



HAL
open science

La construction de savoirs d'action entre réseau et hiérarchie

Christelle Bruyère

► **To cite this version:**

Christelle Bruyère. La construction de savoirs d'action entre réseau et hiérarchie. Management et réseaux sociaux, Hermès Editions, pp.349, 2008. halshs-00519678

HAL Id: halshs-00519678

<https://shs.hal.science/halshs-00519678v1>

Submitted on 21 Sep 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La construction de savoirs d'action entre réseau et hiérarchie - Le cas des réseaux de santé -

Christelle Bruyère¹

L'organisation du système de santé français est au cœur des problématiques actuelles : cloisonnement excessif du système de santé, développement de pathologies chroniques, prévention insuffisante, complexification de la trajectoire du patient, vieillissement de la population... Les réseaux de santé prennent la forme d'une réponse organisationnelle cohérente et innovante pour faire face aux nouveaux défis du système de santé. L'enthousiasme qu'ils génèrent a entraîné un foisonnement de pratiques locales. Quelles sont alors ces pratiques ? Comment se construisent les réseaux de santé ? Existe-t-il un « champion » qui ferait figure de référence ? Et comment expliquer cette effervescence ? Pour apporter des éléments de réponse, il paraît nécessaire dans un premier temps (1) de comprendre ce qu'on attend d'un réseau de santé pour ensuite (2) étudier les pratiques locales qui nous conduiront (3) à proposer une stratégie de gestion paradoxale entre réseau et hiérarchie.

1 Les réseaux de santé français : entre fascination et défiance

« Une nouvelle divinité s'installe [...] : le Réseau. Partout la figure du réseau s'impose pour réenchanter la vie quotidienne et réinterpréter le monde contemporain » [MUS 03, p5]. Cet émerveillement autour du réseau n'échappe pas au secteur de la santé. Pour comprendre l'enthousiasme que suscitent les réseaux de santé en France, (1) nous faisons un rapide détour par leur histoire avant de (2) nous pencher sur les premiers retours d'expérience.

1.1. Une réponse organisationnelle salvatrice

Les réseaux de santé sont apparus dans les années quatre-vingt qui ont été marquées par les premiers cas de sida diagnostiqués en France. La rapide diffusion de cette maladie a mis en évidence les lacunes du système de soins et la nécessité de

¹ Doctorante ATER, Laboratoire en Sciences de Gestion spécialisé en Logistique et Organisation (CRET-LOG), Université Aix-Marseille II, christellebruyere@yahoo.fr

faire de la prévention. « *L'infection par le VIH est une maladie évolutive chronique dont la prise en charge doit mobiliser plusieurs catégories de praticiens : la coopération entre la médecine de ville et l'hôpital est incontournable puisque ni l'une ni l'autre ne peuvent répondre isolément de manière satisfaisante aux besoins des patients. De plus, les besoins d'une personne souffrant du SIDA ne peuvent se résumer aux seuls soins médicaux : outre la nécessité d'un soutien psychologique et affectif, s'impose également celle de disposer d'aides pour effectuer les actes de la vie quotidienne* » [SCH 02, p11]. Or, le système de santé français rigide et cloisonné ne permettait pas une prise en charge pluridisciplinaire. Les réseaux de santé se sont alors construits autour d'une nécessité qui correspondait à la conviction des acteurs de la santé qu'il semblait impossible d'aboutir à une solution seul face au problème commun soulevé. De nombreux réseaux spontanés reposant sur le bénévolat sont ainsi nés dans les années 80 et ont par la suite été soutenus par l'Etat qui a multiplié les réformes pour encourager leur développement autour de pathologies complexes et/ou chroniques (sida, cancer, diabète...) ou de populations en difficultés médico-sociales (population âgée, adolescents en difficultés...). L'année 2002 représente un avancement considérable pour les réseaux de santé avec la loi du 4 mars 2002 qui prévoit une enveloppe spécifique pour financer leur développement.

