



**HAL**  
open science

# Travailler dans un réseau de santé : effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail

Marie-Frédérique Ferré

## ► To cite this version:

Marie-Frédérique Ferré. Travailler dans un réseau de santé : effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2015. Français. NNT : 2015TOU20003 . tel-01340361

**HAL Id: tel-01340361**

**<https://theses.hal.science/tel-01340361>**

Submitted on 1 Jul 2016

**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.



# THÈSE

En vue de l'obtention du

## DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse - Jean Jaurès

---

**Présentée et soutenue par :**

**Marie-Frédérique FERRE**

**le** Vendredi 30 janvier 2015

**Titre :**

TRAVAILLER DANS UN RESEAU DE SANTE : EFFETS SUR LES PRATIQUES  
PROFESSIONNELLES ET LA SANTE PSYCHIQUE AU TRAVAIL

---

**École doctorale et discipline ou spécialité :**

ED CLESCO : Psychologie

**Unité de recherche :**

Laboratoire "Psychologie du Développement et Processus de Socialisation" (PDPS) - EA 1697

**Directeur/trice(s) de Thèse :**

Brigitte ALMUDEVER, Pr. en Psychologie, Université Toulouse - Jean Jaurès

**Jury :**

Marc-Eric BOBILLIER-CHAUMONT, Pr. en Psychologie, Université Lyon II (rapporteur)

Dominique LHUILIER, Pr. Emérite en Psychologie, CRTD-CNAM Paris (rapporteur)

Maïthé TAUBER, Pr. Praticien Hospitalier, CHU Toulouse-Hôpital des enfants

## **REMERCIEMENTS**

*Au terme de cette recherche, je tiens à remercier tout d'abord ma directrice de thèse : Madame Brigitte Almudever pour avoir dirigé ce travail, pour ses conseils et pour la confiance qu'elle m'a témoignée tout au long de ce parcours. Je la remercie aussi pour son niveau d'exigence : j'ai ainsi beaucoup appris professionnellement sur le monde de la recherche et personnellement sur mes propres ressources.*

*J'adresse mes remerciements sincères à Madame Maïthé Tauber, présidente du réseau de santé RéPPOP Midi-Pyrénées qui me fait l'honneur de participer à ma soutenance. Je la remercie, ainsi que toute l'équipe de coordination du réseau, pour l'accueil et l'aide que j'ai reçus au RéPPOP sans lesquels cette thèse n'aurait pas pu voir le jour.*

*Je souhaite exprimer ma reconnaissance à Madame Dominique Lhuilier et à Monsieur Marc-Eric Bobillier-Chaumon, qui me font l'honneur d'avoir accepté d'être membres du jury de ma thèse.*

*Je remercie les membres du jury pour l'attention qu'ils porteront à ce travail et pour leurs futures remarques qui feront avancer ma réflexion.*

*J'adresse aussi mes remerciements à toutes les personnes qui ont pris le temps, entre deux consultations, de me recevoir en entretien, qui ont montré de l'intérêt pour cette thèse et qui en répondant à mes questions ont enrichi ma réflexion et co-construit ce travail.*

*Mes remerciements s'adressent également aux membres de l'équipe de Psychologie Sociale du Travail et des Organisations du laboratoire PDPS, et plus largement, à l'ensemble des membres de ce laboratoire pour leur accueil et leurs encouragements. Je remercie Mme Sandrine Croity-Belz pour son soutien et sa bienveillance au cours des derniers mois de la thèse.*

*Je n'oublie pas non plus les doctorants qui ont été une véritable ressource m'apportant toujours du soutien : Nancy (pour ses journées passées à m'aider, à me rassurer et à avoir rendu la fin de thèse la plus sereine possible, je n'oublierai pas les gâteaux au chocolat !), Liên (pour nos discussions de mamans et nos idées créatives), Emilie (pour son côté lacanien !), mais aussi Céline et Elodie (pour le comité de soutien), Olivia et Marie L. (pour*

*les chansons), Vanna, Raymond, Marie P., Martine, et tous les autres. Une pensée pour Amandine, Lucie, Audrey, Yoann, Nathalie et Charlotte pour nos riches échanges au début de mon parcours. Merci à vous tous pour ces chaleureux moments, pour vos conseils et votre écoute. Merci d'avoir rendu le parcours doctoral si convivial !*

*Je remercie Monsieur Patrick Descoins, pour ses conseils avisés et ses relectures.*

*Je remercie mes amies de longue date : Emmanuelle pour ta disponibilité et ton écoute ; Véronique pour ton amitié depuis toutes ces années, amitié qui a commencé sur les bancs de la fac du Mirail en cours de psychologie en...1998 !*

*Je remercie tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à ce que ce projet aboutisse.*

*Enfin, toute ma reconnaissance va à ma famille qui m'a soulagée de différentes façons, qui a eu confiance en moi et surtout qui m'a supportée ! Merci pour votre immense amour.*

*Merci à mes grands-parents qui auraient été fiers de moi et qui m'ont transmis la valeur du travail et du dépassement de soi.*

*Merci à mon père, pour ton combat, et ta force dont j'ai hérité.*

*Merci à ma mère, sans toi cette thèse n'aurait jamais pu se réaliser dans de bonnes conditions. Je te dois tout... Je te dois tant....*

*Merci à Thierry, mon compagnon, pour parcourir à mes côtés et depuis tant d'années le même chemin de vie. Merci pour ton soutien, ta patience et ta disponibilité.*

*Merci à mes enfants, Tymothé et Jonathan, pour vos sourires, vos câlins qui m'ont permis de faire le « plein d'amour » et d'avoir ainsi les forces pour avancer. Merci de votre compréhension et d'avoir laissé maman tranquille de longs moments dans le bureau le soir, pendant les week-ends et les vacances. Je vous en fais la promesse : je vais me rattraper !*

*« Ne craignez pas d'avancer lentement, craignez seulement de rester sur place »*

*Sagesse chinoise.*

# RESUME

Les nouveaux besoins en matière de soins et de prise en charge des patients ont contribué à la création des réseaux de santé. En plein développement, ils font partie intégrante du paysage du système sanitaire français. L'impact, pour les professionnels de santé, du travail en réseau fait aujourd'hui l'objet de plusieurs recherches et résultats contrastés, mais a peu été étudié du point de vue de la Psychologie Sociale, du Travail et des Organisations.

Cette thèse a pour objectifs d'une part, de décrire les effets de la participation à un réseau de santé au niveau des pratiques professionnelles et au niveau de la santé psychique au travail, et d'autre part, d'examiner les variables et processus pouvant rendre compte de la variabilité de ces effets. Cette recherche privilégie une approche du réseau de santé comme un lieu potentiel de socialisation et de personnalisation (Malrieu & Malrieu, 1973) pour les professionnels qui en font partie. La recherche sur le terrain a été réalisée en collaboration avec le réseau de santé ville-hôpital RéPPOP Midi-Pyrénées (Réseau Prévention et Prise en charge Obésité Pédiatrique) qui a la particularité de fonctionner sur la base de Trios/Duos de partenaires pour la prise en charge de l'enfant. Autour du médecin référent, ces partenaires peuvent être des diététicien(ne)s, des psychologues, des kinésithérapeutes...

Nous posons l'hypothèse selon laquelle les effets de l'appartenance à un réseau de santé varient en fonction de variables individuelles (ancienneté de l'appartenance au réseau de santé et motivations initiales d'adhésion) et de variables organisationnelles (structuration en Duo/Trio et liens avec l'équipe de coordination du RéPPOP Midi-Pyrénées). Pour autant, une variable-clé, susceptible de moduler ces relations, sera placée au centre de notre recherche : la dynamique collective des Trios/Duos, analysée en référence aux concepts de « travail collectif », « collectif de travail » et « activité collective » (Caroly, 2010). Une étude par entretiens semi-directifs de recherche a été menée auprès de 20 professionnels libéraux et membres du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées répartis en 4 Trios et 4 Duos.

L'analyse des données a permis de caractériser trois types de dynamiques collectives différenciées quant aux ressorts du travail collectif, aux étayages du collectif de travail et à l'orientation intra-RéPPOP ou hors-RéPPOP de l'activité collective. Les résultats permettent d'appréhender comment chacune peut influencer sur la relation entre transformation des pratiques et évolution de la santé psychique.

De nouvelles perspectives de recherche et d'action auprès des partenaires du réseau sont proposées à l'issue de ces analyses.

Mots clés : Réseau de santé, Travail collectif, Collectif de travail, Activité collective, Transformation des pratiques professionnelles, Socialisation-Personnalisation, Santé psychique au travail.

# SUMMARY

The new needs as regards care and taking charge of patients have contributed to the creation of health networks. As they are growing fast, they are an integral part of the French sanitation system. The impact, on the health professionals, of networking is, today, the object of contrasted research and results, but has little been studied as far as Social Psychology, Work and Organizations are concerned.

The aim of this thesis is, on the one hand, to describe the effects of the participation to a health network where professional practices and psychic health at work are concerned and, on the other hand, to examine the variables and process accounting for the variability of these effects. This research privileges an approach to the health network as a place of socialization and personalization (Malrieu & Malrieu, 1973).

The research on the ground is carried out in collaboration with the health network town-hospital RéPPOP Midi-Pyrénées (Prevention and Taking charge of Pediatric Obesity Network) , which has the specificity to work on the basis of Trios/Duos of partners to take charge of children. Those partners can be doctors, dieticians, psychologists, physiotherapists... However , another key-variable, able to moderate these relationships, will be taken into account : the collective dynamics will be analyzed according to the theoretical concepts of “collective work”, “working collective” and collective activity (Caroly, 2010). We assume that the effects of being part of a health network vary according to individual variables (length of time in the health network and initial adhesion motivations ) and to organizational variables ( structuring in Trios/Duos and links with the coordination team of the RePPOP Midi-Pyrénées). Which will be modulated by the functioning dynamics between partners of the Trio/Duo.

In a clinical approach, we have carried out semi-guided interviews with twenty private professionals and members of the RePPOP Midi-Pyrénées network, divided into 4 Trios and 4 Duos.

The data analysis enabled us to characterize three kinds of collective dynamics, distinguished on collective work resources, working collective stayings and collective activity orientation. The results show how each pattern can have an influence on the relationship between practices changes and psychological health evolution.

The results have enabled us to identify new explanatory elements of the variability due to belonging to a health network which supports research and application prospects on the ground next to the concerned professionals.

Key words : Health network, collective work, working collective, collective activity, transformation of professional practices, Socialization-Personalization, psychic health at work.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE : LE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX DE SANTE.....</b>	<b>7</b>
<b>1. LES RESEAUX DE SANTE EN FRANCE .....</b>	<b>8</b>
1.1. Historique du développement des réseaux de santé .....	8
1.1.1. Les prémices.....	8
1.1.2. Un long processus de reconnaissance des réseaux de santé.....	9
1.1.3. L'officialisation des réseaux de santé en 1996.....	10
1.2. Définition et législation des réseaux de santé .....	12
1.2.1. Ce que n'est pas un réseau de santé .....	12
1.2.2. Définition du réseau de santé .....	14
1.2.3. Les différents types de réseaux de santé .....	15
1.2.3.1. Les réseaux de soins .....	15
1.2.3.2. Les réseaux ville-hôpital .....	16
1.2.3.3. Les réseaux de santé de proximité.....	16
1.2.3.4. Les réseaux d'établissements .....	16
1.2.4. Législation du réseau de santé.....	17
1.2.4.1. Cadre juridique des réseaux de santé .....	17
1.2.4.2. Financements des réseaux de santé .....	17
1.3. Processus de constitution d'un réseau de santé .....	19
1.3.1. Naissance d'un réseau de santé .....	19
1.3.2. Pérennisation d'un réseau de santé.....	20
1.3.3. Où en est le développement des réseaux de santé en France ?.....	21
<b>2. LES RESEAUX DE SANTE EN MIDI-PYRENEES .....</b>	<b>23</b>
2.1. Une vue d'ensemble .....	23
2.2. Le réseau ville-hôpital de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) Midi-Pyrénées.....	25
2.2.1. Le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées : historique et objectifs .....	26
2.2.2. L'organisation du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées.....	29
2.2.2.1. Cellule de coordination et équipe du réseau.....	29
2.2.2.2. Le comité de pilotage .....	30
2.2.2.3. La cellule de communication .....	30
2.2.2.4. La cellule d'évaluation .....	31
2.2.2.5. Le groupe outils.....	32
2.2.3. Le fonctionnement du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées et des « Trios » de partenaires .	32

2.2.3.1. Adhérer au réseau.....	32
2.2.3.2. Les formations.....	33
2.2.3.3. Le Trio de partenaires .....	34
2.2.3.4. La prise en charge de l'enfant .....	36

## **CHAPITRE II. DIFFERENTES APPROCHES THEORIQUES DES RESEAUX ET DE LEURS EFFETS ..... 39**

<b>1. ORIGINE ET DEVELOPPEMENT DU CONCEPT DE RESEAU .....</b>	<b>40</b>
1.1 Le réseau dans l'Antiquité.....	40
1.2 Le réseau au siècle des Lumières et au début du XIXème siècle.....	42
1.3 Le réseau et l'avènement de l'informatique au XXème siècle.....	43
1.4. L'époque actuelle : vers le « Tout en réseau » ? .....	45
1.4.1. La critique du « Tout en réseau » .....	45
1.4.2. Le Réseau comme soutien et lieu de socialisation .....	46
<b>2. DIFFERENTS TYPES D'APPROCHES DES RESEAUX ET DE LEURS EFFETS .....</b>	<b>48</b>
2.1. L'approche sociologique des réseaux de sociabilité .....	48
2.2. L'approche psychologique - psychosociale et psycho-développementale - des réseaux sociaux.....	51
2.3. L'approche sociotechnique des réseaux dans le cadre du développement des TIC.....	54
2.4. Les approches du Groupware et des équipes virtuelles en sciences de gestion .....	58
2.5. L'approche du travail en réseau en psychologie du travail et des organisations .....	60
<b>3. LES RECHERCHES CENTREES SUR LES RESEAUX DE SANTE .....</b>	<b>66</b>
3.1. Motivations initiales d'adhésion à un réseau de santé .....	66
3.2. Analyses du fonctionnement des réseaux de santé.....	68
3.2.1. Le paradoxe du travail en réseau .....	68
3.2.2. L'importance de la formation et de la construction d'un référentiel commun.....	69
3.3. Analyses des effets du travail dans un réseau de santé .....	71
3.3.1. Les effets sur les pratiques professionnelles .....	71
3.3.1.1. Des effets positifs du travail en réseau de santé.....	71
3.3.1.2. Des effets négatifs du travail en réseau de santé.....	72
3.3.2. Les effets du travail en réseau sur la santé psychique.....	73
3.3.2.1. Des effets positifs .....	73
3.3.2.2. Des effets négatifs .....	75



## **CHAPITRE III. RESEAU, TRAVAIL COLLECTIF ET COLLECTIF DE TRAVAIL. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE..... 79**

<b>1. DES CONCEPTS POUR PENSER LA DIMENSION COLLECTIVE DU TRAVAIL .....</b>	<b>80</b>
1.1. Le travail collectif .....	80
1.1.1. Définition .....	80
1.1.2. Les conditions d'un travail collectif.....	81
1.1.2.1. La coopération.....	81
1.1.2.2. La coordination .....	83
1.1.2.3. La concertation .....	84
1.1.2.4. La négociation .....	85
1.2. Le collectif de travail.....	86
1.2.1. Le collectif de travail et équipe de travail .....	87
1.2.2. Les conceptions du collectif de travail dans les cliniques du travail .....	88
1.2.3. Définitions générales du collectif de travail.....	91
1.2.4. Collectif de travail et réseau de santé.....	92
1.3. L'activité collective : une ressource pour la santé psychique et le renouvellement des pratiques .....	93
1.3.1. Définition .....	93
1.3.2. Le rôle de l'activité collective .....	95
1.3.3. L'activité collective dans un réseau de santé .....	96
<b>2. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES .....</b>	<b>97</b>
2.1. Une contribution au développement du modèle de la socialisation-personnalisation .....	98
2.2. Les hypothèses de recherche .....	100

## **CHAPITRE IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET POPULATION D'ETUDE..... 105**

<b>1. LE TERRAIN DE RECHERCHE ET LES MODALITES D'ACCES A LA POPULATION D'ETUDE .</b>	<b>105</b>
<b>2. DEUX ETUDES EXPLORATOIRES .....</b>	<b>106</b>
2.1. Une pré-enquête en Master 2 Recherche.....	106
2.1.1. Objectifs .....	106
2.1.2. Méthodologie de l'étude exploratoire .....	107
2.1.3. Résultats .....	108
2.2. Une observation participante dans le cadre de la formation RÉPPOP Midi-Pyrénées....	110
2.2.1. Objectifs .....	110
2.2.2. Méthodologie .....	110
2.2.3. Résultats obtenus.....	111
<b>3. LE CHOIX D'UNE APPROCHE CLINIQUE .....</b>	<b>112</b>

3.1. Les entretiens auprès de professionnels de santé constitués en Trios/Duos au sein du RéPPOP Midi-Pyrénées .....	113
3.2. Le guide d'entretien .....	115
3.3. L'analyse de contenu des entretiens .....	119
<b>4. PRESENTATION DE LA POPULATION D'ETUDE .....</b>	<b>121</b>
4.1. Présentation des Trios/Duos .....	121
4.2. Caractéristiques socio-biographiques des professionnels interviewés .....	122
4.2.1. Répartition démographique .....	122
4.2.2. Ancienneté dans le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées .....	123
4.2.3. Nombre d'enfants suivis .....	124
4.2.4. Lien « particulier » - actuel et/ou antérieur - avec le RéPPOP Midi-Pyrénées .....	125
4.2.5. Participation à la Formation RéPPOP Midi-Pyrénées .....	126

## **CHAPITRE V. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....**

<b>1. RESULTATS DESCRIPTIFS .....</b>	<b>128</b>
1.1. Variables du niveau individuel .....	128
1.1.1. Ancienneté d'appartenance au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées .....	128
1.1.2. Motivations initiales d'adhésion au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées .....	129
1.1.2.1. Les motivations de type instrumental .....	129
1.1.2.2. Les motivations de type relationnel .....	132
1.1.2.3. Les motivations liées à la trajectoire de vie .....	133
1.2. Variables du niveau organisationnel .....	135
1.2.1. La structuration en Trio ou Duo .....	135
1.2.2. Relations du Trio/Duo avec l'équipe de coordination RéPPOP .....	136
1.4 La transformation des pratiques professionnelles .....	137
1.4.1. Les effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transformation .....	137
1.4.1.1. Savoir-faire .....	137
1.4.1.2. Savoirs .....	138
1.4.1.3. Savoir être .....	138
1.4.1.4. Synthèse relative aux effets sur les pratiques professionnelles en termes de transformation des savoirs, savoir-faire et savoir être .....	143
1.4.2. Les effets perçus en termes de transfert des acquis de la pratique au sein du réseau vers la pratique hors réseau .....	144
1.4.3. Les effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transfert des acquis de la pratique hors réseau vers la pratique au sein du réseau .....	145
1.5. Evolution de la santé psychique au travail .....	147
1.5.1. Les effets positifs perçus de l'appartenance au réseau sur la santé psychique au travail .....	147
1.5.1.1. L'amélioration du bien-être psychologique .....	147

1.5.1.2. Réseau comme ressource.....	150
1.5.1.3. Identité professionnelle .....	150
1.5.1.4. Synthèse des effets positifs sur la santé psychique au travail .....	151
1.5.2. Les effets négatifs perçus de l'appartenance au réseau sur la santé psychique au travail .....	152
1.5.2.1. Vécu négatif .....	152
1.5.2.2. La perception de contraintes .....	153
1.5.2.3. Synthèse des effets négatifs perçus sur la santé psychique au travail.....	154
1.6. Synthèse générale des effets perçus de l'appartenance au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées .....	155
<b>2. ANALYSE DE LA DYNAMIQUE COLLECTIVE DES TRIOS/ DUOS DE PARTENAIRES.....</b>	<b>156</b>
2.1. Classe 1 : la difficile instauration d'un travail collectif et l'absence d'un collectif de travail.....	157
2.2. Classe 2 : une dynamique affinitaire support d'un travail collectif effectif et d'un collectif de travail défini hors-RéPPOP .....	160
2.3. Classe 3 : un travail collectif et un collectif de travail basé sur le respect des places de chacun : la création d'un réseau dans le réseau.....	163
<b>3. ANALYSES COMPARATIVES QUANTIFIEES .....</b>	<b>167</b>
3.1. Lien entre l'ancienneté d'appartenance au réseau de santé et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail.....	167
3.2. Lien entre les motivations initiales d'adhésion au réseau de santé et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail .....	169
3.3. Lien entre la structuration en Trio/Duo et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail.....	171
3.4. Lien entre les relations avec l'équipe de coordination et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail.....	173
3.5. Lien entre la typologie de fonctionnement du Trio/Duo et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail.....	175
 <b>CHAPITRE VI : DISCUSSION DES RESULTATS ET CONCLUSION.....</b>	 <b>179</b>
 <b>1. LA VARIABILITE DES EFFETS .....</b>	 <b>180</b>
<b>2. LES DYNAMIQUES COLLECTIVES .....</b>	<b>181</b>
<b>3. RETOUR SUR NOS HYPOTHESES DE RECHERCHE .....</b>	<b>183</b>
3.1. Rôle des variables du niveau individuel dans la variabilité des effets perçus du travail en réseau.....	183
3.1.1. Rôle de l'ancienneté d'appartenance au réseau de santé.....	183
3.1.2. Rôle des motivations initiales à adhérer à un réseau de santé.....	184
3.2. Rôle des variables du niveau organisationnel .....	185
3.2.1. La structuration en Trio/Duo .....	185

3.2.2. Les liens avec l'équipe de coordination .....	187
3.3. Rôle de la dynamique collective .....	188
<b>4. LES INTERETS ET LES LIMITES DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>189</b>
4.1. Les intérêts de la recherche .....	190
4.1.1. Sur un plan théorique .....	190
4.1.2. Sur un plan méthodologique .....	191
4.1.3. Sur un plan pratique .....	191
4.2. Remarques et limites de la recherche .....	193
<b>5. PERSPECTIVES.....</b>	<b>194</b>
5.1. Perspectives de recherche.....	194
5.2. Perspectives auprès du réseau de santé RéPPOP Midi-Pyrénées.....	196
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>201</b>
<b>INDEX DES SIGLES.....</b>	<b>223</b>
<b>INDEX DES MOTS CLES.....</b>	<b>225</b>
<b>INDEX ONOMASTIQUE .....</b>	<b>227</b>
<b>INDEX DES TABLEAUX.....</b>	<b>231</b>
<b>INDEX DES FIGURES .....</b>	<b>233</b>





## INTRODUCTION

Dans le mouvement actuel de développement de toutes sortes de réseaux (réseaux de communication, réseaux sociaux, entreprises en réseau,...), au point que certains ont pu parler d'une société du « Tout en réseau » (Castells, 1998), le réseau constitue une innovation organisationnelle à laquelle n'échappe pas le domaine de la santé : des réseaux de santé se mettent en place, appelant la coopération de différents professionnels dans la prise en charge des patients.

Dès les années 80, avec l'apparition du SIDA d'une part, l'accroissement du vieillissement de la population d'autre part, les nouveaux besoins de patients porteurs d'une maladie chronique et/ou d'un handicap ont motivé une évolution culturelle : le patient n'est plus « objet » de soins mais « sujet » et responsable de sa santé. L'organisation des soins en réseau, centrée sur le patient, semble alors s'imposer comme une évidence.

Officiellement, un réseau de santé en France se définit comme *« un ensemble organisé d'individus, dit acteurs du réseau, dispersés dans une zone géographique donnée, de compétences différentes et complémentaires, qui agissent pour un objectif commun et selon des normes et des valeurs partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge des malades »* (Schweyer , Levasseur & Pawlikowska, 2002 cités par Le Boterf, 2004, p.38).

Le réseau de santé encourage une prise en charge globale et pluridisciplinaire des personnes avec comme fondements : un projet médical et social commun, la place centrale accordée au patient et à sa famille, l'élaboration d'un langage commun pour les différents professionnels à travers les formations proposées par le réseau, mais aussi un même référentiel et des objectifs communs définis par la charte d'adhésion au réseau.

Le développement des réseaux de santé qui répondent aux nouvelles demandes de service et aux modifications d'offres de soins, induisent le développement de nouvelles compétences, la création d'une nouvelle organisation de travail voire de nouveaux métiers (Brunella, 2004 ; Bourret, 2008). Au cœur des problématiques actuelles de l'organisation du système de santé

français, le réseau se veut être une réponse organisationnelle à la fois innovante et cohérente : l'enthousiasme qu'il a suscité a généré une multitude de pratiques (Bruyère, 2008).

L'impact, pour les professionnels de santé, du travail en réseau, fait, et a fait, depuis quelques années l'objet de différentes recherches ; principalement des thèses de médecine (Caunes, 2005 ; Manfredi-Pons, 2008 ; Radiguet, 2008 ; Rieu, 2008) et de pharmacie (Pech, 2008), ou encore des recherches en économie de la santé (Bejean & Gadreau, 1997 ; Bruyère, 2008 ; Bruyère & Bonafini, 2008) et sociologie de la santé (Schweyer & al., 2004 ; Schweyer, 2005 ; Allemandou, 2008 ; Pauget, 2008 ; Raymond & Vexiau, 2008). Ces travaux présentent des résultats contrastés. Ainsi, certaines recherches mettent l'accent sur les effets positifs du travail en réseau de santé tels que : une plus grande implication du professionnel, le développement du sens du travail ou un moindre sentiment d'impuissance ressenti. Ces mêmes recherches, ou d'autres études, mettent néanmoins l'accent sur des effets potentiellement négatifs du travail dans un réseau de santé à travers : une surcharge de travail pour les professionnels, le risque perçu d'atteinte au secret professionnel, l'absence d'impact significatif en terme d'amélioration et d'innovation. Pour autant, cette variabilité des effets de l'appartenance à un réseau de santé, si elle fait l'objet de constats, n'a pas vraiment donné lieu à des recherches visant à en examiner les déterminants.

C'est l'objectif que nous fixons à ce travail de thèse. Nous nous proposons d'étudier les effets, pour les professionnels concernés, de l'appartenance à un réseau de santé pour :

- d'une part, en établir et en décrire la variabilité, au double niveau de la transformation des pratiques professionnelles et de la santé psychique au travail,
- d'autre part, poser et examiner la question des déterminants de cette variabilité.

Au plan scientifique, cette recherche vise ainsi à apporter une contribution aux débats et controverses portant d'une part sur les conditions du développement de l'activité collective (Caroly & Clot, 2004 ; Clot, 2008 ; Caroly, 2010, 2012, 2013), d'autre part, sur les conditions de la santé psychique au travail. Faire partie d'un réseau de santé c'est appartenir à un collectif qui est à la fois espace de complémentarités mais aussi de confrontations de différentes pratiques et cultures de métiers, de différentes représentations du problème à



traiter en commun, de différentes représentations du rôle de chacun face à ce problème. Dans quelle mesure un collectif de travail peut-il se constituer sur la base d'une telle diversité et représenter une ressource psychosociale pour le professionnel (Dejours, 2000 ; Lhuilier 2007; Clot, 2008 ; Almudever, 2009 ; Caroly, 2010) ?

Pour nous, il s'agit d'instruire cette question du point de vue de la psychologie sociale, du travail et des organisations, approche disciplinaire moins représentée dans ce champ où, nous l'avons dit, prévalent des recherches en médecine, économie ou sociologie de la santé. Au-delà du point de vue disciplinaire, c'est la référence au modèle théorique d'une socialisation plurielle et active, développé dans notre Laboratoire d'appartenance à partir des travaux fondateurs de Malrieu (1973, 2013), qui soutiendra notre approche. En effet, nous considérons le réseau de santé comme un lieu potentiel de socialisation plurielle et active. Socialisation plurielle, de par les différentes expériences professionnelles et extra-professionnelles qui y sont convoquées, confrontées, articulées. Socialisation active, lorsque cette pluralité de références et d'expériences sous-tend la co-construction de nouvelles pratiques, normes et identités professionnelles.

Au plan des problématiques de terrain, cette recherche vise à apporter une contribution à la réflexion sur l'évaluation du fonctionnement et des effets des réseaux de santé, question indissociable de celle leur pérennisation.

C'est le réseau RÉPPOP, Réseau de Prévention et de Prise en charge Précoce de l'Obésité Pédiatrique, qui constituera, en Midi-Pyrénées, notre terrain de recherche. Ce réseau se caractérise par la mise en place de Trios de partenaires pour la prise en charge de l'enfant présentant un problème de surpoids. Dans ces Trios, le médecin référent (quelle que soit sa spécialité), formé par le RÉPPOP, est celui qui inclut les enfants dans le protocole et le réseau. Il s'adjoint ensuite un professionnel de proximité (au niveau géographique) en fonction des besoins de l'enfant (ce peut être un(e) diététicien(ne), un(e) psychologue,...). C'est l'enfant, avec sa famille et le médecin référent, qui choisit la troisième personne à savoir un « accompagnateur » qui représente une personne ressource pour lui, qui est là pour le soutenir et le motiver dans sa démarche.

Notre approche du travail en réseau s'effectuera à double niveau : celui du fonctionnement interne des Trios, et celui du fonctionnement de ces Trios au sein de l'ensemble plus large du Réseau RÉPPOP de Midi-Pyrénées. Toutefois, si le dispositif officiel prévoit un fonctionnement à trois partenaires, parfois, sur le terrain, ce sont des Duos (deux partenaires) qui sont constitués pour la prise en charge de l'enfant.

Nous avons organisé notre document en deux grandes parties composées chacune de trois chapitres.

La première partie constitue la revue de la littérature de notre recherche.

Le *Chapitre I* est consacré à la présentation du contexte de la recherche. Y sont proposés un historique du développement des réseaux de santé ainsi qu'un repérage des cadres institutionnels et organisationnels de leur fonctionnement. Nous nous centrons ensuite sur le réseau de santé RÉPPOP, terrain de notre recherche, qui sera re-situé dans une vue d'ensemble des réseaux de santé en Midi-Pyrénées.

Le *Chapitre II* s'attache à retracer les évolutions du concept de réseau, puis à présenter différents types d'approches du réseau, sur des exemples précis : ainsi, l'approche sociologique des réseaux de sociabilité, l'approche psychosociale et psycho-développementale des réseaux sociaux, l'approche sociotechnique des réseaux dans le cadre du développement des TIC, l'approche des sciences de gestion centrée sur le Groupware et les équipes virtuelles/à distance et l'approche du travail en réseau en psychologie du travail et des organisations. Pour chacune de ces approches, nous exposerons leur définition et conception du réseau, passerons en revue des recherches sur les effets du réseau et dirons en quoi elle présente un intérêt pour notre propre recherche. Ce chapitre II se termine par une présentation de travaux centrés spécifiquement sur les réseaux de santé et leurs effets contrastés sur les pratiques professionnelles et la santé psychique.

Le *Chapitre III*, présente les étayages théoriques à partir desquels développer l'analyse des dynamiques collectives engagées dans le travail en réseau. Nous nous interrogeons plus précisément sur les conditions permettant qu'un collectif devienne ressource pour la santé psychique et le renouvellement des pratiques. Les concepts de « travail collectif », « collectif

de travail » et « activité collective » (Caroly, 2010) y seront exposés. Ce chapitre se conclut par la présentation de notre problématique et de nos hypothèses de recherche.

La seconde partie de la thèse renvoie à l'étude empirique, à la présentation et à l'analyse des résultats.

Le *Chapitre IV* présente la méthodologie de la recherche. Nous retraçons l'historique de la construction des liens avec le terrain et résumons les deux études exploratoires qui ont constitué un préalable à la mise en œuvre de notre recueil de données principal. Puis, nous explicitons notre choix d'une approche clinique, et présentons les outils afférents (grille d'entretien et grille d'analyse de contenu). La présentation des caractéristiques générales de l'échantillon des professionnels que nous avons interviewés clôt ce chapitre.

Le *Chapitre V*, dédié à la présentation des résultats, est organisé en trois parties. La première propose une description détaillée des données recueillies relatives aux différentes variables envisagées dans notre modèle d'analyse. La deuxième est centrée sur l'analyse et la caractérisation des dynamiques collectives des Trios/Duos telles qu'appréhendées à partir des dires des partenaires de chacun d'eux. La troisième propose une approche comparative quantifiée des différents Trios/Duos de manière à examiner la plausibilité des hypothèses posées au terme de notre chapitre III.

Dans le dernier chapitre, le *Chapitre VI*, nous proposons une discussion générale des résultats et une conclusion centrée sur les principaux apports de la recherche ainsi que sur ses limites. Nous en dégagerons de nouvelles perspectives de recherche et des pistes d'action pour soutenir le travail en réseau, notamment dans le cadre du RéPPOP.



## **CHAPITRE I. CONTEXTE DE LA RECHERCHE : LE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX DE SANTE**

Le champ de la santé connaît actuellement de profonds changements et débats autour du droit du patient, de l'éthique, de l'organisation du système de santé, du principe de solidarité. Les questions soulevées sont complexes car en plus d'impliquer la globalité de l'individu (bio-psycho-social-spirituel), elles touchent de « *nombreuses facettes de la société* » qu'il s'agisse de l'économie ou de la politique (Drulhe & Sicot, 2011, p.10). De même, de nouvelles façons de communiquer et d'échanger entre professionnels, mais également, entre professionnel et patient se développent : la télémédecine en est un exemple dont nous verrons qu'elle permet d'accompagner la constitution des réseaux de santé.

La France occupe un rang privilégié dans l'évaluation des politiques de santé ; elle est souvent considérée, avec les pays nordiques, comme ayant le meilleur système de santé au monde basé sur le principe d'égalité et de solidarité (Descoins, 2009). Pour autant, ce dernier n'efface pas les inégalités sociales et géographiques liées, par exemple, aux différences Nord-Sud ou aux situations de chômage et de précarité.

Au cours des dernières années, de nouvelles préoccupations, parmi lesquelles la question du vieillissement de la population, ont fait émerger de nouvelles demandes de soin. L'allongement de l'espérance de vie entraîne un décalage de la structure d'âge de la population ; à partir de 2020 les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans (27% contre 23%) (Sandier & al., 2004) ce qui pose la question cruciale de la prise en charge de la dépendance. De même, depuis l'épidémie du SIDA dans les années 80, les modes d'intervention dans le suivi des malades se sont transformés et les associations ont cherché « *à imposer un nouveau modèle de malade, acteur de sa santé* » (Sandier & al., 2004, p.28).

Face à ces évolutions, de nombreuses études et observations ont mis en avant le manque de coordination et de continuité dans la prise en charge des patients. Cette « faiblesse » du système de santé français ne concerne pas seulement les professionnels de ville entre eux mais aussi « *les interfaces entre médecine de ville et hôpital d'une part, entre professionnels de la*

*santé et du social d'autre part (notamment pour les personnes âgées, les populations en situation précaire...)* » (Sandier & al., 2004, p.69).

Afin de pallier cette faiblesse, l'expérience des réseaux de santé a été mise en place dans le cadre de la réforme de 1996. Cette mise en place « *s'inscrit dans un processus évolutif qui ne peut être dissocié de l'évolution de la politique de santé* » (Chossegros, 2008, p.17). Les réseaux de santé, depuis en constant développement, s'inscrivent ainsi dans l'histoire du système de santé français.

Pour mieux appréhender la dynamique de cette innovation organisationnelle, nous présenterons, en premier lieu, l'histoire du développement des réseaux de santé en France à travers les processus de leur constitution, et la définition et la législation qui les encadrent. Nous nous intéresserons ensuite plus particulièrement aux réseaux de santé en Midi-Pyrénées dont nous présenterons succinctement une vue d'ensemble. Enfin, nous présenterons le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) Midi-Pyrénées qui constitue notre terrain de recherche. La présentation de son histoire, de ses objectifs et de son fonctionnement permettra de mieux situer notre questionnement.

## **1. Les réseaux de santé en France**

### ***1.1. Historique du développement des réseaux de santé***

Le système de santé français présente une approche originale de la question de la coordination des soins. Alors que, par exemple, les systèmes de santé britannique et américain, se sont inscrits dans une logique de marché en encourageant « *le développement de soins sur le registre concurrentiel* », le système de santé français a envisagé « *la progression des réseaux sur le registre expérimental, au moyen de nombreuses initiatives locales, d'investissements personnels et de convictions partagées* » (Bruyère, 2008a, p.2).

#### **1.1.1. Les prémices**

En 1920, se créa un dispositif de lutte contre la tuberculose reposant sur un plan de prise en charge précoce du diagnostic et d'une thérapeutique gratuite. Ainsi, « *un véritable plan de prise en charge globale, un réseau, se met en place dont le pivot est le dispensaire* » (Vinas,

1998, p.13) où des médecins et des infirmières travaillent conjointement avec l'hôpital public pour la prise en charge des patients contagieux placés au dispensaire et qui reçoivent gratuitement les soins. Ce dispositif a disparu avec la maladie et, après la mise en place de la Sécurité Sociale (par l'ordonnance du 4 octobre 1945).

C'est dans les années 60 et 70 que l'on assiste à un véritable essor des projets de réseaux. La réforme de la psychiatrie, en 1972, s'accompagne de l'instauration d'équipes psychiatriques de secteur ; il en va de même, en gérontologie, avec l'accompagnement et le maintien au domicile des personnes âgées. Il s'agit d'optimiser l'offre de soins et de coordonner les professionnels pour la prise en charge des patients dans un contexte où les dépenses de santé s'accroissent de plus en plus. L'hôpital, dans les années 70, se donne un rôle de service public et de lieu de prévention (pour la lutte contre le tabac, l'alcool, la toxicomanie) par le biais de la mise en réseau des professionnels de ville et de l'hôpital. Mais la reconnaissance de tels réseaux fût longue...

### **1.1.2. Un long processus de reconnaissance des réseaux de santé**

Le système de santé a connu un grand bouleversement avec l'apparition du Sida dans les années 80. En effet, les patients atteints par le VIH avaient besoin d'une prise en charge plus adaptée et plus globale hors de l'hôpital. Les premiers « réseaux ville-hôpital » ont ainsi concerné la prise en charge de ces patients.

Par la suite, le champ d'intervention des réseaux s'est élargi à d'autres pathologies et thématiques de santé (toxicomanies, hépatite C, périnatalité, cancérologie, diabétologie, soins palliatifs, santé-précarité,...). Ces réseaux visaient une coordination entre les professionnels de l'hôpital et les professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux) exerçant en ville. Des professionnels de terrain ont pris le risque de penser leurs métiers autrement et de sortir des schémas traditionnels de l'intervention médicale et sociale : ne plus exiger que le patient s'adapte au soignant mais promouvoir la démarche inverse. Ces professionnels ont donc essayé d'apporter des réponses adaptées aux besoins des patients en expérimentant et en généralisant des pratiques coordonnées et coopératives. Toutefois, ces réseaux restaient informels, peu pérennes et sans réglementation.

L'année 1991 fût marquée par la parution de textes officiels dont une loi hospitalière qui permit le développement des réseaux ville-hôpital grâce aux financements dits « mixtes » apportés par l'État et l'assurance maladie. La circulaire du 04/06/1991 de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux, mit en place les réseaux ville-hôpital chargés de la prise en charge des personnes atteintes du VIH en les régissant et en les harmonisant. Ces réseaux ont développé la formation des professionnels de santé sur les pathologies émergentes (VIH, hépatite C) et posé les bases de la prise en charge et du suivi en ambulatoire. Suivront de nombreux textes similaires se centrant sur des réseaux s'intéressant à d'autres pathologies ou à des actions de santé en faveur de personnes démunies. Le retard des textes officiels est dû au fait que les réseaux existaient grâce au bénévolat des professionnels et aux subventions (Mairies, Conseil Général, DDASS, par exemple). Leur statut était alors celui d'une association loi 1901.

