participation et des formes de réification spécifiques. Suivant les théories de l'identité sociale (Tajfel, 1978, 1982), le simple fait d'affecter un individu à un groupe peut créer un sentiment d'appartenance à ce groupe. Ce lien identitaire est un construit social (Gioia et al., 2000) négocié dans des interactions avec un groupe suivant un double mécanisme : l'autocatégorisation et la comparaison sociale (Turner, 1987 ; Hogg & Abrams, 1988 ; Hogg & Terry, 2000 ; Turner & Haslam, 2001). Le mécanisme d'auto-catégorisation est celui par lequel l'individu définit lui-même les groupes auxquels il appartient en fonction du jugement qu'il porte sur les attributs qui définissent les différents groupes avec lesquels il interagit. Le groupe auquel il s'identifie s'appelle l'*ingroup*, ou groupe d'appartenance, tandis que les groupes dans lesquels il ne s'intègre pas constituent l'*outgroup*. Le mécanisme de comparaison sociale est celui par lequel l'individu cherche à maximiser la distinction entre l'*ingroup* et l'*outgroup* dans un sens favorable à son groupe d'appartenance.

La participation fondée sur le recrutement par cooptation facilite le mécanisme d'auto-catégorisation et favorise ainsi la constitution de la CP comme groupe saillant. L'opposition à des outgroups, comme les syndicats ou les assurances de santé, publiques ou privées, apparaît également comme un mode de participation générateur d'identification à la communauté de

pratique. Les formes de réification propres à ce lien se construisent sur les fondements de ces interactions. Elle se manifestent par des artefacts symboliques classiques de type logo, dessin, mais également un vocabulaire, des valeurs ou une vision commune.

Cependant, dans le cas de la communauté de pratiques étudiée, le cycle participation-réification tourne à vide s'il reste strictement associé à la relation identitaire. C'est un des pièges des CP : la communauté d'expertise favorise l'attention portée aux facteurs d'identification et la construction du groupe saillant. La construction de sens reste « bloquée » sur une des relations et tombe dans le « piège identitaire » (Dameron et Josserand, 2004).

- La relation affective

Si la relation identitaire peut être associée à une certaine dépersonnalisation au profit de l'identification au groupe, le lien affectif est en revanche fondé sur les relations interpersonnelles. Comme l'analyse les théories de l'identité sociale, l'attractivité sociale se distingue de l'attractivité personnelle, fondée sur des préférences spécifiques et enracinée dans des relations interindividuelles (Hogg & Hains, 1998). Ainsi, dans la communauté de pratique étudiée, certains membres démissionnent du groupe tout en conservant les relations amicales construites au sein de DENCOM. Pourtant cet aspect est bien souvent occulté dans les analyses des organisations (Styrhe, 2000) ; le lien affectif, et plus précisément dans notre cas le lien amical, est rarement évoqué comme une dimension de la vie organisationnelle.

L'amitié s'avère fondamentale pour comprendre la genèse et la dynamique du réseau. Elle est particulièrement structurante pour prévoir la persévérance de ses membres, que ce soit en terme de nombre d'amis, de densité du réseau amical ou de la capacité des membres à être des intermédiaires sur ce réseau. Or l'amitié ne peut être négociée, elle est toujours singulière, spécifique ; Styrhe (2000: 416) la définit comme une « relationship between two individuals that is open-ended, mutually maintained, and that is not aimed at personal benefit at the expense of the other ».

Dans le même temps, la relation amicale n'est pas suffisante pour comprendre la capacité productrice de la dualité participation –réification. L'opportunisme, la recherche de bénéfice personnel, s'il est exclu de la relation amicale (Schonsheck, 2000), peut être tout aussi essentiel à la capacité de la dualité participation-réification à construire du sens.

- La relation fonctionnelle

C'est la relation fonctionnelle qui s'avère être la plus délicate à construire au sein de la communauté de pratiques étudiée. L'homogénéité des compétences, propre à cette structure,

est ici propice à la construction de relations amicales et identitaires, mais elle rend délicate la perception d'une complémentarité des expertises et des ressources.

Pour que cette interdépendance soit reconnue, elle doit s'appuyer sur des réalisations concrètes (Dameron, 2002) ; c'est par ce biais que la complémentarité des expertises devient visible pour les individus et qu'ils acceptent de multiplier les interactions entre eux.