Les réseaux de santé sont ainsi ouverts à tous les acteurs médico-sociaux individuels et institutionnels concernés par la thématique du réseau. Un réseau gériatrique peut être composé de médecins généralistes, de gériatres, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, d'hôpitaux, de maisons de retraites, d'aides ménagères, d'aides à domicile, de diététiciens, de psychologues, etc. Le point commun entre ces professionnels est qu'ils ont tous un rôle à jouer dans la prise en charge d'une personne âgée en situation médico-sociale difficile. Ils participent à la vie du réseau en intervenant à deux niveaux : un niveau individuel consistant à rechercher à plusieurs des solutions administratives, sociales, médicales, psychologiques... autour de cas individuels complexes (synthèses sur cas, échanges entre professionnels, orientation accompagnée des personnes dans leur parcours sanitaire et social...) et un niveau collectif consistant à mettre en place des actions collectives pour répondre à un besoin partagé par un groupe de population sur le territoire (sessions de formation, actions collectives de prévention...).

Par ailleurs, tous les professionnels n'interviennent pas simultanément. Les réseaux de santé prennent la forme de réseaux clignotants où la potentialité des échanges assure la pérennité des liens [AMA 06]. Les chaînes d'acteurs vont se former et se déformer en fonction des situations et des besoins (selon la nature des cas à traiter, selon la thématique des formations, selon l'objectif des actions collectives...). La formation de ses chaînes est initiée par une équipe de coordination qui soutient le fonctionnement du réseau.

Les réseaux de santé renvoient ainsi davantage à une logique d'organisation qu'à une configuration organisationnelle type. Cette perspective implique la reconnaissance d'une hybridation des logiques d'organisation [ASS 05 ; JOS 2007 ; PES 02 ; SFE 99]. Les réseaux de santé se tissent sur un socle sanitaire et social

existant caractérisé par son fonctionnement bureaucratique. Ils ne cherchent pas à créer une offre de soin concurrente au mode de prise en charge traditionnel mais ils se nourrissent des ressources existantes et s'appuient sur des réseaux plus invisibles qui leur préexistaient.

1.2. Des retours d'expériences parfois décevants

Quantifier le nombre de réseaux de santé en France n'est pas facile dans la mesure où nous disposons d'une faible visibilité. Non seulement les réseaux de santé sont majoritairement le fait d'initiatives locales dispersées mais ils font l'objet d'une faible traçabilité principalement limitée aux rapports d'évaluations des financeurs. En bref, la visibilité dont nous disposons si l'on se restreint aux réseaux soutenus par les deux principaux financeurs nous permet de dénombrer plus ou moins 600 réseaux de santé financés en 2004 et de souligner une croissance continue.

Si la courbe de croissance des réseaux de santé semble corroborer l'enthousiasme actuel dont ils font l'objet, il ne s'agit pas d'entretenir l'illusion. Hatchuel met en garde le chercheur face au risque consistant à entretenir l'illusion en soulignant l'importance de garder à l'esprit la frontière entre ce qui relève de la mystification et ce qui relève, dans notre contexte, de la réalité de fonctionnement des réseaux de santé [HAT 00]. Les réseaux de santé sont en apparence consensuels mais ils ne prennent pas pour autant la forme d'organisations heureuses entre producteurs de soins altruistes animés par un profond désir de coordination en vue de concourir au bien être collectif. Si les réseaux de santé sont animés d'une mission commune, leur réalité n'en est pas moins complexe. Ce sont des réseaux d'acteurs naturellement individualistes aux domaines de compétences complémentaires, appartenant à diverses institutions, ayant des cultures différentes, des intérêts parfois divergents et qui sont pourtant amenés à se coordonner autour d'un bénéficiaire. Les difficultés de mise en oeuvre sont nombreuses dès lors qu'il s'agit de faire travailler ensemble des acteurs qui travaillent traditionnellement de façon isolée, qui plus est dans un système fortement cloisonné : lourdeur bureaucratique et cloisonnement des services, contraintes juridiques et morales, différences de rémunération entre producteurs de soins (secteur public et libéral), choc des cultures, peur de perdre du pouvoir, etc.

Par ailleurs, les réseaux de santé semblent nouvellement sujets à controverse dans l'actualité politique du système de santé français qui laisse entrevoir une certaine défiance des pouvoirs publics. L'enveloppe financière baisse, la présomption de performance questionne, l'évaluation de leur plus value effective fait défaut, etc. Sans occulter les nombreuses énergies locales sans lesquelles les réseaux de santé n'existeraient pas, aucun réseau ne semble avoir véritablement fait ses preuves à ce jour. Alors que les réseaux de santé ne cessent de se développer en France, aucun réseau ne fait figure de « champion ».