### **1.1.3. L'officialisation des réseaux de santé en 1996**

Ce sont les ordonnances Juppé du 24 Avril 1996 relatives à la maîtrise des dépenses de soins et portant sur la réforme de l'hospitalisation, qui ont officialisé les réseaux de soins en introduisant la notion de réseau d'un point de vue législatif (Code de la Santé Publique et Code de la Sécurité Sociale). Elles proposent ainsi une nouvelle forme de coopération entre les établissements et la possibilité pour eux d'expérimenter des réseaux (soumis à l'agrément conventionnel du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation ARH) autour d'une population ou d'une pathologie donnée. « *En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire (= SROSS Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale), les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L.712-2 (carte sanitaire), ou à certaines pathologies* » (Caunes, 2005, p.20).



A partir de ces ordonnances, trois types de réseaux ont vu le jour :

- Les réseaux expérimentaux dits « Réseaux Soubie », « agréés par l'autorité compétente de l'État ». Entre 1997 et 2001, Raymond Soubie fût président du Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins, chargé d'examiner les diverses propositions de filières et réseaux de soins devant participer au dispositif de réorganisation du système de santé. Ainsi, furent mises en place une rémunération forfaitaire pour les acteurs de santé prodiguant les soins, ainsi qu'une rémunération pour des activités spécifiques aux réseaux et une exonération du ticket modérateur pour les patients.
  
- Les « réseaux de ville » furent essentiellement conçus dans le cadre de l'exercice de la médecine libérale mais ils pouvaient associer des établissements de santé et des institutions sociales ou médico-sociales de maintien à domicile.
  
- Les « réseaux hospitaliers » (article L 6121-5 Code de la Santé Publique), agréés par le Directeur de l'ARH, pouvaient associer des professionnels libéraux, d'autres acteurs de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale. Contrairement aux réseaux de ville cités précédemment, ils sont « hôpitaux-centrés » dans la mesure où l'hôpital est considéré comme « la tête » du réseau.

Par ailleurs, la Loi Kouchner du 4 Mars 2002, inscrite dans le cadre de Santé Publique (cf. Annexe 1), relative « aux droits des malades et à la qualité du système de soins » va remplacer la notion de « réseaux de soins » par celle de « réseaux de santé ». Cette loi souligne la volonté de faire des réseaux un nouveau mode d'organisation des soins et de prise en charge mais aussi d'appuyer leur rôle dans la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé. De plus, cette loi définit précisément les différents professionnels et structures pouvant constituer un réseau (professionnels libéraux, établissements de santé). Elle introduit la notion d'évaluation et précise les conditions de financement.

Enfin, la Loi du 17 Décembre 2002 (cf. Annexe 1) précisa les caractéristiques des réseaux (charte du réseau, droits du patient, information sur l'activité du réseau, évaluation de la participation et de la satisfaction des professionnels et de leurs pratiques) et les conditions nécessaires pour bénéficier de subventions de l'État, des collectivités territoriales et du financement de l'assurance maladie.

## ***1.2. Définition et législation des réseaux de santé***

### **1.2.1. Ce que n'est pas un réseau de santé**

Le réseau de santé se centre sur une seule pathologie vis-à-vis de laquelle les membres ont un rôle d'expertise et d'évaluation. Le réseau de santé ne doit donc pas être confondu avec d'autres notions du domaine de la santé : les réseaux de santé ne sont ni des Hospitalisation à Domicile (HAD), ni du Maintien à Domicile (MAD), ni des prestataires de services.

- **L'Hospitalisation A Domicile (HAD)**: distincte de l'hôpital, l'HAD qui se développe de plus en plus, est une structure de soins alternative à l'hospitalisation. Elle permet d'éviter une hospitalisation en établissement de santé à temps complet ou d'en diminuer la durée, quand, suite à une hospitalisation, le médecin estime que les soins peuvent être poursuivis au domicile ou que l'état du patient n'exige pas un séjour à l'hôpital. L'objectif est donc de poursuivre au domicile une prise en charge globale, évolutive, coordonnée et lourde, avec le personnel hospitalier et libéral, qui a été commencée à l'hôpital. Les soins médicaux et paramédicaux réalisés par les équipes hospitalières des HAD et/ou des professionnels extérieurs sont complexes et fréquents. L'HAD est fixée pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de l'état du patient. Soumise aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers publics et privés (ex : sécurité, accréditation) elle est une structure mixte utilisant à la fois les équipes internes et des professionnels extérieurs tout en tenant compte de l'environnement du patient (le logement du patient doit permettre l'HAD, une assistante sociale effectue au préalable une enquête pour s'en assurer).

- **Le Maintien A Domicile (MAD)** : le MAD connaît une progression avec le vieillissement de la population, l'accroissement des patients présentant des handicaps (perte d'autonomie, voire dépendance) et le retour à domicile de patients présentant une pathologie « lourde ». Les durées d'hospitalisation se raccourcissent au profit de la prise en charge en ville. Le MAD permet, sur une période non déterminée et pouvant s'étendre dans le temps, d'améliorer le quotidien (ex : aide au lever et au coucher, ménage, courses, aide aux repas,...). Il concerne des soins non complexes pouvant être apportés par des personnes du secteur para-médical (infirmier, aide-soignant) ou encore des aides à domicile. Le MAD fait partie du secteur du service à la personne et les bénéficiaires peuvent être divers (personnes âgées, personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, mères avant et après la maternité, parents dès la naissance de l'enfant).
  
- **Les prestataires de services** sont des entreprises spécialisées dans la technologie médicale. Ils se positionnent en tant que relais entre les patients et l'hôpital, en faisant intervenir un personnel qualifié. Ils offrent une prise en charge technique et une mise à disposition du matériel (ex : fauteuils roulants, lits médicalisés) dont le fonctionnement et les précautions d'usage sont expliqués au patient et à son entourage par un technicien spécialisé. Les prestataires de service fournissent, dans leur grande majorité, des services variés en proposant par exemple la location ou vente de matériel médical, l'installation de l'équipement pour l'assistance respiratoire ou encore l'installation de produits de perfusion ou de nutrition. Le personnel employé par ces structures privées est donc généralement paramédical (infirmier, diététicien) afin de promouvoir la santé et l'éducation thérapeutique du patient.

L'HAD, le MAD et les prestataires de services peuvent fonctionner en parallèle d'un réseau de santé pour la prise en charge d'un patient nécessitant une complémentarité et une collaboration, non une concurrence.

### 1.2.2. Définition du réseau de santé

Différents textes règlementaires proposent plusieurs définitions officielles.

La loi du 4 Mars 2002 relative aux « droits des malades » donne la définition suivante : *« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils peuvent participer à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et de leurs prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales, et des organismes à vocation sanitaires ou sociales, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».*

La Coordination Nationale des Réseaux propose quant à elle la définition suivante : *« Le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté »* (Bonnet De Paillerets cité par Caunes, 2005, p.19).

Enfin, le Code de la Santé Publique souligne que les réseaux de santé ont pour objet de *« favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité des prises en charge tant sur le plan de l'éducation, de la prévention, du diagnostic, que des thérapeutiques ».*

Basés sur un fonctionnement qui est dé-hiérarchisé et centré sur le patient placé au cœur du dispositif de la prise en charge, les réseaux de santé constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des différents acteurs (libéral, hospitalier, sanitaire, social, éducatif, médico-social,...) qui interviennent sur le parcours du patient.

### 1.2.3. Les différents types de réseaux de santé

La Coordination Nationale des Réseaux (CNR, association loi 1901 créée en janvier 2007) qui fédère des réseaux sanitaires et sociaux répartis dans toute la France, distingue 4 types de réseaux de santé selon leur orientation vers la médecine libérale ou hospitalière, leur mode de fonctionnement et la population prise en charge.

#### 1.2.3.1. Les réseaux de soins

Ce sont les réseaux expérimentaux qui ont été visés par le Code de la Sécurité Sociale. Il s'agit de la collaboration, sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux, en particulier ceux du département. Ils sont centrés sur le soin et des pathologies très spécifiques. L'entourage du patient est, avec son accord, partie prenante du travail en réseau.

Les professionnels se concentrent sur :

- La prise en charge d'une pathologie spécifique, notamment lorsque celle-ci suppose une coordination étroite entre différentes catégories de professionnels. Elle concerne le plus souvent des pathologies chroniques (asthme, diabète, hypertension artérielle, dépression...) ou lourdes (sida, hépatites, cancers) ;
- La prise en charge d'une population spécifique, souffrant d'une pathologie ou victime d'un problème médico-social spécifique, comme les personnes âgées ou les personnes démunies.

Les réseaux de soins ne sont pas à proprement parler un service, comme les services de soins infirmiers à domicile ou l'hospitalisation à domicile, mais ils peuvent travailler en collaboration avec eux. Ils améliorent ainsi la prise en charge des patients. Sous statut associatif loi 1901, les réseaux de soins possèdent souvent leurs propres bureaux et des salariés professionnels de santé qui assurent leur fonctionnement. Ils bénéficient de

nombreuses sources de financement et peuvent également recevoir des subventions de certains organismes de protection santé complémentaire et des collectivités territoriales. Ils doivent faire l'objet d'un agrément ministériel.

#### *1.2.3.2. Les réseaux ville-hôpital*

Ces réseaux nommés aussi réseaux monothématiques, sont constitués entre professionnels de la ville et de l'hôpital appartenant à différents secteurs (médical, social, psychologique,...) en fonction de la pathologie à prendre en charge. Ces réseaux ont été des précurseurs ayant d'abord eu pour objet la prise en charge des personnes atteintes du VIH et des toxicomanes. Aujourd'hui, ils concernent d'autres pathologies (cancer, hépatite C, autres maladies chroniques et complexes). Ils assurent l'articulation entre la dimension hospitalière et la dimension ambulatoire de la prise en charge. Ils adoptent le plus souvent le statut d'association relevant de la loi du 1er juillet 1901.

#### *1.2.3.3. Les réseaux de santé de proximité*

Ils sont centrés sur les populations à l'échelle du quartier ou de la ville. Ces réseaux ont développé, parallèlement à la prise en charge médico-sociale des patients, une activité de santé publique ou de santé communautaire. Constitués généralement sous forme associative, ils associent les services publics locaux, les professionnels de santé et les associations autour de projets de diagnostic, de prévention et de formation.

#### *1.2.3.4. Les réseaux d'établissements*

Ces réseaux n'ont pas pour objet la coordination entre la ville et l'hôpital car ils sont constitués d'établissements de santé. Ils ont pour mission la prise en charge des besoins de la population d'un territoire défini, par exemple en matière de psychiatrie. Formalisés et bénéficiant d'une accréditation délivrée par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), ils n'ont pas l'objectif de coordination entre la ville et l'hôpital.

#### **1.2.4. Législation du réseau de santé**

##### *1.2.4.1. Cadre juridique des réseaux de santé*

Les réseaux, n'ayant pas de personnalité juridique propre, s'appuient souvent sur une structure associative, indépendante des différents partenaires (publics, privés, institutionnels). L'association donne ainsi une structure juridique. Un règlement intérieur (exemple : charte du réseau) peut venir préciser les modalités de fonctionnement du réseau. Plus rarement, les réseaux de santé prennent la forme de groupements d'intérêts économique, de groupements de coopération sanitaire ou de groupements d'intérêt public (Art. L.6321-2 Code de la Santé Publique). Notons que les structures telles que les sociétés civiles professionnelles, les sociétés civiles de moyens, les sociétés d'exercice libéral et les sociétés commerciales ne peuvent pas représenter des réseaux de santé.

Le réseau de santé ne peut pas représenter une nouvelle structure se substituant aux structures professionnelles ou aux établissements.

Enfin, la création du dossier médical personnel des patients à l'échelle nationale pose dans les réseaux des questions au niveau éthique et au niveau de la confidentialité. Accepter d'entrer dans un réseau de santé, c'est, pour le patient, accepter aussi la diffusion des informations qui le concernent. La charte du réseau précise bien les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage des informations pour l'ensemble des professionnels du réseau dans le respect des règles d'éthique et de déontologie.

##### *1.2.4.2. Financements des réseaux de santé*

La pratique en réseau et le travail de coordination que cela suppose, vont entraîner de nouveaux coûts (frais administratifs, de gestion des réunions, de suivi des différents professionnels, mise en place d'un système d'information, outils d'évaluation, soins pour la prise en charge des patients,...). Les réseaux se doivent d'être organisés et formalisés afin de pouvoir bénéficier de financements publics. Pour cela, les réseaux définissent leurs objectifs et la façon de les atteindre dans des documents contractuels qui les formalisent : document(s) d'information à destination du patient, charte du réseau, convention constitutive au moment de la création du réseau.

Des lois et des décrets relatifs au financement des réseaux de santé se sont succédé :

- Article 25 de la loi n°98-1194 du 23 Décembre 1998 de Financement de la Sécurité Sociale créant le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) au sein de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) co-géré au niveau régional et au niveau national : le FAQSV avait pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville par la promotion de nouvelles formes d'organisation entre professionnels libéraux, entre médecine de ville et médecine hospitalière. Le FAQSV contribua aussi aux financements d'actions participant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge. Seule source de financement possible, le FAQSV a beaucoup contribué au développement des réseaux de santé en 1999-2000.
  
- Article 36 de la loi n°2001-1246 du 21 Décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 : création d'un financement au sein de l'Objectif National des Dépenses de la Sécurité Sociale (ONDAM) dont le montant est réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel. La décision d'attribution est valable pendant trois ans. A la fin de cette période, il faut une évaluation pour accorder ou non la prolongation du financement. Les Dotations Régionales de Développement des Réseaux (DRDR) sont gérées à la fois par le Directeur de l'ARH et le Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).
  
- Article 94 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2007: création du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS = fusion du FAQSV et de la DRDR) qui finance les actions et les expérimentations pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Il est placé au sein de la CNAMTS et simplifie les circuits de décision et de financement.



- La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2012 a créé un Fonds d'Intervention Régional (FIR). Le FIR met en commun des dotations du Fonds d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS) et du Fonds pour la modernisation des Etablissements de Santé Publiques et Privés (FMESPP), des dotations de la permanence de soins ambulatoires et en établissement de santé et des crédits de prévention Etat et Assurance maladie relevant des Agences Régionales de Santé (ARS). Le FIR est créé dans l'objectif d'améliorer les conditions de travail et l'accompagnement social de la modernisation des soins. Ainsi, l'une de ses missions est de financer les réseaux de santé.

Le réseau de santé doit bénéficier des ressources d'institutions qui existent afin de pouvoir s'organiser et fonctionner : il se construit donc dans l'incertitude de son financement (Bercot, 2006).

### ***1.3. Processus de constitution d'un réseau de santé***

Emanant de projets soit institutionnels (demande de l'Etat) soit de projets professionnels (réponse à des besoins locaux par des professionnels du secteur) (Bruyère, 2008a), la constitution d'un réseau de santé relève d'un long processus.

#### **1.3.1. Naissance d'un réseau de santé**

La création d'un réseau de santé se fait spontanément et de façon volontaire. Elle est suscitée par des besoins émergents (au niveau des patients mais aussi au niveau des professionnels) et des initiatives individuelles (exemple : volonté d'un acteur de santé) et collectives (exemple : association de patients). Chaque réseau a donc une histoire qui lui est propre, chacune est unique (Fourtane, 2002).

En référence à Le Bœuf (1999, p.742), nous pouvons souligner cependant « *qu'au-delà des spécificités, les réseaux de soins (de santé) se constituent et se développent suivant certains scénarios communs inscrivant dans leur histoire trois dimensions fondamentales* » correspondant à trois « phases » dans la constitution du réseau : de l'apparition de l'idée aux premières rencontres entre professionnels ; de la négociation des

financements à la création officielle ; de l'émergence au développement du réseau en passant par la différenciation (des différents acteurs, institutions, expériences, représentations, idéologies,...), la coordination et la régulation des pratiques professionnelles. Ces trois dimensions s'articulent sans cesse au travers de l'action collective (motivation, nouveaux professionnels, départs,...).

### **1.3.2. Pérennisation d'un réseau de santé**

Les réseaux reposent essentiellement sur le volontariat et les motivations des professionnels de santé (Larcher, 1998 ; Butard & Gadreau, 2008 ; Manfredi-Pons, 2008 ; Radiguet, 2008) et non sur l'obligation. Ils se fondent sur un désir de changement, le souhait de ne pas travailler seul et de connaître d'autres pratiques (Omnes, 2004). Des réseaux se créent, d'autres disparaissent. Certains critères sont nécessaires pour qu'un réseau soit pérenne.

- La légitimation du réseau par au moins une institution locale (hôpital, mairie, conseil général, DDASS) : elle est indispensable car c'est elle qui permet d'obtenir des subventions, des prêts de salles pour les réunions et les formations, d'embaucher du personnel. Depuis 2006, le FIQCS aide à l'évolution des réseaux ainsi que le FIR.
- La capacité de prendre des initiatives et de faire des propositions ; elle joue un rôle majeur dans le maintien des motivations et de l'implication des professionnels et donc, dans le développement du Réseau (Domec, 1996 ; Bercot, 2006).
- La communication est l'une des bases essentielles du réseau (Bruyère, 2008a ; Bruyère 2008b ; Radiguet, 2008). Tout d'abord, la communication entre professionnels qui permet un travail d'équipe et qui nécessite la mise en place de divers moyens techniques (exemples : Internet, télé médecine). Ensuite, la communication avec le public et avec les institutions ; elle apporte au réseau une certaine légitimité, montre son sérieux et permet de développer la réflexion collective (sur le fonctionnement, le financement, la charte, l'éthique,...) de ses membres.

### 1.3.3. Où en est le développement des réseaux de santé en France ?

Les réseaux de santé se développent en France depuis plus de 20 ans de façon continue et s'inscrivent aujourd'hui dans le paysage des politiques publiques (Bruyère & Bonafini, 2008). Leur nombre augmente de manière importante. Mais il nous est difficile d'avoir des données précises en raison de la grande diversité des réseaux (hospitaliers, spécifiques, associatifs,...). En effet, bien qu'une trace des réseaux de santé existe grâce aux rapports d'évaluation des financeurs, « *quantifier le nombre de réseaux de santé en France n'est pas facile dans la mesure où nous disposons d'une faible visibilité* », « *les réseaux de santé sont majoritairement le fait d'initiatives locales dispersées mais ils font l'objet d'une faible traçabilité* » (Bruyère, 2008b, p.3) Nous pouvons noter par exemple que la DNDR (Dotation Nationale Des Réseaux) finançait 54 réseaux de santé fin 2002 et 305 en 2004 (Radiguet, 2008). En 2011, 730 réseaux de santé ont été financés par le FIQCS (source du Ministère de la Santé). De nos jours, ces réseaux de santé couvrent 22 thématiques de santé publique et prennent en charge plus de 700 000 patients (références des sites Internet de l'UNR-santé et RESOMIP). Ce succès s'explique par la conjonction de la motivation de certains professionnels et les orientations d'une politique publique soucieuse d'opérer des changements au sein de l'organisation du système de santé et en matière de pratiques professionnelles (Bernard, 2008).

Le système de santé français fût considéré en 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *le meilleur système de santé au monde* », essentiellement pour l'accès aux soins (Bourret, 2004). Cependant, la situation est paradoxale car le système est aussi profondément en crise (exemples : dysfonctionnements, déficits, cloisonnements des professionnels et des structures, burn-out des acteurs de santé,...). De plus, les patients exigent une « *santé parfaite* » et deviennent de véritables consommateurs. La santé en réseau peut ainsi apparaître comme une voie privilégiée au niveau des professionnels et au niveau des patients pour favoriser l'amélioration voire même la réorganisation du système de santé avec, notamment, une meilleure utilisation de l'information (exemple : dossier « *partagé* » des patients) et de la communication (Bourret, 2004).

De plus, les réseaux de santé s'inscrivent dans les plans nationaux de santé publique qui définissent leurs objectifs (le plan périnatalité en novembre 2004, le plan santé mentale en

février 2005, le plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011) et le programme de développement des soins palliatifs (2008-2012)).

Les réseaux de santé peuvent ainsi être considérés comme une contribution à la réorganisation du système de santé français au regard des évolutions des contextes social (vieillesse de la population) et économique (inflation des coûts générés par les nouvelles technologies haut de gamme, harmonisation européenne) actuels. Les réseaux de santé, avec leur organisation fondée sur la coordination et la coopération entre les professionnels de différentes spécialités, apparaissent comme une réponse à la fois cohérente et innovante.

En Septembre 2004 le Ministre de la Santé P. Douste-Blazy dressait en ce sens le constat suivant : « *les réseaux font un travail remarquable dans la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et dans l'amélioration de la prise en charge des patients... Leur efficacité a été démontrée dans le diabète, les pathologies respiratoires, le cancer, l'infection par le VIH, les maladies neurologiques...* » (Pech, 2008, p.38).

Mais quel est réellement l'avenir de ces réseaux de santé avec la mise en place des Agences Régionales de Santé et « *l'ensemble de mesures budgétaires récentes visant à réduire la dotation globale aux réseaux de l'Assurance Maladie* » (Macrez, 2007, p.2) ? Essentiellement informels, bénévoles et associatifs, les réseaux de santé sont aujourd'hui en pleine mutation et doivent fonctionner dans un but d'efficacité, de qualité et de coût réduit (Pauget, 2008).

Réduire les clivages entre territoires (ville-hôpital, praticiens libéraux-hospitaliers) suppose pour les réseaux de santé de négocier leurs places dans le paysage sanitaire français afin d'être pérennes (Bercot, 2006).

## **2. Les réseaux de santé en Midi-Pyrénées**

### ***2.1. Une vue d'ensemble***

Dès l'année 1999, Midi-Pyrénées a vu la naissance de réseaux de santé afin de répondre à des problématiques de santé publique concernant la prise en charge du cancer, du diabète ou encore de l'obésité infantile. Avec la mise en place de la DRDR en 2002 les réseaux de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur chronique ont vu le jour. Depuis l'année 2005, ce sont les réseaux en gérontologie qui se développent. En 2010, il y avait une vingtaine de réseaux financés en partie ou entièrement par le FIQCS (données de l'ARS Midi-Pyrénées).

C'est le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS) qui préconise la mise en place des réseaux avec le soutien de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). En avril 2010, les ARH cèdent la place aux Agences Régionales de Santé (ARS) dont la loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » va piloter l'organisation territoriale du système de santé. Dans la continuité du SROSS 1999-2004, le SROSS Midi-Pyrénées 2006-2011 encourage le développement des réseaux de santé et leur organisation coordonnée dont les missions sont inscrites dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2007-2012 du CHU de Toulouse. En Midi-Pyrénées, le CHU de Toulouse est fortement impliqué dans de nombreux réseaux de santé.

Le 28 février 2009, la Fédération Régionale des Réseaux de Santé Midi-Pyrénées (RESOMIP) a été constituée en association loi 1901 : actuellement, elle recense sur son site Internet 19 réseaux régionaux (champ d'intervention au niveau régional) et territoriaux (intervention sur le département ou sur un bassin de population) en Midi-Pyrénées. Elle a pour objectif de faciliter, entre les professionnels membres des réseaux adhérents, l'échange et le partage d'expériences, de savoirs et de ressources ainsi que l'homogénéité des fonctionnements et des pratiques. RESOMIP se veut un interlocuteur privilégié qui contribue à la mise en œuvre de politiques régionales par son objectif de coordination des différents réseaux de santé afin d'améliorer leur efficacité et les pratiques professionnelles. Les réseaux régionaux et territoriaux membres de RESOMIP sont tous constitués en association Loi 1901 et ont pour objectif principal une prise en charge de qualité et pluridisciplinaire par l'action coordonnée de différents professionnels venant de secteurs différents. La particularité de

chaque réseau réside plus dans la problématique prise en charge que dans leur fonctionnement. De façon synthétique et en nous référant au site Internet <http://www.resomip.com>, les réseaux membres de RESOMIP sont :

➤ **Réseaux régionaux :**

- Bronchiolite Assistante : centré sur la problématique de la prise en charge de la bronchiolite.
- DIAMIP : centré sur la problématique de la prise en charge des patients diabétiques.
- MATERMIP : centré sur la problématique de la prise en charge périnatale de l'enfant et de la mère.
- MISEP : centré sur la problématique de la prise en charge de la Sclérose en Plaques.
- ONCOMIP : centré sur les problématiques de la prise en charge des patients atteints d'un cancer.
- PARTN'AIR : Réseau Régional de Santé Respiratoire, centré sur la problématique de la réhabilitation respiratoire.
- RAMIP : Réseau Addictions Midi-Pyrénées centré sur les problématiques addictives.
- RésAdo82 et RAP31 (Réseau Adolescences Partenariat 31) : centrés sur les problématiques des difficultés psychiques des adolescents.
- RÉPPOP : centré sur la problématique de l'obésité pédiatrique.

➤ **Réseaux territoriaux :**

- ACCCORDS 09 : dans le département de l'Ariège, centré sur la problématique du maintien à domicile des personnes en soins palliatifs.
- ARCADE 65 : dans le département des Hautes-Pyrénées, réseau territorial pluri-thématique (soins palliatifs, prise en charge de la douleur, oncologie, gérontologie, réhabilitation respiratoire).

- ARPEGE 32 : dans le département du Gers, centré sur la prise en charge de patients à domicile souffrant d'une maladie grave et évolutive, problématique des soins palliatifs.
- ICARE 46 : dans le département du Lot, service de patients en soins palliatifs ou atteints de maladie chronique, de leurs proches et des professionnels assurant la prise en charge sur le lieu de vie.
- PALLIADOL 82 : dans le département du Tarn-et-Garonne, centré sur la prise en charge de la douleur et des symptômes inconfortables.
- PALLIANCE : dans le département de l'Aveyron, centré sur la prise en charge des patients en soins palliatifs ou atteints de maladie chronique, de leurs proches et des professionnels assurant la prise en charge sur le lieu de vie.
- RELIENCE : dans le département de la Haute-Garonne, centré sur la prise en charge des personnes atteintes d'une pathologie grave évolutive, relevant d'une démarche palliative et aux personnes souffrant de douleurs chroniques et ne pouvant se déplacer en consultation.
- RESOPALID 81 : dans le département du Tarn, centré sur la prise en charge des soins palliatifs et de la Douleur des personnes, à domicile, souffrant de douleur, de maladies Chroniques en situation complexe ou de maladie grave, évolutive ou terminale.

Le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées est l'un de ces réseaux.

## ***2.2. Le réseau ville-hôpital de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique (RéPPOP) Midi-Pyrénées***

Reconnue comme un véritable fléau par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1997, l'obésité augmente depuis plusieurs années en France quel que soit l'âge considéré et malgré les nombreuses campagnes de prévention. Actuellement en France 1 enfant sur 5 est en surpoids ou obèse. L'obésité chez l'enfant est une maladie à haut risque : elle expose l'enfant à une future morbidité élevée au niveau respiratoire, métabolique et cardiovasculaire, associée à des difficultés affectives et psychosociales. Mais, de par un manque de coopération entre les différents professionnels, la prise en charge de l'obésité pédiatrique s'avère difficile. Face à

ces constats et pour répondre à un des objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS 2001-2005) qui est de stopper l'augmentation de l'obésité infantile en France, un groupe de travail de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a proposé la mise en place d'un réseau ville-hôpital.

S'adressant aux enfants et adolescents (jusqu'à 16 ans) présentant une obésité ( $IMC > 97^{\text{ème}}$  percentile,  $IMC = \text{poids (kg)}/\text{taille (m}^2\text{)}$ ) et aux professionnels travaillant dans le domaine médical, paramédical, social et éducatif qui souhaitent un travail pluridisciplinaire, le réseau RÉPPOP (Réseau ville-hôpital de Prévention et Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) fût créé dans deux sites pilotes en septembre 2003 (décision de 2002), choisis par la DHOS : Île de France et Midi-Pyrénées.

### **2.2.1. Le réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées : historique et objectifs**

En réponse à l'appel à propositions de la DHOS du 23.04.2002, le réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées s'est constitué afin de proposer une alternative à l'hospitalisation en maison de santé, dans un objectif de diététique pour l'enfant obèse. Ce type d'hospitalisation, implique à la fois une séparation familiale et sociale. De même, si le retour dans le cadre de vie habituel de l'enfant n'est pas préparé et accompagné, un découragement et une récurrence de l'obésité peuvent apparaître.

Centré sur l'enfant et sa famille en prenant en compte le milieu de vie de ces derniers, le réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées a comme partenaires des professionnels (libéraux ou institutionnels) aux compétences variées pour une prise en charge globale, personnalisée et pluridisciplinaire. Il a été confié au pilotage de Mme la Professeure Maïté Tauber de l'Hôpital des Enfants de Toulouse, au sein de l'unité d'Endocrinologie. Le réseau ville-hôpital RÉPPOP Midi-Pyrénées dépend de l'Association de prise en Charge Concertée des Obésités en Midi-Pyrénées (ACCOMIP) qui coordonne sur la Région, depuis 2000, les différentes actions concernant l'obésité. Au sein d'ACCOMIP, le réseau RÉPPOP prend en charge les enfants/adolescents obèses.

En novembre 2002, le comité de pilotage a été mis en place, puis en 2003 les lignes directrices du réseau ont été validées : charte, référentiels du réseau, notices d'informations



des patients et des familles, recommandations de prise en charge et convention constitutive (cf. Annexe 2).

C'est le 4 juillet 2003 que l'activité du réseau a débuté avec les premières formations, les adhésions des médecins en septembre de la même année et les inclusions des patients. En parallèle, les outils communs pour les professionnels ont été créés et développés tels que le carnet de suivi ou la plaquette de conseils nutritionnels pour les familles et les enfants. En septembre 2007, 465 professionnels étaient adhérents au réseau. A la fin du mois de juin 2014, le réseau comptait parmi ses adhérents : 824 professionnels (335 médecins, 155 diététiciens, 123 psychologues, 73 infirmiers, 76 éducateurs sportifs, 47 kinésithérapeutes, 13 pharmaciens et 1 podologue). Le nombre d'enfants inclus s'élevait à 165 et le nombre de patients dans la file active en ambulatoire était de 556 à la fin du mois de juin de l'année 2014 (chiffres fournis par le réseau).

Le réseau vise la population âgée de moins de 18 ans en surpoids et résidant en Midi-Pyrénées (estimée à environ 65 000 individus) et connaît une croissance exponentielle. Son activité principale est la prise en charge (« contrat » de deux ans) à la fois de proximité et adaptée à chaque enfant/adolescent, basée sur la coopération et la communication entre différents professionnels. En effet, la spécificité du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées est un fonctionnement basé sur un Trio de partenaires permettant une prise en charge globale du patient, aussi bien médicale que paramédicale, sociale et relationnelle. En sus de vouloir favoriser une prise en charge de proximité en impliquant les professionnels libéraux, la prévention est un objectif primordial de la coopération entre les différents membres du réseau. La lutte contre l'obésité doit se faire aussi à travers la promotion et l'amélioration du dépistage précoce grâce aux différents dépistages effectués par des partenaires et membres du réseau (médecin traitant, médecins de PMI et médecins scolaires entre autres). De plus, l'une des priorités du réseau est de favoriser la prise de conscience de la nécessité de pratiquer une activité physique et sportive adaptée (programmes d'éducation thérapeutique et organisation de semaines sportives).

De ce fait, le réseau RéPPOP reçoit souvent des sollicitations de ses partenaires formés afin d'intervenir sur différentes structures (exemples : petite enfance, associations) autour de projets répondant aux besoins de ces dernières. De même, le réseau a participé et participe à la

formation de professeurs d'EPS par une convention entre le réseau et le Rectorat dès 2003, de responsables de crèche et d'assistantes maternelles dès 2004 (création d'un livret conseil en 2005), d'équipes de PMI, d'établissements éducatifs et sociaux (ITEP, MECS). Enfin, le réseau collabore avec la Mutualité Française et intervient pour la Formation Médicale Continue.

Le réseau se centre sur les questions : de l'information concernant l'obésité ; de l'évaluation de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge des patients. Il joue un rôle dans la recherche (clinique, thérapeutique, épidémiologique et fondamentale). De même, le réseau participe à la création et au développement de liens entre les professionnels et favorise ainsi l'engagement et l'implication de tous. De surcroît, il a été à l'initiative, dès septembre 2005, de partenariats dans tous les départements de la région avec les Centres Hospitaliers Généraux pour permettre que voient le jour des antennes relais.

Enfin, le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées est l'un des cinq membres fondateurs, en 2006, de la Coordination Nationale des RéPPOPs : CNRéPPOP. Cette coordination a un statut d'association loi 1901. Elle est composée de cinq membres fondateurs (RéPPOP Île de France, Midi-Pyrénées, Franche-Comté, Grand Lyon et Aquitaine), de membres actifs (partenaires du réseau, structures travaillant sur le modèle « réseau » et prenant en charge l'obésité pédiatrique après validation de la CNRéPPOP) et d'associations d'usagers. Ainsi, tout en respectant les particularités de chaque région (par exemple, concernant le RéPPOP Midi-Pyrénées : mise en place d'un Trio de partenaires dans la prise en charge), l'objectif est d'arriver à une prise en charge pertinente, cohérente et validée, de mettre en commun les outils et de partager connaissances et expériences.

Compte tenu des formes multiples que peut prendre le fonctionnement d'un réseau, nous choisissons de présenter dès à présent l'organisation du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées, afin que le lecteur dispose d'emblée d'éléments de contexte concrets auxquels référer les interrogations et la problématique de recherche dont la construction fera l'objet des prochains chapitres.

## 2.2.2. L'organisation du réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées

Le réseau se compose de cinq entités centrées autour de l'enfant et de sa famille que nous allons présenter à tour de rôle : la cellule de coordination/équipe du réseau, le comité de pilotage, la cellule de communication, la cellule d'évaluation, le groupe outils.

### 2.2.2.1. Cellule de coordination et équipe du réseau

La cellule de coordination est centrale et essentielle au bon fonctionnement du réseau en assurant le lien entre les différents professionnels et en coordonnant le suivi des patients (composition exacte de la cellule/équipe de coordination cf. Annexe 2).

La cellule de coordination a différents rôles dont celui de coordonner des actions de prévention, de dépistage et d'orienter les patients au sein du réseau, d'organiser la formation initiale et continue des membres du réseau ainsi que les réunions du comité de pilotage, d'organiser le maillage territorial concernant la prise en charge de l'obésité pédiatrique. Par ailleurs, elle vérifie le respect des objectifs posés au départ en suivant les actions mises en place. De même, elle assure la coordination entre les membres du réseau et a un regard sur le fonctionnement des autres cellules actives du réseau (cellule d'évaluation et cellule de communication). Elle œuvre au développement du réseau par la mise à jour des documents de travail, la proposition de nouveaux axes stratégiques, la rédaction des référentiels/textes/fiches techniques. Enfin, elle analyse et statue « *sur tout point essentiel concernant le fonctionnement du réseau (évaluation interne et externe, politique de recrutement, relations avec les financeurs, analyse du budget, recherche de financements complémentaires, communication en direction des professionnels, des familles)* » (Rieu, 2008, p.46).

Les personnes salariées du réseau et/ou faisant partie de la cellule de coordination du réseau composent l'équipe du réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées.

Activement impliquée dans les formations initiales et continues proposées, la construction d'outils ainsi que dans le suivi de projets et l'élaboration de nouveaux, elle est en contact régulier et direct avec les patients, les différents professionnels et partenaires notamment à travers les consultations hospitalières et les programmes d'éducation thérapeutique du patient qu'elles soient médicales, diététiques, psychologiques ou en médecine du sport. Ainsi, de par sa disponibilité et une cohabitation sur le même site, l'équipe a les moyens de souligner les

difficultés rencontrées, de faire des retours rapides sur le fonctionnement du réseau et d'y répondre rapidement en se réunissant une fois par semaine sous l'animation conjointe de la coordinatrice administrative et des coordinatrices médicales.

#### *2.2.2.2. Le comité de pilotage*

Le 26 novembre 2002 le comité de pilotage du réseau, constitué de tous les partenaires du RéPPOP, a été mis en place car le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées s'intègre dans le cadre juridique du code de la Santé Publique et obéit aux recommandations qui ont été élaborées par l'ANAES (aujourd'hui regroupée au sein de la Haute Autorité de Santé). Ayant d'abord pour objectif la création du réseau, le comité de pilotage assure à l'heure actuelle le suivi et l'organisation des actions du réseau en discutant et validant les grandes décisions et actions à mettre en place avec une réunion par an.

Le comité de pilotage est composé d'au moins un représentant de tous les partenaires du réseau. Dans un souci de pluridisciplinarité, le comité de pilotage rassemble des représentants de chaque catégorie professionnelle : secteur médical, paramédical, institutionnel (CHU, CHG, Education nationale, CPAM, Mairies,...), libéral ou associatif.

De même, de par l'étendue géographique de la région Midi-Pyrénées, des pôles départementaux du réseau à Albi, Tarbes et en Ariège ont été créés afin de prendre le relais sur les actions et les décisions, d'apporter une proximité pour les patients éloignés d'un point de vue géographique de Toulouse. Bien que les médecins référents en pédiatrie hospitalière soient présents ponctuellement sur ces sites pour aider les professionnels, la coordination reste centralisée sur Toulouse.

#### *2.2.2.3. La cellule de communication*

La stratégie de communication du réseau ainsi que sa mise en place sont confiées à la cellule de communication qui fut créée en 2005 et qui est composée à l'heure actuelle de 5 membres de l'équipe du réseau (2 diététiciens, 1 éducateur jeune enfant, 1 coordinatrice administrative et 1 enseignant activité physique adaptée). Ses objectifs sont axés sur le développement de deux moyens de communication importants pour le fonctionnement et le développement du réseau : la rédaction du bulletin trimestriel (Newsletter de RéPPOP Toulouse) et la mise à jour du site internet ([www.repop-toulouse.com](http://www.repop-toulouse.com)).

C'est à la demande d'un des membres de la cellule de communication que cette dernière se réunit mais les échanges sont plutôt informels et permanents de par le fait que les membres de la cellule sont ceux de l'équipe et de la cellule de coordination.

#### *2.2.2.4. La cellule d'évaluation*

Les réseaux de santé, pour être accrédités et s'intégrer dans une démarche de qualité, sont évalués par deux approches complémentaires, à la fois par une auto-évaluation (évaluation interne) et par une évaluation externe. La définition de la stratégie d'évaluation interne et externe du réseau et sa mise en pratique sont gérées par la cellule d'évaluation du réseau (composée de la coordinatrice administrative et de la secrétaire) qui se réunit tous les trimestres. Se basant sur les grilles de l'ANAES et des modèles des autres réseaux RéPPOP adaptés aux spécificités du RéPPOP Midi-Pyrénées, des tableaux de bord mensuels (cf. Annexe 2), trimestriels et annuels sont construits par la coordinatrice administrative et validés par la cellule d'évaluation. Les tableaux sont mis à jour et remplis par la coordinatrice administrative et la secrétaire afin d'obtenir des indicateurs fiables et pertinents de l'activité du réseau (inclusions de patients, médecins entrant dans le réseau, résultats obtenus sur les 2 ans de suivi,...) permettant d'élaborer d'éventuelles mesures correctrices dont les indicateurs pour évaluer ces nouvelles actions sont réfléchis et débattus par les membres de la cellule d'évaluation.

L'évaluation interne du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées se fait en continu et de façon systématique : les données sont recueillies au fur et à mesure ou tous les mois.