Le processus de réification est donc central dans la création de ce lien : il rend visible les complémentarité et permet au groupe de rentrer dans des modes d'interaction de type expert-profane.

La participation est alors dépendante des enjeux perçus par les individus (Crozier et Friedberg, 1977) ; elle est générée par une stratégie de gains de pouvoir comme moyen pour accéder à certaines ressources détenues par d'autres acteurs. Le processus de réification peut permettre de repérer la qualité des ressources en jeu, il porte ici sur l'objet même de la communauté de pratique, les raisons pour lesquelles elle s'est constituée. L'accord sur le projet de la communauté de pratique, même s'il est considéré comme secondaire pour certains membres ou que l'ambiguïté permet à chacun de se l'approprier, est alors indispensable.

A partir de nos discussions, nous pouvons ainsi synthétiser la dynamique d'une communauté de pratique par le tableau suivant :

TABLEAU 6
Le processus dialectique de développement d'une communauté de pratiques :
Dimensions, manifestation, phases

	DIMENSIONSs	MANIFESTATIONS	PROCESSUS			
				PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3
PARTICIPATION	identitaire	<i>appartenance</i>	Capital social initial	construction	Pas de construction identitaire	engagement
	affectif	<i>affinités</i>		développement	Constitution de sous groupe	diminution
	fonctionnel	<i>contributions</i>		tension	divergence d'objectifs	construction d'une expertise spécifique, complémentarité et repérage d'experts internes.
REIFICATION	identitaire	<i>Artefacts symboliques</i>		Constructions symboliques	aucune	institutionnalisati on
	affectif	<i>Témoignages, cadeaux</i>		Développement important	aucune	aucune
	fonctionnel	<i>Outils</i>		frein	Production du seul noyau dur. Les productions de la phase 1 sont remises en cause	

CONCLUSION

La dynamique des communautés de pratiques est donc un phénomène bien plus complexe que celui suggéré par le modèle du cycle de vie. Elle est générée par la tension entre participation et réification, et suit un processus dialectique. Chaque phase du développement d'une communauté de pratique marque un équilibre spécifique entre participation et réification ; cet équilibre est dépendant de l'histoire de la communauté de pratiques ainsi que de facteurs contextuels tant internes qu'externes. La dualité de la participation et de la réification construit le capital social de la communauté. Ce capital est composé de trois dimensions : la relation identitaire, affective et fonctionnelle. Le développement harmonieux d'une communauté de pratique impose un certain équilibre entre ces trois formes de lien social.

Ces résultats reposent cependant sur une monographie, la grille de lecture proposée doit être confrontée à d'autres contextes pour attester de son utilité.

Les implications manageriales de ce travail sont doubles. Tout d'abord les trois dimensions de la participation et de la réification peuvent être utilisées comme un outil de diagnostic du développement de la communauté de pratique. L'analyse des manifestations concrètes de la dualité participation/réification donne des clefs sur la manière d'orienter cette dualité pour renforcer la communauté de pratique. Enfin l'analyse du capital social initial permet d'anticiper certains blocages dans la tension entre participation et réification.

La première contribution théorique de ce papier a trait aux communautés de pratiques et à leur dynamique. Il peut servir à d'autres études et explique certaines situations de blocages ou de succès. Notre cadre d'analyse peut aussi être utilisé pour des recherches sur d'autres formes organisationnelles comme les équipes projet, les équipes de direction ou encore les équipes de travail. Notamment, il questionne les travaux en dynamique de groupe. En articulant le capital social initial –ou antérieur- avec le développement de son potentiel, ce cadre d'analyse met l'accent sur une perspective historique pour les travaux en dynamique de groupe. Un groupe n'est pas créé *ex nihilo* mais en général est fondé sur des réseaux pré-existants, il est donc marqué par les histoires communes ou particulières de ses membres. L'analyse par la dualité participation/ réification offre également une compréhension riche des mécanismes sous-jacents au développement d'un groupe. Elle demande à être complétée et appelle à de nouvelles recherches.