2 Une situation de gestion complexe et paradoxale

Précisons que notre recherche ne consiste pas plus à dénoncer l'enthousiasme pour les réseaux de santé qu'à questionner l'intérêt du mode d'organisation en réseau dans le système de santé. Notre objectif est de contribuer à soutenir le fonctionnement des réseaux de santé en cherchant à comprendre pourquoi des acteurs qui croient aux réseaux de santé tout en étant soutenus par l'Etat n'arrivent pas à produire, à ce jour, des résultats probants. Après avoir précisé (1) notre positionnement épistémologique et méthodologique, nous exposerons (2) les principaux résultats de l'approche exploratoire.

2.1 Posture de recherche et choix méthodologiques

Le positionnement épistémologique adopté dans le cadre de cette recherche relève de l'interprétativisme. Nous pensons qu'il existe une réalité a priori mais que celle-ci ne peut jamais qu'être approchée. Et c'est à travers l'interprétation qu'en font les acteurs que le chercheur se fait une représentation de la réalité. Si la position épistémologique guide la démarche de recherche dans son ensemble, les choix méthodologiques proviennent directement des problèmes posés aux différentes étapes du processus de recherche. La recherche se construit « chemin faisant »² et repose sur une démarche abductive [GIO 03] : les résultats issus de l'observation du terrain n'ont pas le caractère de lois universelles mais ils sont des propositions et/ou hypothèses à discuter et/ou tester.

Nous avons donc procédé à une première approche exploratoire du terrain en cherchant à comprendre et expliquer les points de blocages à la mise en œuvre des réseaux de santé. L'étude s'est centrée sur les difficultés de fonctionnement des réseaux de santé et s'est appuyée sur une série d'entretiens semi-directifs auprès de deux populations : neuf experts en réseau de santé (institutionnels et universitaires) et quinze acteurs de terrain participants à quatre réseaux de santé de la région PACA (un réseau diabète, un réseau sur les troubles du langage chez l'enfant, un réseau périnatalité et un réseau ciblant les adolescents en difficultés). Les cas ont été sélectionnés de manière à exploiter la diversité des réseaux de santé et rechercher d'éventuels invariants.

2.2 Résultats de l'approche exploratoire

L'analyse inter-cas révèle des modes de fonctionnement différents. Les réseaux de santé se construisent indépendamment les uns des autres. Ils se structurent autour de la prise en charge du bénéficiaire dont le parcours de soins varie en fonction de sa pathologie. La prise en charge d'un diabétique ne demande pas les mêmes ressources et ne pose pas les mêmes problématiques que la prise en charge d'un enfant souffrant de troubles du langage. Par ailleurs, les variantes des pathologies et

² En référence à l'expression utilisée par M.J. Avenier, chaque étape de la recherche a été nécessaire à la réalisation de l'étape suivante [AVE 97].

les caractéristiques des patients renvoient à une diversité qui empêche toute standardisation du processus. Toutefois, malgré les singularités des processus de prise en charge, nous observons que les difficultés de mise en œuvre se recourent. En effet, les réseaux évoluent dans le même paysage sanitaire et social et suivent la même direction stratégique. Ils cherchent une amélioration de la qualité des soins en articulant, sur un territoire déterminé, une prise en charge globale centrée sur un bénéficiaire souffrant d'un problème de santé complexe clairement identifié. L'approche exploratoire nous a ainsi permis de recenser quatre types de difficultés que nous citons par ordre d'importance : des difficultés structurelles (liées au cloisonnement du système de santé français), des difficultés culturelles (liées à aux représentations associées au réseau), des difficultés organisationnelles (liées à l'organisation du réseau de santé) et des difficultés comportementales (liées aux comportements des acteurs de la santé dans un contexte de réseau de santé). Une analyse des difficultés de fonctionnement par ordre d'importance permet de saisir les principaux points de blocage rencontrés par les acteurs investis dans un réseau de santé. Ces obstacles n'ont toutefois rien de surprenant dès lors qu'il est question de faire travailler ensemble des acteurs habitués à exercer isolément service par service ou pathologie par pathologie. Pourtant, une analyse des difficultés non plus par ordre d'importance mais par combinaison d'obstacles laisse entrevoir une voie de recherche intéressante. Nous remarquons en effet que les principaux obstacles énoncés par les acteurs de terrain entretiennent une relation ambiguë.