Pour son évaluation externe, le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées faisait appel au Centre de BioEthique de Necker (CEBEN) ; le dernier rapport a été remis en 2009. L'objectif est de faire un état des lieux concernant la réussite des intégrations dans le réseau à la fois des patients et des professionnels, de la qualité et de la pertinence des actions et des suivis mis en place, du sérieux des évaluations externe et interne qui se basent bien sur les critères de l'ANAES. Mais, depuis 2009, le réseau ne dispose plus de financement permettant d'effectuer une évaluation externe.

#### *2.2.2.5. Le groupe outils*

Ce groupe est composé d'une diététicienne, d'une l'éducatrice de jeunes enfants et de la coordinatrice administrative du réseau. Ce groupe a pour objectif de développer des outils pour les professionnels afin de les aider au mieux dans la prise en charge de l'enfant. De même, la mise en place d'un groupe « outils » spécifique aux diététiciens en libéral fait partie d'un des objectifs du RéPPOP Midi-Pyrénées. Le groupe outils tend de plus en plus à fusionner avec la cellule de communication de par le lien très étroit entre les objectifs poursuivis par ces deux entités.

### **2.2.3. Le fonctionnement du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées et des « Trios » de partenaires**

#### *2.2.3.1. Adhérer au réseau*

L'adhésion au réseau se fait sur la base du volontariat et suite à la formation RéPPOP, et à la lecture et l'acceptation de la convention constitutive du réseau. L'adhésion se matérialise par la signature de la charte et de la fiche d'adhésion (cf. Annexe 2). La signature peut être individuelle s'il s'agit d'un professionnel libéral mais aussi collective s'il s'agit d'une convention de partenariat avec des responsables d'institutions comme les PMI et le rectorat (cf. Annexe 2, liste des partenaires). Tous les documents nécessaires pour adhérer au réseau sont remis le jour de la formation initiale. Ainsi, adhérer au réseau c'est être en accord avec son esprit, suivre les recommandations de prise en charge et travailler de façon pluridisciplinaire et concertée avec à la fois l'équipe et les autres adhérents.

Toutefois, relevons une particularité pour les médecins depuis septembre 2005 : l'existence de critères d'inclusion et d'exclusion. En effet, est inclus dans le réseau tout médecin qui a participé à la formation initiale et qui a inclus sur un an au moins un patient. Mais est exclu tout médecin qui n'a pas inclus au moins un patient sur un an et qui suite à une relance ne manifeste pas le souhait de rester membre du réseau. Cette procédure a été validée par le comité de pilotage ainsi que le Conseil National de l'Ordre des Médecins qui a donné un avis favorable.

Par ailleurs, dans un souci de transparence et d'un point de vue éthique, tout partenaire du réseau peut être exclu s'il ne respecte pas la charte et la convention constitutive.

Notons que pour les partenaires libéraux une indemnisation (médecin libéral) ou un forfait (diététicien et psychologue) sont mis en place. Cependant, des professionnels appartenant à des structures publiques partenaires du réseau ne sont pas indemnisés car la formation initiale et la prise en charge font partie de leur cadre de travail.

#### *2.2.3.2. Les formations*

Avant le partenariat de 2012 avec MGForm (Formation des Médecins Généralistes), la formation initiale commune se déroulait sur une journée pour tous les nouveaux professionnels libéraux adhérents, organisée et animée par les membres de l'équipe du réseau (ancien programme, cf. Annexe 2). Depuis le partenariat avec MGForm, la formation initiale est proposée sur deux jours dans un département précis, destinée en particulier aux professionnels exerçant dans ce département. Lors d'une première journée, le fonctionnement ainsi que les objectifs du réseau sont exposés et expliqués. La deuxième journée, à deux mois d'intervalle, est centrée sur des cours à la fois théoriques et pratiques sous forme d'ateliers et sur différents domaines (nutrition, activité physique, facteurs psychosociaux). C'est au cours de la formation initiale que les documents RÉPPOP servant de référentiel commun sont distribués à chaque professionnel quel que soit son domaine de compétence (la convention constitutive et la charte du réseau ; des informations sur le fonctionnement du réseau, sur la question de l'obésité infantile et de sa prise en charge). De surcroît, la liste des participants et des outils de travail et de communication sont également mis à disposition des professionnels. La nouvelle formation se centre sur les attentes des professionnels et leurs besoins mais elle se veut aussi être l'occasion d'un début de partenariat entre les professionnels, voire de la constitution de Trios de partenaires. Notons cependant que pour les psychologues il n'est pas indispensable de faire la formation initiale RÉPPOP pour suivre un enfant inclus dans le réseau et pour bénéficier de la participation financière.

Par rapport à la première formule, une journée de formation, essentiellement théorique et centrée sur l'aspect médical de la prise en charge de l'obésité infantile, le RÉPPOP Midi-Pyrénées propose donc aujourd'hui une formation sur deux jours centrée avant tout sur la création de liens entre les professionnels toutes spécialités confondues. Ce travail par région facilite la mise en réseau et offre aux professionnels la possibilité de se connaître, de s'interroger, et d'élaborer ensemble de nouvelles questions.

Nous reviendrons plus en détail sur cette nouvelle formation lorsque nous évoquerons notre observation participante d'une session dans le cadre de la phase exploratoire de notre recherche.

De surcroît, une formation continue pour les professionnels déjà inscrits dans le réseau est proposée et adaptée en fonction des besoins identifiés afin de permettre une prise en charge plus efficace. Ainsi, le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées a coordonné le 23 Octobre 2008 la première journée nationale des RéPPOP, ainsi que l'organisation du Diplôme Interuniversitaire de l'obésité pédiatrique de 2007 à 2008. De plus, des soirées de formation sont organisées pour tous les adhérents du réseau en fonction de leurs besoins spécifiques dans l'objectif, toujours, d'une meilleure prise en charge en renforçant les connaissances mais aussi l'échange des pratiques professionnelles de chacun et la création de liens voire de partenariats. La formation continue est aussi proposée aux équipes partenaires des Centres Hospitaliers Généraux des antennes locales RéPPOP dans les départements de l'Ariège, du Tarn et des Hautes-Pyrénées. De même, une formation en interne pour les salariés de tous les RéPPOP a lieu afin de créer et renforcer des liens ainsi que des sous-groupes de travail.

#### *2.2.3.3. Le Trio de partenaires*

Le Trio de partenaires de proximité est composé du médecin référent, d'un acteur de proximité (géographique du patient) et d'un accompagnateur prenant en charge l'enfant ou l'adolescent qui est au centre du dispositif. En fonction des besoins de l'enfant et de l'adolescent, l'organisation du Trio peut évoluer au niveau du rôle de chacun mais aussi du nombre de partenaires. Cette prise en charge se fait sur du long terme, au moins deux ans avec une consultation par mois pendant les 6 premiers mois puis une tous les 3 mois pendant les 18 mois suivants. Notons qu'un Trio est spécifique à un enfant, répond aux besoins propres à un enfant et sa famille. Détaillons le statut et les rôles de chacun au sein de ce Trio :

Qu'il soit médecin généraliste, pédiatre, médecin du sport ou encore endocrinologue, le médecin référent est le coordonnateur du Trio. Dans la majorité des cas, le médecin référent est le médecin traitant du patient qui a bien entendu était formé par le réseau et y a adhéré. Son rôle est central étant donné qu'il est le seul à pouvoir faire l'inclusion du jeune patient (cf. Annexe 2), qu'il définit avec ce dernier et sa famille qui seront les autres professionnels



sollicités en fonction des besoins, qu'il fixe les objectifs (stabilisation de l'IMC, modification du comportement alimentaire et des habitudes de vie, mise en place une activité physique, prise de conscience et compréhension des facteurs de risque) et qu'il coordonne le Trio. C'est au cours de l'inclusion que le médecin référent peut être aidé par les coordinatrices médicales dans le choix des partenaires avant de les proposer et de choisir avec la famille et l'enfant. Par ailleurs, c'est au médecin référent que revient la mission de contacter les partenaires choisis en faisant une synthèse du rôle de chacun dans la prise en charge, de la fréquence du suivi et des différents objectifs posés. Il est le responsable du respect des recommandations de la prise en charge du réseau et de la mise à jour du dossier médical. Il est le coordonnateur de la prise en charge de proximité ce qui suppose des contacts par téléphone, par le dossier d'information partagé ou le carnet de suivi, ou encore par l'organisation de réunions. Des échanges auront lieu et seront nécessaires pour faire un point vis-à-vis des objectifs de départ et de leur éventuelle modification, au moins tous les 6 mois.

L'acteur de proximité est choisi en fonction des besoins spécifiques (nutritionnels, sociaux, psychologiques, sportifs...) de l'enfant ainsi que de leur évaluation effectuée par le médecin référent. L'acteur ciblera les changements prioritaires pour l'enfant et aidera à leur mise en place. L'acteur peut être un professionnel du paramédical, du social ou encore être un autre médecin. L'acteur de proximité peut changer au cours de la prise en charge, plusieurs acteurs de proximité peuvent également prendre en charge l'enfant. S'il s'agit d'un kinésithérapeute, son rôle sera d'aider l'enfant à réintégrer une activité physique adaptée qui aura été prescrite par le médecin selon le référentiel du réseau. De même, un professionnel du paramédical comme un infirmier libéral se situera plus dans un objectif d'éducation thérapeutique. Notons que pour un diététicien et un psychologue, le réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées a mis en place un forfait de prise en charge pour les patients sur les deux années. Cependant, en fonction du contexte clinique et si le patient est éloigné géographiquement d'un diététicien formé, il peut consulter à l'hôpital des enfants à Purpan un diététicien de l'équipe RÉPPOP.

L'accompagnateur est choisi par l'enfant, en concertation avec le médecin ; il a pour rôle d'impliquer l'enfant afin d'obtenir une meilleure adhésion à l'accompagnement. Le choix de l'accompagnateur est largement ouvert : il peut être un professionnel médical ou paramédical (libéral ou institutionnel), du champ éducatif ou social mais aussi du secteur du loisir

(exemple : éducateur de clubs sportifs ou de quartiers, enseignant), voire un membre de la famille ou de l'entourage. Une relation à la fois rapprochée et privilégiée, basée sur la confiance, va s'instaurer dans le temps entre l'enfant et l'accompagnateur. Soutenant l'enfant dans sa démarche de changement, il va valoriser les progrès et les efforts mais aussi discuter des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne afin d'élaborer avec lui des solutions. Soulignons le fait qu'ayant un rôle plus proche de celui de « coach » que de « technicien », la formation initiale proposée par le réseau ne lui est pas forcément indispensable mais son rôle doit cependant être clairement défini et expliqué par le médecin référent. Pour cela, lui seront remis deux fiches techniques « diététique » et « activité physique » (cf. Annexe 2).

Chaque Trio organise son propre fonctionnement et sa façon de communiquer à trois. Par ailleurs, nous pouvons relever également qu'en 2005, dans le cadre de son évaluation interne, un questionnaire de satisfaction a été distribué à des médecins libéraux afin d'étudier notamment l'organisation du réseau : 64% qui ont répondu disent que le Trio de partenaires est facile à mettre en place et 70% l'estiment comme étant indispensable.

Cependant, nous ne disposons pas de chiffres exacts du nombre de Trios dans le réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées. Ce que nous pouvons avancer, c'est que 100% des patients sont pris en charge par au moins deux partenaires.

#### *2.2.3.4. La prise en charge de l'enfant*

La prise en charge peut être de deux sortes. En effet, elle peut être soit « classique », c'est-à-dire avec le suivi de proximité du Trio qui se fait par consultation et/ou par bilan dans l'unité d'endocrinologie avec notamment comme objectif une orientation vers un suivi adapté (libéral, hospitalier, vers une activité physique adaptée, vers des programmes d'éducation thérapeutique...), soit renvoyer à d'autres formules proposées par le réseau RÉPPOP. Nous pouvons évoquer ici : les journées d'éducation thérapeutique qui se déroulent sur 1 à 3 jours en groupe (intitulé Takapher ou Teqaap) ; les Journées Obésité Education (JOE) avec une prise en charge multidisciplinaire en groupe, tous les 2 mois, des ateliers de cuisine (1 cycle de 4 ateliers avec des professionnels de différents horizons) ; des actions auprès d'Internats (Luchon (département Haute-Garonne), Lacaune (département Tarn), Mur de Barrez (département de l'Aveyron) et enfin des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Au regard de cette organisation spécifique, l'étude, pour nous, du travail en réseau s'opèrera donc à deux niveaux : celui des relations au sein des Trios de proximité et celui des liens de ces Trios avec le réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées.

Dans ce chapitre nous avons présenté le contexte de la recherche en rendant compte du long processus de mise en place et de reconnaissance des réseaux de santé. Nous avons ainsi pu repérer certaines des conditions - notamment institutionnelles - essentielles pour leur création, leur développement et leur pérennisation.

Nous avons de même présenté le réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées qui constitue le terrain de notre recherche, et précisé les modalités de son organisation afin de fournir, d'emblée, au lecteur le cadre conceptuel par rapport auquel seront spécifiées nos interrogations et problématique de recherche.

Ce cadre étant posé, nous nous attacherons, dans le prochain chapitre, à présenter les étayages théoriques - différentes définitions et approches disciplinaires du réseau - et empiriques - études centrées sur les effets de la participation à des réseaux - qui soutiendront la construction de notre problématique de recherche.



## CHAPITRE II. DIFFERENTES APPROCHES THEORIQUES DES RESEAUX ET DE LEURS EFFETS

« Nous sommes tous témoin au quotidien de la forte prégnance du réseau, terme largement diffusé dans de nombreux champs disciplinaires et dont l'usage courant se vulgarise » (Bruyère, 2007, p.1). De par ses acceptions multiples - réseau ferroviaire, réseaux informatiques, réseaux sociaux... - la notion de réseau présente un certain flou voire une difficulté sémantique.

L'utilisation du terme réseau est si large et ambiguë que nous commencerons notre exposé par un repérage des origines de cette notion et nous apporterons quelques éléments de réflexion sur ce qui apparaît comme un « mot clé de notre époque » (Bakis, 1993, p.7), laquelle devient celle du « Tout en réseau ». Ensuite, nous définirons la notion de réseau et présenterons différentes conceptions et définitions du réseau en nous référant à différents types d'approches sur des exemples précis :

- L'approche sociologique des réseaux de sociabilité en lien avec des problématiques d'intégration/insertion sociale ;
- L'approche psychologique - psychosociale et psycho-développementale - des réseaux sociaux en lien avec des problématiques de construction identitaire et de personnalisation ;
- L'approche sociotechnique des réseaux dans le cadre du développement des TIC, en lien avec la problématique des étayages réciproques entre innovation technologique et changement social ;
- L'approche des sciences de gestion centrée sur le Groupware et les équipes virtuelles/à distance, en lien avec la question de la performance des équipes de travail ;
- L'approche du travail en réseau en psychologie du travail et des organisations, en lien avec la problématique de la construction d'une intelligence et de compétences collectives.

Enfin, nous examinerons les recherches spécifiquement dédiées aux réseaux de santé qui en étudient le fonctionnement ainsi que les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique.

## **1. Origine et développement du concept de réseau**

Omniprésent de nos jours, très répandu dans plusieurs disciplines et jusque dans notre langage quotidien, le terme de réseau a toujours été utilisé et ce, bien avant l'explosion d'Internet et des réseaux sociaux. Il n'a pas pour origine la technologie, ni la biologie ou la sociologie - disciplines dans lesquelles nous suivrons son évolution. Comme nous le verrons, il vient en fait de la notion de « filet », et fait référence, dès l'Antiquité, à l'activité de tissage.

Nous pouvons repérer trois périodes clés dans l'évolution de ce concept : l'Antiquité où le réseau est en lien avec la mythologie et les représentations du corps ; le XVIIIème et début du XIXème siècle avec le développement technologique et le développement de réseaux de territoires ; et, dernière étape, la fin du XXème siècle avec le développement de l'informatique (Musso, 2003c). Nous concluons par l'interrogation actuelle sur les effets d'un « Tout en réseau ».

### ***1.1 Le réseau dans l'Antiquité***

La force métaphorique du réseau prend naissance dans l'Antiquité avec d'une part la référence à la technique du tissage et, d'autre part, la référence au corps humain (Musso, 2004).

D'un point de vue étymologique, le mot réseau viendrait de l'ancien mot français « *réseuil* » venant du latin « *rets* » qui désigne un tissu à mailles très larges, le filet des pêcheurs, des dentellières ou encore le filet de chasse. C'est dans la mythologie qu'est relevée la première vision du réseau-filet issue de la technique du tissage, où s'entrecroisent les fils, activité des plus anciennes faite par l'Homme grâce à des mouvements de va-et-vient à l'aide de métiers (Musso, 1999). L'un des exemples les plus parlants se trouve dans l'histoire d'Ulysse dont l'épouse Pénélope défait son ouvrage le soir afin de n'avoir pas à se remarier : le tissage interdisant les fiançailles tant que l'ouvrage n'est pas fini, la femme-fileuse est mise sous la protection d'Athéna. Associée au mouvement incessant du tissage, du

va-et-vient, la représentation d'un réseau où tout est mouvement s'impose : le réseau symbolise le temps, la continuité et le destin.

En plus de sa référence à la technique du tissage et à la symbolique du mouvement, le réseau renvoie aussi à la symbolique de la capture. Dans la culture Antique, l'affrontement dans l'arène de combat entre le rétiaire (celui qui détient le filet) et le gladiateur (celui qui détient le glaive) illustre une opposition centrale ; celles des techniques de percussion et des techniques de capture : « *pénétrer ou filtrer, aller vers, se projeter en avant ou, au contraire, entourer, encercler, lier* » (Parrochia, 2005, p.10).

La mythologie fondatrice de « *l'imaginaire de la continuité du fil et du tissage participe aussi à la production du concept de réseau dans les sciences de la vie* » (Musso, 1999, p.73). En effet, le corps et le filet furent longtemps assimilés en médecine, notamment dans la médecine d'Hippocrate qui fait le lien entre l'image du réseau et celle de l'organisme à travers la communication veineuse. Le « *réseau est sur le corps ou autour du corps. Il enveloppe le corps ; il enlace et capture le corps vivant, tel un filet posé sur lui* » (Musso, 2003a, p.13). Le réseau renvoie au fonctionnement organique humain (exemples : réseau sanguin, réseau de neurones) (Dupuy, 1995). Dans une vision du réseau « *biométaphysique* », un lien invisible, à la fois interne et externe au corps humain, illustre « *l'ordre caché du cosmos dans lequel tout corps s'inscrit* » (Musso, 1999, p.74). Dès les débuts de la médecine, le réseau sert donc à représenter le corps dans sa globalité comme un agencement de flux et de tissus ; « *le tissu est symbole des seuils et des passages* » (Musso, 2003c, p.23). Le réseau représente des parties du corps comme le cerveau que le médecin Romain Galien qualifie de merveilleux filet.

Mais il faudra attendre le Siècle des Lumières et notamment le travail de rationalisation de certains penseurs comme Descartes, D'Alembert, Diderot ou encore Saint-Simon pour que la vision du réseau se développe comme étant non plus *sur* ou *autour* du corps mais *dans* le corps et qu'apparaisse l'idée d'un fonctionnement similaire entre le réseau et le corps.

### 1.2 Le réseau au siècle des Lumières et au début du XIX<sup>ème</sup> siècle

Le développement des connaissances en médecine et l'évolution de la représentation du corps vont permettre au concept de réseau d'évoluer lui aussi (Ferrary & Pesqueux, 2004).

Alors qu'au XVII<sup>ème</sup> siècle, pour Descartes, le réseau est *un filtre* (dans son *Traité de l'Homme* il qualifie de réseau la zone centrale du cerveau la glande pinéale, point de contact entre l'âme et le corps qui filtre les émotions, les affects et les passions), au XVIII<sup>ème</sup> siècle, pour Diderot, le cerveau est *une toile* où l'araignée, nichée dans la tête, tisse les méninges. « *Chez Diderot, c'est la fibre elle-même qui se déploie comme un tentacule, et réagit toute entière aux sollicitations* » (Parrochia, 2005, p.12). Dans « L'Encyclopédie » de d'Alembert et Diderot, la notion de réseau triomphe : le XVIII<sup>ème</sup> est le siècle du triomphe épistémologique du réseau. L'observation de la nature révèle des structures en réseau et cette représentation se généralise jusqu'à devenir un modèle afin de donner une définition à de nombreuses formes (qu'elles soient naturelles ou artificielles). Le réseau est l'élément clé pour expliquer la Nature, pour connaître le monde. « *Il devient un outil de connaissance que les Lumières utilisent pour éclairer l'invisible. Emerge alors une nouvelle façon d'observer et de voir : non plus à l'aide d'une lumière venue de l'au-delà, mais par une lumière interne au corps* » (Musso, 2004, p.22).

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, le réseau désigne autant les tissus du vivant que les technologies du textile. « *Le réseau est appréhendé comme un intermonde entre les formes artificielles du tissage et celles naturelles des corps vivants, notamment du corps humain* » (Musso, 2003a, p.14). C'est le corps humain, par sa métaphore, qui va permettre d'expliquer le réseau technique et sa vision moderne du début du XIX<sup>ème</sup> siècle. Ce n'est plus seulement le médecin qui va s'intéresser au réseau, c'est aussi l'ingénieur qui compare les mouvements des fluides à la circulation sanguine et qui souhaite pouvoir mesurer et représenter l'espace. En effet, le réseau est « *un filet reliant différents éléments en un tout, mais il est aussi et en même temps irrigué par un flux circulatoire. Le réseau est à la fois ensemble de liens et machine circulatoire au service de la vie du corps de l'homme* » (Dupuy, 1995, p.875). L'association du réseau technique et des représentations de l'organisme donne naissance à un corps perçu comme un réseau de réseaux (Musso, 2004).



Le réseau prend une dimension géographique et spatio-temporelle en passant du médecin à l'ingénieur et aux grandes constructions technologiques qui en découlent : il devient « réseau territorial » et permet de représenter les infrastructures dont le chemin de fer est un des meilleurs exemples (Ferrary & Pesqueux, 2004).

A partir de 1830, le réseau s'invite en politique avec l'économiste et philosophe français Saint-Simon qui considère que tout peut être mis en réseau et en relation, aussi bien les idées, que les personnes, les capitaux et les savoirs : le réseau est un « *instrument du bien collectif* » (Dupuy, 1995, p.876). L'idéologie saint-simonienne préconise la suppression de tout ce qui peut gêner la libre circulation de l'argent et du savoir afin de fonder une nouvelle religion comme base d'une nouvelle organisation sociale (Musso, 2004). Saint-Simon souhaite un changement social et propose de voter la loi des finances, clé de voûte de son projet politique, qui permettrait la circulation d'argent et « *le développement des réseaux de communication, du savoir et du crédit* » (Musso, 2003c, p.32) par l'augmentation des échanges politiques et économiques. Pour justifier cette proposition Saint-Simon fait appel à la théorie de l'organisme « réseau de réseaux » : « *l'argent est au corps politique ce que le sang est au corps humain* » (Musso, 2008, p.159). Saint-Simon, avec l'idée d'une communication généralisée, a apporté une vision moderne du réseau et une métaphore sociale : le réseau est un lieu de changement et de transformation du système social.

Si la révolution industrielle et la machine à vapeur ont permis l'invention de réseaux mécaniques autorégulés (chemin de fer, télégraphe,...), c'est le développement des techniques de l'information et de la communication et la création de l'ordinateur qui, au XXème siècle, vont accompagner un retour triomphal du réseau. S'ouvre une troisième période dans le développement du concept de réseau dont la légitimité est depuis ancrée dans le domaine des technologies.

### ***1.3 Le réseau et l'avènement de l'informatique au XXème siècle***

Cette période est marquée par l'image d'un réseau référée aux systèmes entrées-sorties qui se développent dans différents domaines comme les communications et les transports. Il faut cependant distinguer la notion de système de celle de réseau. Un système est, d'un point de vue général, décrit comme un ensemble d'éléments en interaction entre eux et avec leur

environnement, intégré dans un tout. L'idée d'interdépendance est centrale : quand un élément se transforme c'est l'ensemble des éléments qui se transforme aussi. Contrairement au réseau, les éléments du système sont identifiables, interdépendants et limités en fonction des objectifs à atteindre (Von Bertalanffy, 1971). Le réseau, lui, se veut illimité et avec les nouvelles technologies et l'avènement de l'informatique, la conception saint-simonienne de la libre circulation et du « tout n'est que mouvement et changement » est toujours présente dans un contexte qui supprime les contraintes de temps et d'espace.

Le XXème siècle est marqué par trois types de réseaux techniques : le réseau de radiodiffusion, le réseau de téléphonie et le réseau informatique. Ces trois types de réseaux techniques vont d'ailleurs être le point de départ de nombreuses théories de la communication comme celle de l'ingénieur Shannon en 1948 (Musso, 1999). Mais c'est surtout l'avènement de l'informatique et d'Internet (Interconnexion de Réseaux) qui va marquer cette période où la notion de réseau désigne un ensemble d'ordinateurs et de périphériques connectés entre eux par leur mise en réseau. Le « cyberspace » est un espace virtuel où toutes les contraintes (de temps, d'espace, physiques,...) sont abolies. « *Dans cet espace idéal et idéal, créé par interconnexion illimitée, tout devient possible* » (Musso, 2003c, p.37) : Internet est comme le réseau à « l'état pur » (Castells, 1998). L'avènement de l'informatique va permettre à « *l'ingénieur de socialiser la technique, et au sociologue de techniciser le social* », de restructurer les organigrammes des institutions, « *la société entière est appréhendée comme un « réseau de réseaux », la notion de relation ou d'interconnexion entre les acteurs ou entre individus, en devient le Sésame* » (Musso, 2004, p.25). La révolution informatique entraîne une nouvelle géographie du pouvoir ainsi que l'émergence d'une organisation en réseau dans le domaine de l'économie et de l'entreprise (Ferrary & Pesqueux, 2004). Le réseau se veut anti-hiérarchique : dans les organisations, une perspective « égalitaire » commence à se dessiner, les voies hiérarchiques à s'effacer.

De plus, les rapports humains, sont eux-mêmes modifiés par le réseau. L'utilisateur d'Internet n'est plus un consommateur passif de l'outil technique, il peut être lui aussi une source d'information en alimentant des sites Internet ou en mettant ses commentaires sur les blogs d'autres utilisateurs. Le « boom » des réseaux sociaux comme Facebook et Viadeo est un exemple des plus parlants de la modification des rapports humains : les « amis » vont sur

les pages Facebook pour avoir des nouvelles les uns des autres ; les recruteurs sur Viadéo pour lire les C.V en ligne.

Ces trois périodes que nous avons distinguées montrent que « *le mode d'existence et d'extension du réseau est lié aux compréhensions successives que l'homme a eues de lui-même au cours de son histoire (...) Dans le réseau réside le texte visible et matériel qu'écrit l'homme sur soi et le monde. En tant que système de liens, de relais et de signes, le réseau nous parle de la situation de l'homme dans le monde, des formes matérielles, efficaces et téléologiques de son habiter* » (Forget & Polycarpe, 1997, p.7). Allons-nous vers un monde où règne le « Tout en réseau » ? « *Une nouvelle divinité s'installe (...) : le Réseau. Partout la figure du réseau s'impose pour réenchanter la vie quotidienne et réinterpréter le monde contemporain* » (Musso, 2003a, p.5). Quels peuvent être les apports mais aussi les inconvénients d'une telle hégémonie?

#### **1.4. L'époque actuelle : vers le « Tout en réseau » ?**

##### **1.4.1. La critique du « Tout en réseau »**

Utilisé dans différents domaines, le réseau peut se présenter comme encombré de sens et/ou comme un effet de mode. « *La polysémie de la notion explique son succès mais jette le doute sur sa cohérence* » (Musso, 2001, p.194) : elle risque d'en faire une notion passe-partout voire « fourre-tout » perdant ainsi sa légitimité et sa place notamment dans les Sciences Humaines et Sociales. Le réseau devient un « *concept arc-en-ciel* » (Bressand & Distler, 1995, p.184) voire même un « *désastre conceptuel* » (Bolt, 1971, p.319). La vision « réticulaire » du monde avec les nouvelles technologies de l'information et de la communication domine la pensée aujourd'hui comme si le réseau était devenu le temple de la religion communicationnelle (Parrochia, 2001).

Concept utilisé pour penser le changement social, « *il est devenu un moyen de ne plus y penser* » (Musso cité par Parrochia, 2001, p.217). Nous sommes passés des métaphores mythologiques, symboliques du tissage et du filet, pour arriver aujourd'hui à cette « obligation » du tout en réseau. Avec les Saint-simoniens, le réseau apportait l'annonce, voire la promesse, d'un changement social et culturel. Si de nos jours Internet est le meilleur reflet de cette idéologie réticulaire (Musso, 2003b) en tant que nouvel espace de

communication et de partage entre les hommes qui « *porte en lui la promesse d'un futur meilleur* » (Musso, 2003c, p.41), ne sommes-nous pas tous piégés dans la grande Toile dont l'unique cerveau mondial menace d'effacer notre individualité ?

Nous sommes tous pris dans les nœuds de nos multiples réseaux (professionnel, familial, amical,...) qui structurent et règlent nos relations, où nous sommes à la fois acteur et spectateur (Parrochia, 2001). Alors que nous croyons être libres, les réseaux (économiques, technologiques, sociaux,...) ne nous emprisonnent-ils pas dans leur filet ? En ce sens, Castells (1998, p.24), spécialiste de l'étude des transformations de la société via le développement des réseaux, voit « *nos sociétés se structurer de plus en plus autour d'une opposition bipolaire entre le réseau et le Soi* » : il devient un « *ensemble de choses abstraites emprisonnant peu à peu l'individu* » (Legreloup, 2004, p.20).

Déjà bien avant Castells, la définition du réseau contenait cette idée de perte d'identité et de liberté. Ainsi, dans la littérature française, vers 1240, le réseau dit « roisiau » désignait « *un ensemble de choses abstraites qui emprisonne peu à peu la personne ou menace sa liberté* » (Musso, 2003a, p.11-12). Plus tard, à la fin du XIV<sup>ème</sup> siècle, cette définition de réseau est reprise et désigne les « *artifices par lesquels on s'empare de quelqu'un ou de son esprit* » (Musso, 2003a, p.12).

Concept à succès bien réel, le réseau n'échappe donc pas à la critique notamment au regard des risques de dépersonnalisation dont il semble porteur. Pour autant, certains lui accordent un rôle important dans le processus de socialisation.

#### **1.4.2. Le Réseau comme soutien et lieu de socialisation**

Dans une société de plus en plus individualiste, le réseau devient un processus dynamique de collectivisation des problèmes d'un sujet, chaque membre de son réseau social pouvant apporter une aide et des idées pour la résolution de son problème. Ainsi, en thérapie, le réseau du patient apparaît-il comme une solution pour résoudre des problèmes. En effet, nombre de praticiens pensent que des difficultés en apparence individuelles peuvent aussi être liées à des situations collectives (Desmarais & al., 1987 ; V.Speck, 1987) : ils utilisent l'intervention en réseau social comme remède à une situation de crise où la question à débattre est de savoir ce qu'il convient de faire ici et maintenant tous ensemble (Desmarais & al., 1987 ; V.Speck,

1987). Les thérapeutes n'interviennent pas, ils sont comme les animateurs de la dynamique du réseau social du patient : le patient est acteur de sa prise en charge. Le réseau constitue ainsi la « *base d'un soutien affectif et organisationnel pendant la durée de la crise* » (Desmarais & al., 1987, p.58). La pratique de réseau relève là d'un vrai champ d'intervention, de prise en charge collective. Le réseau constitue un capital social, un lieu de ressources où « *les personnes qui sont en relation se rendent de nombreux services et certaines ne cachent pas qu'elles comptent sur ces services* » (Bidart & al., 2011, p.255).

Dans un autre domaine, celui de l'informatique, au-delà des critiques formulées plus haut, Internet peut apparaître comme un nouvel outil de socialisation des sujets. Selon Castells (1998), Internet permet de créer du lien social invisible dans une société fragmentée et éclatée. La mise en réseau de la société est comme salvatrice : par les réseaux techniques les liens sont régénérés, les sujets reliés entre eux. En faisant interagir monde réel et monde virtuel, en rendant possibles les échanges au-delà des frontières, Internet contribue « *au renforcement du processus de socialisation* » (Ferrary & Pesqueux, 2004, p.274) et les liens réels qu'il favorise sont la preuve d'une nouvelle dynamique sociale. Une étude menée auprès de jeunes retraités (55-65 ans, à la retraite depuis 2-6ans) a mis en avant que l'utilisation des réseaux sociaux chez ces personnes va de pair avec la perception de l'utilité qu'ils en ont (Eve & Smoreda, 2001). Bien loin de la perception du réseau social comme rite de passage pour l'adolescent ou comme outil de travail pour le salarié, le jeune retraité va utiliser le réseau social s'il en perçoit l'utilité mais également le bénéficie pour lui-même et son style de vie : par exemple pour le partage avec la famille éloignée. Un constat est sûr, les réseaux sociaux modifient les relations familiales et amicales : les proches, au-delà des mobilités géographiques, restent toujours en contact. Le « Web » autorise le face à face (exemple de Skype) ; il permet de développer la proximité, de gommer les contraintes de temps et de lieu. Sont ainsi favorisés le développement de nouveaux liens sociaux, le renouvellement d'anciens liens (exemple du site Copains d'avant) et les expériences relationnelles se diversifient (Bidart & al., 2011).

Après avoir ainsi retracé les grandes lignes du développement du concept de réseau, nous pouvons dire que son utilisation est si vaste qu'à la limite « *toute action commune entre deux et trois acteurs constitue un réseau* » (Vedelago, 2008, p.34). Mais « *si tout est réseau,*

*alors rien n'est réseau !* » (Bejean & Gadreau, 1997, p.78). Que pouvons-nous donc entendre précisément par réseau ? Nous tenterons de répondre à cette question en examinant, sur les exemples précis annoncés plus haut, différents types d'approches du réseau. Nous dégagerons ce que chacune d'elles peut fournir comme étayage, théorique et méthodologique, à notre étude centrée sur l'analyse du travail dans un réseau de santé.

## 2. Différents types d'approches des réseaux et de leurs effets

### 2.1. L'approche sociologique des réseaux de sociabilité

Le questionnement concernant les réseaux d'acteurs sociaux remonte au début des années 50 avec l'étude de l'anthropologue britannique Barnes, publiée en 1954 dans *Human Relations* et menée sur l'île de Bremnes en Norvège. Barnes y distingue trois champs sociaux : le champ territorial (familles, associations, administrations, paroisses) où les relations sont stables et durables ; le système industriel (les organisations comme les bateaux de pêche, les commerces et les petites manufactures) où les relations sont moins stables et plus ou moins hiérarchisées ; et le champ des relations d'amitié ou de connaissances où les relations sont moins stables et durables, et vont au-delà des frontières de l'île (Barnes & Grange, 2013). Le mot réseau a été utilisé par Barnes afin de décrire un système de relations sociales entre proches basées sur l'entraide. Inventeur de la notion de « réseau social », Barnes, par son étude, a permis d'entrevoir le réseau comme un système et non comme une simple structure, dont la finalité est la mise en commun de la variété des relations des acteurs et des ressources de chacun supposant « *la propagation de la transmission des ressources à l'intérieur du réseau* » (Lemieux, 1999, p.11), résultat du « *chaînage des relations* » (Bidart & al., 2011, p.51).

Lemieux propose ainsi une définition des réseaux (1999, p.11) comme « *des systèmes d'acteurs sociaux qui, pour des fins de mise en commun de la variété dans l'environnement interne, propagent la transmission de ressources en des structures fortement connexes* ».

L'approche sociologique des réseaux de sociabilité s'intéresse donc aux relations interpersonnelles et à leur agencement dans le cadre des réseaux sociaux définis comme des « *réseaux qui relient des acteurs sociaux individuels ou collectifs* » (Lemieux, 1999, p.3). Il

peut s'agir aussi bien de **réseaux de parenté** (qui représentent des ressources relationnelles en liens, consanguins ou d'alliances, avec le statut propre au sein de la famille) ; de **réseaux d'affinité** (où les personnes ne sont pas parentes et ont des relations avec des amis et des proches), que de **réseau de soutien** (représentant ce que nous pourrions nommer les ressources - à savoir les aidants - en vue de soutenir les personnes qui en ont besoin). En résumé, est inclus dans les réseaux sociaux tout ce qui concerne le monde social du sujet (Bidart & al., 2011). L'enquête effectuée par l'INED dans une commune rurale en Bourgogne en 1970, portant sur les réseaux de sociabilité et reprise par Forsé en 1981, montre bien une relation d'interdépendance entre la sociabilité et le statut social, entre l'entourage social et économique. L'étude du réseau porte dans cette approche sur un système de cercles sociaux qui constituent la base de la structure sociale (Degenne, 1983). Elle s'intéresse au réseau comme étant fait de « *l'appartenance à des cercles, ces cercles étant de nature, d'extension et de structures différentes* », « *le réseau est un système de cercles sociaux. La relation interindividuelle n'est plus qu'un cas particulier de la notion de cercle beaucoup plus générale* » (Degenne, 1983, p.114). Cette approche se centre sur l'analyse de la structure des réseaux et dépasse l'analyse des seules relations dyadiques. Elle s'intéresse à la structure des interactions où « *c'est au sein du réseau relationnel complet du sujet que chaque lien doit être saisi dans son articulation aux autres liens* » (Almudever, 1998, p.124). Au-delà de la structure des réseaux, elle s'intéresse à la forme, aux enjeux et à la transformation des réseaux (Mercklé, 2011).

Cette approche a la spécificité d'avoir développé une méthodologie en ayant recours à des outils mathématiques (graphes, indices,...) pour rendre compte des propriétés des structures comme les degrés d'accessibilité du réseau, de connexité, de densité (différence entre les liens existants et les liens possibles) ou de multiplicité (une relation est dite multiplexe quand elle sert à différents types d'échanges à la fois) (Degenne, 1983 ; Almudever, 1998). L'étude des associations volontaires dans une ville (Mc Pherson, 1982) a, par exemple, permis la construction « *d'un indicateur de la densité du réseau des associations comme étant le nombre de liens interindividuels créés par l'appartenance à une même association, rapporté au nombre maximum possible de tels liens* » (Degenne, 1983, p.114). Le réseau devient un outil essentiel en sociologie pour l'étude des relations des sujets et des structures sociales (Bakis, 1993 ; Lemieux, 1982 ; Degenne, 1993) ; les relations ne sont plus dissociées des

organisations sociales (Lemieux, 1982 ; Degenne, 1983). La spécificité de cette approche est qu'elle inscrit l'étude des réseaux au croisement de « *facteurs contextuels, individuels et structuraux* » (Bidart & al., 2011, p.5). L'étude des réseaux sociaux va au-delà de l'approche des relations interpersonnelles et s'intéresse aussi aux activités économiques et politiques, aux mouvements sociaux et à l'évolution des sociétés : « *les réseaux sont dépendants* » et « *constituent une composante essentielle du monde social* » (Bidart & al., 2011, p.8).

Cette approche s'intéresse également aux effets du réseau : par exemple, sur le bien-être psychologique ou l'insertion des sujets. Le réseau est une source de soutiens diversifiés pour le sujet, ce qui renvoie à la notion de capital social (Charbonneau & Turcotte, 2005). Différentes études ont porté sur la question du réseau de sociabilité comme soutien dans l'insertion sociale et le monde du travail (Granovetter, 1974 ; Degenne & al., 1991) ou sur la question du réseau de sociabilité comme soutien protecteur de la santé mentale (Reichmann, 1991).