BIBLIOGRAPHIE

- Argyris, C. (1977), Double loop learning in organizations, *Harvard Business Review*, Sept-oct, p115-125.
- Argyris, C. (1991), Teaching smart people how to learn, *Harvard Business Review*, May-June, p 99-109.
- Bovasso G. (1992), "A structural analysis of the formation of a network organization", *Group & Organization Management*, vol 17, n°1.
- Chanal V. (2000), « Communautés de pratique et management par projet », [M@n@gement](#), vol. 3, n°1, p.1-30.
- Crozier M. & Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Essais, 1992.
- Dameron S. & E. Josserand (2004), "Communities of practice – is it like pulling teeth. Help our dentists, they're caught in an identity trap", *20th EGOS Colloquim*.
- Dameron S.(2002), « Les deux conceptions du développement de relations coopératives dans l'organisation », in I. Dostaler et H. Laroche, *Perspectives en management stratégique*, EMS Editions.
- Gioia, D. A., M. Schultz, and K. G. Corley (2000), "Organizational Identity, Image, and Adaptive Instability", *Academy of Management Review*, vol. 25, n°1, p. 63-81.
- Gongla P & C. R. Rizzuto (2001), "Evolving communities of practice: IBM Global Services experience", *IBM Systems Journal*, vol. 40, n°4, p. 842-862.
- Hogg M.A. & Terry, D.J. (2000), "Social identity and self-categorization processes in organizational contexts", *Academy of Management Review*, vol. 25, n°1, pp. 121-141.
- Hogg, M. & S. Hains (1998), "Friendship and group identification: a new look at the role of cohesiveness in groupthink". *European Journal of Social Psychology*, Vol. 28 Issue 3, p323, 19p.
- Hogg, M.A. & Abrams, D. (1999), *Social identification : a social psychology of intergroup relations and group processes*, Routledge.
- McDermott, R. (1999), Why information technology inspired but cannot deliver knowledge management, *California Management Review*, 41:4, Summer, 103-117. .
- McDermott, R. (2000), "community development as a natural step: five stages of community development", *KM Review*, 3, 5, November/December.
- Mintzberg, H. (1994), *The rise and fall of strategic planning*, Prentice hall, 1994.
- Schonsheck, J. (2000), "Business friends: Aritstotle, Kant and other management theorists on the practice of networking", *Business Ethics Quarterly*, Vol. 10 Issue 4, p897, 14p.
- Scott J. - *Social Network Analysis* - Sage Pub., 1991.
- Senge, P., '1990), The leader's new work : building learning organizations, *Sloan Management Review*, fall.
- Strauss J. & Corbin A. (1998), *Basics of qualitative Research*, Sage Publications.
- Styhre, A. (2000), "The organization of friendship". *Human Resource Development International*, Vol. 3 Issue 4.
- Tajfel, H. (1978), "Social Categorization, Social Identity and Social Comparisons", in Tajfel (Ed.), *Differentiation Between Social Groups : Studies in the Social Psychology of intergroup relations*, Londres: Academic Press, 61-76.

- Tajfel, H. (1982), "Social Psychology of Intergroup Relations", *Annual Review of Psychology*, 33, 1-39.
- Thomas, W.A., Kellogg, W.A., Erickson, T. (2001), "The knowledge management puzzle : human and social factors in knowledge management", *IBM Systems Journal*, vol. 40, n°4.
- Turner, J. C. (Ed.) (1987), *Rediscovering the Social Group – A self Categorization Theory*, Oxford and New York: Basil Blackwell.
- Turner, J. C., and A. Haslam (2001), "Social Identity, Organizations and Leadership", in M. E. Turner (Ed.) *Groups at Work – Theory and Research*, Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 25-65.
- Vaast E. (2002), « Les communautés de pratiques sont-elles pertinentes? », *Perspectives en Management Stratégique*, EMS Editions.
- Van de Ven, A.H. (1992), « Suggestions for studying strategy process: a research note », *Strategic Management Journal*, vol. 13, p. 169-188.
- Wenger, E. 1998. *Communities of Practice, Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge University Press.
- Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W.M. 2002. *Cultivating communities of practice*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Wenger, E.C. & Snyder, W.M. 2000. „Communities of Practices: the organizational frontier”. *Harvard Business Review*, Jan-Feb, 139-145.

ANNEXE