Les difficultés ressenties par les acteurs...	... entretiennent une relation ambiguë
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloisonnements ▪ Clivages médico-sociaux ▪ Modèle de soins paternaliste ▪ Manque de confiance ▪ Manque de disponibilité ▪ Peur d'une dilution des compétences 	Les acteurs de terrain veulent simultanément dépasser les cloisonnements qui empêchent une cohérence des soins et rester dans leur périmètre de soins
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de financement ▪ Manque de soutien l'Etat ▪ Attentes des tutelles floues ▪ Contrôle institutionnel ▪ Lourdeur administrative 	Les acteurs de terrain veulent simultanément plus de soutien de l'état et une autonomie de mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de repères (règles, cadres...) ▪ Métier de coordonnateur flou ▪ Notion de réseau floue ▪ Formalisation excessive ▪ Traçabilité des activités du réseau 	Les acteurs de terrain veulent simultanément des réseaux organisés et structurés et des réseaux souples et non contraignants

Figure 1. Ambiguïté des difficultés de mise en œuvre d'un réseau de santé

La nouvelle direction stratégique suivi par les réseaux de santé injecte du désordre dans un système rigide et ordonné et devient vecteur d'ambiguïtés [FAB 02]. L'ambiguïté des points de blocage tient au fait qu'ils fusionnent autant qu'ils s'opposent. Ces ambiguïtés ne sont pas sans rappeler le caractère hybride du réseau de santé, « *intermédiaire en tant qu'il est instrument de liaison, certes, mais surtout intermédiaire en ce qu'il se tient dans l'entre deux de couples d'opposition qu'il*

réunit, effaçant par là la coupure logique traditionnelle » [SFE 99, p11]. Cette étroite connivence entre des pôles a priori contraires renvoient au concept de paradoxe dont l'intérêt tient essentiellement dans son procédé heuristique capable de faire émerger du sens sans édulcorer la complexité des objets étudiés [MAR, 01 ; PER 03]. Il se définit comme une « *une situation dans laquelle il est nécessaire de faire, de dire ou de penser une chose et le contraire de cette chose* » [BAR 89, p279]. Nous mobilisons le concept de paradoxe comme outil théorique pour conceptualiser l'ambiguïté des difficultés de fonctionnement des réseaux de santé. Il nous permet de formuler trois paradoxes pertinents dans un contexte de réseau de santé :

- les réseaux de santé se forment en réponse à une volonté d'*intégration* en ce sens qu'ils visent à harmoniser un système de santé fortement segmenté tout en conservant les *différenciations* de chacun ;
- ils cherchent à être suffisamment *formels* et organisés pour se pérenniser tout en étant *informels* et souples pour favoriser la coordination et les initiatives individuelles ;
- ils disposent d'une grande *autonomie* de mise en œuvre (niveau local) tout en étant contrôlés dans leurs résultats qui doivent être *conformes* à l'autorité tutélaire (niveau national).

Envisager les réseaux de santé comme une situation de gestion complexe et paradoxale peut ainsi contribuer à expliquer les retours d'expériences parfois décevants. Et maintenant, que fait-on ? Comment les acteurs de la santé qui se mesurent frontalement à ces paradoxes font-ils face ? N'est-ce pas s'attaquer à un problème insoluble ?

3 Vers une opérationnalisation de la gestion paradoxale des réseaux de santé

« *Le secret de la maîtrise du paradoxe est simple à exprimer : il consiste à surimposer à une situation paradoxale une stratégie paradoxale* » [BAR 89, p301]. Si la théorie nous conduit à préconiser l'emploi d'une stratégie paradoxale pour faire face aux difficultés de fonctionnement des réseaux de santé, la question se pose de savoir comment elle se met en œuvre et quelle forme elle prend. Nous précisons tout d'abord (1) nos choix méthodologiques avant de présenter (2) les principaux résultats des études de cas.