De cette approche, nous retiendrons pour notre propre recherche des orientations méthodologiques à mobiliser dans l'étude de la configuration du réseau sur lequel porte notre travail. Nous retiendrons aussi les résultats de recherche qui étayent l'hypothèse d'un impact du réseau sur la santé psychique. Des études ont ainsi lié réseau, soutien et santé (Arnaldi & al., 1995 ; Nurmi & al., 1997). Nous pouvons citer l'étude de Reichmann (1991) sur l'impact de certaines caractéristiques structurales des réseaux de soutiens sur la santé mentale des chômeurs.

Pour autant, le réseau peut aussi être source d'angoisse et devenir néfaste à la santé psychique des sujets (Krause, 1987 ; Almudever, 1998) de par son inefficacité, sa densité et/ou son inadéquation face aux problèmes rencontrés (Bruchon-Schweitzer, 2002). Le réseau n'est alors plus source de réconfort et le modérateur d'évènements stressants mais il devient lui-même source de stress. L'étude de Belle (citée par Green & Rodgers, 2001) sur une population de mères de faible niveau socioéconomique montre le lien entre une forte fréquence de relations avec le voisinage et un haut niveau de stress. L'étude de Hirsch (1981) sur 34 femmes en situation de transition psychosociale, citée par Almudever (1998), montre que plus les liens entre la famille et les amis sont denses, plus les femmes présentent des symptômes dépressifs et une faible estime de soi. La combinaison de différents réseaux



pouvant être antagonistes ou trop contraignants devient étouffante pour le sujet et peut amener ce dernier à s'interroger sur ses propres capacités à faire face aux différentes difficultés qu'il rencontre. Le réseau peut apparaître comme l'agent de contrôle de ses capacités (Almudever, 2002). Il en résulte que les effets du réseau sur la santé psychique peuvent être positifs quand il est perçu comme source de soutien ou négatifs quand il devient synonyme de contraintes, de contrôle voire de dépendance. C'est ce rôle des significations attribuées au réseau que s'attache à mettre en évidence l'approche psychologique. Nous en donnerons une illustration avec l'exemple des réseaux sociaux sur Internet.

## ***2.2. L'approche psychologique - psychosociale et psycho-développementale - des réseaux sociaux***

Les travaux que nous avons choisi d'exposer ici concernent les « réseaux sociaux » entendus non pas au sens classique que nous venons d'évoquer à partir des travaux des sociologues, mais en référence aux nouveaux modes de sociabilité informelle médiés par Internet et qui constituent un véritable phénomène de société (Fontar & Kredens, 2010). Ce phénomène intéresse tout particulièrement les psychologues de l'enfant et de l'adolescent. Dans ce type d'approche, ***le « réseau social » renvoie donc à ces différents modes de sociabilité, qui s'organisent à partir de différents sites Internet et permettent le partage et l'échange d'informations, de photos, de documents.*** Selon une étude britannique de 2011 (Livingstone & al., 2011), auprès de 24 143 enfants âgés de 9 à 16 ans des 25 pays de l'Union Européenne, tous utilisateurs d'Internet et disposant d'un « profil » sur un site de réseau social, environ 80% se connectent en ligne tous les jours. Une étude menée en France auprès de 524 élèves âgés de 12 à 17 ans afin de mieux connaître leur attitude face à l'utilisation d'Internet a montré que cette utilisation était liée à une activité de loisirs et qu'Internet était perçu comme un outil « révolutionnaire » (Bevort & Bréda, 2001). Ces pratiques ancrées suscitent un réel engouement pour cette génération des « Digital Natives » (Prensky, 2001) nés au cours de ces deux dernières décennies et qui *« vivent dans un monde où les communications se font en grande partie par écrans interposés, avec les amis, les camarades, la famille ou encore des individus du monde entier »* (Rodriguez, 2014, p.1).

Dans les travaux des psychologues, il s'agit d'étudier, pour mieux les connaître et les décrire, ces nouvelles pratiques des jeunes qui reconfigurent les différentes formes

d'interaction (Mabilon-Bonfils, 2012) : l'enjeu du réseau et des recherches qui lui sont consacrées sous ce regard disciplinaire soulèvent la question des nouveaux modes de socialisation. L'accès aux réseaux sociaux chez le jeune via différents outils (téléphone, Internet) marque un pas dans son autonomisation : les « autres » avec lesquels il se connecte vont devenir des autrui significatifs lui offrant de nouveaux modèles d'identification et autorisant une prise de distance avec la sphère familiale (Metton-Gayon, 2009). Les réseaux sociaux lui offrent un espace de découverte de nouvelles normes et valeurs, afin de se distancier du modèle familial et de construire sa propre identité. Une étude réalisée de février à avril 2002 auprès de 468 jeunes âgés de 10 à 21 ans inscrits en collège ou en lycée a montré que les réseaux sociaux sont une aide à l'autonomie et la construction de l'identité (Martin, 2004). Les réseaux sociaux sont des vecteurs d'autonomie vis-à-vis des parents : «  *négocier les règles avec eux, les transgresser, c'est se construire et se percevoir comme un individu ayant certains droits et capable de les faire valoir, et s'éloigner de l'enfance* » (Metton, 2004, p.82).

Sous cette approche, certaines recherches s'intéressent également aux messageries instantanées comme outil d'expression libre et aux blogs comme outil d'affirmation de soi (Rodriguez, 2014). L'usage des réseaux sociaux ne s'arrête plus à la simple transmission d'informations « banales » de la vie du quotidien pour ces jeunes : les réseaux sociaux deviennent le support de l'expression de soi, l'expression de la vie intime (Livingstone & al., 2011 ; Rodriguez & al., 2013 ; Rodriguez, 2014). Ainsi, l'analyse de 10 blogs de jeunes filles âgées de 10 à 11 ans a montré que le blog permettait de ne pas s'écarter de la norme, de se rassurer et de se construire à travers la relation à l'autre : le blog est un miroir dont les pairs sont le reflet (Rodriguez & al., 2013). Dans le contexte actuel d'immédiateté du «  *tout, tout de suite et très vite* », le réseau social via l'écran transforme les pratiques sociales des adolescents et les formes d'expression de soi : la pratique d'expression en ligne par les réseaux sociaux est l'extension du groupe de pairs nouveau support de socialisation. La thèse de Rodriguez (2014) auprès de 47 adolescentes âgées de 11 à 15 ans tenant un blog ou une page Facebook, a mis en avant «  *certains liens entre d'une part les pratiques d'expression de soi, les modes relationnels en ligne, les commentaires des pairs et d'autre part, la construction de l'identité et les représentations de soi* » : les réseaux sociaux deviennent le lieu d'un double enjeu à la fois individuel et social (Rodriguez, 2014, p.165). Ces nouvelles

pratiques soulèvent de nouvelles questions : quels en sont les dangers ? Jusqu'où peut aller l'adolescent dans l'expression de soi ? Quand parler d'addiction à Internet ? (Bacha, 2013).

Nous pouvons aussi nous interroger sur la spécificité des relations en ligne : pouvons-nous créer sur ce mode de véritables relations (Bidart & al., 2011) ? C'est pourtant dans le cyberespace que les adolescents trouvent un espace pour répondre à leur besoin de communiquer, de se conformer et de se personnaliser (Leroux, 2010). A travers ces pratiques, les adolescents sont donc acteurs de leur socialisation.

Si nous ne sommes pas concernée par la même population, ce que nous retenons de cette approche, pour notre recherche, c'est qu'elle s'intéresse au rôle du réseau - et de la pluralité de références qu'il introduit - dans le processus de socialisation et de personnalisation. En ce sens, elle recoupe nos propres interrogations dès lors que nous nous intéressons aux effets de l'appartenance à un réseau de santé sur le processus de socialisation professionnelle, voire de re-définition de l'identité professionnelle.

Au regard des travaux que nous venons d'évoquer chez les adolescents, nous poserons particulièrement la question de savoir si ce nouveau mode d'exercice transforme les possibilités d'expression du Soi professionnel et le développement de la créativité : car l'appartenance à un réseau peut faciliter les processus de socialisation et de personnalisation comme les freiner si la pression au conformisme est redoublée au sein du réseau.

Au-delà de la pluralité des relations d'identification, c'est aussi la pluralité des relations de soutien social qu'offre un réseau et, surtout, la façon dont le sujet s'en saisit - selon qu'il choisit « *d'articuler ou de cloisonner de manière sélective ses différentes sources de soutien entre elles* » (Almudever, 2002, p.101) - qui peut expliquer les effets contrastés de l'appartenance au réseau.

Autrement dit, les approches psychologiques des réseaux nous invitent à examiner la façon dont les sujets signifient et s'approprient la diversité des ressources - et des conflits - potentiels qu'ils recèlent.

### **2.3. L'approche sociotechnique des réseaux dans le cadre du développement des TIC**

Avec le développement des technologies de l'information et de la communication (TIC), la popularité de la notion de réseau s'est répandue parallèlement au développement des réseaux de télécommunication (cf. 1.3.). Depuis plus d'un quart de siècle, les **TIC** « *recouvrent tous les nouveaux moyens et outils qui permettent de traiter (matériels et logiciels de traitement), transmettre (réseaux et moyens de transmission et d'échange), de conserver (les supports de stockage) l'information électronique* » (Benmerzoug, 2013, p.5). Les TIC évoluent sans cesse afin de gagner en efficacité et rapidité - 3G, IPAD, Internet - et notre vie est devenue dépendante « *de leur bon fonctionnement et de leur bon usage* » (Marquet, 2014, p.107). Réseau des réseaux, Internet transforme les formes de communication : il est vecteur de changement, une source d'innovation à la fois sociale et économique (Proulx, 2005). L'approche socio-technique des réseaux, centrée sur les outils techniques, soutient un grand nombre de recherches sur les modalités et processus d'appropriation de ces outils par leurs utilisateurs, sur les représentations des usagers et sur les éventuelles difficultés dans l'usage de ces techniques.

Plus proche de notre problématique de recherche, cette approche s'intéresse aussi aux effets transformateurs du réseau sur les milieux dans lesquels il est introduit (Déro & Heutte, 2008). La question centrale est ici la question du lien entre innovation technologique et changement social. Nous pouvons présenter quelques-unes de ces recherches dans le champ de l'éducation, de la santé et de l'entreprise. Elles ont la particularité d'avoir toutes le même enjeu et objet d'étude : la transformation de certains métiers et identités professionnelles par l'utilisation du réseau.

Dans le domaine de l'éducation, nombre de recherches s'intéressent à l'impact des TIC sur la formation des étudiants ainsi que sur l'évolution des pratiques et supports pédagogiques des enseignants avec notamment le développement du e-learning (Faurie, 2004 ; Déro & Heutte, 2008 ; Vayre & al., 2007 ; Vayre & al., 2009 ; Marquet, 2014). Si les TIC mettent en réseau les professeurs et les étudiants et soutiennent une pédagogie innovante enrichissant les interactions et favorisant le renouvellement des pratiques dans la formation des professeurs (Breuleux & al., 2002), l'utilisation des réseaux et plus particulièrement d'Internet soulève

aussi des interrogations. Elle questionne sur les nouvelles missions des établissements d'enseignement où, avec la promotion de l'enseignement à distance ou encore de l'auto-formation, les professeurs « *peuvent craindre la substitution « d'entreprises » de formation aux traditionnelles institutions éducatives et posent la question de l'implication de nouveaux acteurs (concepteurs et éditeurs de logiciels, par exemple) dans la définition des contenus pédagogiques* » (Faurie & al., 2004, p.1). Si la généralisation de l'usage des TIC fait à présent partie intégrante du paysage professionnel (Déro & Heutte, 2008), le e-learning modifie la relation enseignant-élève/étudiant, et élargit le travail en réseau à de nouveaux partenaires éducatifs ce qui est à même de transformer totalement et le rôle professionnel de l'enseignant et la définition même de la formation (Julien & al., 2010).

Dans le domaine de la santé, la généralisation de l'utilisation de l'informatique soutient le travail en réseau en particulier à travers l'innovation que représente le Dossier Médical Partagé (DMP) (Romeyer, 2008). Ce qui remet en question ce type de pratique est l'exclusivité de la relation Malade et Médecin généraliste : ce dernier voit son rôle professionnel transformé à la fois parce qu'il doit apprendre à partager l'information avec d'autres professionnels et parce qu'il doit apprendre à partager le secret professionnel clé de voûte de sa pratique. C'est donc ici la relation médicale qui est en passe d'être profondément redéfinie. Les TIC ont également permis l'accroissement des informations sur les thématiques de la santé (par et pour un large public de non spécialistes). Au mois de Mai 2000 le site Doctissimo, l'un des plus consultés, a été créé par une société de conception et de maintien technique des sites dans le domaine de la santé (Medcost) : se pose alors la question d'une information non contrôlée échappant aux professionnels de terrain. « *Les internautes sont très informés* » (Romeyer, 2008, p.39), le patient devient co-médecin par l'information vulgarisée qui circule sur les réseaux (site, blog,...). Une enquête réalisée par TNS Sofres en février 2013 a révélé que 57% des internautes français utilisent Internet pour les recherches concernant des informations médicales ou échanger avec d'autres personnes sur leur santé (Ulpat, 2014). Les TIC semblent ainsi favoriser le rôle d'un patient acteur de sa prise en charge. Pour autant, des transformations comme la mise en réseau des données médicales du patient par le biais de l'informatisation (Romeyer, 2008), ou l'apparition de nouvelles formes d'exercice de la médecine à distance comme la télémédecine (Bourret, 2008) interrogent sur les risques de dérives, « *les TIC peuvent permettre d'améliorer la gestion du système de santé*

et les relations avec les patients, mais elles peuvent aussi favoriser la généralisation d'une société du contrôle (Musso, 2003), certains considérant le Dossier Médical Partagé comme un « casier sanitaire » » (Bourret, 2008, p.95).

Dans le domaine de l'entreprise, le développement des TIC a promu le télétravail, l'intranet et le réseau d'entreprise. Une étude du CREDOC (2013) sur la diffusion des TIC dans la société française a mis en avant l'augmentation de leur usage dans la sphère professionnelle : par exemple, plus de la moitié des actifs ont accès, sur leur lieu de travail, à un ordinateur (Bigot & al., 2013). « *Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) essaient dans le quotidien de travail de tout salarié* » (Felio, 2014, p.135). Le développement des TIC a vu naître de nouvelles formes d'organisations où les divers partenaires travaillent dans des zones géographiques différentes grâce à leur mise en réseau via internet ou les systèmes de visioconférence. Les TIC favorisent ainsi l'externalisation des entreprises dont la structure devient celle d'un réseau et d'un réseau visible au niveau mondial. Les recherches en ce domaine s'intéressent aux processus de développement de nouveaux partenariats, mais aussi aux évolutions de la relation client- entreprise soutenues par ces innovations technologiques. Une recherche sur l'évolution des compétences bancaires liées aux TIC (Bobillier-Chaumon & al., 2002) a mis en avant le fait que les tâches opérationnelles « basiques » sont transférées au client afin de permettre à l'employé de disposer « *de davantage de temps et de ressources pour s'investir dans de nouvelles compétences liées aux services : conseil commercial et relation clientèle* » (Bobillier-Chaumon, 2003, p.180). Le travail en réseau médiatisé par les TIC favorise ainsi le transfert de compétences de l'employé vers le client. De même, il oblige le professionnel à s'ajuster aux nouveaux codes culturels et repères professionnels par l'acquisition de nouvelles compétences, « *rapidité, autonomie, efficacité, curiosité, partage, initiative, responsabilité, apprentissage* » (Bobillier-Chaumon, 2003, p.165).

Dans ce domaine, d'autres recherches étudient également l'impact du « télétravail », c'est-à-dire du « *travail qui aurait également pu être réalisé dans les locaux de l'employeur* » mais qui est effectué régulièrement hors de ces locaux (Kouloumdjian, 2012, p.348) : l'individu bien qu'en réseau est seul à distance de l'entreprise. Les travaux de Kouloumdjian (2012) montrent que le professionnel doit apprendre à s'appropriier, en plus de l'utilisation des TIC,

un lieu de travail hyper médiatisé où le lien social se crée par l'intermédiaire de la mise en réseau et des outils techniques. Il doit faire l'apprentissage de l'autonomie en gérant seul son emploi du temps et son espace qui est souvent l'espace de vie personnelle (Vayre & al., 2014). De même, le *télétravailleur* doit, au préalable, avoir bien intériorisé la culture de l'entreprise : il est autonome mais pas indépendant, « *un salarié comme les autres, subordonné à un superviseur* » (Kouloumdjian, 2012, p.371) ; il est un salarié dont le travail se fait en réseau.

Ces recherches montrent comment le travail en réseau change les règles du métier, en redessine les contours et les comportements pour l'exécuter. Elles attirent aussi l'attention sur la façon dont les TIC, dans le travail, « *peuvent aboutir à des dérives lorsqu'elles sont mal conçues, appliquées ou utilisées* » (Bobillier-Chaumon, 2003, p.165) : contrôle du salarié (Bobillier-Chaumon, 2012a), surcharge mentale (Pujalte & Cézard, 1996 ; Bobillier-Chaumon, 2003 ; Bobillier-Chaumon & al., 2006), impact sur la qualité de vie au travail et hors-travail (Bobillier-Chaumon & al., 2001 ; Bobillier-Chaumon, 2003 ; Bobillier-Chaumon, 2012a ; Kouloumdjian, 2012 ; Felio, 2014 ).

De cette approche nous retiendrons que les TIC accompagnent les professionnels, quel que soit leur domaine d'exercice, dans l'acquisition de nouveaux savoirs et savoir-faire, et les organisations dans un processus de changement et d'innovation (Bobillier-Chaumon & al., 2001). L'un des effets des pratiques de réseau qu'elles rendent possibles est la répartition plus décloisonnée de l'information ainsi qu'une diminution des relations hiérarchiques ; ce qui pourrait être le support d'un changement social important dans la définition même des relations de travail. Nous y reviendrons aux paragraphes suivants concernant les approches en des sciences de gestion et les approches de la psychologie du travail.

Pour ce qui concerne notre recherche, bien que la problématique des TIC n'y soit pas centrale, car l'utilisation d'Internet n'est pas le principal outil de communication mobilisé entre partenaires de la prise en charge dans le réseau particulier que nous étudions, les travaux que nous venons d'évoquer nous intéressent par l'accent qu'ils mettent sur les processus de transformation des relations et rôles professionnels que le réseau en tant que tel (quel que soit les moyens de communication qu'il mobilise) est susceptible de susciter. Nous y trouverons des axes d'observation et d'analyse des effets de l'appartenance à un réseau.

#### **2.4. Les approches du Groupware et des équipes virtuelles en sciences de gestion**

Depuis la fin des années 1990, l'adaptation aux nouvelles exigences et contraintes du développement de la mondialisation, constitue un véritable enjeu pour les entreprises. A l'échelle mondiale, l'entreprise se doit d'appartenir à des réseaux : clients, partenaires, fournisseurs,...et de créer des liens au-delà des frontières. Elle doit s'adapter à la rapidité de circulation de l'information et au partage de cette dernière par toutes les personnes concernées et impliquées. Ici, **le réseau renvoie à la structure organisationnelle des entreprises**. Les recherches en sciences de gestion s'intéressent tout particulièrement au développement d'équipes virtuelles/à distance et au Groupware qui peut le soutenir.

Le **Groupware** se définit comme étant « *l'ensemble des techniques et des méthodes qui contribuent à la réalisation d'un objectif commun à plusieurs acteurs, séparés ou réunis par le temps et l'espace, à l'aide de tout dispositif interactif faisant appel à l'informatique, aux télécommunications et aux méthodes de conduite de groupe* » (Coat & al., 1998, p.9). Les sciences de gestion s'interrogent sur les moyens à mettre en œuvre pour que des équipes virtuelles ou à distance atteignent un objectif commun via des méthodes de type managérial médiées par l'outil.

Les **équipes virtuelles/à distance** sont caractérisées par « *une distance spatiale, temporelle (décalage horaire) et/ou organisationnelle (réseau d'entreprises) entre leurs membres et par l'utilisation des technologies de communication* » (Parot, 2006, p.7). Pour autant, derrière l'ordinateur il y a avant tout un être humain ; « *les équipes virtuelles conservent un visage humain* » et « *une véritable socialisation à l'intérieur de ces collectifs* » existe (Coat, 1998, p.231). L'équipe virtuelle/à distance deviendrait-elle une sorte d'idéal ? Avec l'équipe virtuelle/à distance, l'entreprise devient bien une **entreprise en réseau, c'est-à-dire** « *un système de répartition des tâches fondé en grande partie sur le relationnel et la compétence collective* » (Bobillier-Chaumon, 2003, p.171). Les équipes virtuelles/à distance sont comme leur propre manager, elles doivent à la fois gérer leur organisation interne où la complémentarité des compétences prend la place de la logique relationnelle hiérarchique : le professionnel devient un responsable de l'entreprise (Bobillier-Chaumon, 2003). Des études ont montré que les équipes virtuelles/à distance présentent des effets contrastés. D'une part,



elles ont un impact positif en termes de meilleur partage de l'information, de nouveaux rapports de confiance (Laval & Thierno Diallo, 2007), de développement de stratégies pour coopérer (Meissonier, 2000). D'autre part, elles peuvent avoir un impact négatif quand elles remettent en question l'identité au travail (Dupuich, 2009) et créent des formes d'organisation fragiles qui ne constituent pas « *une base solide pour la création de nouveaux collectifs fondés sur la coopération et le partage* » (Livian & Parot, 2008, p.39).

Il en est de même pour l'outil Groupware, les études présentent des effets contrastés concernant l'utilisation des logiciels de travail collaboratif (Cardon, 2000). Le Groupware peut être un outil favorisant les sentiments d'appartenance et de reconnaissance : le professionnel se vit comme un maillon de la chaîne. Il peut ainsi renforcer l'implication des professionnels (Craipeau & Briole, 2000), rendre le métier plus varié et plus intellectuel, aider au développement des compétences (Cardon, 2000). De même, les liens de solidarité (Cardon, 2000), de soutien et de confiance (Craipeau & Briole, 2000) entre acteurs augmentent dès lors « *que chacun participe à la création et à l'utilisation de ressources communes, tout particulièrement de bases de connaissances* » (Craipeau & Briole, 2000, p.240).

Des études montrent que ces effets doivent être nuancés. Par exemple, elles mettent en évidence que le Groupware permet la coopération si les acteurs en ont déjà fait l'expérience (Cardon, 2000) ; qu'une utilisation intense de l'outil ne va pas de pair avec un fort engagement du professionnel car l'outil peut favoriser l'anonymat (Cardon, op.cit.) ; que le Groupware peut renforcer les dissymétries dans les relations de travail (Lépine, 2002) et donc devenir un frein à la performance et au fonctionnement de l'équipe.

Les sciences de gestion s'intéressent aux nouvelles méthodes managériales et aux nouvelles pratiques de gestion des ressources humaines des équipes constituées en réseau, avec de véritables enjeux de performance du travail collectif et des équipes. Quand le management devient « *E-Management* » apparaît une « *nouvelle forme de gestion du personnel dont l'une des principales caractéristiques est l'adoption d'une ligne hiérarchique plus courte* » (Bobillier-Chaumon, 2003, p.171). Ainsi, une réduction voire une disparition des niveaux hiérarchiques, une plus grande autonomie des individus, semblent caractériser les nouvelles organisations fonctionnant en réseau. Différentes études (Coat & Favier, 1998 ; Parot, 2006 ; Laval & Thierno Diallo, 2007 ; Dupuich, 2009) ont montré une modification

même de la notion de management. L'informatisation et la mise en réseau des équipes ont favorisé un changement de la fonction de chef et de la façon de diriger (Devillard, 2008). La fonction de manager évolue vers un rôle de facilitateur modifiant ainsi les rapports avec les membres de l'équipe. Les responsabilités et les prises d'initiative sont partagées, le manager devient un coordinateur plus qu'un chef, qui cherche à favoriser, maintenir et améliorer les performances (Devillard, 2008). Se développe une représentation du management basé sur la confiance, la motivation et les compétences de chacun ; la notion de bien-être en devient un nouvel indicateur (Dupuich, 2009). Les réseaux augmentent les pouvoirs dans l'organisation et l'intégration du sujet : mais le rendent-ils pour autant autonome dans son travail ? Du point de vue des organisations, bien que le réseau soit un outil permettant au sujet d'être en lien avec les autres, il est avant tout un outil stratégique de management (Dujardin, 1988). L'image d'égalité et l'idée de non hiérarchie qu'évoque le réseau peuvent sembler être un mythe car les fils se tissent grâce à un tisserand qui dirige et joue le rôle d'agent dynamisant du réseau (Dujardin, 1988). L'organisation en réseau serait donc un changement social utopique (Ferrary & Pesqueux, 2004) où la vision de l'entreprise en réseau, où tout le monde coopère avec tout le monde dans son idéal, n'aborde pas le conflit (conflit d'équipe, conflit hiérarchique).

Les travaux en sciences de gestion ont porté sur de nouveaux questionnements relatifs aux relations hiérarchiques et aux conditions de réalisation d'un objectif commun dans les nouvelles organisations fonctionnant en réseau. Pour ce qui nous concerne, ces travaux ouvrent des pistes de réflexion pour l'analyse des relations et l'émergence de rôles spécifiques dans un réseau de santé où des professionnels de métiers et de statuts différents ont à définir une organisation du travail collectif.

### ***2.5. L'approche du travail en réseau en psychologie du travail et des organisations***

Si le développement du travail en réseau répond à des évolutions et exigences économiques et organisationnelles, il répond aussi aux aspirations de professionnels qui sont de plus en plus nombreux à vouloir travailler en réseau. Pour Le Boterf (2004), **le réseau de professionnels est « un système entre des acteurs » dont l'existence est socialement reconnue « même s'il ne s'inscrit pas nécessairement dans un organigramme**

**hiérarchique** » et où la centralité et la sollicitation de chacun sont à la base des relations (Le Boterf, 2004, p.4). Dans le champ de la psychologie du travail, l'intérêt porté au fonctionnement du collectif et à sa spécificité dans le cadre d'un réseau, conduit à étudier tout particulièrement les processus de co-construction de valeurs et de références communes, à partir d'une pratique réflexive sur son propre travail

Le travail en réseau met en interaction le professionnel avec d'autres professionnels, où chaque individu est une composante de l'organisation du réseau (Rouleau, 2007). Le Boterf (2004), qui s'appuie sur plusieurs expériences de réseau pour repérer les conditions et les effets de l'appartenance à un réseau, a mis l'accent sur l'apprentissage de la coopération par le partage des connaissances et la combinaison des savoir-faire et savoirs intériorisés avec de nouveaux savoir-faire et savoirs. Les membres d'un réseau se forment en apprenant à prendre « *en compte le point de vue de l'autre, en s'y confrontant, et en étant ainsi conduit à préciser son projet, ses intentions, ses critères de valeur, ses préférences* » (Le Boterf, 2004, p.71). Apprendre à réfléchir sur sa propre pratique et être en « *intercompréhension* » (Le Boterf, p.73) va permettre au professionnel de changer sa représentation individuelle en une représentation partagée, de changer la représentation de soi et des autres, de transférer les expériences des autres en se les appropriant et en s'en inspirant afin de créer de nouvelles pratiques ou d'améliorer celles déjà mises en place.

Si le travail en réseau a pour effets le changement des pratiques professionnelles, le partage du savoir et l'enrichissement des compétences et connaissances de chacun, l'acquisition d'une nouvelle culture, c'est qu'il permet d'associer des savoir-faire individuels pour en faire *la compétence collective* du réseau. En ce sens, ce qui apparaît central dans la dynamique du travail en réseau c'est la possibilité d'« *apprendre à désapprendre et à réapprendre* » (Le Boterf, 2004, p.12). Le partage des pratiques et des expériences va ainsi donner naissance à un langage commun et des valeurs communes qui vont « *créer un système d'attentes réciproques* » (Le Boterf, 2004, p.22) et une harmonisation des pratiques professionnelles nécessaire à la cohérence des décisions et des actions mises en œuvre collectivement. C'est en créant « *de nouveaux rapports collectifs entre acteurs* » (Dupuy, 1995, p.881) et pairs d'horizons différents que peuvent s'articuler travail en autonomie et travail coopératif.

Les travaux en psychologie du travail qui portent sur le travail en réseau médiatisé par les TIC ont également mis l'accent sur le rôle actif des professionnels au sein du réseau : « *le salarié n'est plus un simple consommateur passif des informations qui lui sont destinées. Il a la possibilité - voire même dans certains cas l'obligation - d'y réagir, de les commenter et de les co-produire* » (Bobillier-Chaumon, 2012, p.290).

Ils s'intéressent aussi tout particulièrement aux effets du travail en réseau sur la transformation des pratiques professionnelles individuelles et collectives en montrant comment les contours du travail sont redéfinis créant de nouvelles représentations de sa propre place et de celles des collaborateurs voire de l'utilisateur-client (Bobillier-Chaumon & al, 2002 ; Bobillier-Chaumon & al., 2006).

Pour faire face aux appropriations et adaptations que nécessite le travail en réseau ainsi qu'aux nouveaux codes culturels de métiers qui y sont développés, des réseaux sociaux numériques d'entreprises se créent : ces plateformes sociales et collaboratives vont permettre aux professionnels de mieux se connaître, de mieux travailler ensemble, et de favoriser le développement de l'activité professionnelle (Barville-Deromas & al., 2014). Comme un réseau dans le travail en réseau, ils sont des plateformes favorisant l'interaction et la mise en relation des différents acteurs. Ils sont un outil professionnel du travail afin de dynamiser le collectif en capitalisant « *le savoir distribué entre les acteurs fortement dispersés, en contrôlant leur coordination et leur collaboration* » (Barville-Deromas & al., 2014, p.56). Le travail en réseau médiatisé par les réseaux sociaux d'entreprises, facilite la performance des acteurs en favorisant la co-construction de l'innovation par l'échange et la centration sur chaque acteur perçu comme un véritable collaborateur qui fait partager son expertise et ses informations (Barville-Deromas & al. 2014).

Mais, « *il n'est pas facile de faire vivre un réseau et d'y travailler. Il n'est pas évident de le maintenir actif et performant dans le temps. Les réseaux sont vulnérables. Ils sont sans cesse menacés par des risques de dérives* » (Le Boterf, 2004, p.55). En effet, les liens de coopération sont fragiles et nécessitent un pilote ou animateur de réseau qui coordonne et facilite les initiatives pour coopérer. C'est la qualité de la coopération entre les membres du réseau qui est essentielle à une bonne dynamique (Livian, 2004 ; Le Boterf, 2004). Cette qualité de la coopération est intimement liée au « *pouvoir d'agir* » des professionnels sur leur

implication dans la coopération ; plus précisément dans le « *savoir partager* » (des connaissances, des représentations), le « *pouvoir coopérer* » (co-construire des règles communes) et le « *vouloir coopérer* » (se livrer aux autres et les écouter, signer la charte du réseau qui explique le fonctionnement et les valeurs) (Le Boterf, 2004).

Au-delà des effets (et de leurs conditions) du travail en réseau sur la transformation des pratiques professionnelles, ce sont aussi ses effets sur la santé psychique des professionnels concernés qui ont été étudiés. Les recherches ont mis en avant des effets contrastés. Au rang des effets bénéfiques pour la santé psychique, est mis en avant le fait de ne plus se sentir isolé dans sa pratique : le travail en réseau fournit au professionnel l'appui d'un référentiel commun qui lui permet de donner une réponse cohérente dans des situations professionnelles délicates. Le professionnel peut ainsi chercher « *les informations, les savoirs ou les savoir-faire qui lui manquent pour les combiner avec ceux qu'il possède* » (Le Boterf, 2004, p.32) et répondre ainsi aux différentes demandes qui peuvent lui être adressées. Le professionnel ressent moins d'appréhension, il se sent plus compétent et efficace dans le service rendu à l'utilisateur.

De même, dans le réseau, le professionnel devient un « *responsable qui agit* » (Neuschwander, 1991, p.18), il peut y acquérir autonomie et responsabilité (Audet, 2004 ; Peyrat Guillard & Samier 2004), y développer un champ d'action et une marge de manœuvre où le travail devient personnalisé (Kouloumdjian, 2012). Il peut ainsi ressentir de la satisfaction et de la valorisation.

Dans les réseaux médiatisés par les TIC, l'accès aux informations se faisant sans contrainte de temps et de lieu, le professionnel acquiert un sentiment de plus grande liberté et réussite professionnelle (Felio, 2014) ; il perçoit son activité comme étant enrichie par les échanges et la technicité. Les travaux de Kouloumdjian (2012) sur le travail à distance montrent ses effets positifs sur la santé psychique : le travail en réseau est vécu comme épanouissant et plus motivant, le professionnel ressent une qualité de vie meilleure car la vie professionnelle et la vie personnelle sont équilibrées (Kouloumdjian & Montandreaux, 1998).

Pour autant, les expériences de travail en réseau révèlent aussi qu'il est difficile de coopérer : le travail en réseau peut devenir synonyme pour le professionnel de déception et de

lassitude, de désillusion. Fortement étayé sur un référentiel commun, le réseau peut devenir « un lieu de conformisme » (Le Boterf, 2004, p.57) bridant la créativité. A contrario, trop d'innovation ou trop de divergences peuvent rendre difficile la construction d'une cohérence : le professionnel n'est plus motivé, il s'essouffle et ne trouve pas dans le travail en réseau un cadre identitaire porteur (Livian, 2004). De même, l'échange sur les pratiques peut être vécu par le professionnel comme non gratifiant si l'autre est perçu comme un « donneur de leçons ». A cela s'ajoutent des tensions - voire de l'agressivité - qui peuvent naître du travail en réseau quand les conditions ne sont pas adéquates pour favoriser la mise en relation des différents partenaires (communication absente, rapports hiérarchiques et cloisonnements toujours présents) : nous pouvons alors observer une diminution de la confiance (Assens, 2003 ; Le Boterf, 2004) ainsi que le renforcement des inégalités entre professionnels (Reich, 1991 ; Coutrot, 1998) quand les uns dépendent professionnellement et hiérarchiquement des autres (Alter, 1996).

De même, concernant le travail en réseau médiatisé par les TIC, des études ont montré les effets négatifs qu'il pouvait avoir sur la qualité de vie au travail en devenant source de stress et de paradoxe (Bobillier-Chaumon, 2012a). En effet, le professionnel peut y vivre plusieurs dépendances. Il y est dépendant du travail des autres ; mais aussi, parfois, de la panne du système et des conséquences en perte de temps occasionnés (Bobillier-Chaumon, 2003) ; de contrôles qui augmentent car toutes les données peuvent être enregistrées (Ray, 2001) et permettent de suivre à la trace le travail effectué (Bobillier-Chaumon & al., 2006).

Dans un réseau médiatisé par les TIC, la marge de manœuvre et les responsabilités peuvent diminuer, laissant le professionnel comme dépossédé de son métier. Les rôles sont comme inversés : c'est le professionnel qui est au service de la technologie et « *le problème est que ce sont le plus souvent les activités qui constituent le cœur du métier et qui fondent l'identité même de l'activité professionnelle qui sont transférées au système, laissant à l'individu la gestion de tâches considérées comme peu attractives et sans réels intérêts* » (Bobillier-Chaumon, 2012a, p.289). Par ailleurs, le travail en réseau demande de la part du professionnel une adaptation constante : les outils évoluent et souvent le professionnel en utilise plusieurs en même temps (exemple : téléphone + ordinateur + visioconférence) pour analyser de nombreuses données d'où une « *surcharge informationnelle et de débordements cognitifs*

*constants* », le professionnel a l'« *impression de ne pas réaliser son travail ou de ne pas se réaliser dans son travail (mal fait, pas fait...)* » (Bobillier-Chaumon, 2012a, p.302) et risque de se sentir inutile, d'avoir une mauvaise estime de lui-même (Dejours, 2000 ; Bobillier-Chaumon & al., 2006). Des effets négatifs peuvent également être ressentis sur la qualité de vie hors travail. Comme le montrent des études sur les cadres (Bobillier-Chaumon, 2012b ; Felio, 2014) ou encore sur le télétravail (Kouloumdjian, 2012), la maison devient un bureau permanent : il n'y a plus de frontières entre la sphère professionnelle et la sphère personnelle, la disponibilité communicationnelle fonctionne comme une forme de « *règle implicite du travail* » (Bobillier-Chaumon, 2001). « *L'activité de travail qui était établie par un temps déterminé de présence dans un lieu symbolique, en l'occurrence les bureaux de l'entreprise, se confond maintenant avec l'existence personnel de l'individu* » (Bobillier-Chaumon, 2003, p.181), avec le risque pour le professionnel d'un sentiment d'isolement et de non appartenance à une structure professionnelle (Cohen Montandreaux, 2002 ; Kouloumdjian, 2012).

Pour ce qui nous concerne, les travaux évoqués ouvrent des pistes de réflexion sur l'apprentissage individuel de nouvelles attitudes par le travail en réseau et la co-construction de normes et objectifs communs. Ce qui nous intéresse aussi dans ces approches est qu'elles ont mis en avant des effets du travail en réseau sur la santé psychique contrastés et le rôle d'un pilote/animateur coordinateur du réseau qui est essentiel pour donner la bonne direction aux différents acteurs. Au regard des travaux que nous venons d'évoquer, nous poserons particulièrement la question de la place d'un coordinateur du Trio de partenaires comme facilitateur du travail en réseau entre partenaires de la prise en charge.

Après nous être intéressé à différents types d'approches de la notion de réseau afin de mieux en cerner les spécificités et d'en dégager les intérêts pour notre recherche, nous allons exposer différentes recherches centrées spécifiquement sur les réseaux de santé.

### **3. Les recherches centrées sur les Réseaux de Santé**

Nous avons présenté au Chapitre I les réseaux de santé dans le contexte concret de leur fonctionnement et de leur mise en place : ici, c'est aux recherches qui leur ont été consacrées - principalement par des médecins, des économistes de la santé, des sociologues, des acteurs de terrain (notamment des coordinatrices de réseau) - que nous allons nous intéresser.

Avant de nous centrer sur ces travaux, nous présenterons les motivations qui ont été relevées dans certaines études mettant en évidence une grande diversité des motivations initiales d'adhésion.

#### ***3.1. Motivations initiales d'adhésion à un réseau de santé***

S'interroger sur les motivations initiales d'adhésion à un réseau de santé revient à aborder toute la complexité du sujet et la prise en compte de son histoire personnelle mais aussi de ses projets futurs, de ses cognitions et de ses affects (Barus-Michel & al., 1996 ; Feertchack, 1996 ; Lévy-Leboyer, 2001 ; Maugeri, 2004 ; Carré, 2009 ; Mucchielli, 2011). De plus, cette notion du langage courant et médiatisée, associant à la fois les ressources personnelles du sujet et les représentations que nous avons du travail, n'échappe pas à un certain « flou » théorique et scientifique (Lemoine, 2004). Une thèse de médecine (Berthod-Kamta Nogue II, 2011) a montré que les médecins qui ne ressentent pas réellement le besoin d'adhérer à un réseau de santé ont des difficultés à communiquer et à s'engager dans le travail en réseau : plus le professionnel est motivé, plus il va accepter le travail en réseau et la coordination des soins, essentiels pour favoriser l'adhésion et l'implication afin que le professionnel ressente de la satisfaction (Le Boterf, 2004 ; Berthod-Kamta Nogue II, 2011). En ce qui nous concerne, intéressons-nous, de façon non exhaustive, aux recherches qui ont mis en avant le type de motivations initiales d'adhésion à un réseau de santé.