3.1 Choix méthodologiques

L'approche exploratoire a révélé que les acteurs de terrain investis dans les réseaux de santé ne sont pas passifs devant les points de blocages qu'ils rencontrent. Il serait plus juste de dire qu'ils composent comme ils peuvent avec ce qui leur est donné. Ils font avec « les moyens du bord » et avancent avec leur intuition, leur savoir faire, leurs relations... Ce constat fait échos au concept de bricolage [LEV 62] qui consiste « *face à un ensemble d'actions qui se laissent difficilement cerner, de métiers flous, de scènes d'action éclatée ou de procédures informelles [...]* à

mobiliser de manière plus ou moins improvisée des moyens matériels et cognitifs dont l'individu dispose pour trouver des solutions provisoires » [CAT 05, p46]. Plus précisément, le bricolage repose sur trois notions : une combinaison d'éléments hétéroclites, des ressources limitées qui oblige à s'arranger « avec les moyens du bord » et un ensemble de relations entre éléments qui donne une compréhension générale du monde.

Dans cet esprit, nous avons étudié les actions des « bricoleurs » afin de construire des savoirs d'action contribuant à opérationnaliser la gestion paradoxale présumée des réseaux de santé [AVE 07 ; BAR 96]. Nous avons donc d'une part cherché à rendre explicite les actions des « bricoleurs » au moyen d'énoncés sur leurs pratiques professionnelles et d'autre part mobilisé le concept de paradoxe pour éclairer le problème donné. Deux questionnements principaux ont guidé l'approche empirique :

- Le bricolage à l'oeuvre permet-il de gérer les paradoxes ? autrement dit, de concilier des contraintes pensées habituellement comme opposées ;
- Si oui, comment s'opérationnalise cette gestion paradoxale ?

Nous avons sélectionné, avec l'appui d'experts, des réseaux de santé réputés pour leur bon fonctionnement de manière à étudier les meilleures pratiques de terrain. Nous avons également mobilisé un réseau témoin en situation d'échec. Nous nous sommes ensuite concentrés sur les acteurs qui avaient des choses à dire sur la gestion d'un réseau de santé. Nous avons donc ciblé le noyau d'acteurs interfaces fortement impliqués dans leurs pratiques, à savoir le pôle de coordination. Cinq études de cas ont été réalisées : un réseau diabète, un réseau toxicomanie, un réseau de soins palliatifs, un réseau gérontologie et un réseau dyslexie. La méthode biographique couplée à la technique des incidents critiques nous a permis de faire raconter des expériences de travail aux répondants, de retracer des récits de pratiques, d'expliquer leurs actes et leurs motivations dans ces circonstances [GIO 03]. Les seize entretiens ont été retranscrits et restitués sous une forme synthétique aux répondants dans un souci de validité externe. La restitution des entretiens vise une meilleure compréhension des énoncés et donne la possibilité aux interviewés d'approfondir leur réflexion et de compléter les informations.

3.2 Résultats des études de cas

Nous observons que les membres des différents pôles de coordination avancent chemin faisant sur la base de réflexion collective et d'essais erreurs [AVE 97]. Il n'y a peu voire pas de mutualisation entre réseaux. Aucun réseau ne fait figure de modèle sur lequel l'équipe de coordination pourrait se reposer. Les coordonnateurs se construisent un cadre en adéquation avec les attentes et recommandations des tutelles. Ce cadre permet de se positionner dans l'offre de soins, de légitimer les actions du réseau, de trouver sa place dans le paysage sanitaire et social et de négocier les rôles des différents partenaires. Il répond à une volonté d'intégration du réseau dans le tissu existant. Il est également une assise fondamentale pour

pérenniser les financements. Parallèlement à ce cadre d'action, les acteurs se donnent une marge de manœuvre qui est à l'appréciation de chacun. En composant avec les frontières existantes, ils se ménagent des zones d'autonomie et occupent des positions sécantes [CRO 77]. Ils sont à l'interface de plusieurs modes de fonctionnement et jouent les interprètes entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires. Entre alors en jeu une logique de dialogue entre les pôles distants. La gestion des points de blocage à la mise en œuvre des réseaux de santé relève d'une recherche d'équilibre dynamique en vue de concilier les couples opposés. Cette démarche se traduit par la création d'espaces de rencontres et de temps d'échanges pour négocier un équilibre toujours en mouvement. Cette quête d'équilibre dynamique est à l'origine d'actions et d'outils innovants dont nous donnons quelques exemples dans le tableau suivant.

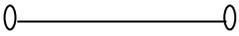
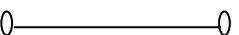
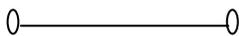
Paradoxes	Exemples de pratiques paradoxales de dialogue en contexte de réseau de santé
Formel Informel 	Construction d'outils structurants le réseau (charte de fonctionnement, protocoles de soins, contrats d'adhésion, conventions avec les partenaires...) qui sont révisables et négociables : ils évoluent en fonction des circulaires, des besoins du réseau, des négociations collectives avec les partenaires...Ils permettent un cadre souple et adaptable
Différenciation Intégration 	Création de temps d'échanges fédérateurs et intégrateurs (organisation de formations pluridisciplinaires, réunions de bilan d'activité du réseau, journées de rencontres inter réseaux, organisation de concertation pour fournir un diagnostic partagé...). Ces moments sont l'occasion d'identifier les différents domaines de compétences imbriqués autour d'une même pathologie et de connaître les divers partenaires médico-sociaux du réseau vers qui s'orienter en cas de besoin
Contrôle Autonomie 	Mise en place d'une évaluation chemin faisant consistant en des allers retours continus entre action et réflexion. Les actions du réseau sont continuellement réajustées en fonction des résultats produits et des recommandations des tutelles. Tous les acteurs du réseau, patients comme soignants, sont sollicités pour participer à ce principe de diagnostic permanent (à partir de fiches de liaisons permettant de tracer le parcours du patient, à partir d'échanges informels...)

Figure 2. Exemples de pratiques paradoxales de dialogue en contexte de réseau de santé

La recherche d'un équilibre dynamique entre des pôles distants s'inscrit dans le cadre de la systémique ago-antagoniste de Bernard Weil [BER 03]. Ce cadre général se positionne comme une science de la viabilité en postulant que la viabilité d'un système suppose de penser sa régulation en termes de couples ago-antagonistes, l'agonisme générant des effets synergiques et l'antagonisme générant des effets opposés. Dans notre contexte de recherche, il existe un agonisme certain qui est induit par l'objectif commun qui fédère les acteurs de la santé : se coordonner autour du patient pour mettre en œuvre une prise en charge globale et continue. En parallèle, ces rapprochements ne se font pas sans tensions. L'objectif des acteurs de la santé n'est pas de maîtriser le système en supprimant les antagonismes mais de l'accepter tel qu'il est (avec ses ordres et désordres, ses synergies et oppositions...) tout en se structurant autour de l'objectif commun.

Par ailleurs, un couple ago-antagoniste central semble se dessiner par rapprochement des pôles contraires : les pôles se référant à l’informel, à l’autonomie et à l’intégration véhiculent la notion de réseau en opposition aux pôles se référant au formel, au contrôle et à la différenciation qui renvoient plus volontiers à la notion de hiérarchie. L’ago-antagonisme « réseau – hiérarchie » suggère la rencontre de deux régimes de fonctionnement qui d’ordinaire ne cohabitent pas : la forme réseau en opposition aux formes plus hiérarchiques [LEM 93]. L’étude des pratiques de réseaux de santé nous conduit à penser que c’est dans l’arbitrage entre ces deux modes de coordinations que les réseaux de santé trouvent leur équilibre et non dans la polarisation sur un mode de coordination. Le tout « hiérarchie » reproduit le mode de prise en charge traditionnel et le tout « réseau » crée des réseaux d’affinités aux faibles chances de survie.