Des recherches ont mis en avant des motivations instrumentales : l'adhésion au réseau est pour trouver un ou des outils qui vont permettre une meilleure qualité de la prise en charge en pouvant répondre à des demandes spécifiques voire complexes (Larcher, 1998 ; Omnes, 2004 ; Charrier & al., 2005 ; Schweyer, 2005 ; Manfredi-Pons, 2008). L'optimisation de la prise en charge et du suivi du patient peut motiver les patients, en particulier par le remboursement de certaines prestations (Manfredi-Pons, 2008).



Une autre motivation, largement mise en avant dans des études, est une motivation de type relationnel afin de sortir de l'impasse professionnelle en « brisant », d'une part les barrières organisationnelles entre pratique libérale et pratique hospitalière, et d'autre part, en permettant aux différents professionnels de se rencontrer et d'échanger. Le professionnel est motivé pour « faire ensemble et prendre le temps pour cela » (Elghozy & al., 2005, p.18) afin de trouver du soutien et rompre l'isolement et faire face aux difficultés rencontrées grâce à un fonctionnement en équipe (Larcher, 1998 ; Lombrail & al., 2000 ; Omnes, 2004 ; Charrier & al., 2005 ; Castel, 2007; Manfredi-Pons, 2008).

Toujours en lien avec une motivation de type relationnel, nous pouvons citer aussi l'envie de travailler autrement pour une prise en charge multi-professionnelle ; de travailler dans une autre organisation qui permet l'échange ainsi que la confrontation (Schweyer, 2005) et non pas la simple continuité de l'activité professionnelle avant l'appartenance au réseau (Schweyer, 2005, Bruyère, 2008a). Il y a une « volonté d'échanger sur l'exercice professionnel et parfois de changer de pratique » (Schweyer, 2005, p.92) montrant l'envie de travailler différemment en développant de nouvelles compétences (Omnes, 2004 ; Manfredi-Pons, 2008) pour d'exercer son métier autrement et de participer ainsi à son évolution.

Par ailleurs, plus qu'un désir de changement, des professionnels intègrent un réseau de santé afin d'être reconnu, d'être reconnus « comme « vrais » professionnels de santé » : par exemple, en intégrant un réseau de santé le pharmacien peut se faire reconnaître comme soignant « ayant une relation de conseil aux patients et pas seulement un contact commercial » (Schweyer, 2005, p.100), il est ainsi reconnu en apportant sa propre compétence (Larcher, 1998).

Les motivations initiales d'adhésion à un réseau de santé semblent donc être principalement d'ordre instrumental ou relationnel.

Dans le paragraphe qui va suivre nous allons exposer les effets du travail en réseau au niveau des pratiques professionnelles ainsi qu'au niveau de la santé psychique où nous constaterons qu'au-delà des motivations initiales d'adhésion, se pose la question de la capacité et de la motivation des professionnels à gérer la coopération au sein du collectif (Grosjean & Lacoste, 1999 ; Le Boterf, 2004) et à rester impliqué dans le réseau de santé.

### 3.2. Analyses du fonctionnement des réseaux de santé

#### 3.2.1. Le paradoxe du travail en réseau

Face à la représentation du réseau de santé « Sauveur » qui va pallier les difficultés médico-économiques actuelles du système de santé français, les publications qui sont consacrées aux réseaux concrets mettent en avant les nombreuses difficultés de leur fonctionnement aussi bien d'un point de vue structurel (contraintes administratives, cloisonnements, rémunération,...) que d'un point culturel et comportemental (hétérogénéité des représentations, conflit et pouvoir,...). A l'heure actuelle aucun réseau ne fait figure de modèle ni n'a fait ses preuves (Bruyère & Bonafini, 2008), et la question des « bénéfiques » des réseaux de santé (Bonafini, 2002) suite à des retours d'expériences « décevants » (Rapport IGAS, 2006) et des bilans contrastés (DGS, octobre 2012) se pose. Parmi les auteurs qui se sont centrés sur l'analyse du fonctionnement des réseaux de santé, Bruyère et Bonafini ont particulièrement mis en évidence le caractère paradoxal du travail en réseau.

La recherche en management menée par Bruyère (2007) sur la construction d'un réseau idéal (suite à 9 entretiens auprès d'experts institutionnels et universitaires) et sa confrontation à la réalité de fonctionnements des réseaux (suite à 12 entretiens auprès d'acteurs de terrain) a mis en avant une forte distorsion entre le modèle idéal et la réalité. Comme nous l'avons précisé au Chapitre I, la construction et la pérennisation d'un réseau de santé prennent du temps et renvoient aux questions de financement, de coordination et de pouvoir (Bonafini, 2002 ; Bruyère, 2007). En sus, la recherche de Bruyère (2007) a posé une nouvelle question : celle du fonctionnement des réseaux de santé comme source d'ambiguïtés. En effet, il est demandé aux acteurs de terrain des réseaux de santé « *d'être suffisamment **formel** et organisé tout en étant **informel** et souple pour favoriser la coordination et les initiatives individuelles ; ils sont en quête **d'unité** en ce sens qu'ils cherchent à harmoniser un système de santé fortement segmenté tout en conservant les **spécificités** de chacun ; 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) ; ils se forment en réponse à un **projet collectif** d'amélioration de la prise en charge tout en nécessitant de conserver un **projet individuel** pour stimuler la coordination » (Bruyère, 2007, p.13). Le fonctionnement des réseaux de santé prend racine dans une réalité complexe et paradoxale où s'opposent*

forces de mouvement et forces d'inertie (Bruyère, 2008a). Pour fonctionner, le réseau de santé doit ainsi trouver un équilibre entre le formel (charte, contrat d'adhésion,...) et l'informel (pratiques individuelles,...), la différenciation (différents métiers, différentes compétences, hétérogénéité des représentations,...) et l'intégration (temps d'échanges pour fédérer, réunions,...), le contrôle (évaluations) et l'autonomie (dans la prise en charge, fonctionnement local,...) (Bruyère, 2008b). La loi de Mars 2002 a permis une reconnaissance institutionnelle des réseaux de santé mais la gestion paradoxale de leur fonctionnement (Bruyère, 2007 ; Bruyère, 2008a ; Bruyère, 2008b ; Bruyère & Bonafini, 2008) donne souvent lieu à des « *bricolages organisationnels* » (Schweyer, 2005, p.103).

Pour autant, cette réalité paradoxale peut être source de dynamiques d'innovation, de créativité et de changement, facilitées par *la formation* proposée par les réseaux de santé et la construction *d'un référentiel commun* entre les acteurs. De manière générale, les travaux des médecins et des acteurs de terrain ont mis l'accent sur ces deux éléments clés du fonctionnement du réseau.

### **3.2.2. L'importance de la formation et de la construction d'un référentiel commun**

Adhérer à un réseau de santé c'est en premier lieu suivre la formation proposée qui va favoriser le développement de connaissances notamment sur la pathologie ou la problématique à prendre en charge : le professionnel devient un spécialiste (Bejean & Gadreau, 1997). Mais là n'est pas son seul enjeu. La formation pluridisciplinaire est aussi destinée à devenir le socle de la coopération : en plus d'apprendre comment fonctionne le réseau auquel le professionnel adhère, la formation permet de définir le rôle de chacun et de construire un langage commun ; selon Larcher c'est « *apprendre à se comprendre et acquérir une culture commune* » (1998, p.23). La formation va ainsi permettre une évolution des représentations et des comportements, c'est-à-dire l'apprentissage de la culture au travail (Chossegras, 2008). Dans le cas d'un collectif multi-professionnel comme celui des réseaux de santé, nous pouvons dire que plus qu'une évolution, ce qui est en jeu dans la formation c'est la confrontation des représentations et des comportements. La formation et l'apprentissage du langage commun nécessitent de la part du professionnel d'accepter de mettre à jour ses connaissances voire de remettre en question sa pratique. La formation est un vecteur de changement par l'apprentissage collectif et la transformation des rapports sociaux à

travers la construction de nouvelles représentations des rôles de chacun et de la prise en charge (Haehnel & Dusehu, 1998 ; Neullas, 2004 ; Schweyer & al., 2004 ; Castera, 2008 ; Radiguet, 2008). Enfin, la formation est essentielle pour acquérir les informations pertinentes au plan thérapeutique et pour que tous les professionnels avancent ensemble « plus vite » (Plassard, 2008).

Le réseau de santé va constituer un lieu privilégié de la construction collective (Cosset-Desplanques & Mazars, 2009). Des recherches soutenues par le Programme hospitalier de recherche clinique (1997) ainsi que des travaux de recherche (de 1993 à 1995) sur l'évolution des pratiques médicales des membres du réseau régional Oncora (qui réunit des établissements spécialisés en cancérologie et des établissements de prise en charge des patients souffrant de troubles d'organes) réalisés par Ray-Coquard et Lurkin (Université de Lyon 2, Laboratoire Santé-Individu-Société), ont montré que l'appui sur un référentiel commun modifie les pratiques médicales au niveau des décisions thérapeutiques car il est un outil qui harmonise et donne une « norme » aux pratiques. De plus, ces modifications se sont révélées stables dans le temps. Les travaux de thèse de pharmacie de Pech (2008) et de médecine de Radiguet (2008) ont aussi montré l'importance du référentiel commun et de la formation dans le changement des pratiques professionnelles ; et tout particulièrement dans la façon de suivre le protocole de soins et l'« *appréhension plus complète du patient et de sa pathologie* » (Radiguet, 2008, p.91). Les travaux réalisés par le Pr. Lareng et le Dr. Savoldelli sur les TIC et la télémédecine en Midi-Pyrénées (cités par Larcher & Polomeni, 2001), ont montré que la concertation pluridisciplinaire a permis un diagnostic et une thérapeutique optimisés.

Nous retiendrons de ces travaux, d'une part leur caractérisation d'un fonctionnement paradoxal des réseaux de santé, et d'autre part, le rôle central qu'ils octroient à la formation et à la construction d'un référentiel commun dans la transformation des pratiques professionnelles.

### 3.3. Analyses des effets du travail dans un réseau de santé

#### 3.3.1. Les effets sur les pratiques professionnelles

Le concept de pratique professionnelle renvoie, en ce qui nous concerne au savoir, savoir-faire et savoir-être acquis au cours de l'exercice du métier. Les pratiques professionnelles sont des « *habitus* » (Fraccaroli, 2002) qui génère l'identité professionnelle et le sentiment de reconnaissance sociale (Boutinet, 2009).

##### 3.3.1.1. Des effets positifs du travail en réseau de santé

La revue de littérature met la coopération entre les professionnels membres d'un réseau de santé comme l'un des effets les plus significatifs. Le travail en réseau amène le professionnel à apprendre à agir avec les autres à la faveur du décloisonnement des différentes professions et des différentes pratiques. Selon le sociologue Schweyer et les médecins généralistes Levasseur et Pawilkowska (2004, p.40), le professionnel apprend à « *dépasser les habitudes de fonctionnement de (sa) sphère professionnelle* ». Pour les économistes de la santé Bejean et Gadreau (1997), le travail en réseau a pour effet la coopération et donc le travail en complémentarité avec les autres. Cette complémentarité ne peut se faire que par la mise en commun des savoirs et des savoir-faire (Bejean & Gadreau, 1997 ; Schweyer & al., 2004).

Comme nous l'avons déjà évoqué, les travaux du Pr. Lareng et du Dr. Savoldelli sur les TIC et la télémédecine, ont montré que le réseau a facilité et favorisé « *la complémentarité des compétences médicales* » ainsi que « *le transfert du savoir-faire entre les professionnels de santé* » (cités par Larcher et Poloméni, 2001, p.137). Ce sont les mêmes constats qui sont faits par Hardy-Baylé (2004), médecin et directrice du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines-Sud ; par Libois et Loser (2003) dans leurs recherches sur le travail en réseau dans les domaines du social, de la santé et de la petite enfance ; par Accard et Benateau (2006) dans leur approche d'un réseau de périnatalité centré sur le lien mère-bébé.

D'autres études mettent davantage l'accent sur le rôle du réseau dans l'homogénéisation des pratiques. Via le référentiel et les outils communs, le travail en réseau de santé favorise une homogénéisation des façons d'envisager les problématiques de santé (Charrier & al., 2005). Dans le même sens, Chancel (2004) met l'accent sur l'adhésion à des règles de

fonctionnement et la participation à des sessions de formation, pour rendre compte de l'adhésion à une démarche de prise en charge globale de la santé. Deux coordinatrices de réseau, Salicru (2004) et Neullas (2004), concluent elles aussi à une augmentation des compétences du professionnel et à une amélioration des pratiques.

C'est enfin dans les termes d'une meilleure compréhension et appréhension de la problématique de la prise en charge que sont constatés les effets positifs de la participation à un réseau de santé (Bejean & Gadreau, 1997 ; Libois & Loser, 2003 ; Neullas, 2004 ; Manfredi-Pons, 2008). Ainsi, une étude du pédopsychiatre Allemandou (2008) menée, dans le cadre du laboratoire de Sociologie de la santé de Bordeaux II auprès d'un réseau de santé mentale et précarité, a-t-elle permis d'établir le constat d'une meilleure appréhension de la demande du soin de la part des travailleurs sociaux qui, de ce fait, se sont sentis plus impliqués dans la prise en charge.

Toutefois, des effets négatifs du travail en réseau sur les pratiques professionnelles ont aussi été relevés.

### *3.3.1.2. Des effets négatifs du travail en réseau de santé*

Libois et Loser (2003) ont mis en avant de tels effets « néfastes » : ainsi l'espace de confrontation, « *l'arène de jugement* » (faisant référence à Clot, p.174) oblige le professionnel à rendre visible sa pratique, ses émotions, ses doutes. Le travail en réseau implique que chacun reconnaisse ses propres limites et que des règles communes soient définies pour la prise en charge des patients ainsi que pour les protocoles de soins/procédures. La crainte du regard critique des autres membres peut constituer une contrainte forte du travail en réseau (Lombrail & al., 2000 ; Radiguet, 2008). Cela rejoint aussi la question du pouvoir : par exemple, les frontières hiérarchiques entre le monde médical hospitalier et le monde médical libéral de ville peuvent ne pas être toujours effacées par l'organisation en réseau. La sociologue Sifer-Riviere (2008) va même jusqu'à dire dans son article sur le développement des réseaux régionaux en cancérologie, que les médecins généralistes ne sont reconnus que lorsqu'ils ont acquis des compétences spécifiques et qu'ils peuvent ainsi décharger les médecins spécialistes travaillant en milieu hospitalier. Dans l'organisation en réseau, les rapports de pouvoir ne cessent pas d'exister et un manque de verbalisation entre les membres

du réseau sur ce qu'ils attendent et perçoivent du travail de l'autre peut déboucher sur des conflits (Libois & Loser, 2003).

Les thèses de médecine de Manfredi-Pons (2008) et de Radiguet (2008) ainsi que les travaux en santé publique de Lombrail et ses collaborateurs (2000) rejoignent ce point et mettent aussi, quant à eux l'accent, sur les difficultés liées à la surcharge de travail, notamment au niveau des tâches administratives ; le temps consacré au réseau est limité et le professionnel peut y adhérer sans véritablement pouvoir s'y engager (Schweyer, 2005).

Après avoir présenté des effets du travail en réseau de santé sur les pratiques professionnelles, nous nous intéresserons à présent aux effets du travail en réseau sur la santé psychique.

### **3.3.2. Les effets du travail en réseau sur la santé psychique**

La santé est selon l'Organisation Mondiale de la Santé un « *état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Louche, 2007, p.153). La santé psychique au travail peut s'étudier sous l'angle de différentes approches (par exemple : l'approche de la psychodynamique du travail, l'approche du stress au travail). Nous avons fait le choix pour notre recherche de ne pas nous référer à une approche en particulier. En effet, pour nous, la santé psychique au travail renvoie à tout ce qui va contribuer à vivre positivement les situations de travail (bien-être, plaisir, implication, soutien social, moins de stress,...) et qui permet au professionnel de mieux s'adapter aux nouvelles situations qui peuvent être parfois problématiques (Lancry & Ponnelle, 2004 ; Sarnin, 2012).

#### *3.3.2.1. Des effets positifs*

En premier lieu, travailler en réseau rompt l'isolement des professionnels (Neullas, 2004 ; Elghozy & al., 2005). Radiguet (2008), dans sa thèse de médecine auprès de médecins généralistes travaillant dans un réseau de soins palliatifs à domicile, a démontré que les professionnels se sentent moins seuls et démunis face aux situations parfois difficiles auprès des patients en fin de vie. Travailler en réseau va ainsi alléger le poids de chacun en diminuant le sentiment d'échec et la confrontation aux situations complexes : « *on a moins*

*peur de la souffrance du patient car on sait que l'on n'est plus tout seul face à elle* » (propos d'un médecin, Radiguet, 2008, p.91). Dans le même sens, Castel (2007) montre comment le travail dans le cadre d'un réseau de lutte contre le cancer a permis aux médecins membres de réduire leur incertitude quant à la prise de décision médicale et au parcours de soins du patient. De même, les travaux de Libois et Loser (2003) et les travaux de Charrier et ses collaborateurs (2005) soulignent combien le travail en réseau permet au professionnel de sortir de l'impasse professionnelle et de lutter contre l'isolement

De son expérience de terrain, le médecin généraliste Margerit pose le réseau comme « *un lieu de facilitation du travail de chacun* » par la communication entre les différents professionnels ; il permet la « *confraternité* » (Margerit, 2004, p.65). Ainsi, le réseau est un espace de mobilisation des ressources de chacun où les professionnels sont ensemble pour faire face aux difficultés rencontrées et au réel du travail qui échappe : il permet au professionnel de construire ses actions dans le rapport à l'autre et par la reconnaissance des autres (Libois & Loser, 2003 ; Schweyer & al., 2004). Le réseau de santé crée du lien social et redonne confiance : il a pour effet de valoriser le capital social du professionnel par la création de liens nouveaux (Allemandou, 2008).

La confiance se doit d'être réciproque car le travail, bien qu'il soit organisé en réseau et généralement facilité par différents outils de communication entre les partenaires (Internet, dossier médical partagé, courrier, équipe de coordination,...) se fait de manière autonome, surtout pour les professionnels libéraux qui reçoivent seuls le patient dans leur cabinet.

Le réseau est aussi un espace d'autonomie de la pratique - voire de créativité - et de pouvoir d'agir (Frattini & Mino, 2006). Parce que le réseau de santé n'est pas une organisation classique et hiérarchisée, le professionnel y trouve un espace de liberté et d'investissement (Schweyer & al., 2004). Même s'il doit se former au référentiel commun du réseau et participer aux réunions (règles formelles), son pouvoir d'agir, c'est-à-dire son « *rayon d'action effectif* » (pour reprendre l'expression de Clot, 2008b) au sein du réseau semble exister de par l'organisation non hiérarchisée fondée sur l'enrichissement mutuel. « *Le réseau « fait sens » non pas tant parce qu'il soigne « mieux », et donc qu'il serait une*



*structure de soins plus efficace, mais parce qu'il est un lieu où un imaginaire peut se développer* » (Mayran, 2005 cité par Bruyère & Bonafini, 2008, p.124).

Ainsi, la solidarité, la coopération, la création d'un savoir collectif, le partage et la complémentarité sont des ressources face aux difficultés que peuvent rencontrer les professionnels : « *On a tous une fonction identifiée et reconnue des autres, c'est une relation d'entraide. C'est satisfaisant de voir qu'en conjuguant nos efforts le patient va mieux et par là nous aussi : c'est un partage* » (propos recueillis par Radiguet, 2008, p.98). Le travail en réseau semble avoir plus de sens, c'est-à-dire que le rapport au travail du professionnel se modifie à travers une plus grande motivation et satisfaction. Le travail a plus de sens (Radiguet, 2008) et le collectif apparaît comme une ressource : « *aucun d'entre nous ne peut y arriver seul* » (Legreloup, 2004, p.21-22).

Mais alors, comment expliquer que, dans les données recueillies dans sa thèse de médecine, Radiguet (2008) constate que les 2/3 des médecins généralistes qui ont arrêté de participer à un réseau de santé faisaient partie des promoteurs du réseau et étaient donc initialement très investis ?

### *3.3.2.2. Des effets négatifs*

Le travail de thèse de médecine de Manfredi-Pons (2008) et les travaux de Libois et Loser (2003) établissent que le partage, au sein du réseau, des informations concernant le patient est vécu de façon difficile par les professionnels qui s'interrogent sur la place du secret professionnel et sur la posture déontologique à adopter. Ces interrogations peuvent étayer un conflit intrapersonnel néfaste à la santé psychique.

Les professionnels sont aussi confrontés à la question de la pérennisation du réseau auquel ils appartiennent : le réseau échappe à ses membres qui dépendent des décideurs financiers (Schweyer, 2005). Les travaux en santé publique de Lombrail et ses collaborateurs (2000) ont montré que le professionnel est également dépendant du travail des autres (autres membres, équipe de coordination) et de l'implication du patient : le professionnel perd sa liberté. Tel est le constat de Manfredi-Pons (2008) dans sa thèse de médecine : les médecins généralistes ont le sentiment de perdre la liberté de prescription devant se référer au référentiel commun.

Ainsi, les professionnels subissent le réseau plus qu'ils ne le pilotent (Pauget, 2008) et le travail en réseau peut ne rien apporter au professionnel.

De plus, le fait d'être seul dans la prise de décisions (Radiguet, 2008) amène le professionnel à ressentir un sentiment d'isolement qui peut avoir des effets négatifs sur la santé psychique du professionnel. Le travail dans un réseau de santé peut alors représenter une source de stress importante: « *les gens travaillant en réseau sont en burn-out et cela soulève ainsi la question de la pérennité des équipes* » (propos du Dr Godet au cours de la Conférence Régionale de Santé le 26 Novembre 2008 à Toulouse). C'est également le constat d'une étude menée sur deux réseaux de gérontologie de l'Est de la France de 2006 à 2008 et consacrée à la question de la professionnalisation des réseaux de santé (Pauget, 2008) : il y est montré qu'une augmentation trop rapide du nombre des patients et/ou des professionnels a entraîné des difficultés d'organisation, sources de stress en particulier pour les coordinatrices.

Les effets du travail en réseau fait, et a fait, depuis quelques années l'objet de différentes recherches. Comme nous venons de le voir, ces travaux présentent le constat d'effets contrastés notamment en ce qui concerne l'impact sur les pratiques professionnelles et la santé psychique des professionnels concernés. Ainsi, certaines recherches et expériences des acteurs de terrain mettent l'accent sur des effets positifs du travail en réseau, et d'autres sur les obstacles et les effets potentiellement négatifs à travailler dans un réseau de santé.

Comment rendre compte de cette variabilité ? Dans le chapitre qui suit, l'approche théorique du travail collectif et du collectif de travail nous permettra de poser des jalons pour la formulation de notre problématique et de nos hypothèses de recherche.

Dans ce chapitre, nous avons abordé l'histoire du développement de la notion de réseau qui nous a amené à exposer différents types d'approches du réseau dont chacune apporte des pistes de réflexion pour notre recherche. La revue de littérature que nous avons effectuée concernant le concept de réseau a fait ressortir une utilisation riche et variée de ce dernier dans les différentes disciplines académiques (gestion et économie, psychologie, sociologie...) et dans différents domaines (industrie, santé, technologie,...) qui l'utilisent. Il n'existe donc pas une seule acceptation du terme de réseau. Même si le réseau peut être abordé sous des angles différents, il est « *toujours composé de nœuds, c'est-à-dire de points d'interconnexions capables d'émettre ou de recevoir des communications, capables de participer aux échanges ou de structurer les flux de transport* » (Assens, 2003, p.50).

Nous avons également mis en avant la variabilité des effets du travail en réseau, positifs et négatifs, mais aussi l'importance des processus de coopération, de coordination, de concertation et de négociation dans le travail en réseau. Ce sont ces concepts et les conceptions du collectif qui y sont attachés que nous allons approfondir à présent dans le Chapitre III car ils seront des outils clés de nos analyses.



# **CHAPITRE III. RESEAU, TRAVAIL COLLECTIF ET COLLECTIF DE TRAVAIL PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE**

Les nouveaux modes d'organisation du travail n'échappent pas au phénomène du développement des réseaux, transformant ainsi les rapports entre les hommes, questionnant à nouveau les rapports entre le sujet et l'organisation, entre l'individuel et le collectif dans l'activité de travail.

Quels sont, à l'intérieur d'un réseau de professionnels, les processus à l'œuvre susceptibles de rendre compte de la variabilité des effets du travail en réseau sur la transformation des pratiques professionnelles et sur la santé psychique des participants, telle que notre revue de travaux a permis de l'établir au chapitre précédent ?

Poser cette question, implique de se pencher sur la dimension collective du travail centrale dans - et promue par - le travail en réseau.

Nombreuses sont les recherches en ergonomie (Barthe, 1999 ; Barthe & Quéinnec, 1999 ; Leplat, 2000 ; Caroly, 2010, 2012), en sociologie du travail (Crozier & Friedberg, 1977 ; de Terssac & Chabaud, 1990 ; Strauss, 1992 ; Dugué, 2004), en psychologie du travail et des organisations (Grosjean & Lacoste, 1999 ; Trognon & al., 2004 ; Bobillier-Chaumon & al., 2014), qui sont consacrées à l'analyse de cette dimension.

Nous choisissons ici de nous centrer sur un état actuel de la question tel qu'a pu l'opérer Caroly (2010, 2012) à partir de la définition et de la distinction de 3 concepts clés - le travail collectif, le collectif de travail et l'activité collective - qui sous-tendront, dans la seconde partie de ce chapitre, la formulation de la problématique et de nos hypothèses de recherche.

## 1. Des concepts pour penser la dimension collective du travail

### 1.1. Le travail collectif

#### 1.1.1. Définition

Aucune typologie, aucune définition du travail collectif ne fait à ce jour l'unanimité. En effet, le travail collectif renvoie à des formes/réalités différentes (Trognon & al., 2004). En donner une définition la plus simple serait de dire que le travail collectif « *est caractérisé par le simple partage d'un même espace de travail ou d'un ensemble de ressources matérielles* » (Trognon & al., 2004, p.422).

Il existe cependant différentes approches du travail collectif. De façon non exhaustive nous pouvons citer : celle de l'ergonomie qui nomme « travail collectif » la tâche collective, prescrite par l'organisation, réalisée par les individus de manière conjointe et coordonnée par différents moyens de communication ou de supports techniques (Leplat, 2000 ; Caroly, 2012). Le travail collectif sous-entend *la coopération* afin d'accorder et de réajuster les représentations de la tâche à effectuer et du but à atteindre (Barthe, 2000). L'approche de l'ergonomie analyse le travail collectif en repérant les aspects liés à l'organisation, les moyens matériels et les processus à la fois individuels et collectifs qui sont sollicités (Barthe & Quéinnec, 1999).

Dans une conception plus sociologique, en référence à Strauss (1992), le travail collectif nécessite l'articulation de différents individus en fonction de leurs rôles et de leurs buts, grâce à *une négociation* d'où naîtra un référentiel opératif commun permettant de partager les mêmes représentations du but à atteindre (de Terssac & Chabaud, 1990). La compréhension du travail collectif ne peut se passer, pour cette approche, d'une analyse des processus de négociation dans les rapports entre les individus (de Terssac, 2000 ; Dugué, 2004) ainsi que de l'étude des relations d'interdépendances et de pouvoir entre les acteurs dans l'organisation (Crozier & Friedberg, 1977).

En psychologie du travail et des organisations, le travail collectif représente l'activité accomplie par le collectif (Trognon & al., 2004). L'activité accomplie n'est donc pas qu'individuelle dans une relation univoque soi/objet du travail : elle est aussi une activité

collective. L'activité du sujet est une activité faite pour Autrui et avec Autrui (Clot, 2006). Pour l'approche de la psychologie du travail et des organisations, l'étude du travail collectif est l'étude des articulations du travail des différents membres du collectif : elle suppose l'étude de la coopération, *de la coordination, de la concertation* et de la négociation (Grosjean & Lacoste, 1999 ; Markaki & al., 2012) qui permettent de surmonter les conflits du réel (Clot, 2008). Le travail collectif est donc l'intervention coordonnée et articulée des différents professionnels pour atteindre l'œuvre commune par l'interdépendance de leurs activités et le partage d'un objectif commun (Bobillier-Chaumon & al., 2014). De ce fait, « *un travail collectif n'est pas un agrégat d'activités individuelles mais la réalisation conjointe d'une même activité par plusieurs opérateurs, dans des lieux et des temps qui peuvent être communs ou différents* » (Caroly, 2012, p.264).

Le travail collectif est donc « *en lien avec la tâche dans laquelle sont engagés les partenaires du travail collectif et renvoie à la performance dans l'atteinte des objectifs de cette tâche* » (Caroly & Barcellini, 2013, p1). Des processus « *de répartition des tâches et d'échanges de savoirs* » sont impliqués dans le travail collectif « *favorisant la mise en œuvre de régulation de l'activité* » (Caroly & Barcellini, 2013, p1).

Le travail collectif permet à la fois de réguler l'activité de l'individu et les éventuelles contraintes et perturbations de cette activité : grâce à lui, l'individu devient plus efficace dans l'exécution de sa tâche (Weill-Fassina & Benchekroun, 2000 ; Caroly, 2012).

Nous retiendrons de ces différentes approches l'identification des conditions de mise en œuvre du travail collectif : coopération, coordination, concertation et négociation.

### **1.1.2. Les conditions d'un travail collectif**

#### *1.1.2.1. La coopération*

La coopération se définit comme étant le « *fait de participer à une œuvre commune* » (Le Robert Plus, 2007, p.213). C'est le processus par lequel les différents professionnels vont effectuer une activité commune, sur un même objet pour contribuer à un même résultat (Maggi, 1996 ; Barthe, 1999 ; Barthe & Quéinnec, 1999 ; De la Garza & Weill-Fassina, 2000 ; Bobillier-Chaumon & al., 2001 ; Caroly, 2010). Suite à une étude en situation réelle, de

Terressac et Lompré (1994) relèvent quatre formes de coopération : « *la coopération par les échanges* », « *la coopération par anticipation qui vise à vérifier a priori la faisabilité de la décision* », « *la coopération par ajustements internes* » et la « *coopération par remise en cause des contraintes définissant le territoire des actions admissibles* » (de Terressac & Lompré, 2002, p.242)

La coopération est donc le fait d'agir, d'opérer de manière conjointe, que ce soit de façon volontaire ou non. Elle peut être prescrite par l'organisation et la hiérarchie, ou non prescrite, issue de l'initiative des différents professionnels (Barthe & Quéinnec, 1999). La coopération est largement dépendante des motivations des professionnels à vouloir coopérer (Le Boterf, 2004). Elle nécessite, en plus de la volonté de coopérer, des moyens pour communiquer et le partage d'un objectif commun (Caroly, 2010). Quoi qu'il en soit, l'objectif de la coopération est l'atteinte du but de la tâche collective (Barthe, 1999) grâce à la répartition des tâches, ce qui est essentiel à tout travail en commun (Barthe & Quéinnec, 1999). Elle est le processus qui permet de dépasser les limites individuelles (face à une résolution de problème, une nouvelle tâche à effectuer,...) et par lequel les individus gèrent leur interdépendance (de Terressac & Lompré, 1994 ; Bobillier-Chaumon & al., 2001 ; de Terressac & Lompré, 2002). La coopération permet d'intégrer les compétences de chacun, d'acquérir de nouvelles connaissances, de se confronter aux divers points de vue, de réguler les actions et d'agir sur la dimension sociale (phénomènes d'influence, sentiment d'appartenance,...) du groupe que constituent les professionnels (Barthe, 1999).

Toute situation de travail qui implique deux professionnels ou plus est considérée comme une situation de coopération (Maggi, 1996) par un réajustement des représentations de chacun du but à atteindre et de la façon de l'atteindre afin que se mette en place une représentation partagée, un référentiel commun (de Terressac & Chabaud, 1990 ; Barthe, 1999 ; Barthe & Quéinnec, 1999). « *La coopération dépend de la construction d'un référentiel opératif commun (de Terressac et Chabaud 1990), qui règle les actions des partenaires* » (Caroly, 2010, p.82). La construction du référentiel commun « *s'élabore essentiellement par le biais de la communication* » permettant aux différents professionnels de « *se synchroniser sur le plan cognitif* » afin de pouvoir par la suite « *se synchroniser sur le plan de l'action, c'est-à-dire coordonner les actions à réaliser* » (Barthe & Quéinnec, 1999, p.672).



Ainsi, la coopération suppose la coordination des différentes actions des différents professionnels (Maggi, 1996 ; Barthe, 1999) : « *la coopération requiert un ordre, une coordination* » afin de favoriser l'efficacité des actions coopératives (Maggi, 1996, p.650). La coopération s'élabore grâce à la coordination qui va permettre une représentation à la fois commune et structurée de la tâche à accomplir, représentation co-construite par les professionnels (Trognon & al., 2004).

La coopération est « *organisée et s'organise* » (Barthe & Quéinnec, 1999, p.671), elle suppose un ordre (de Terssac & al., 2002) : elle « *apparaît comme la mise en mouvement des mécanismes de coordination* » (de Terssac et Lompré 1995, p.175).

#### 1.1.2.2. La coordination

La coordination est l'agencement dans un certain ordre des différentes actions coopératives des différents professionnels afin d'atteindre le même but final (De la Garza, 1998 ; Barthe, 1999 ; Barthe & Quéinnec, 1999 ; Caroly, 2010). Elle nécessite « *un travail supplémentaire* » pour que les efforts des professionnels « *soient finalement plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail* » (Strauss, 1992, p.191).

La coordination consiste à ajuster et ordonner les actions pour l'atteinte du but final. De ce fait, la coordination permet « *la planification et l'organisation temporelle des activités, elle implique un ordonnancement de comportements, d'actions ou de décisions, qui se fait en termes d'unités temporelles* » (De la Garza 1998 p.24).

La coordination est constituée des règles qui doivent être appliquées par les professionnels afin de coopérer et de permettre la mise en relation des différentes tâches attribuées (de Terssac & Lompré, 1995). La coordination structure l'action des différents professionnels afin de faciliter la cohérence des différentes tâches (de Terssac & Lompré, 1995). Elle peut être décidée avant l'action (l'ordre des différentes tâches est prédéterminé avant leur action, la coordination est dite « *hétéronome* ») ou être liée au contexte réel (renvoie ici à l'auto-coordination ou l'auto-organisation face à ce qui se passe réellement au niveau du travail entre les différents professionnels) : la coordination peut être ainsi de natures différentes (auto-coordination ou « *hétéronome* ») et de modalités différentes (préalable ou contextuelle à l'action) (Maggi, 1996).

La coordination renvoie, d'une part, à une dimension temporelle dans le sens où les professionnels vont effectuer la tâche de façon simultanée ou différée, et d'autre part, à une dimension fonctionnelle, c'est-à-dire le degré de dépendance entre les différentes tâches (Barthe & Quéinnec, 1999).

La coordination, grâce aux différentes règles posées, permet l'articulation des actions individuelles vers un but commun (Barthe, 1999) et l'ajustement de l'action individuelle avec celles des autres et en fonction du contexte de travail (Lacoste, 2000). Cette articulation « *est ainsi « un travail sur le travail » nécessaire pour coordonner des activités de plusieurs groupes professionnels et de plusieurs ordres de tâches* » permettant ainsi « *de donner un sens et une finalité globale à des activités* » individuelles (Bobiller-Chaumon & al., 2014, p.6).

Les représentations partagées ne constituent pas une « *addition de représentations individuelles* » (Veltz & Zarifian, 1994, p.241) car en amont de la coordination s'élabore la concertation (Caroly, 2010).

#### 1.1.2.3. La concertation

La concertation est une des conditions du travail collectif (de Terssac & Lompré, 1995) : elle « *apparaît comme un instrument du travail collectif pour se mettre d'accord, pour agir ensemble* » (De la Garza & Weill-Fassina, 2000, p.229). Activité en amont de la coopération, la concertation est préalable à l'action (Caroly, 2010, 2012) afin d'établir un climat d'entente qui permettra aux professionnels d'agir de concert.

Moins étudiée dans les recherches scientifiques centrées sur la dimension collective du travail que la coopération et la coordination, la concertation permet la confrontation et l'ajustement des différents points de vue et des différentes représentations des professionnels afin que se négocient des choix ou des perspectives (De la Garza, 1998 ; De la Garza & Weill-Fassina, 2000 ; Caroly, 2012).

Elle se finalise par une recherche de solutions pouvant être non prévues par l'organisation (de Terssac & Soubie, 2002). Le partage, par un plus grand nombre de professionnels, du référentiel commun, facilite le processus de concertation et l'élaboration d'un accord de

coopération (De la Garza & Weill-Fassina, 2000) pouvant aboutir à une évolution dans le processus de coordination (Caroly, 2010).

La concertation aide à concilier les divergences en mettant l'accent sur les convergences (Hamann & al., 2009). Toutefois, la concertation n'est pas à confondre avec la négociation bien que les deux processus aillent souvent de pair. Quand la concertation ne peut aboutir, de par des professionnels interdépendants qui visent des buts opposés, des situations de conflit apparaissent : il s'agit de « *situations de concertation qui se transforment en situations de négociation* » (De la Garza & Weill-Fassina, 2000, p.229).

#### 1.1.2.4. La négociation

Les organisations de travail devenant de plus en plus flexibles, la négociation devient un des principes des rapports entre les professionnels (de services différents, de professions différentes,...) afin de résoudre les divergences au profit d'un travail collectif (Grosjean & Mondada, 2004). Le professionnel ne subit pas les contraintes et les incertitudes passivement, il peut refuser ou négocier ce qu'on lui demande (Crozier & Friedberg, 1977). Bien que négocier suppose de trouver un accord et de réduire le différend pour que le travail se fasse, la négociation se situe dans un « *rapport complexe entre liberté et contrainte* » pouvant, en fonction des enjeux, donner lieu à des situations de tension (Dugué, 2004, p.98). La négociation nécessite donc une autonomie dans l'exécution du travail prescrit mais aussi dans celui qui n'est pas prescrit par l'organisation (de Terssac & Soubie, 2002).

« *Mode de règlement du conflit entre parties* » (Urfalino, 2005, p.9), la négociation va structurer le travail collectif par la recherche de compromis et de mise en accord entre les professionnels (De la Garza & Weill-Fassina, 2000).

Elle se réalise à travers le débat et elle est guidée par l'évaluation que fait chaque professionnel de la situation, des opportunités aussi bien que des contraintes pouvant clôturer la négociation (Monnier & Spenlehauer, 1992). Elle met en jeu les enjeux de pouvoir et les enjeux relationnels qui peuvent, d'une part, faciliter le compromis et donc le travail collectif, comme d'autre part, les freiner (Piques, 2013).

Elle nécessite d'« *entrer en rapport concret en réciprocité avec un autrui dont on ne partage pas* » les points de vue afin de volontairement être en accord avec lui et trouver une solution mutuellement acceptable (Thuderoz, 2010, p.14). La négociation permet ainsi « *l'interaction entre plusieurs acteurs, qui combinent leur contribution pour construire une réalité de travail acceptable par les parties en présence* » (de Terssac, 2002, p.264). Pour négocier, les professionnels doivent être motivés et impliqués dans la recherche d'un compromis mais aussi disposer d'un espace pour discuter autour de « l'objet » à négocier (Dugué, 2004).

La négociation renvoie, par le compromis de sens, à la capacité de supporter les désaccords, au pouvoir d'agir, en partageant l'hétérogénéité au profit de ce qui est déjà partagé (Clot, 2008) : elle nourrit ainsi le travail collectif.

Dans notre recherche, nous nous appuyerons sur la définition et la distinction de ces quatre processus pour étudier les conditions du travail collectif au sein des Trios de partenaires du réseau de santé RÉPPOP Midi-Pyrénées.

Pour autant, la dimension du travail collectif ne peut résumer à elle seule ce qui se joue entre différents professionnels attelés ensemble à une même tâche, et nombre d'auteurs mettent clairement en évidence, l'importance de distinguer travail collectif et collectif de travail.