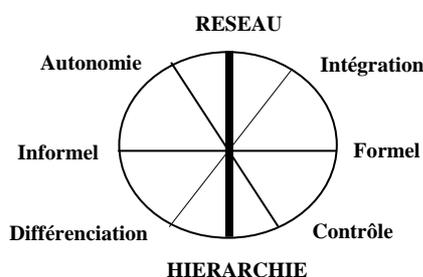


Figure 3. Autour d’un couple ago-antagoniste « réseau – hiérarchie »

Précisons enfin que notre objectif, à travers l’étude des pratiques de gestion des réseaux de santé, n’est pas de résumer l’utilité des Sciences de Gestion à la production de connaissances directement actionnables, de type boîte à outils. Nous tentons davantage de construire un modèle théorique représentant un réservoir d’idées dont le praticien pourra se saisir pour rendre intelligible son environnement et guider son action. Les récits de pratiques des interviewés suggèrent le développement d’actions innovantes dont le recueil permettra à terme d’alimenter la régulation ago-antagoniste de type « réseau – hiérarchie ».

4 Bibliographie

[AMA 06] AMANS, P., AYED-ZAMBAA, F., DESCARGUES, R., LOUP, S., Acquis et perspectives de la compréhension des relations entre PME : l’analyse d’un cas par le concept de réseau clignotant, *8^{ème} Congrès international francophone en entrepreneuriat et PME*, Haute Ecole de Gestion, 25, 26, 27 octobre, Suisse, 2006.

[ASS 05] ASSENS, C., BARONCELLI, A., Dynamique organisationnelle : une étude longitudinale combinant les idéaux types, *XIV^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique*, Pays de Loire, Angers, France, 2005.

[AVE 97] AVENIER, M.J., *La stratégie « chemin faisant »*, Paris, Economica, 1997.

- [AVE 07] AVENIER, M.-J., SCHMITT, C., *La construction de savoirs pour l'action*, Paris, L'Harmattan, 2007.
- [BAR 96] BARBIER, J. M., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, PUF, 1996.
- [BAR 89] BAREL, Y., *Le paradoxe et le système*, Presses Universitaires de Grenoble, 1989.
- [BER 02] BERNARD WEIL, E., *Stratégies paradoxales en bio-médecine et sciences humaines*, Paris, L'Harmattan, 2002.
- [CAT 05] CATLA, M., Des dynamiques intermédiaires au travail politique, In FILATRE, D. ; DE TERSAC, G., *Les dynamiques intermédiaires au coeur de l'action publique*, Toulouse, Ed. Octarès, 2005.
- [CRO 77] CROZIER, M. ; FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.
- [FAB 02] FABBE COSTES, N. ET LIEVRE, P., *Ordres et désordres en logistique*, Paris, Hermès Science Publications, 2002.
- [GIO 03] GIORDANO, Y., *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Editions EMS, 2003.
- [HAT 00] HATCHUEL, A., Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective, In DAVID, A., HATCHUEL, A., LAUFER, R., *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Vuibert, p. 7-44, 2000.
- [JOS 07] JOSSERAND, E., Le pilotage des réseaux. Fondements des capacités dynamiques de l'entreprise, *Revue Française de Gestion*, Vol. 33, N° 170, p.95-102, 2007.
- [LEM 93] LEMIEUX, V., Réseaux et appareils dans la structuration du social, In AUDET, M., BOUCHIKHI, H. (Dirigé par), *Structuration du social et modernité avancée, Autour des travaux d'Anthony Giddens*, Université de Laval, p. 147-168, 1993.
- [LEV 62] LEVI STRAUSS, C., *La pensée sauvage*, Paris, Agora, 1962.
- [MAR 01] MARTINET, A-C., Le faux déclin de la planification stratégique, In MARTINET, A-C., THIETART, R-A (2001), *Stratégies, Actualité et futurs de la recherche*, Paris, Vuibert, p. 175-193, 2001.
- [MUS 03] MUSSO, P., *Critique des réseaux*, Paris, PUF, 2003.
- [PER 03] PERRET, V. ; JOSSERAND, E., *Le paradoxe, penser et gérer autrement les organisations*, Paris, Ellipses, 2003.
- [PES 02] PESQUEUX, Y., *Organisations : modèles et représentation*, Paris, PUF, 2002.
- [SCH 02] SCHWEYER, F-X. ; LEVASSEUR, G. ; PAWLIKOWSKA, T., *Créer et piloter un réseau de santé*, Ile et Vilaine, Ed. ENSP, 2002.
- [SFE 99] SFEZ, L., Le réseau : du concept initial aux technologies de l'esprit contemporaines, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. CVI., p. 5-27, 1999.