### ***1.2. Le collectif de travail***

Si nous avons défini le travail collectif, nous ne pouvons faire l'impasse sur la dimension moins opératoire mais plus subjective de l'existence ou non d'un collectif de travail : « *l'intérêt pour les collectifs de travail remonte à peu près au début du siècle* » (Trognon & al., 2004, p.415). Mais distinguer collectif de travail et travail collectif n'est pas chose aisée d'autant plus que nombreuses sont les études qui ne les différencient pas.

Pour autant, nous allons le voir, parler d'un collectif de travail c'est envisager au-delà du travail collectif et de sa réalisation, ce qui fonde une communauté de valeurs, de langage, de règles. En effet, bien que le travail collectif soit une condition du développement d'un collectif de travail, « *tout travail collectif n'implique pas de collectif de travail* » (Weill-

Fassina & Benchekroun, 2000, p.6). Le travail collectif peut s'effectuer par une simple coordination sans que les professionnels aient préalablement construit un collectif de travail (Caroly, 2010).

Les travaux de Caroly montrent bien que le collectif de travail se construit, qu'il n'est pas « *une donnée en soi* » : le collectif de travail « *dépasse les frontières du métier et s'inscrit dans une coordination d'un réseau d'acteurs professionnels externes (...) avec une réorganisation des actes symboliques liée à la recomposition des pratiques* » (Caroly, 2010, p.7-8).

Si le « collectif de travail » est, comme nous allons nous attacher à l'argumenter, autre chose que le « travail collectif », il est important, aussi, de le distinguer de l'équipe de travail. Ainsi, pour approcher cette notion de collectif de travail, nous allons successivement : poser la différence entre collectif de travail et équipe de travail ; présenter l'approche du collectif de travail par les cliniques du travail ; donner des définitions du collectif de travail et, pour finir, conclure en envisageant la place du collectif de travail dans un réseau de santé.

### **1.2.1. Le collectif de travail et équipe de travail**

En fonction du nombre de professionnels impliqués, des statuts, des objectifs,... il existe une grande diversité de collectifs (groupe, réseau, équipe,...) : par ailleurs, les professionnels peuvent participer à plusieurs collectifs qui vont orienter leurs activités de travail (Caroly, 2012). Nous nous attachons ici à délimiter la distinction entre le collectif de travail et l'équipe de travail.

L'équipe désigne « *un groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même but* » (Le Petit Larousse, 2008, p.381) : cela renvoie au « travailler en équipe », « faire équipe ». En 1993, Savoie & Mendes (cités par Louche, 2001, p.119) ont défini l'équipe de travail comme étant « *un ensemble formel bien identifié, de deux individus ou plus, interdépendants dans l'accomplissement d'une tâche dont ils partagent collectivement la responsabilité envers l'organisation* ». Ainsi, une équipe de travail est une entité clairement définie où la tâche et l'objectif, qui sont la plupart du temps imposés par une hiérarchie faisant office d'autorité externe, sont soumis à évaluation.

Le collectif de travail se distingue d'une équipe de travail. En effet, l'équipe de travail « est structurée par des prescriptions plus ou moins précises qui définissent la tâche collective, les objets et les conditions de l'activité » (Caroly, 2010, p.98). L'équipe de travail est donc un groupe d'individus venant du même métier ou de différents métiers, mais rassemblés par des prescriptions et des moyens partagés en vue d'œuvrer à une tâche et un but communs (Caroly, 2012). Elle est constituée de façon formelle par au moins deux professionnels et elle est perçue comme étant un groupe par ses membres et par les non membres. De plus, elle est soumise à des règles administratives qui en délimitent la frontière (Bourdon & Weill-Fassina, 1994) : la participation est plus imposée par l'organisation que choisie (Trognon & al., 2004).

Contrairement à l'équipe de travail qui est formelle, stable et structurée par des prescriptions et l'organigramme de l'organisation (Leplat, 1993), le collectif de travail est informel : il est créé par les professionnels eux-mêmes afin de pallier l'écart entre les exigences à la fois de l'équipe et de l'organisation, et ce qui est vraiment réalisable pour et par eux (Walton & Hackman, 1990). Le collectif de travail relève donc d'une construction collective (Cru, 1995 ; Clot, 2006) où les professionnels produisent leurs propres règles d'action et de métier afin de concourir à une œuvre commune (Cru, 1995 ; Caroly, 2010).

Le courant des cliniques du travail et les différentes approches qui l'animent, nous permettent de préciser et d'approfondir cette notion de « collectif de travail » qui nous permettra, par la suite, d'interroger les conditions d'élaboration d'un tel collectif dans le cadre d'un réseau de professionnels.

### **1.2.2. Les conceptions du collectif de travail dans les cliniques du travail**

Les approches de la clinique du travail abordent et étudient, chacune de manière spécifique, le collectif de travail, en se référant à différentes dimensions.

**L'approche de la psychodynamique du travail** (Dejours, 2000 ; Molinier, 2006) considère que c'est le manque de reconnaissance au travail qui génère la souffrance et c'est dans la lutte contre cette souffrance que le collectif de travail prend, dans cette perspective toute son importance. Chez Dejours, le collectif de travail existe et se crée à travers l'élaboration de stratégies de défense inconscientes, construites collectivement par la

coopération entre les professionnels afin de faire face aux contraintes du métier. Elles permettent d'« *anesthésier la souffrance, en conjuguant les efforts de tous pour ne pas penser aux dimensions de l'activité qui font souffrir, pour les éviter, autant qu'il est possible* » (Molinier, 2006, p194). Les stratégies collectives défensives transforment la perception du risque objectif sans le modifier tout en assurant symboliquement la maîtrise des risques encourus. Elles sont utilisées par les travailleurs pour résister aux changements vécus dans l'organisation, pour dénier le réel du travail et ce qui fait souffrir et pour se protéger contre la maladie mentale (Dejours, 1998). Les stratégies collectives de défense sont mises en place pour lutter contre un danger et un risque qui sont réels. La défense doit être collective afin d'être opérante et ne pas contribuer à son entretien, c'est s'exposer à l'exclusion du collectif (Lhuilier, 2007). Les stratégies défensives collectives ont donc une fonction sociale car elles sont essentielles au bon fonctionnement du collectif (Lhuilier, 2007). Pour autant, toute l'ambiguïté de ces défenses réside dans le fait qu'elles peuvent masquer la souffrance et entraver son expression : elles peuvent même se radicaliser en « *idéologie défensive du métier* » et annuler tout espace de discussion permettant la coopération (Dejours, 2000). Pour Dejours, c'est par la dynamique de *la reconnaissance* - entendue ici comme reconnaissance sociale, reconnaissance par autrui - que le collectif de travail se constitue comme ressource pour la santé psychique des salariés : c'est par la reconnaissance des pairs et de la hiérarchie, que la souffrance au travail peut être transformée en plaisir au travail.

Pour la **clinique de l'activité** (Clot, 2006), le collectif de travail existe à travers le travail sur le travail, c'est-à-dire à travers l'élaboration et la transformation collective du genre professionnel. Le « genre » représente à la fois une ressource et une contrainte pour l'individu mais il est un moyen pour l'action collective. Il peut se définir comme étant « *le métier qui parle* » (Clot, 2008, p.149), « *des règles de vie et de métier pour réussir ce qui est à faire, des façons de faire avec les autres, de sentir et de dire, des gestes possibles et incompatibles dirigés à la fois vers les autres et sur l'objet* » (Clot, 2006, p.44). Le genre va ainsi servir de système de valeurs et de références communes régulant l'action collective. Les professionnels vont organiser leur métier sous fond d'« *histoire commune et de réorganisation du travail collectif par un collectif de travail* » (Clot, 2008, p.147). Pour autant, le sujet ne disparaît pas dans le collectif : il en est un acteur à travers son « style », c'est-à-dire à travers la façon dont « *il parvient, par son histoire et l'histoire de son expérience, notamment professionnelle, à*

*jongler avec des genres de façon à faire émerger des créations stylistiques singulières. Le style c'est la distance que le sujet interpose entre lui et le genre...C'est la contribution du sujet au collectif* » (Clot, 2000, p.279). C'est dans cette dialectique entre genre professionnel et style personnel que se construit, pour la personne, la possibilité d'apposer sa marque au travail collectif et de développer une créativité au travail gage de santé psychique.

Dans le courant de la **psychologie sociale clinique**, J.Barus-Michel (1987) propose une théorisation du « sujet social » pour rendre compte de la formation du « Nous » ; un « Nous » qui ne renvoie pas davantage à une « *collection d'individus qu'à la somme de leurs interactions* » (Almudever, 2009, p.109). Le sujet social dont le « groupe de pratique » (une équipe de soignants dans un hôpital, une équipe éducative dans un établissement scolaire...) constitue, pour Barus-Michel, le prototype, renvoie à un collectif de travail forgé dans la praxis ; dans le fait que les professionnels ont à affronter ensemble et au quotidien la résistance que le réel oppose au projet de transformation de la réalité qui sous-tend leur pratique. Ce « Nous » s'établit à partir de processus de « *co-construction du sens de l'expérience de sujets engagés dans des situations sociales réelles, dans des relations et des actes partagés* » (Lhuillier, 2009, p.117). Il y a collectif de travail à partir du moment où il y a co-construction de « *la cohérence unifiante d'une situation* » (Barus-Michel, 2013, p.329) afin de transformer la réalité et de combler le manque d'où va naître une coopération structurante, une unité sociale et collective. « *L'unité collective est portée par le désir partagé de faire corps dans un projet (liaison) contre les obstacles (déliation)* » (Barus-Michel, 2013, p.326) : le « Nous » est une nécessité pour qu'ensemble soit traitée « *la réalité qui se présente comme obstacle* » (Barus-Michel, 1987, p.45). Le collectif de travail, et donc le partage et la reconnaissance d'une pratique commune, facilitent l'implication de chaque sujet dans « *l'élaboration d'un sens et d'une identité collectifs qui nourrissent en retour leur singularité* » (Ardoino & Barus-Michel, 2013, p.273).

Ces différentes approches convergent pour soutenir l'idée que le collectif de travail constitue une ressource pour les individus, « *un garant du métier* » (Cuvelier & Caroly, 2011, p.6). Le collectif de travail permet au professionnel de ne plus être isolé et de disposer d'une marge de manœuvre pour pouvoir réélaborer les règles afin de diminuer les conflits et l'incertitude qu'elles génèrent (Caroly & Clot, 2004 ; Cuvelier & Caroly, 2011). Se dégagent



ainsi les fonctions du collectif de travail : d'une part l'individu peut prendre soin de son travail par le pouvoir d'agir donné par le collectif, et d'autre part, le collectif de travail joue un rôle sur la santé individuelle en la préservant (Caroly & Clot, 2004 ; Clot, 2008 ; Caroly, 2010, 2012 ; Caroly & Barcellini, 2013).

### 1.2.3. Définitions générales du collectif de travail

Au-delà de ces approches par les cliniques du travail, il existe une diversité de définitions pour rendre compte du « collectif de travail » (Barthe & Quéinnec, 1999). La définition générale de Wisner (1995) met l'accent sur la reconnaissance entre professionnels. Pour cet auteur, le collectif de travail se construit par une connaissance réciproque du travail de chacun, et par une confiance mutuelle dans les informations partagées et les actions réalisées grâce aux références communes en termes de métier ainsi que sur l'avancée du travail à effectuer. Le collectif de travail ne peut ainsi exister que s'il y a des règles de métier permettant la cohésion, une reconnaissance mutuelle des compétences de chacun et une confiance dans la relation à l'autre. Ces conditions sont « *à réunir pour que le collectif de travail puisse poursuivre des objectifs de pouvoir d'agir et de développement de la santé* » (Caroly, 2012, p.275).

Nous l'avons dit précédemment, « *tout travail collectif n'implique pas de collectif de travail* » (Weill-Fassina & Bencheckroun, 2000, p.6). En effet, pour qu'il y ait collectif de travail, il faut « *simultanément, plusieurs travailleurs, une œuvre commune, un langage commun, des règles de métier, un respect durable de la règle par chacun, ce qui impose un cheminement individuel qui va de la connaissance des règles à leur intériorisation.* (Cru, 1995 cité dans Weill-Fassina & Bencheckroun, 2000, p.6). Ces conditions d'élaboration du collectif de travail font consensus dans les différentes recherches sur la dimension du collectif de travail (Cuvelier & Caroly, 2011).

Ainsi, le collectif de travail correspond non pas au seul référentiel opératif commun mais au système de valeurs et de références communes permettant à la tâche commune effectuée par les différents individus de se réaliser. Le collectif de travail désigne « *un système de valeurs de référence au métier exercé, des manières d'être en relation entre les professionnels par rapport aux objets et aux autres, ce qu'ils s'autorisent de faire dans les relations sociales*

*et ce qu'ils s'empêchent de faire* » (Caroly, 2010, p.7). En mettant en œuvre des régulations collectives (par la coopération, la coordination, la concertation et la négociation), le travail collectif devient un instrument du collectif de travail et contribue à son développement (Caroly, 2010) dans un cadre organisationnel (Trognon & al., 2004). « *Le collectif de travail enrichit le travail collectif et celui-ci est une condition de développement du collectif de travail* » (Caroly, 2012, p.270).

Le collectif de travail peut ainsi être considéré comme un « *lieu d'innovation sur les différentes façons de faire le travail pour chacun : apprentissage innovant grâce aux questionnements, à la confrontation et au débat entre les membres du collectif de travail* » (Caroly & Barcellini, 2013, p.4).

La construction d'un tel collectif de travail revêt-elle quelque spécificité dans le cadre d'un travail en réseau ?

#### **1.2.4. Collectif de travail et réseau de santé**

Le réseau renvoie souvent à la conception d'une multitude d'individus qui travaillent ensemble en mobilisant leurs différentes compétences pour un objectif commun pouvant être limité dans le temps, mais qui ne permet pas aux individus de réellement s'engager ensemble dans un travail collectif ni de co-construire des règles de métier pour un collectif de travail (Caroly, 2010). Cependant, le réseau peut « *se transformer en collectif de travail si ses membres sont appelés à travailler souvent ensemble sur les mêmes classes de situation* (Dodier, 1995 cité par Caroly, 2010, p.98). Le collectif « *ne se décrète pas mais se construit dans l'action* » (Trognon & al., 2004, p.418) : il peut être favorisé par la démarche de réseau qui valorise les liens sociaux des professionnels et mobilise leur capital social pour en faire une ressource du collectif (Vedelago, 2008). Le réseau est un système complexe de coopération où des individus pouvant relever « *d'équipes officielles différentes* » et de métiers différents, sont en interaction (Trognon & al., 2004, p.419). Le réseau s'apparente à un collectif, c'est-à-dire en se référant à Bourdon & Weill-Faissa (1994), « *un ensemble ponctuel et opératif dont l'initiative de sa constitution revient à un centre décisionnel généré par l'évènement et dont l'activité s'appuie sur une représentation dynamique et constamment réactualisée (notamment par la circulation de l'information en temps réel) de la situation*

(Bourdon & Weill-Fassina, 1994 cités par Trognon & al., 2004, p.419). Peut-il sous-tendre la construction d'un collectif de travail ?

En reprenant la définition de Cru (1995), nous pouvons constater que, dans un réseau de santé, le collectif de travail fait référence aux différents professionnels impliqués (« *simultanément, plusieurs travailleurs* »), à la prise en charge du patient (qui est « *l'œuvre commune* »), coordonnée par l'éthique professionnelle (« *respect durable de la règle par chacun* »), notamment à partir de la charte d'adhésion. Toutefois, les professionnels venant de métiers différents, se pose à nous la question de la construction d'un « *langage commun* » et, surtout, celle « *de règles de métiers* ». La créativité du réseau-collectif de travail va-t-elle s'exprimer dans la construction *de règles de métier* (là où une diversité de métiers est représentée) et/ou dans la création de nouvelles « *règles de réseau* » ? C'est une question à laquelle notre recherche tentera d'apporter des éléments de réponse.

Cette question est d'importance si nous posons, avec Caroly, l'hypothèse que l'existence d'un travail collectif et d'un collectif de travail est la condition de développement de l'activité collective (Caroly, 2010, 2012), gage de renouvellement des pratiques professionnelles et de préservation de la santé psychique au travail.

### ***1.3. L'activité collective : une ressource pour la santé psychique et le renouvellement des pratiques***

#### **1.3.1. Définition**

La notion d'activité collective fait l'objet de controverse et plusieurs approches théoriques ont abordé cette notion en se centrant sur des caractéristiques différentes.

Pour Leplat (1993), toute activité a un caractère collectif car elle est liée aux activités des autres ; il y a une interdépendance entre professionnels. Ainsi, une activité est une activité collective quand l'exécution de la tâche entraîne chaque fois une intervention coordonnée des différents professionnels qui partagent le même objectif. Ici, l'activité collective dépend à la fois des caractéristiques de la tâche et du groupe de travail/des professionnels qui le composent (Barthe, 1999).

Nous pouvons également relever en ce sens les travaux, aux Etats-Unis, de Bedny et Karwowski (2000-2004) qui mettent en avant que l'émergence de l'activité collective se fait à travers le système complexe des différentes actions des individus coordonnées en temps et en lieu pour accomplir le même but. L'activité collective renvoie ici à un système qui se compose de différentes activités individuelles.

La sociologie du travail étudie quant à elle l'activité collective par rapport aux stratégies des acteurs mises en œuvre à travers la production de règles afin de réguler le système (Crozier & Friedberg, 1997).

Les travaux de Grosjean & Lacoste (1999) ont montré que l'activité collective facilite la gestion des situations critiques et donne au professionnel les moyens d'être actif et acteur dans la réélaboration des règles et la transformation collective de l'organisation du travail. La coopération des professionnels permet une meilleure prise en charge de ces situations et l'accent est mis ici sur une intelligence collective donnant du sens à l'activité.

Dans l'approche développementale proposée par Caroly, et nous nous positionnons en ce sens, l'activité collective est « *une combinaison entre le travail collectif et le collectif de travail* » (Caroly, 2010, p.113). L'activité collective se construit par « *des allers-retours permanents entre l'activité du sujet, le travail collectif et le fonctionnement du collectif de travail* » (Caroly, 2010, p.107). L'activité collective ne peut exister que si le travail collectif (modes de régulations du collectif) est associé à un collectif de travail (être en relation entre professionnels) : « *le travail collectif ne renvoie pas à l'activité collective, s'il n'est pas combiné avec du collectif de travail* » (Caroly, 2010, p.97).

Ainsi, pour que se développe l'activité collective, le travail collectif (efficacité de l'action collective) et le collectif de travail (ressource pour la santé) doivent s'articuler. Un travail collectif sans collectif de travail (exemples d'un management fondé sur la compétition et le contrôle ou le manque de temps pour instaurer une relation entre nouveaux recrutés et professionnels déjà en poste) ne permet pas aux professionnels d'élaborer une représentation commune, des objectifs partagés : il n'y a donc pas de pratiques communes et d'activité collective. De ce fait, des situations de conflits et de souffrance peuvent apparaître : l'activité individuelle est empêchée, le professionnel ne peut débattre sur son travail afin de le soigner

(Caroly, 2010). Un collectif de travail peut toutefois fonctionner sans travail collectif. Reprenons l'exemple cité par Caroly (2012, p.277) : « *c'est le cas des guichetiers, où le facteur fait une marque sur un paquet avec des objets de valeurs pour indiquer qu'il a vérifié son contenant, alors que les facteurs et les guichetiers sont interdits de parler ensemble (porte blindée séparant la zone des facteurs, de la zone des guichetiers)* ».

Pour autant, plusieurs conditions sont nécessaires pour le développement de l'activité collective : « *soutien au développement de représentations portant sur les compétences et la qualité du travail des autres, construction d'espaces pour partager les critères sur la qualité du travail, développement d'organisations permettant les processus de réélaboration de règles, conception de supports aux développements des ressources de l'activité collective, via des objets intermédiaires et des dispositifs technologiques d'assistance à l'activité collective* » (Caroly & Barcellini, 2013, p.5). L'activité collective ne peut se développer que dans une « *organisation capacitante* », dans un environnement capable de favoriser le collectif mais aussi la mise en place de processus innovants dans l'organisation (Caroly, 2010). Cet environnement doit proposer un lieu pour délibérer des règles afin de permettre le débat et la confrontation voire le conflit moteur du développement de l'activité (Clot, 1995) et du pouvoir d'agir à travers lequel le professionnel va « *davantage s'investir, s'engager, contribuer à alimenter le genre par ses styles* » (Caroly, 2012, p.277).

L'activité collective se définit donc « *comme une interface, un modérateur, un système de régulation entre le travail collectif et le collectif de travail intégrant la dimension historique, le corps et le rapport aux objets* » (Caroly, 2012, p.277).

### **1.3.2. Le rôle de l'activité collective**

L'activité collective va ainsi permettre à l'individu d'acquérir de nouvelles façons de faire son travail et de réélaborer les règles afin de s'adapter aux contraintes et au contexte de travail, de trouver du sens dans le travail en résolvant les conflits (Caroly & Clot, 2004 ; Caroly, 2010). Par exemple, une étude menée par Caroly (2003-2005) auprès des policiers a montré que « *les réélaborations résultent de compromis entre les règles préalables de l'organisation et les risques encourus en temps réel pour prévenir l'aggravation de la situation* » (Caroly & Weill-Fassina, 2007, p.91) : en fonction du contexte réel du terrain, les

policiers ajustent les règles du travail prescrit. L'activité collective est le support pour la réélaboration des règles de métier (Cru, 1995 ; Clot, 2006 ; Caroly & Weill-Fassina, 2007, Caroly, 2011) qui servent l'affirmation de l'autonomie et la protection du professionnel (Cru, 1995), qui vont guider dans les nouvelles façons d'exercer le métier, dans la co-construction d'un genre professionnel par l'articulation des différentes activités individuelles (Bobillier-Chaumon & al., 2014).

L'activité collective est une ressource pour l'activité individuelle et contribue à son développement (Clot, 2008 ; Caroly, 2010, 2011). Réciproquement, les stratégies individuelles entretiennent le collectif, l'enrichissent. Au-delà de la production de règles collectives pour bien faire le travail, l'activité collective entretient le fonctionnement même du collectif (dans la façon de communiquer, d'être en relation avec autrui,...). Les travaux de Caroly ont montré que l'activité collective est « *ce qui donne du pouvoir d'agir aux sujets, des possibilités d'engagement et de création de nouvelles activités, en permettant de construire les critères du « travail bien fait »* » (Caroly, 2010, p.149). « *L'activité collective devient alors une ressource pour la santé individuelle et donne des possibilités de développement des compétences* » (Caroly, 2012, p.277). La santé individuelle s'articule à la « *vitalité* » du collectif (Caroly, 2010).

### 1.3.3. L'activité collective dans un réseau de santé

Un réseau de santé se compose d'une diversité de professionnels qui vont travailler ensemble et en complémentarité où « *chacun [apporte] son expertise pour apporter une réponse collective au problème de santé donné* » (Bruyère, 2008a, p.4). Ainsi, le réseau de santé est un « *espace de construction collective* » où par les échanges, des normes, des valeurs et des références professionnelles sont co-construites (Bourgueil & al., 2001, p16). Le référentiel commun d'un réseau de santé est élaboré suite aux débats et aux échanges des différents professionnels car il est « *un construit social ne préexistant pas au réseau* » (Schweyer, 2005, p.98).

Le réseau de santé mobilise la pluridisciplinarité qui va spécifier l'activité collective susceptible d'être développée en son sein. La recherche menée par Caroly (2013) sur le métier des médecins dans la prévention des TMS a montré que la pluridisciplinarité entraîne

l'élaboration de nouveaux repères et la transformation des compétences en confrontant les différents points de vue et compétences de chacun. Dans les réseaux de santé, *l'activité collective est donc pluridisciplinaire* ce qui nécessite une connaissance des autres professionnels et une connaissance de leurs compétences, connaissances sur la base desquelles élaborer des règles de pratiques communes, un référentiel commun et un espace de confrontation et de débat (Caroly, 2013).

Appartenir à un réseau de santé, nécessite, pour les professionnels membres, une activité en relation avec autrui (professionnel, bénévole, patient, aidant, coordinateur,...), et d'intégrer cette dimension collective. Le partage d'un objectif commun par plusieurs professionnels va favoriser la coordination de leur action qu'ils soient dans un même lieu ou pas, et de ce fait une activité collective va se mettre en place (Leplat, 1993). L'action collective suppose donc des contraintes et des valeurs co-construites dans et par les membres du réseau de santé.

L'activité collective mobilise la recherche de compromis afin de coordonner les différents mondes professionnels et d'articuler les différents collectifs de travail auxquels appartiennent les membres d'un réseau de santé. C'est le jeu de cette diversité des cultures de référence et des groupes professionnels d'appartenance qu'il conviendra d'examiner pour rendre compte de la variabilité des effets du travail en réseau sur la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique.

## **2. Problématique et hypothèses**

Le travail en réseau est, nous l'avons vu, une modalité d'organisation du travail qui se développe de plus en plus, portée notamment par les innovations en matière de techniques de l'information et de la communication. Si elle répond à des situations et à des demandes sociales nouvelles, elle peut aussi rencontrer les motivations de professionnels qui y voient l'opportunité de rompre certaines formes d'isolement et/ou de développer de nouvelles compétences à travers des coopérations pluridisciplinaires (cf. Chapitre II).

Pour autant, lorsque l'on étudie les effets de la participation à un réseau - professionnel ou autre - les recherches menées de différents points de vue disciplinaires et sur différents types

de réseaux (cf. Chapitre II) - mettent toutes en exergue l'ambivalence de ces effets (au niveau intra-individuel) et/ou leur variabilité (au niveau interindividuel).

Ce sont, sur l'exemple d'un réseau de santé, cette ambivalence et cette variabilité qui constituent notre objet d'étude.

### ***2.1. Une contribution au développement du modèle de la socialisation-personnalisation***

Sous quelles conditions le travail dans un réseau de santé peut-il être facteur de personnalisation au travail ?

En formulant notre question de recherche de la sorte, nous affirmons notre ambition de contribuer au développement du modèle de la socialisation-personnalisation développé dans notre laboratoire d'appartenance sur la base des travaux fondateurs de Philippe Malrieu (1973, 2013). C'est pour soutenir l'idée que la socialisation n'est pas qu'acculturation - apprentissage et conformité aux normes, modèles de conduites et valeurs propres au milieu où l'on est appelé à s'insérer - que Malrieu a proposé le concept de personnalisation (Baubion-Broye & Hajjar, 1998 ; Almudever, 1998 ; Curie & Guillevic, 2002 ; Hugon & al., 2013 ; Mègemont & Dupuy, 2013). Celui-ci désigne les processus à travers lesquels la personne se développe : processus de délibération, de choix et d'affirmation de valeurs, d'attribution de sens aux situations qu'elle rencontre, d'invention de nouvelles conduites et de transformation - en lien avec autrui - de ses milieux de socialisation (Baubion-Broye & Hajjar, 1998). Pour Malrieu, la socialisation est bi-face (Hugon & al., 2013) : elle est, indissociablement, acculturation et personnalisation.

De ce fait, ce modèle théorique de la socialisation est celui d'une socialisation active : il affirme la part active du sujet dans le processus même de sa socialisation. Et il argumente cette position. Pour Malrieu, la socialisation est active parce qu'elle est plurielle : « *la socialisation ne résulte donc plus d'une simple acculturation ou assujettissement aux règles et aux normes des systèmes institutionnels mais également d'une construction subjective (personnalisation)* » (Hugon & al., 2013, p.37). C'est parce que le sujet est inscrit dans une pluralité de groupes et de milieux de socialisation (la famille, le groupe professionnel, les sphères de sociabilité amicale, de participation sociale...), qu'il est en quelque sorte mis en



demeure de traiter la pluralité de ces influences en cherchant à dépasser les dissonances, contradictions, conflits dont elle peut être porteuse. C'est dans la recherche et la construction de son unité au sein de cette pluralité d'appartenances que le sujet est actif (Curie & Guillevic, 2002 ; Hugon & al., 2013).

Au regard des bouleversements et contraintes qui pèsent aujourd'hui sur le monde du travail, la question de la contribution du travail à la personnalisation des sujets prend un relief tout particulier ; elle s'exprime notamment à travers la préoccupation pour l'impact des nouvelles formes d'organisation du travail sur la santé psychique des travailleurs.

Dans notre étude des effets du travail en réseau sur les professionnels concernés, nous examinerons deux composantes de la personnalisation :

- d'une part, la participation du sujet à la transformation de sa pratique et de son milieu professionnels, lorsqu'il est en mesure de « faire son métier », au sens de « fabriquer du métier », de contribuer à son renouvellement (autrement dit, nous tenterons de répondre à la question : le travail en réseau est-il facteur d'innovation ?),
- d'autre part, la santé psychique, à la fois ressource pour - et indicateur de - développement de la personne au travail (autrement dit, nous tenterons de répondre à la question : le travail en réseau est-il favorable au développement de la santé psychique au travail ?).

En suivant les hypothèses des cliniques du travail, étayées sur la conception de la santé proposée par Canguilhem (1972) pour qui celle-ci est liée à la normativité, à la possibilité, pour le sujet, de « créer du milieu », nous anticipons que ces deux dimensions - transformation des pratiques et santé psychique - sont liées.

Le premier objectif de notre recherche consistera à décrire les effets - positifs et négatifs - de la participation à un réseau de santé, aux deux niveaux que nous venons de préciser, de manière, notamment, à en examiner le degré de variabilité.

Le second objectif de la recherche sera d'étudier les variables et processus à même de rendre compte de cette variabilité.

A la recherche des facteurs à même d'influencer, dans le travail en réseau, ces deux dimensions de la personnalisation, notre positionnement théorique - la référence au modèle d'une socialisation plurielle et à celui de l'activité collective - nous conduit à nous intéresser tout particulièrement à la façon dont est traitée - dans le travail collectif et le collectif de travail - la pluralité des pratiques et cultures de métiers représentées dans le réseau.

## 2.2. Les hypothèses de recherche

Si nous faisons l'hypothèse que des variables individuelles d'une part, organisationnelles, d'autre part, sont susceptibles d'orienter les effets du travail en réseau sur la personnalisation des professionnels, nous posons que la dynamique du collectif s'avèrera déterminante, à même d'infléchir le rôle de ces variables individuelles et organisationnelles.

Ce que nous pouvons schématiser comme suit :

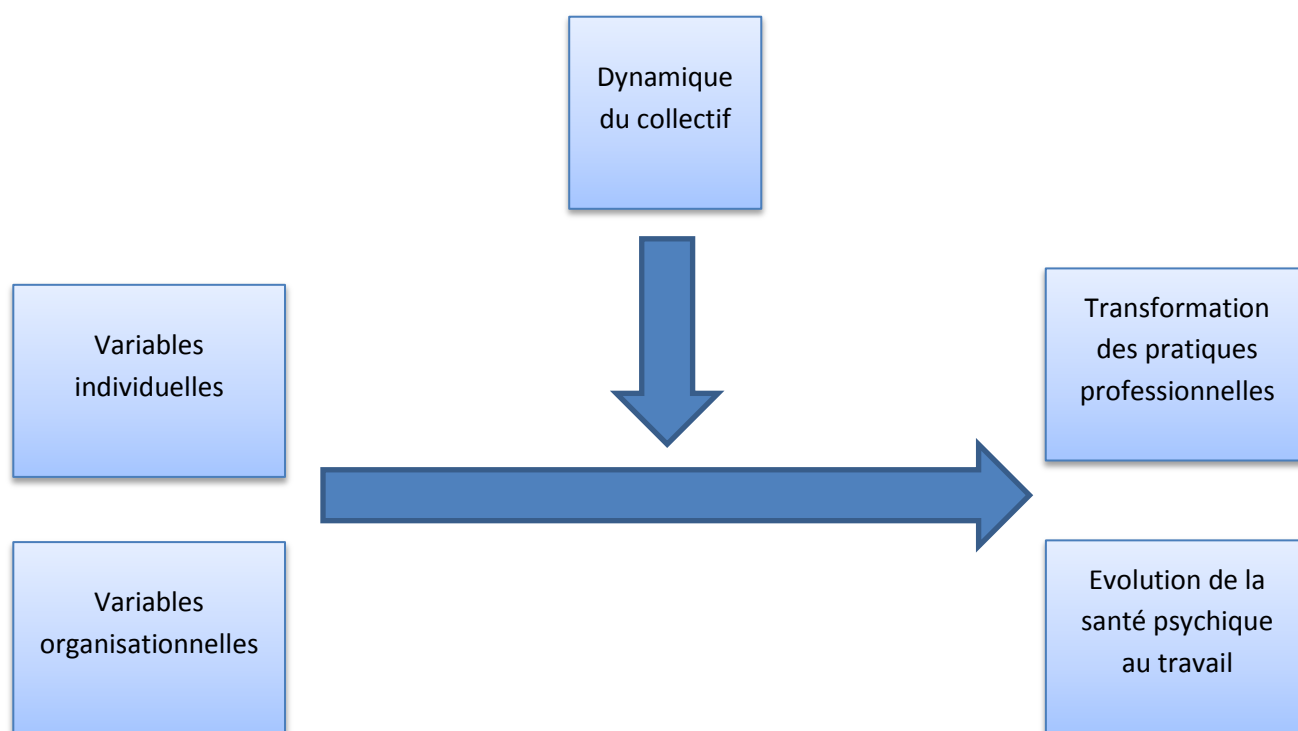


Figure 1. Schéma d'hypothèses

A partir de ce cadre d'analyse général, nous posons plusieurs hypothèses aux différents niveaux d'explication envisagés.

- Au niveau individuel, nous examinerons plus particulièrement le rôle de deux variables : l'ancienneté d'appartenance au réseau et la motivation à s'inscrire dans ce réseau.

Concernant *l'ancienneté d'appartenance au réseau*, nous estimons que celle-ci constitue un facteur primordial dans la transformation des pratiques professionnelles. En effet, cette transformation suppose un temps suffisamment long d'acculturation réciproque au cours duquel l'interconnaissance, la confrontation et la mise en débat des pratiques des différents membres pourront étayer un questionnement sur ses propres pratiques propice à leur transformation (Alter, 1996 ; Brenot & Tuvée, 1996 ; Bernoux, 2004 ; Le Boterf, 2004). Nous posons ainsi :

***H1** : Les professionnels qui présentent une ancienneté importante d'appartenance au réseau rapportent une plus grande transformation de leurs pratiques professionnelles que ceux qui présentent une ancienneté moindre.*

A l'inverse, pour ce qui concerne l'effet de l'ancienneté d'appartenance sur l'évolution de la santé psychique, nous anticipons que c'est dans les premiers temps de l'adhésion au réseau que cette évolution sera le plus marquée ; soit que l'adhésion réponde à un besoin important d'échange et de sortie de l'isolement (avec, en ce cas, des effets positifs), soit qu'elle ne révèle le poids de contraintes n'ayant pas forcément été anticipées (avec, en ce cas, des effets négatifs).

***H2** : Les professionnels dont l'ancienneté d'appartenance est peu importante rapporteront plus d'évolution de leur santé psychique - dans un sens positif ou négatif - que ceux dont l'ancienneté est plus importante.*

Concernant *les motivations initiales à adhérer à un réseau de santé*, nous faisons l'hypothèse que celles-ci sont déterminantes dans l'orientation des effets de cette inscription,

selon qu'elles sont orientées par des visées à dominante instrumentale ou relationnelle (Feertchak, 1996 ; Le Boterf, 2004).

**H3** : *Les professionnels dont les motivations sont principalement d'ordre instrumental rapporteront plus d'effets relatifs à la transformation de leurs pratiques professionnelles que ceux dont les motivations sont principalement d'ordre relationnel.*

**H4** : *Les professionnels dont les motivations sont principalement d'ordre relationnel rapporteront plus d'effets relatifs à l'évolution de leur santé psychique que ceux dont les motivations sont principalement d'ordre instrumental.*

- Au niveau organisationnel, nous avons aussi retenu deux variables.

La première concerne *l'organisation du travail en Trio ou en Duo de professionnels*, au sein du réseau. En effet, si le dispositif officiel, dans le réseau de santé qui constitue notre terrain d'étude (cf. présentation du RéPPOP au Chapitre I), prévoit un fonctionnement en Trio de partenaires, parfois, sur le terrain, ce sont des Duos qui sont constitués. La diversité des métiers représentés varie donc selon les cas. Au regard des recherches qui montrent, notamment en psychologie sociale, que l'hétérogénéité des groupes est un facteur de créativité (Abric, 1990 ; Maisonneuve, 1999 ; Le Boterf, 2004 ; Clot, 2008 ; Caroly, 2010 ; Amado & Guittet, 2012 ; Abric, 2013 ; Piques, 2013), nous posons que :

**H5** : *Les effets du travail en réseau sur la transformation des pratiques professionnelles sont plus marqués pour les professionnels travaillant en Trio que pour ceux travaillant en Duo.*

**H6** : *Par contre, concernant les effets sur la santé psychique, nous nous attendons à ce que ceux-ci soient atténués dans le cas du travail en Trio. En effet, on peut penser que, dans les Duos, la relation dyadique, est de nature à exacerber aussi bien les effets d'une relation interpersonnelle positive que ceux d'une relation conflictuelle.*

La seconde variable du niveau organisationnel concerne *les modalités de relation entre le Trio/Duo et le réseau plus large*, notamment l'équipe de coordination du RéPPOP. Avant

l'examen et la caractérisation de ces modalités de relation à partir de l'analyse de nos données, nous ne formulerons qu'une hypothèse générale selon laquelle :

***H7** : La configuration des relations entre le Trio/Duo et l'équipe de coordination du réseau oriente les effets de l'appartenance au réseau sur les pratiques professionnelles et la santé psychique des professionnels concernés.*

Au-delà de ces relations, l'hypothèse centrale, dans notre schéma d'analyse, est celle de leur modulation par cette variable clé que constitue, pour nous, la dynamique du collectif.

Nous avons présenté, dans la première partie de ce Chapitre III, les outils théoriques que constituent, pour notre analyse de cette dynamique collective des Trios/Duos, les concepts de « travail collectif », « collectif de travail » et « activité collective ». Nous les reprendrons ici à notre compte pour étudier et caractériser, à partir d'une analyse clinique, les dynamiques des huit Trios/Duos (au total, 20 professionnels) constituant notre population d'étude (voir chapitre suivant).

Nous viserons ici à établir une typologie de ces dynamiques collectives afin d'examiner dans quelle mesure elles infléchissent, dans les Trios/Duos considérés, les effets des variables d'ordre individuel et organisationnel qui ont fait l'objet des hypothèses précédemment exposées.



## **CHAPITRE IV. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET POPULATION D'ETUDE**

Ce chapitre, consacré à la présentation de la démarche de recherche mise en œuvre sur le terrain abordera successivement :

- L'historique de la construction des liens avec ce terrain et des modalités d'accès à notre population d'étude (paragraphe 1) ;
- Les deux études exploratoires qui ont constitué un préalable à la mise en œuvre de notre recueil de données principal (paragraphe 2) ;
- Le choix que nous avons opéré d'une approche clinique, et la présentation des outils afférents (grille d'entretien et grille d'analyse de contenu) (paragraphe 3) ;
- La présentation des caractéristiques générales de l'échantillon de professionnels que nous avons interviewés (paragraphe 4).

### **1. Le terrain de recherche et les modalités d'accès à la population d'étude**

Nous avons déjà eu l'occasion de présenter, au Chapitre I, le réseau de santé RéPPOP Midi-Pyrénées qui constitue le terrain et le support de notre étude empirique. Nous ne ferons que rappeler ici que ce Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique - présente la spécificité de fonctionner sur la base de Trios de partenaires permettant une prise en charge globale de l'enfant ou de l'adolescent, aussi bien médicale que paramédicale, sociale et relationnelle. C'est le fonctionnement de ces Trios et, à travers les dynamiques collectives analysées, les effets de l'appartenance au réseau sur la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique des professionnels concernés, qui constituent l'objet de notre recherche.

Fortement impliqué dans des activités de recherche et, en particulier, dans la recherche universitaire et l'encadrement de thèses de médecine (Caunes, 2005 ; Rieu, 2008), le Réseau

RÉPPOP, par l'intermédiaire de sa Présidente et de l'équipe de coordination, a offert à notre travail de thèse un cadre d'investigation particulièrement favorable. C'est en 2007 que nous avons pris contact avec le réseau dans le cadre de notre Master 2 Recherche (M2R) et en vue de l'élaboration de notre projet de doctorat. Etant nous-même psychologue praticienne, nous avons eu l'occasion de contacts professionnels avec le réseau dès 2004 : nous en connaissions donc le fonctionnement et avons pu développer des contacts personnalisés avec certains de ses membres.

La Présidente du réseau, Madame la Professeure Maïté Tauber, et toute l'équipe de coordination, notamment la coordinatrice administrative Mme Anne-Lise Delpy, ont été des relais précieux pour nous dans l'accès à - et la constitution de - notre population d'étude. Cette sélection de la population d'étude s'est en effet opérée à partir des listes de professionnels qui nous ont été fournies. Nous contactons les médecins-référents et ceux qui ont accepté de participer à la recherche nous ont alors orientée vers leurs partenaires (diététiciennes, psychologues, kinésithérapeutes...) dans le cadre des Trios mis en place dans le dispositif RÉPPOP Midi-Pyrénées.

Outre ce soutien pour l'accès à notre population, l'occasion nous a aussi été donnée de mettre en place deux études exploratoires en amont de l'enquête par entretiens de recherche approfondis qui a ensuite constitué le recueil principal des données de thèse : il s'agit, d'une part, d'une pré-enquête menée dans le cadre de notre M2R auprès de quatre professionnels engagés dans le réseau ; et d'autre part, d'une observation participante mise en œuvre dans le cadre d'une session de formation de 2 jours adressée à de futurs membres du réseau.

## **2. Deux études exploratoires**

### ***2.1. Une pré-enquête en Master 2 Recherche***

#### **2.1.1. Objectifs**

Le choix du sujet du mémoire de M2R de Psychologie sociale du travail et des organisations (réalisé en 2009) s'inscrit dans la continuité de nos questionnements sur la santé psychique des professionnels de santé (en lien avec nos expériences professionnelles de



terrain et notre mémoire de DESS de Psychologie de la santé (2002) centré sur le stress en milieu hospitalier).

Notre recherche de M2R s'est appuyée sur l'innovation organisationnelle que représente la mise en place de réseaux de santé pour interroger les effets de l'appartenance à un tel réseau sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail. L'objectif général du M2R était de structurer une revue de question, de dégager une problématique de recherche et de poser un cadre d'hypothèses en vue d'un projet de thèse. Il s'agissait aussi de prendre contact avec notre future population d'étude afin de tester la pertinence de notre questionnement et de mieux appréhender le contexte dans lequel notre travail de thèse allait s'inscrire.

### 2.1.2. Méthodologie de l'étude exploratoire

Le réseau de santé RÉPPOP Midi-Pyrénées nous a servi de relais pour ce travail de pré-enquête au cours duquel nous avons interviewé quatre professionnels membres du réseau et volontaires pour participer à notre étude : une pédiatre adhérente installée en libéral (Sujet 1), deux coordinatrices médicales du réseau en poste (Sujet 2 et Sujet 3) et une psychologue exerçant en libéral membre du réseau de 2004 à 2007 (Sujet 4).

Dans cette phase exploratoire, nous avons effectué des entretiens de recherche semi-directifs largement ouverts afin de recueillir les représentations des professionnels quant à leur expérience du travail en réseau. Il s'agissait de nous engager dans la construction d'« *une connaissance objectivante d'un problème, fut-il subjectif* » (Blanchet, 1987, p.84). Afin d'appréhender les motivations et les effets de l'appartenance à un réseau de santé, nous avons élaboré un guide d'entretien (cf. Annexe 3) constitué de cinq rubriques : connaissances du professionnel concernant le réseau auquel il appartient et l'historique de sa création ; caractéristiques socio-biographiques du professionnel en lien avec son adhésion au réseau ; motivations ayant présidé à l'adhésion au réseau et attentes vis-à-vis du travail en réseau ; formations suivies ; modalités et effets du travail en réseau.

### 2.1.3. Résultats

L'analyse de contenu de ces quatre entretiens a permis de mettre en évidence quelques résultats saillants.

Concernant la motivation à appartenir au réseau de santé, nous pouvons souligner que pour les coordinatrices (deux médecins hospitaliers : Sujet 2 et Sujet 3) il s'agit plus d'une sollicitation extérieure que d'une motivation personnelle, contrairement aux deux professionnelles libérales (Sujet 1 : Pédiatre et Sujet 4 : Psychologue) pour qui la motivation avancée est avant tout une motivation de type relationnel (souhait de travailler en lien avec les autres).

Au niveau des difficultés rencontrées, la mise en place du Trio de partenaires et la rigueur des critères d'inclusion des enfants, sont celles qui apparaissent comme les plus importantes dans le discours des quatre professionnelles. Ces difficultés ont même pu, comme le mentionne la Psychologue, générer un sentiment paradoxal d'isolement attaché à l'appartenance à un collectif.

Concernant les effets de la participation au réseau sur les pratiques professionnelles, l'effet positif le plus marqué concerne la mise en œuvre d'une prise en charge jugée plus adaptée. Concernant les effets sur la santé psychique, les constats sont marqués d'ambivalence : si le travail en réseau apporte un soutien, notamment émotionnel, important, les professionnelles interrogées sont néanmoins unanimes pour mettre en avant la surcharge de travail occasionnée et ses effets en termes de : « *burn-out* », « *manque de temps* », « *stress lié au temps que l'on a pas* », « *fatigue intense* ».

Au bilan, cette première étude exploratoire de M2R nous a permis de :

- préciser la nature des motivations principalement dans la distinction entre motivation extrinsèque et motivation intrinsèque (ici d'ordre relationnel),
- confirmer l'ambivalence des effets de l'appartenance à un réseau de professionnels en mettant spécifiquement en relief : la surcharge de travail occasionnée, le risque d'une aggravation du sentiment d'isolement face aux difficultés de mise en place d'un travail collectif.

Tableau 1. Principaux résultats de la pré-enquête en Master 2 Recherche

Professionnel	Entrée dans le réseau	Motivation pour rentrer dans le réseau	Avantages du travail en réseau	Inconvénients du travail en réseau
<b>Sujet 1</b> Médecin pédiatre en libéral	Depuis sa création en 2003	Intérêt pour une prise en charge pluridisciplinaire et pour un travail avec l'hôpital.	Prise en charge plus adaptée, et un peu moins d'isolement.	Trio de partenaires difficile à mettre en place, surcharge de travail beaucoup d'abandons des enfants et des parents.
<b>Sujet 2</b> Médecin hospitalier et Coordinatrice médicale du réseau	Depuis septembre 2008	Une sollicitation.	Rupture de l'isolement, permet le lien entre professionnels de l'hôpital et en libéral, prise en charge plus adaptée.	Mise en place du Trio de partenaires difficile, trop de critères d'inclusion, surcharge de travail et stress « on prend moins de plaisir qu'on pourrait ».
<b>Sujet 3</b> Médecin hospitalier et Coordinatrice médicale du réseau	Depuis 2008	Une sollicitation.	Lien avec les libéraux enrichissant, permet plus de questionnements, favorise la créativité et l'innovation, formation intéressante.	Sentiment d'épuisement et, de ce fait, des difficultés pour s'impliquer, manque de temps.
<b>Sujet 4</b> Psychologue libérale	De 2004 à 2007	Le travail en commun.		Ne perçoit pas d'apport mais plutôt un sentiment d'isolement, Trio de partenaires difficile à mettre en place, perception d'une absence de soutien.

## **2.2. Une observation participante dans le cadre de la formation RéPPOP Midi-Pyrénées**

### **2.2.1. Objectifs**

Il nous a été donné la possibilité de participer, en tant qu'observatrice-participante, à la formation initiale nouvelle formule (cf. Chapitre I) proposée par le RéPPOP Midi-Pyrénées.

Cette formation initiale est proposée sur deux jours (espacés de 2 mois), dans un département précis, et elle est spécifiquement destinée aux professionnels exerçant dans ce même département.

Il s'agissait pour nous d'appréhender à cette occasion : les différentes représentations du problème de l'obésité infantile et leur confrontation dans un groupe pluri-professionnel ; les attentes, diverses elles aussi, à l'égard du RéPPOP et, plus largement, du travail en réseau ; les motivations ; les obstacles perçus par les professionnels à la mise en place d'un travail collectif, mais aussi les ressources perçues - propres au collectif et/ou disponibles dans l'environnement ; l'évolution de ces perceptions au cours des 2 mois d'intervalle entre les 2 journées de formation.

### **2.2.2. Méthodologie**

La méthodologie employée a été celle d'une observation participante directe : nous avons assisté ainsi aux séances plénières centrées sur la présentation du réseau et sur les apports théoriques relatifs à la question de l'obésité infantile ; nous avons intégré, de même, différents sous-groupes de travail mis en place sur des thèmes plus spécifiques.

Nous nous sommes présentée à l'ensemble des participants en tant que psychologue praticienne, réalisant actuellement une thèse de doctorat à l'Université Toulouse II -le Mirail, sur le thème du travail en réseau. Nous avons explicité notre posture dans ce cadre d'une observation participante ainsi que ses implications en termes de déontologie (dont la garantie de l'anonymat).

Au plan pratique, notre outil de travail a été la prise de notes en temps réel et/ou différé (par exemple, quand chaque groupe affiche ses réponses dans la salle commune), dans un

effort, à la fois de recadrage de ces observations par rapport à nos objectifs de recherche, et d'ouverture aux apports et pistes d'analyse non anticipés et suggérés par la dynamique de formation.

### **2.2.3. Résultats obtenus**

Cette nouvelle formule de formation est centrée sur les motivations et les représentations des professionnels vis-à-vis : d'une part, des autres professionnels futurs membres du réseau et partenaires potentiels dans la prise en charge des enfants ; et d'autre part, vis-à-vis du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées et de son équipe de coordination. La formation met également l'accent sur l'impulsion d'une dynamique de coopération à travers des réflexions collectives et des études de cas. Elle se démarque en cela nettement de l'ancienne formule qui privilégiait les apports théoriques.

Nous ne présenterons pas ici le compte-rendu détaillé de l'observation participante (cf. Annexe 3) mais ses principaux résultats.

Le premier constat concerne les attentes des professionnels à l'égard du partenariat dans le cadre du réseau : ils attendent des autres professionnels l'engagement dans un développement des communications support d'un travail pluridisciplinaire, basé sur la complémentarité des compétences. Les attentes à l'égard de l'équipe de coordination du réseau sont, quant à elles, centrées sur l'apport d'outils mais également sur l'apport de l'aide financière (prise en charge de quatre consultations diététiques et psychologiques par an sur les deux ans de suivi).

Nous retrouvons donc les deux types de motivations : instrumentales (recherche d'outils, d'aide financière) et relationnelles (rompre un isolement, travailler à plusieurs).

Bien que l'empan temporel de la formation (2 journées) et l'intervalle entre ces journées (2 mois) soient relativement restreints, il est à noter que certains effets sont néanmoins sensibles. Lors de la seconde journée, certains professionnels rapportent qu'ils ont commencé à changer leurs pratiques professionnelles : calcul maintenant systématique de l'IMC, meilleur repérage du surpoids, activation des communications avec les autres professionnels. C'est d'ailleurs ce qui ressort des questionnaires soumis aux participants par l'équipe de coordination du réseau après les deux jours de formation : 12 professionnels sur les 45 présents ont souligné que le

programme de la formation a contribué à un changement dans leurs pratiques professionnelles.

Ainsi, nous retiendrons de l'analyse de la formation :

- d'une part qu'elle semble viser en priorité l'établissement de conditions favorables à la mise en œuvre d'un travail collectif, en soutenant, déjà, les « prémices » de possibilités de coopération entre professionnels et en informant précisément sur le rôle de coordination du réseau assuré par l'équipe organisatrice,
- d'autre part, qu'elle peut jouer, dès la première journée, un rôle clé dans la dé-cristallisation de certaines pratiques (par intégration de nouveaux outils) et attitudes (par l'initiative de nouvelles communications).

### **3. Le choix d'une approche clinique**

Notre problématique de recherche place au centre de ses hypothèses, le rôle des dynamiques collectives (au sein des Trios et dans les relations entre Trios et réseau RéPPOP Midi-Pyrénées) pour comprendre les effets, pour les professionnels concernés, de l'appartenance à ce réseau. Ces dynamiques collectives ne peuvent être appréhendées en dehors d'un travail réflexif des professionnels sur leurs modes de fonctionnement à plusieurs. De même, l'examen des effets de leur appartenance au réseau, qu'il s'agisse d'effets au niveau des pratiques professionnelles ou d'effets au niveau de la santé psychique au travail, suppose lui aussi un travail de conscientisation pour lequel l'échange dialogique avec le chercheur est primordial.

Ces exigences de recherche, nous ont ainsi conduite à opter pour une approche clinique mobilisant la technique de l'entretien semi-directif de recherche au sens où l'entend Blanchet (1987), qui permet de recueillir des données qualitatives (sur des faits passés, présents et/ou futurs) afin d'étudier et analyser les représentations du sujet (Blanchet & Gotman, 2011) et les « *processus psychiques et sociaux, subjectifs et collectifs par lesquels le sujet en situation sociale donne sens à son expérience* » (Barus-Michel, 1999, p.5). L'entretien semi-directif de recherche nous offre la possibilité d'être directif dans les questions posées, par le guide

d'entretien qui oriente le discours sur certains thèmes (Moro, 1993), tout en nous laissant la possibilité d'approfondir certains éléments évoqués par le sujet interviewé qui est libre de ses réponses au cours de l'entretien. Il s'agit donc pour nous d'accéder à la subjectivité des professionnels et à la façon dont ils signifient leur appartenance au réseau et le collectif auquel ils participent.

### ***3.1. Les entretiens auprès de professionnels de santé constitués en Trios/Duos au sein du RéPPOP Midi-Pyrénées***

Comme nous l'avons déjà exposé dans le Chapitre I, le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées propose une prise en charge du patient globale, aussi bien médicale que sociale et relationnelle par le biais d'un Trio de partenaires : 1 médecin référent, 1 « acteur » et 1 « accompagnateur ». L'équipe de coordination nous a fourni une liste de médecins référents qui, au moment de la passation des entretiens, avaient des patients inclus dans le réseau RéPPOP. Nous avons donc tout d'abord pris contact avec ces médecins et ce sont ces derniers qui nous communiquaient, à notre demande, les coordonnées de leurs partenaires du Trio/Duo. En effet, si le dispositif officiel prévoit un fonctionnement à trois partenaires, parfois, la mise en place d'un tel Trio s'avère difficile (par exemple, par manque de professionnels pouvant être sollicités dans certaines zones géographiques) : c'est alors un Duo qui se met en place dans la prise en charge de l'enfant.

Nous avons donc contacté au total 20 professionnels médicaux ou para-médicaux exerçant en libéral, et partenaires dans le cadre de 4 Trios et 4 Duos du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées. La prise de contact et du rendez-vous pour l'entretien a été faite par téléphone en nous présentant au secrétariat ou directement au professionnel de la manière suivante : *Bonjour, je suis Marie-Frédérique Ferré ; je suis psychologue, et je réalise actuellement une thèse de doctorat à l'Université Toulouse II le-Mirail. Il s'agit d'une recherche menée sous la direction du Professeur Brigitte Almudever, dans le cadre de l'Equipe de Psychologie sociale, du travail et des organisations du Laboratoire PDPS et en partenariat avec le réseau RéPPOP Toulouse Midi-Pyrénées. Cette recherche porte sur le travail en réseau et c'est par l'intermédiaire de l'équipe coordinatrice du RéPPOP que je prends contact avec vous, en tant que membre du réseau pour solliciter un entretien enregistré afin de connaître votre*

expérience et votre point de vue concernant le travail en réseau et plus particulièrement en Trio de partenaires dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent obèses.

Les 20 entretiens semi-directifs ont été réalisés dans la période du 1<sup>er</sup> octobre 2013 au 31 décembre 2013. Cette période a été définie en fonction des disponibilités des professionnels contactés. Les 20 entretiens représentent environ 20h d'enregistrement audio retranscrits par la suite en vue de l'analyse de contenu.

Par un souci de confidentialité, nous avons attribué à chaque professionnel interviewé un numéro. Le choix du numéro est en rapport avec l'ordre de passation des entretiens. Ainsi le premier Médecin rencontré est le Médecin 1 et la Diététicienne avec qui il travaille est la Diététicienne 1 ; ils forment à eux deux le Duo 1.

Au total, nous avons 4 Trios et 4 Duos composés de la manière suivante :

**Tableau 2. Répartition de la population par Trio/Duo de partenaires**

<b>Trio/Duo</b>	<b>Professionnel 1</b>	<b>Professionnel 2</b>	<b>Professionnel 3</b>
<b>1</b>	Médecin	Diététicienne	
<b>2</b>	Médecin	Diététicienne	Psychologue
<b>3</b>	Médecin	Diététicienne	
<b>4</b>	Médecin	Diététicienne	Psychologue
<b>5</b>	Médecin	Diététicienne	
<b>6</b>	Médecin	Diététicienne	
<b>7</b>	Médecin	Diététicienne	Kinésithérapeute
<b>8</b>	Médecin	Diététicienne	Psychologue

Nous voyons que 3 Trios sont composés d'un Médecin, d'une Diététicienne et d'une Psychologue ; 1 Trio est composé d'un Médecin, d'une Diététicienne et d'une Kinésithérapeute. Concernant les Duos, ils sont tous composés d'un Médecin et d'une Diététicienne.



### 3.2. Le guide d'entretien

Bien que souple et largement ouvert, le dispositif d'entretien semi-directif de recherche (Blanchet, 1987) s'appuie sur l'élaboration d'un guide d'entretien dont les différentes rubriques et les thèmes explorés doivent permettre :

- d'appréhender et caractériser les variables (individuelles et organisationnelles) que nous avons retenues dans la construction de notre problématique ;
- d'examiner la plausibilité des hypothèses que nous avons posées ;
- de mettre en évidence l'importance éventuelle d'autres facteurs et de dégager de nouvelles hypothèses.

Au regard de ces objectifs, nous avons construit une grille d'entretien comportant **6 rubriques centrées sur :**

Les motivations ayant présidé à l'adhésion au réseau ; les modalités de fonctionnement du/des Trios/Duos et leur évaluation ; les représentations et attentes vis-à-vis des autres partenaires du travail en réseau ; la relation au réseau et à l'équipe de coordination ; les effets du travail en réseau sur les pratiques professionnelles et la santé psychique ; la formation suivie lors de l'adhésion.

Après la signature par le professionnel de l'accord de participation à la recherche (cf. Annexe 4), la consigne de départ a été donnée à tous de la même manière :

*« Je vous remercie de participer à cette recherche de doctorat en Psychologie sociale du travail et des organisations, dans laquelle je m'intéresse au travail en réseau. C'est en tant que membre du réseau RéPPOP que je vous ai sollicité(e) et je vous suis très reconnaissante d'avoir libéré du temps pour m'accorder cet entretien. Il s'agit d'un entretien d'environ 45 minutes concernant votre travail au sein du réseau RéPPOP et portant plus particulièrement sur le fonctionnement du ou des Trios dans lesquels vous êtes engagé(é). Avez-vous des questions avant de commencer ? ».*

Les questions introductives de chacune des rubriques de la grille sont générales afin de laisser le champ libre à l'expression de l'interviewé et de ne pas orienter ses réponses.

1. Tout d'abord, il s'agit de déterminer **la ou les motivations personnelles** à intégrer un réseau de santé. La formule est standardisée de la manière suivante : « *Tout d'abord, pouvez-vous me dire comment vous avez été amené(e) à participer au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées?* ».

Nos objectifs sont ici de repérer comment le professionnel a connu le réseau et ce qui l'a décidé à en devenir membre. Nous souhaitons également examiner les éléments qui ont motivé le professionnel à appartenir au réseau : répondre à des besoins, travailler différemment, acquérir de nouvelles connaissances et compétences, rompre l'isolement de l'exercice en libéral...

2. Dans un deuxième temps, nous cherchons à appréhender la **dynamique du collectif** au sein du réseau et du/des Trio(s)/Duo(s) d'appartenance, à travers l'évaluation générale et matérielle du fonctionnement des Trios/Duos, puis l'approche plus détaillée (cf. le guide, sous forme de tableau, proposé au cours de l'entretien, Annexe 4) du Trio/Duo qui sera retenu pour l'analyse jugé le plus représentatif de l'expérience vécue et/ou dont les partenaires ont donné leur accord pour participer à la recherche). La formule introductive est libellée de la manière suivante : « *J'aimerais à présent que nous abordions la question du fonctionnement du Trio/Duo ou des Trios/Duos dans lesquels vous êtes ou avez été engagé(e)* ».

Nous souhaitons, à partir de là, examiner les éléments qui caractérisent la dynamique collective sur les dimensions : du travail collectif (la coopération et la collaboration, les communications, débats et les conflits...); du collectif de travail (notamment, la reconnaissance et la confiance réciproques); de l'activité collective (l'autonomie et la créativité dans la pratique ; la co-construction de nouvelles règles...).

Exemples de questions de relance sur le thème des communications au sein des Trios/Duos : « *Comment se passe la communication entre partenaires ?* », « *Comment les partenaires communiquent-ils entre eux, par quel(s) moyen(s) ?* », « *Qui est à l'initiative de la communication ?* ».

3. Nous nous centrons ensuite sur **les représentations des professionnels**, relatives :

- aux rôles spécifiques des partenaires, identifiés, au sein du RéPPOP, par les termes de : « médecin référent », « acteur » et « accompagnateur ». Nous demandons ainsi (en fonction du professionnel interrogé et de son rôle dans le Trio/Duo) : « *En faisant maintenant un peu le bilan de ces différentes expériences, pouvez-vous me dire quelle(s) représentation(s) vous avez du rôle du médecin référent/de l'acteur/de l'accompagnateur ?* », « *Quelles attentes avez-vous vis-à-vis du médecin référent/de l'acteur/de l'accompagnateur ?* », « *Quelle(s) représentation(s) avez-vous de votre propre rôle ? De ce que les autres (médecin référent, acteur, accompagnateur) attendent de vous ?* ».
- aux caractéristiques d'un Trio/Duo qui fonctionne bien versus un Trio/Duo qui a des difficultés de fonctionnement : « *Quels seraient pour vous les critères d'un bon fonctionnement du Trio/Duo de partenaires ?* » / « *Quels seraient pour vous les caractéristiques d'un Trio/Duo qui a du mal à fonctionner ?* ».

A travers ces questions, notre objectif est de recueillir des données qui nous permettront d'appréhender l'homogénéité ou l'hétérogénéité des représentations entre partenaires d'un même Trio/Duo en tant qu'un autre indicateur de l'existence, ou non, d'un collectif de travail dans les Trios/Duos considérés.

4. Après l'examen de la dynamique interne aux Trios/Duos de partenaires, il s'agit ici d'examiner **la relation qu'entretient le professionnel avec le réseau RéPPOP et, plus particulièrement, avec l'équipe de coordination**. La question est formulée de la manière suivante : « *Après que nous ayons parlé des relations au sein des Trios/Duos, pouvez-vous maintenant me parler de vos rapports avec le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées, avec l'équipe de coordination ?* ».

Nos objectifs ici sont de repérer : les membres de l'équipe de coordination que connaît le professionnel ; comment il communique avec cette équipe (moyens, fréquence, motifs des communications) ; sa connaissance du fonctionnement général du réseau.

De même, nous nous interrogeons sur la possible implication du professionnel dans l'activité du réseau à ce niveau plus général (exemple d'activité : participation aux réunions proposées). Enfin, nous souhaitons évaluer la reconnaissance perçue, par le professionnel, de la part de l'équipe coordination ainsi que son sentiment d'appartenance au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées (cf. la perception d'un collectif de travail au-delà des Trios/Duos)

**5.** L'analyse des **effets du travail en réseau** au sein du RéPPOP Midi-Pyrénées sur la transformation des pratiques professionnelles et sur l'évolution de la santé psychique au travail est introduite, dans ce cinquième temps, par deux questions.

La première a été formulée de la manière suivante : « *Si nous essayons maintenant de réfléchir aux effets de votre appartenance au réseau RéPPOP sur votre pratique professionnelle, qu'en diriez-vous ?* ».

Nos objectifs sont ici de repérer, comment, depuis l'adhésion au RéPPOP, le travail en réseau a pu soutenir des changements au niveau des pratiques professionnelles (modalités de la prise en charge des enfants et des adolescents ; façons de communiquer avec les autres professionnels, avec les patients et leur entourage ; nouveaux questionnements sur la pratique, ...). En référence au modèle d'une socialisation plurielle, nous souhaitons examiner plus particulièrement à ce niveau le rôle du transfert des acquis de la pratique au sein du réseau RéPPOP vers la pratique hors réseau, de même que le rôle du transfert des acquis de la pratique hors réseau vers la pratique au sein du réseau.

La seconde question a été formulée de la manière suivante : « *Depuis votre adhésion au réseau RéPPOP, avez-vous l'impression d'avoir un autre rapport au travail : en termes de bien-être, de satisfaction par exemple ?* ».

Notre objectif, ici, est, d'une part, d'examiner les effets du travail en réseau sur la santé psychique (stress perçu, évolution de l'estime de soi, réassurance...), et d'autre part, analyser par quels processus le travail en Trio/Duo au sein du RéPPOP est signifié par le professionnel comme une ressource et/ou une contrainte.

**6.** Enfin, la dernière partie de l'entretien est consacrée à l'expérience de **la formation préalable à l'intégration au réseau**. La question introductive est la suivante : « *Pouvez-vous*

*me parler de la formation organisée par le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées préalable à l'intégration? ».*

Nos objectifs ici sont de connaître le type de formation auquel le professionnel a participé, quelles étaient ses attentes et en quoi la formation y a ou non répondu. De même, nous souhaitons appréhender le transfert des acquis de la formation dans la pratique quotidienne, ainsi que le rôle de la formation dans la construction des Trios/Duos de partenaires.

L'entretien se termine avec la formule suivante : *« Je vous remercie de votre participation à mon travail de recherche et je me tiens à votre disposition pour vous faire part des résultats obtenus ainsi que pour vous remettre un document de synthèse final ».*

### **3.3. L'analyse de contenu des entretiens**

Après avoir retranscrit intégralement les 20 entretiens, nous avons procédé à une analyse thématique « classique » du contenu de ces entretiens. L'analyse a été menée à partir de catégories définies a priori - référées aux variables retenues dans notre schéma d'hypothèses - et dans un mouvement d'enrichissement/transformation de ces catégories initiales au fil de l'analyse.

Nous avons analysé le contenu de chaque entretien en découpant et classifiant les fragments de discours au regard de la grille initiale suivante :

Tableau 3. Grille initiale d'analyse de contenu

Statut des variables	Variables	Indicateurs
<b>Variables à expliquer</b>	Transformation des pratiques professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nature de la transformation</li> <li>➤ Ampleur de la transformation</li> </ul>
	Evolution de la santé psychique au travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Indicateurs d'amélioration</li> <li>➤ Indicateurs de détérioration</li> </ul>
<b>Variables explicatives du Niveau individuel</b>	Ancienneté d'appartenance au RéPPOP Midi-Pyrénées	A catégoriser en 2 ou 3 sous-groupes en fonction de la distribution des réponses observée
	Motivations ayant présidé à l'adhésion au RéPPOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Motivations instrumentales</li> <li>➤ Motivations relationnelles</li> </ul>
<b>Variables explicatives du Niveau organisationnel</b>	Structure de l'unité de travail considérée	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trio</li> <li>➤ Duo</li> </ul>
	Relations au RéPPOP Midi-Pyrénées	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fréquence</li> <li>➤ Motifs</li> <li>➤ Modalités</li> <li>➤ Supports ...</li> </ul>
<b>Variable modulatrice : la dynamique du collectif</b>	Travail collectif	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Coopération</li> <li>➤ Coordination</li> <li>➤ Concertation</li> <li>➤ Négociation</li> </ul>
	Collectif de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dissonance/consonance des motivations</li> <li>➤ Dissonance/consonance des représentations</li> <li>➤ Sentiments réciproques de reconnaissance et de confiance</li> </ul>
	Activité collective	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Co-productions du Trio/Duo (nouvelles pratiques collectives, nouvelles règles...)</li> </ul>

## 4. Présentation de la population d'étude

### 4.1. Présentation des Trios/Duos

Au total, ce sont 4 Trios et 4 Duos que nous avons étudiés, répartis dans 4 départements de la Région Midi-Pyrénées. Leur composition, leur ancienneté et la distance géographique entre les partenaires sont les suivantes :

*Tableau 4. Présentation des Trios/Duos*

<b>Duo</b>	<b>Composition</b>	<b>Ancienneté du Duo</b>	<b>Distance géographique entre les partenaires</b>
<b>Duo 1</b>	Médecin + Diététicienne	1 an	16 kms
<b>Duo 3</b>	Médecin + Diététicienne	1 an	9 kms
<b>Duo 5</b>	Médecin + Diététicienne	7 ans	800 mètres
<b>Duo 6</b>	Médecin + Diététicienne	10 ans	40 kms
<b>Trio</b>	<b>Composition</b>	<b>Ancienneté du Trio</b>	<b>Distance géographique entre partenaires</b>
<b>Trio 2</b>	Médecin + Diététicienne + Psychologue	1 an	10 kms
<b>Trio 4</b>	Médecin + Diététicienne + Psychologue	5 ans	5 kms
<b>Trio 7</b>	Médecin + Diététicienne + Kinésithérapeute	8 ans	19 kms
<b>Trio 8</b>	Médecin + Diététicienne + Psychologue	4 ans	5,3 kms

L'ancienneté des Trios/Duos a été définie en fonction de l'année d'intégration du réseau de chacun d'entre eux.

L'ancienneté des Trios/Duos est très variable, allant de 1 an pour les plus récents (Duo1, Trio 2 et Duo 3) à 10 ans pour le plus ancien (Duo 6). L'ancienneté moyenne est de 4,6 ans. Notons toutefois que le Duo 1 qui n'a qu'1 an de fonctionnement se compose de partenaires qui se connaissent avant d'être partenaires pour les prises en charge RéPPOP. Par ailleurs, le Trio 4 a une ancienneté de 5 ans mais le Médecin 4 et la Diététicienne 4 travaillent ensemble depuis 8 ans. Il en est de même pour le Trio 7 qui a une ancienneté de 8 ans mais où le Médecin 7 et la Kinésithérapeute 7 travaillent ensemble depuis 10 ans ; au sein du Trio 8 qui a

une ancienneté de 4 ans un partenariat entre le Médecin 8 et la Psychologue 8 fonctionne depuis 9 ans. Nous reviendrons plus en détail sur certains de ces éléments au cours de l'analyse des résultats au chapitre suivant.

Les professionnels rencontrés exercent tous dans la région Midi-Pyrénées. Ils sont répartis sur 4 départements : la Haute-Garonne, le Tarn, le Gers et les Hautes-Pyrénées. Bien que nous ne l'ayons pas intégré dans le schéma d'hypothèses, nous avons repéré la distance géographique entre partenaires.

La distance géographique entre les différents partenaires d'un même Trio/Duo est très variable, allant de 800 mètres pour les partenaires les plus proches (Duo 5) à 40 kms pour les partenaires les plus éloignés (Duo 6). La distance a été calculée en fonction du lieu géographique des cabinets des professionnels. Dans l'ensemble, les partenaires sont à une proximité géographique inférieure ou égale à 10 kms.

## ***4.2. Caractéristiques socio-biographiques des professionnels interviewés***

### **4.2.1. Répartition démographique**

Ce sont 20 professionnels médicaux et para-médicaux volontaires pour participer à l'étude, exerçant en libéral et membres du réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées que nous avons interviewés : 8 Médecins, 8 Diététiciennes, 3 Psychologues et 1 Kinésithérapeute. Il est à noter que cet « échantillon » est composé presque exclusivement de femmes (19 femmes/1 homme<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> Notons que nous ne disposons pas de la représentation féminine/masculine sur l'ensemble du réseau afin de faire une comparaison avec notre échantillon.



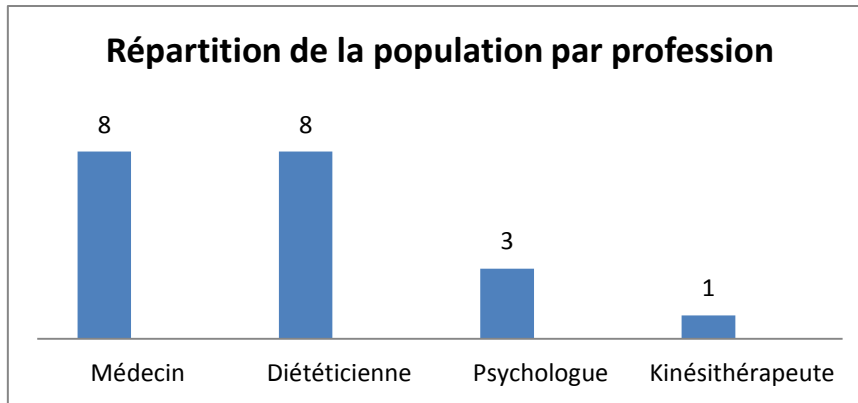


Figure 2. Répartition de la population par profession

Dans notre échantillon, l'association Médecin-Diététicienne apparaît comme le « noyau » des Trios/Duos constitués et laisse apparaître la difficulté à mobiliser un troisième professionnel<sup>2</sup>.

#### 4.2.2. Ancienneté dans le réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées

L'ancienneté de l'appartenance - individuelle - au réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées est très variable allant de 1 an pour 4 professionnels (20%) à 10 ans pour 6 professionnels (30%). Nous pouvons souligner que la moyenne de l'ancienneté est d'environ 6,5 ans.

Si nous examinons ce critère par catégorie professionnelle, il apparaît que les Médecins ont une ancienneté moyenne de 7ans, les Diététiciennes de 5,8 ans et les Psychologues de 5,3 ans. La seule Kinésithérapeute de l'échantillon a une ancienneté de 10 ans.

---

<sup>2</sup> Précisons que nous ne disposons pas de la composition sur l'ensemble du réseau afin de faire une comparaison avec notre échantillon.

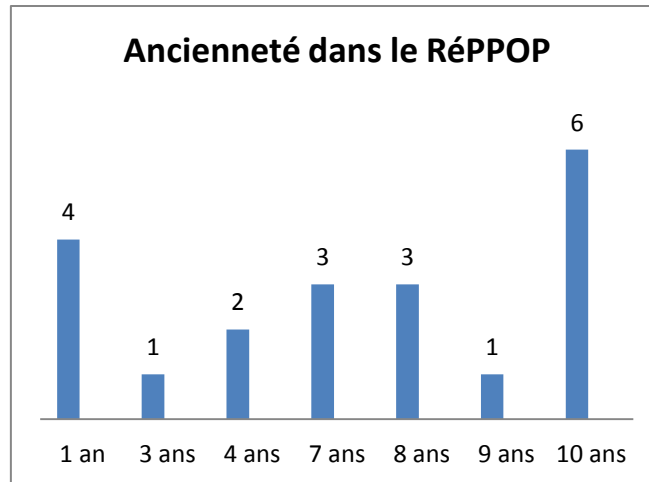


Figure 3. Ancienneté dans le RÉPPOP

#### 4.2.3. Nombre d'enfants suivis

Nous avons voulu connaître le nombre total et le nombre actuel d'enfants pris en charge au sein du réseau par chaque professionnel. Cette question, posée à tous, n'a donné lieu qu'à peu de réponse car de nombreux professionnels ne savent pas ou n'ont « aucune idée » du nombre total d'enfants suivis ou du nombre actuel d'enfants suivis (8 non-réponses pour le nombre total d'enfants suivis et 6 non-réponses pour le nombre d'enfants actuellement suivis). Ainsi, sur les 9 réponses chiffrées obtenues (45% des professionnels interrogés) pour le nombre total d'enfants suivis nous pouvons dire qu'en moyenne celui-ci s'élève à 24. Sur les 13 réponses chiffrées obtenues (65% des professionnels interrogés) pour le nombre d'enfants actuellement suivis, nous pouvons dire que celui-ci s'élève en moyenne à 11.

Sur l'ensemble de l'échantillon, seulement 8 professionnels (40%) ont donné une réponse à la fois pour le nombre total et pour le nombre actuel d'enfants suivis.

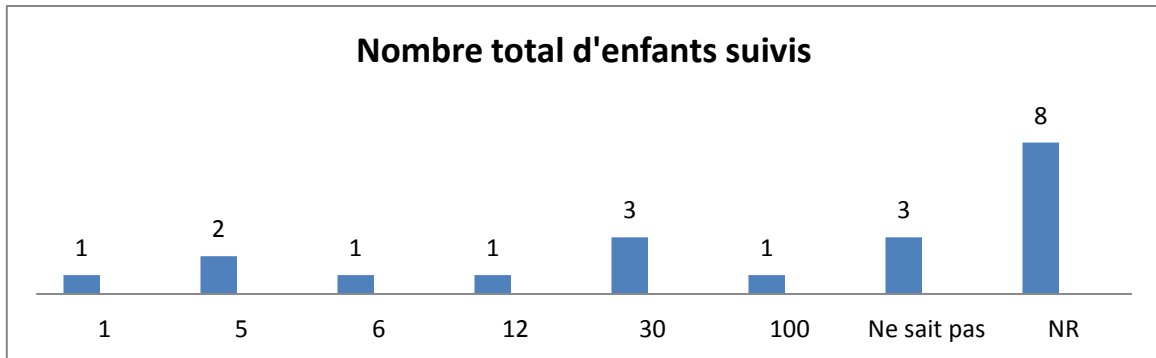


Figure 4. Nombre total d'enfants suivis

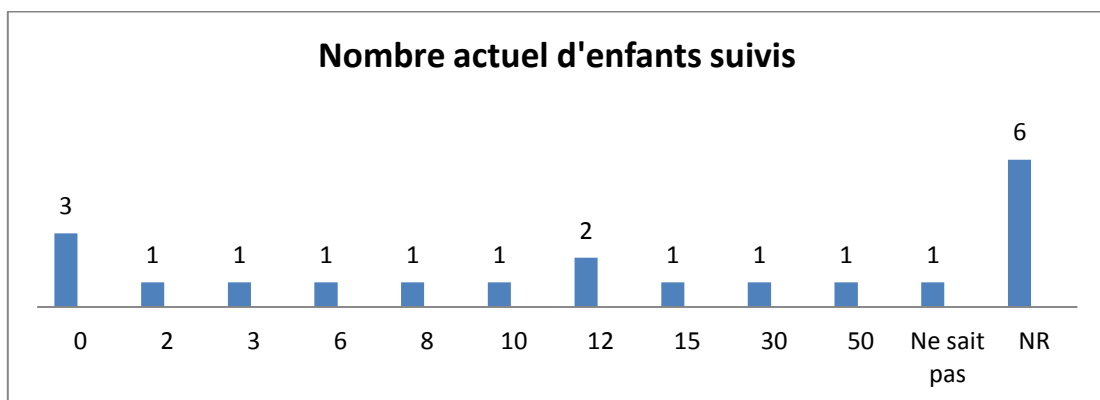


Figure 5. Nombre actuel d'enfants suivis

#### 4.2.4. Lien « particulier » - actuel et/ou antérieur - avec le RéPPOP Midi-Pyrénées

4 Médecins et 3 Diététiciennes (35% des professionnels interrogés) ont un lien particulier, actuel et/ou antérieur, avec le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées et son équipe de coordination. En effet, 5 professionnels connaissaient avant de devenir membres du réseau des personnes de l'équipe de coordination du CHU Toulouse Purpan pour avoir effectué des stages au cours de la formation en BTS diététique ou au cours d'un DU, ou encore parce que le professionnel a un lien d'affinité avec l'un des membres de l'équipe. De même, 1 professionnelle de par son statut spécifique lié à sa profession, met en place avec l'équipe coordinatrice différentes manifestations. Nous reviendrons plus en détail sur certains de ces éléments au cours de l'analyse des résultats au chapitre suivant.

#### 4.2.5. Participation à la Formation RéPPOP Midi-Pyrénées

16 professionnels (80%) ont participé à l'ancienne formation, c'est-à-dire sous le format d'une journée. 2 professionnels (10%, 1 Médecin et 1 Diététicienne) ont participé à la nouvelle formation sous le format de deux journées à 2 mois d'intervalle. Notons que 2 professionnels (10%) n'ont pas suivi la formation : le premier en raison de sa profession (les Psychologues n'ont pas obligation de faire la formation pour être membre du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées) ; le second (1 Médecin), de par son implication dans la formation.

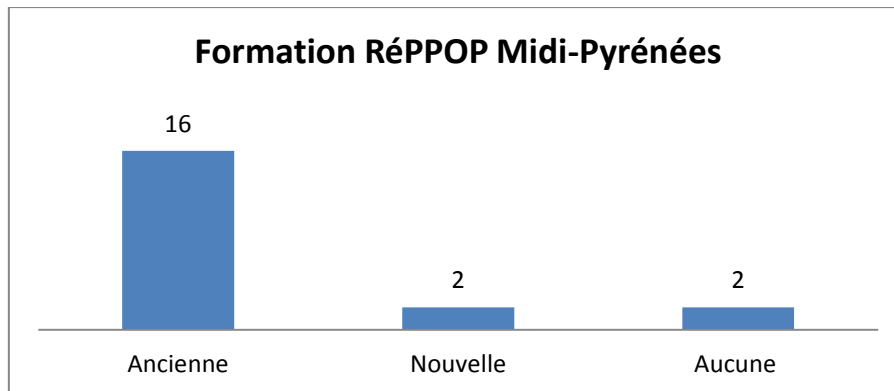


Figure 6. Formation RéPPOP Midi-Pyrénées

Comme nous l'avons vu, notre échantillon, dont l'ancienneté d'adhésion des membres est majoritairement de 7 ans et plus, a de ce fait participé essentiellement à l'ancienne formation.

Dans ce chapitre consacré à la méthodologie, nous avons présenté nos deux études exploratoires qui nous ont permis de mieux appréhender la population d'étude et d'élaborer le guide d'entretien de façon la plus pertinente possible. Nous avons également présenté les différentes caractéristiques de la population de notre approche clinique auprès des Trios/Duos de partenaires du réseau de santé RéPPOP Midi-Pyrénées.

Les chapitres qui vont suivre seront consacrés à la présentation des résultats (d'un point de vue descriptif et clinique) ainsi qu'à leur discussion en fonction de nos hypothèses générales, des résultats attendus et ceux obtenus.

## **CHAPITRE V. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS**

Ce chapitre, consacré à la présentation et à l'analyse de nos résultats, est organisé en trois parties. Dans la première partie, nous présenterons, sur la base de l'analyse de contenu des entretiens, une description détaillée des données recueillies relatives aux différentes variables envisagées dans notre modèle d'analyse. Cette description visera tout particulièrement le repérage et la catégorisation : des motivations des professionnels à participer au réseau ; des modalités de relation entretenues avec l'équipe coordonnatrice du réseau ; des effets perçus de l'appartenance au réseau sur la transformation des pratiques professionnelles ; des effets perçus de l'appartenance au réseau sur l'évolution de la santé psychique.

La deuxième partie sera exclusivement centrée sur la caractérisation et la catégorisation des dynamiques collectives des Trios/Duos telles qu'appréhendées à partir des dires des partenaires de chacun d'eux. L'examen des modes d'organisation du travail collectif, des manifestations de l'existence - ou non - d'un collectif de travail, des co-productions témoignant d'une activité collective, constituera la trame d'une analyse clinique de ces dynamiques collectives et des liens que les professionnels établissent eux-mêmes entre ces dynamiques collectives et l'orientation des effets perçus de leur participation au réseau.

La troisième partie du chapitre proposera une approche comparative quantifiée des différents Trios/Duos qui, sans prétendre apporter une « vérification » des hypothèses, permettra de mettre en évidence des régularités et des contrastes susceptibles d'étayer la plausibilité de certaines relations entre les variables envisagées et/ou dégagées de l'analyse.

Quelques remarques préliminaires concernant certains choix de présentation :

- Dans nos commentaires ou tableaux de résultats seront parfois mentionnés une lettre associée à un chiffre (ex : D4) : la lettre désigne la catégorie professionnelle du sujet concerné (M = Médecin ; D = Diététicien(ne) ; P = Psychologue ; K = Kinésithérapeute) ; le chiffre, le numéro du Trio/Duo dont il fait partie (ainsi, D4 renvoie à la Diététicienne du Trio 4). Nos commentaires et analyses sont illustrés

par des extraits d'entretiens, en nombre limité, retenus parce que jugés particulièrement représentatifs. Nous avons toutefois fait figurer en annexe des tableaux beaucoup plus détaillés et riches en « verbatim », récapitulatifs de l'ensemble des entretiens (cf. Annexe 5).

- Enfin, nous tenons à mentionner que, parmi les données recueillies sur la base de notre guide d'entretien, n'ont pas été traitées les dimensions qui se sont avérées non discriminantes (ainsi, par exemple, la nature de la formation suivie : presque tous les sujets ont suivi l'ancienne « formule ») ou qui ont présenté des difficultés de réponse (par exemple, la précision du nombre d'enfants suivis (total et actuel) ou du nombre de Trios/ Duos dans lequel le professionnel est engagé ou a été engagé).

## **1. Résultats descriptifs**

### ***1.1. Variables du niveau individuel***

#### **1.1.1. Ancienneté d'appartenance au réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées**

Au vu de la distribution des indices d'ancienneté d'appartenance au réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées dans l'ensemble des 20 professionnels que nous avons interviewés, nous avons opéré une catégorisation en trois classes - une ancienneté de moins de 4 ans, une ancienneté comprise entre 4 ans et 8 ans, et une ancienneté supérieure à 8 ans - en vue, notamment, d'examiner plus loin, le lien éventuel entre niveau d'ancienneté et certains types d'effets (cf. 3<sup>ème</sup> partie de ce chapitre), de même que l'incidence possible, dans la dynamique du collectif (cf. 2<sup>ème</sup> partie de ce chapitre), d'une homogénéité/hétérogénéité de l'ancienneté des adhésions au réseau.

**Tableau 5. Répartition de la population en fonction de l'ancienneté d'adhésion au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées**

Ancienneté	Professionnel	Ancienneté	Professionnel	Ancienneté	Professionnel
<b>Ancienneté moins de 4 ans N = 5</b>	Médecin 1	<b>Ancienneté comprise entre 4 ans et 8 ans N = 8</b>	Médecin 4	<b>Ancienneté supérieure à 8 ans N = 7</b>	Médecin 3
	Médecin 2		Médecin 6		Médecin 5
	Diététicienne 2		Diététicienne 4		Médecin 7
	Diététicienne 3		Diététicienne 5		Médecin 8
	Diététicienne 8		Diététicienne 7		Diététicienne 1
	Psychologue 2	Psychologue 4	Diététicienne 6		
	Psychologue 4	Psychologue 8	Kinésithérapeute 7		

Par exemple, nous pouvons d'ores et déjà noter que les partenaires du Trio 4 présentent une grande homogénéité d'ancienneté (comprise entre 4 ans et 8 ans), alors qu'il y a une grande différence, sur ce critère, entre les partenaires du Duo 1 ou encore du Duo 3.

### 1.1.2. Motivations initiales d'adhésion au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées

L'analyse des entretiens nous a permis de valider la distinction entre motivations de type instrumental et motivations de type relationnel, telle qu'intégrée dans nos hypothèses, tout en faisant apparaître une troisième catégorie de motivation largement évoquée par les professionnels et que nous désignerons comme « motivation liée à la trajectoire de vie ».

#### 1.1.2.1. Les motivations de type instrumental

Les motivations de type instrumental sont centrées sur des préoccupations et des objectifs liés à la **pratique individuelle**.

1. Certains professionnels ont souhaité adhérer au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées afin de pouvoir bénéficier d'un **outil**. Un outil qui permettra de **développer une clientèle** auprès d'un public particulier :

- « *C'est une collègue, une diététicienne, qui était également dans ce cabinet de groupe qui m'en a parlé, qui m'a dit il y a une formation, ce serait intéressant qu'on la fasse parce qu'on est arrivées en même temps et on voulait développer, se faire connaître et développer notre clientèle* ». Psychologue
- « *[Pour] mes propres pratiques en pédiatrie auprès des enfants, c'est une population, c'est particulier* ». Diététicienne

Cet outil doit aussi permettre une **prise en charge différente** de l'enfant/adolescent en surpoids et obèse. Le professionnel souhaite l'améliorer et la transformer en incluant la famille et en approfondissant le côté médical, mais aussi la prévention.

- « *[J'en attends] une meilleure prise en charge de l'enfant...et intégrer la famille dans la participation de ce traitement* ». Médecin
- « *Pour moi c'était évident que j'allais à la fois avoir un axe curatif on va dire et qu'il allait y avoir un axe préventif et que dans ce cadre-là le réseau RéPPOP c'était vraiment le cadre qui représentait une façon idéale de ce que je souhaitais faire, en partie, du moins* ». Diététicienne

2. D'autres professionnels, mettent l'accent sur l'acquisition, la mise à jour ou le développement de **compétences et de connaissances** sur l'obésité et le surpoids en pédiatrie :

- « *Je m'interrogeais sur les enfants que je voyais avec de plus en plus de problèmes de surpoids, de puberté précoce* ». Médecin
- « *J'ai une activité où la pédiatrie occupe une part assez importante, j'étais pas forcément bien formé dans mes études à la prise en charge de l'obésité de l'enfant* ». Médecin

3. Enfin, **l'aspect financier de la prise en charge** proposée par le réseau, c'est-à-dire le fait que 4 consultations diététiques et psychologiques par an - sur les deux ans de suivi - soient prises en charge, entre aussi en ligne de compte dans ces motivations de type instrumental :



- « Comme les consultations de diététique ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, ça peut être un frein, la participation financière et le fait qu'il y ait un accompagnement financier et d'une durée de 2 ans, ça engage davantage en fait les personnes, les enfants, les familles à suivre un programme de diététique ». Diététicienne
- « La nutrition et tout ce qui est consultation diététique n'étant pas remboursé par la sécurité sociale, il y a beaucoup de parents qui sont freinés en fait pour amener leurs enfants par rapport au coût de ces consultations et qui ne savent pas du tout en fait à qui s'adresser, ils sont un petit peu perdus. Donc, c'est vrai que ce réseau est intéressant, puisque, effectivement, il prend en charge ces enfants-là, et notamment, il paie les consultations directement au thérapeute ». Diététicienne

Sur l'ensemble des 20 entretiens réalisés, nous pouvons ainsi dire que c'est le fait d'utiliser le réseau de santé RÉPPOP Midi-Pyrénées comme un outil de développement et de transformation de la pratique qui a le plus été rapporté. Notons également que tous les professionnels (sauf un Médecin) interrogés ont exposé au cours de leur entretien au moins une motivation de type instrumental, soit 95% des professionnels, répartis de la manière suivante :

**Tableau 6. Répartition des motivations de type instrumental par catégorie professionnelle**

Motivation de type instrumental :	Outil de développement et transformation de la pratique	Acquisition de compétences et connaissances	Aspect financier	Les 3 catégories	Aucune catégorie
<b>Médecin</b>	6/8 (M1, M3, M4, M5, M7, M8)	5/8 (M2, M3, M4, M7, M8)	1/8 (M8)	1 Médecin (M8)	1 Médecin (M6)
<b>Diététicienne</b>	6/8 (D1, D2, D6, D5, D7, D8)	2/8 (D2, D7)	4/8 (D3, D4, D5, D6)		
<b>Psychologue</b>	2/3 (P2, P8)	3/3 (P2, P4, P8)	0		
<b>Kinésithérapeute</b>	1/1(K7)	1/1 (K7)	0		
<b>Total</b>	15/20	11/20	5/20	1/20	1/20

Notons que la motivation de type instrumental « Acquisition de Compétences et connaissances » concerne essentiellement les Médecins et les Psychologues, tandis que la motivation de type instrumental « Aspect financier » concerne essentiellement les Diététiciennes.

#### 1.1.2.2. Les motivations de type relationnel

Les motivations de type relationnel sont centrées sur le désir de s'intégrer dans une pratique **collective**.

1. Certains professionnels ont souhaité adhérer au réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées afin d'appartenir à un collectif à travers une **prise en charge à plusieurs professionnels** qui rassure car elle permet un travail d'équipe pluridisciplinaire en lien avec le CHU Toulouse Purpan :
  - « *J'ai toujours aimé voilà travailler en collaboration avec d'autres acteurs de santé et je trouve que notamment sur le plan de l'obésité on est plus efficace quand on travaille à plusieurs* ». Diététicienne
  - « *Ça rassure toujours de se dire qu'on fait partie du réseau, que ce soit pour soi ou pour le patient, l'entourage du patient* ». Diététicienne
  - « *C'était nécessaire pour moi d'être dans un réseau, savoir que je pouvais avoir des référents, qui appeler* ». Médecin
  
2. D'autres professionnels ont mis l'accent sur le souhait de **rompre un isolement** lié en particulier à la pratique en libéral :
  - « *Je crois qu'il y a un moment où c'est une pratique où on peut se sentir seule aussi et on a envie d'ouvrir et de trouver d'autres façons de faire et de s'intégrer dans le milieu professionnel* ». Psychologue
  - « *Me sentir épaulée parce que en rural, comme ici, c'est quand même un peu isolé (...) un soutien quoi* ». Médecin
  - « *Oui, ça aussi c'est important je pense. Quand on est en cabinet libéral, c'est vrai que je ne vais plus à l'hôpital, donc oui c'est vrai c'est aussi une bonne, une bonne solution* ». Médecin

Nous pouvons dire que la motivation de type relationnel « Prise en charge à plusieurs » a été la plus citée au cours des entretiens pour cette catégorie. Notons également que tous les professionnels interrogés ont exposé au cours de leur entretien au moins une motivation de type relationnel - sauf 1 Médecin, 3 Diététiciennes et la Kinésithérapeute - soit 75% des professionnels, répartis de la manière suivante :

*Tableau 7. Répartition des motivations de type relationnel par catégorie professionnel*

Motivations relationnelles :	PEC à plusieurs	Rompre un isolement	Les 2 catégories	Aucune catégorie
<b>Médecin</b>	6/8 (M1, M3, M4, M5, M6, M7)	3/8 (M1, M6, M8)	2 Médecins (M1, M6)	1 Médecin (M2)
<b>Diététicienne</b>	5/8 (D1, D2, D3, D5, D8)	1/8 (D1)	1 Diététicienne (D1)	3 Diététiciennes (D4, D6, D7)
<b>Psychologue</b>	3/3 (P2, P4, P8)	2/3 (P4, P8)	2 Psychologues (P4, P8)	
<b>Kinésithérapeute</b>	0/1	0/1		1 Kinésithérapeute (K7)
<b>Total (/20)</b>	14/20	6/20	5/20	5/20

Notons que si la motivation de type relationnel « Prise en charge à plusieurs » concerne beaucoup de professionnels, la motivation de type relationnel « Rompre un isolement » semble concerner particulièrement les Psychologues (2/3, soit 66,66% des Psychologues).

### *1.1.2.3. Les motivations liées à la trajectoire de vie*

**1.** Cette classe de motivation que nous n'avions pas envisagée au départ, renvoie au fait que ce qui a motivé certains professionnels à adhérer relève d'une démarche correspondant soit à une **continuité dans leur trajectoire de vie** (professionnelle et/ou personnelle), soit à un **hasard**, une rencontre.

Dans le premier cas, la **continuité dans la trajectoire de vie** s'inscrit, pour certains, dans le maintien de choix personnels, pour d'autres, dans une logique, plus sous l'influence d'autrui, de socialisation professionnelle.

Le maintien de choix personnels :

- « *Je me suis installée en 2005, en janvier 2005 et dans ce cadre-là, j'ai fait des recherches pour bien chercher au niveau du réseau à explorer le réseau, travailler en proximité* ». Psychologue
- « *Parce que voilà je faisais partie déjà [d'un autre réseau RéPPOP] donc ça me paraissait, voilà dans la continuité de faire partie du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées. Ça m'avait plu comme participation* ». Diététicienne

Une **logique de socialisation professionnelle influencée par autrui** :

- « *Quand je me suis installée, en fait, la diététicienne à qui j'ai repris le cabinet de L., en fait faisait partie du réseau, m'a parlé du réseau et donc, j'ai intégré le réseau* ». Diététicienne
- « *Ça correspondait un petit peu à une recherche que j'avais, due aux petits patients que je soignais déjà et à une demande de la patientèle donc j'ai accepté d'adhérer* ». Kinésithérapeute
- « *J'avais la chance de connaître Madame le professeur Tauber, donc qui m'a dit à ce moment-là qu'elle montait ce réseau* ». Médecin

**2.** Dans le second cas, lorsque la motivation relève **du hasard**, c'est le plus souvent, une information ou une invitation, donnée par un tiers, qui est évoquée.

- « *J'avais été informée par la diététicienne qui travaille à la clinique et donc je m'étais rapprochée de l'équipe de pédiatrie et de là j'ai fait la journée de formation* ». Médecin
- « *On a reçu une invitation à participer à une journée d'information et ça m'a paru très intéressant* ». Kinésithérapeute
- « *Quand je me suis installée dans ma pratique libérale je suis allée à la rencontre des professionnels de santé qu'il y avait sur le terrain, dont les endocrinologues de la clinique tout proche de chez moi et donc, quand j'ai fait connaissance avec elles et que j'ai présenté un petit peu mes méthodes de travail, un des médecins m'a indiqué, voilà, qu'elle, elle travaillait dans le cadre de la prise en charge du surpoids chez l'enfant, dans un réseau et elles m'ont vivement recommandé si j'étais intéressée de me mettre en lien pour pouvoir faire partie de ce réseau-là* ». Psychologue

**Tableau 8. Répartition des motivations liées à la trajectoire de vie par catégorie professionnelle**

Motivations liées à la trajectoire de vie :	Continuité	Hasard/aléas	Les 2 catégories	Aucune catégorie
<b>Médecin</b>	5/8 (M1, M2, M6, M7, M8)	2/8 (M4, M5)		1 Médecin
<b>Diététicienne</b>	8/8 (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8)	0/8		
<b>Psychologue</b>	2/3 (P4, P8)	2/3 (P2, P4)	1 Psychologue (P4)	
<b>Kinésithérapeute</b>	1/1 (K7)	1/1 (K7)	1 Kinésithérapeute (K7)	
<b>Total (/20)</b>	16/20	5/5	2/20	1/20

S'il est évident que, pour les Diététiciennes, le hasard ne joue pas dans l'adhésion au RéPPOP (0/8), la part de l'aléa et de la rencontre semble plus présente dans la démarche des Psychologues (2/3) et, dans une moindre mesure, dans celle de Médecins (2/8).

Comme pour ce qui concerne l'ancienneté, le repérage de différents types de motivation, permettra d'examiner l'homogénéité/hétérogénéité des motivations au sein des Trios/Duos et ses éventuels effets dans la dynamique collective.

## **1.2. Variables du niveau organisationnel**

### **1.2.1. La structuration en Trio ou Duo**

Comme nous l'avons précisé précédemment (cf. Chapitre IV) les 20 professionnels rencontrés se répartissent en 2 types de configurations : soit en Trio de partenaires (avec, comme prévu au départ, une prise en charge à 3 professionnels), soit en Duo de partenaires (lorsque, dans les faits, la prise en charge s'effectue à 2 professionnels).

**Tableau 9. Répartition de la population par Trio/Duo de partenaires**

Trio/Duo	Professionnel 1	Professionnel 2	Professionnel 3
<b>1</b>	Médecin	Diététicienne	
<b>2</b>	Médecin	Diététicienne	Psychologue
<b>3</b>	Médecin	Diététicienne	
<b>4</b>	Médecin	Diététicienne	Psychologue
<b>5</b>	Médecin	Diététicienne	
<b>6</b>	Médecin	Diététicienne	
<b>7</b>	Médecin	Diététicienne	Kinésithérapeute
<b>8</b>	Médecin	Diététicienne	Psychologue

Les 4 Duos sont tous composés d'un Médecin et d'une Diététicienne. Les 4 Trios sont en grande majorité (3/4) composés d'un Médecin, d'une Diététicienne et d'une Psychologue.

Quoi qu'il en soit, la place du Médecin dit référent de la prise en charge RÉPPOP et la place de l'acteur de santé spécialisé en diététique semblent être bien ancrées à la fois dans le fonctionnement propre au réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées mais aussi dans les représentations des professionnels et des familles. La place de l'« accompagnateur » et son choix (professionnel, famille, ami,...) semblent être « flous » voire parfois confondus avec celle de l'« acteur » : « *par rapport à l'accompagnateur et l'acteur je sais pas si on le réfléchit comme ça, puisqu'on a chacun nos professions, donc je pense qu'on fait avec ce qu'on est, on est de toute façon, l'un et l'autre accompagnateurs, donc je sais pas, là j'ai pas forcément de représentation précise.* » (Psychologue).

### 1.2.2. Relations du Trio/Duo avec l'équipe de coordination RÉPPOP

Comme nous l'avons précédemment exposé, notre approche du travail en réseau s'effectue à double niveau : d'une part au niveau du fonctionnement interne des Trios/Duos de partenaires, et d'autre part, au niveau des relations de ces Trios/Duos avec l'équipe de coordination du réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées. Nous pouvons constater que les liens avec l'équipe de coordination sont variables d'un Trio/Duo à l'autre :

*Tableau 10. Liens du Trio/Duo à l'équipe de coordination*

<b>Trio/Duo</b>	<b>Type de lien avec l'équipe de coordination</b>
<b>Duo 1</b>	Entretien de liens affinitaires avec des membres de l'équipe par un partenaire du Trio
<b>Trio 2</b>	Prise d'initiative pour participer aux activités générales du RÉPPOP pour un partenaire du Trio
<b>Duo 3</b>	Absence de lien
<b>Trio 4</b>	Lien professionnel à travers le relais du médecin du Trio
<b>Duo 5</b>	Absence de lien
<b>Duo 6</b>	Lien professionnel à travers le relais du médecin du Duo
<b>Trio 7</b>	Lien professionnel à travers le relais du médecin du Trio
<b>Trio 8</b>	Prise d'initiative pour participer aux activités générales pour un partenaire du Trio

Dans le Duo 3 et le Duo 5, les deux partenaires n'ont aucun lien avec l'équipe de coordination.

Dans le Trio 4, le Duo 6 et le Trio 7, le Médecin, en lien avec sa fonction officielle de médecin référent (c'est lui qui inclut le patient), occupe la place charnière de relais entre le Trio/Duo et l'équipe de coordination. Les relations s'inscrivent ici dans un cadre formel.

Le Duo 1, le Trio 2 et le Trio 8 présentent un autre cas de figure : celui où un membre du Trio/Duo entretient une relation privilégiée avec l'équipe de coordination, à titre personnel ; soit qu'il s'agisse d'une relation affinitaire (M1), soit qu'il s'agisse d'une initiative professionnelle (souhait de participer aux activités générales du Réseau (M2, D8)).

### ***1.4 La transformation des pratiques professionnelles***

Suite aux 20 entretiens réalisés nous pouvons catégoriser les effets perçus du travail en réseau au sein du RéPPOP Midi-Pyrénées sur les pratiques professionnelles en 3 catégories :

1. des transformations aux plans des savoirs, savoir-faire, et savoir être ;
2. un transfert des acquis de la pratique au sein du réseau vers la pratique hors réseau ;
3. un transfert des acquis de la pratique hors réseau vers la pratique au sein du réseau.

#### **1.4.1. Les effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transformation**

Les effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transformation sont centrés sur les **savoir-faire, les savoirs et les savoir être** des professionnels.

##### *1.4.1.1 Savoir-faire*

Au niveau des savoir-faire, nombre de professionnels ont développé **des compétences spécifiques, principalement en matière de** calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporelle), qu'ils ont inclus dans leur pratique au quotidien :

- « *Je suis beaucoup plus vigilante qu'avant à l'IMC chez les gamins c'est vrai que systématiquement je le fais et sur les carnets de santé quand ça y est pas je le note* ». Médecin
- « *C'est vrai que je fais plus systématiquement, je calcule plus facilement l'indice de masse corporelle chez l'enfant* ». Médecin

#### 1.4.1.2. Savoirs

Au niveau des savoirs, l'appartenance au réseau a permis à des professionnels d'acquérir de nouvelles connaissances ou de mettre à jour leurs **connaissances sur l'obésité**, et plus particulièrement sur la question de l'obésité pédiatrique :

- « *Dans la connaissance par rapport à la prise en charge de l'enfant dans sa globalité* ». Psychologue
- « *Ça oblige déjà à maintenir les connaissances à jour, essayer d'être compétent puisqu'on fait partie voilà on travaille pas en free style, on travaille avec d'autres partenaires et du coup, ben, ça oblige, voilà, à y voir un petit peu qu'est-ce qui se fait, obligé à aller se former, maintenir les connaissances à jour* ». Diététicienne
- « *Sur la question de l'obésité infantile, c'est une évidence que là, c'est les connaissances qui me sont apportées* ». Psychologue

Mais l'appartenance au réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées a aussi apporté des **connaissances sur la population** que représentent les enfants et les adolescents, permettant un nouveau regard :

- « *En pratiquant on finit par les connaître mieux aussi quoi enfin connaître leurs façons de peut-être de penser un peu mieux quoi* ». Médecin
- « *Ça m'a permis de connaître cette population de personnes avec des problèmes de poids, de se dire que c'est possible pour plein d'enfants d'arriver à leur donner le goût du sport, de l'effort, de l'amélioration de la santé, enfin et je trouve que quand même c'est vraiment le rôle du kiné* ». Kinésithérapeute

#### 1.4.1.3. Savoir être

Au niveau des savoir-être, nous observons les transformations liées aux **attitudes des professionnels** aux niveaux : de leur **positionnement professionnel** (reconnaissance par soi/reconnaissance par autrui), de la **prise en charge** (en général/en direction des enfants-adolescents inclus dans le RÉPPOP) et de la **façon de communiquer** (en général/avec les enfants-adolescents inclus dans le RÉPPOP/avec les parents/avec les autres professionnels).



Certains professionnels ont rapporté des transformations au niveau de leur **positionnement professionnel**. En effet, depuis l'adhésion au réseau, ils mettent en avant ce que nous pourrions nommer une **reconnaissance de soi par soi** : être membre du réseau constitue à présent pour eux une part de leur identité professionnelle fondée sur certaines valeurs ou sur la place occupée en tant que professionnel au sein du réseau. Enfin, certains ont souligné avoir pris du recul par rapport à leur pratique grâce à une remise en question ou une prise de conscience :

- « *La première chose peut-être que ça a changé, c'est que ça m'a complètement ouvert à la réalité de cette question, ben, de l'obésité ou du surpoids chez l'enfant et chez l'ado, donc il y a, c'est une prise de conscience importante chez moi. (...) Pas nécessairement une nouvelle identité professionnelle, je dirais au contraire que c'est une facette de mon identité, comme si ça me renvoyait au fait que, et c'est ça que je trouve très agréable dans ma pratique de psychologue, ça me renvoie au fait que je peux intervenir sur une multiplicité en quelque sorte de niveaux* ». Psychologue
- « *Je dirais que j'ai ma place en tant que diététicienne, voilà, on doute toujours un peu en libéral, on peut jamais se reposer sur ses lauriers, donc, voilà, oui je me dis que j'ai ma place* ». Diététicienne
- « *Donc, ben on fait pas des miracles, et voilà, peut-être plus humbles, quoi, une façon de travailler plus modeste* ». Diététicienne

Toujours au niveau du positionnement professionnel, certains mettent en avant une **reconnaissance par autrui**. L'appartenance au réseau leur donne une assise professionnelle et, dans le même temps, leur permet d'être mieux identifiés par les patients et les familles :

- « *Alors le fait d'appartenir à un réseau ça induit quand même une certaine validité de notre profession* ». Médecin
- « *Ça clarifie par contre très bien qui fait quoi* ». Diététicienne

Des professionnels ont rapporté des transformations de leur pratique au niveau de la **Prise en charge (PEC)** : PEC en générale et PEC RéPPOP. Depuis l'adhésion au réseau, ces professionnels déclarent que, dans la **PEC en général** (non centrée sur des problèmes de

surpoids), ils s'inscrivent davantage dans une prise en considération de la globalité du patient et un travail en coopération avec plusieurs professionnels. De même, il y a une évolution dans la **PEC du surpoids** qui se traduit par le fait d'être plus à l'aise avec cette problématique et de pouvoir, à partir de là, se situer davantage dans l'éducation et le conseil. Il leur semble pouvoir mieux orienter les patients. L'adhésion au réseau leur a donné accès à des pistes professionnelles, et a permis à certains de développer une certaine créativité dans la PEC en général :

- « *Alors je dirais que quand même on est sensibilisé.... Déjà d'être endocrinologue et de s'occuper quand même d'enfants, enfin c'est peut-être plus le fait d'être endocrinologue mais aussi d'être dans le réseau de s'occuper d'enfants en surpoids, on est quand même sensibilisé* ». Médecin
- « *Même si les patients ne rentrent pas dans le réseau RéPPOP, ben, j'essaie de leur donner des conseils ou de les orienter pour les aider* ». Médecin
- « *Ça m'a apporté une ouverture peut-être une ouverture et quelques pistes* ». Psychologue
- « *Oui, ça oblige, oui, à se renouveler, oui oui oui les enfants poussent à l'imagination, à la création, oui, oui, c'est vrai oui oui* ». Kinésithérapeute

Concernant la **PEC RÉPPOP**, l'appartenance au réseau permet à des professionnels d'avoir une nouvelle patientèle. Elle peut aussi apporter « *une belle PEC* », le sentiment d'avoir fait du « *beau travail* » qui répond mieux aux attentes et besoins des enfants/adolescents : la PEC est plus globale, différente, plus claire et plus dynamique, plus cadrée et faite avec plus de rigueur. Cette revalorisation du travail effectué s'accompagne aussi d'une réorientation de ce travail : les professionnels déclarent prendre plus de temps dans les consultations, être plus dans l'éducation ou la prévention. Cela va souvent de pair avec un changement de regard sur l'enfant obèse et une plus grande sensibilité aux aspects psychologiques du problème :

- « *Je pense qu'il y a une sensibilité que j'ai acquise par ce biais-là (...) Oui, ça je crois que, déjà, je pense que c'est un enfant qui souffre (...) je crois que même s'il*

donne l'apparence d'être bien ben dans leur peau quelque part les moqueries ils les essuient en permanence et je crois qu'il faut être attentifs à ça ». Médecin

- « Qu'effectivement il faut se donner du temps avec les enfants, je dirais que quand on s'installe qu'on est médecin on a peut-être pas, on a peut-être pas la notion que c'est dur, que c'est un travail de longue haleine chez les enfants par rapport à chez l'adulte, effectivement. Il faut beaucoup, beaucoup d'énergie, c'est vrai, que ça on l'apprend quand même au fil du temps en travaillant avec le réseau ». Médecin
- « Ça peut faire évoluer les pratiques, ça c'est une évidence (...) dans l'orientation, ça c'est certain, c'est-à-dire si à un moment donné quelqu'un vient me voir en disant j'ai un problème de surpoids, voilà, un parent pour son enfant ou un enfant, que je l'identifie je vais, voilà, parler de la structure, et de ce qui s'y passe, donc ça a modifié dans ça, dans l'orientation que je peux faire auprès des patients ». Psychologue
- « Travailler dans une, avoir une ligne de conduite quoi, après ben je pense on l'a quand même, hein, c'est pas parce qu'on fait partie du réseau qu'on a pas de ligne de conduite mais ben on se sent quand même plus obligé effectivement d'être dans le cadre on va dire ». Diététicienne

Enfin, beaucoup de professionnels ont rapporté des effets du travail en réseau sur leur **façon de communiquer** : en général, avec les enfants, avec les parents, avec les autres professionnels. Ils disent utiliser davantage de questions ouvertes, être plus attentifs à ne pas juger, limiter le nombre d'objectifs, se voir comme un guide dans le changement des pratiques alimentaires, disposer « d'arguments » afin de changer la représentation que les personnes ont de l'enfant obèse, utiliser un autre langage pour parler de l'obésité :

- « Par contre oui, oui, avec certains arguments permettant de changer la vision de l'enfant obèse quoi. La plupart des gens il est gros il est en bonne santé, ben non, c'est pas ça quoi. Donc en leur donnant des arguments quoi ». Médecin
- « Une autre communication et après aussi les questions ouvertes et tout ça, j'avais déjà commencé, faut continuer c'est pas évident. (...) De parler, de ne pas juger et tout ça, bon j'avais quelques notions déjà, puisque c'est vrai que j'aime bien tout ce qui est psycho ça me plaît, donc, mais, voilà, peut-être euh (...) Différent c'est une

*façon de faire que j'essaie d'appliquer tout le temps mais c'est pas évident c'est vrai qu'il faut mettre, voilà* ». Médecin

De même, **dans la communication avec les enfants/adolescents**, nombre de professionnels se déclarent plus à l'aise, avoir un meilleur contact avec eux pour parler des questions de l'obésité, savoir mieux s'y prendre pour qu'ils trouvent eux-mêmes les objectifs à atteindre :

- *« Plus à l'aise peut-être pour les problèmes de poids, voilà, oui, avec les enfants que peut-être je peux côtoyer »*. Kinésithérapeute
- *« Eventuellement ce qui a changé, c'est que je m'impose que les objectifs fixés soient donnés par l'enfant. En les aiguillant bien sûr mais peut-être qu'avant d'adhérer au réseau, les enfants, les adolescents que je pouvais prendre en charge je pense que peut-être je les guidais un peu trop, enfin je donnais la réponse avant même qu'eux ne la trouvent. Alors que là, maintenant, c'est vrai que je m'oblige quand même à respecter le fait que ce soit l'enfant qui mette en place ses objectifs. Si ça convient pas, bon ben moi j'oriente, mais ça oui c'est peut-être »*. Diététicienne

Des professionnels disent être plus à l'aise dans **la communication avec les parents**, parce qu'ils peuvent leur parler du réseau. Ils essaient aussi de davantage comprendre le fonctionnement de la famille afin que les parents trouvent eux-mêmes ce qu'il faut modifier :

- *« J'essaie peut-être un peu plus de comprendre comment la famille fonctionne et les amener eux-mêmes à trouver ce qu'ils peuvent modifier sans forcément leur imposer »*. Médecin
- *« De savoir que ce réseau existe, savoir en parler à des parents »*. Kinésithérapeute

Pour finir, certains soulignent un effet sur la **communication entre professionnels** avec plus de coopération, de liens pluridisciplinaires et de partages :

- *« Ce suivi, ces outils qu'on a pour communiquer entre nous [c'est un apport important] »*. Diététicienne
- *« Ça, effectivement, c'est quelque chose d'important et je trouve ça aussi important et agréable de pouvoir communiquer avec d'autres professionnelles sur des thématiques »*

qui nous touchent et auxquelles on est confrontées et sur lesquelles on a pas nécessairement les mêmes visions mais pour lesquelles on travaille dans le même sens ». Psychologue

1.4.1.4. Synthèse relative aux effets sur les pratiques professionnelles en termes de transformation des savoirs, savoir-faire et savoir être

19 professionnels sur les 20 rencontrés (95%) sont concernés par de telles transformations qui se répartissent de la manière suivante :

**Tableau 11. Répartition par catégorie professionnelle des effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transformation**

Transformation	Savoir-faire	Savoir	Savoir être	Aucune catégorie	Les 3 catégories
<b>Médecins</b>	4/8 (M1, M2, M7, M8)	2/8 (M4, M8)	8/8 (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8)		1 Médecin (M8)
<b>Diététiciennes</b>	0/8	1/8 (D3)	7/8 (D1, D2, D3, D4, D6, D7, D8)	1 Diététicienne (D5)	
<b>Psychologues</b>	0/3	2/3 (P2, P8)	3/3 (P2, P4, P8)		
<b>Kinésithérapeute</b>	0/1	1/1 (K7)	1/1 (K7)		
<b>Total (/20)</b>	4/20	6/20	19/20	1/20	1/20

Le résultat le plus saillant de cette analyse est l'accent mis par tous les professionnels sur l'impact du travail en réseau en termes de transformation des savoir être : même si l'apport technique du calcul de l'IMC revient souvent, c'est indéniablement la transformation du regard porté sur l'enfant obèse et sa famille, la transformation des modes de communication avec eux et la re-définition de son rôle auprès d'eux (plus « guide » que « détenteur de la réponse ») qui constituent l'effet majeur de la participation au RÉPPOP sur la pratique professionnelle.

#### 1.4.2. Les effets perçus en termes de transfert des acquis de la pratique au sein du réseau vers la pratique hors réseau

Des professionnels ont rapporté des effets sur leurs pratiques professionnelles en termes de transfert : ils ont transféré certains acquis de leur pratique au sein du réseau RéPPOP dans leurs pratiques professionnelles hors réseau.

Ces acquis transférés concernent :

1. **Des outils** : des professionnels disent calculer maintenant systématiquement l'IMC de leurs patients (enfants/adultes) non inclus dans le réseau, mais pouvant présenter un risque de surpoids ;
2. **Des connaissances** : par exemple, un professionnel utilise les connaissances acquises dans le cadre du réseau pour intervenir dans un établissement scolaire dans des activités de prévention ;
3. **Des compétences communicationnelles** : certains professionnels ont développé de nouveaux liens en créant d'autres petits réseaux et en s'appuyant sur les démarches de mise réseau expérimentées dans le cadre du RéPPOP.
  - « *Je suis beaucoup plus vigilante qu'avant à l'IMC chez les gamins c'est vrai que systématiquement je le fais et sur les carnets de santé quand ça y est pas je le note* ». Médecin
  - « *Qu'on fonctionne c'est-à-dire ne pas forcément être prescripteur de régime mais plutôt un guide dans le changement des pratiques et c'est vrai quand on voit comment ça marche bien sur les enfants, et sur les familles, oui, ça renforce l'idée qu'il faut mettre ça en place dans la prise en charge même individuelle de l'adulte, ouais* ». Diététicienne
  - « *On crée notre propre réseau* ». Diététicienne
  - « *Je dirais [que j'ai utilisé] plus le côté lien avec les professionnels* ». Diététicienne
  - « *J'ai également trouvé un poste de psychologue dans un établissement scolaire, donc dans un collège-lycée où je reçois effectivement des jeunes dont la*

*problématique de l'alimentation peut faire complètement partie du tableau des éléments évoqués et donc, là aussi, il y avait cette envie de pouvoir travailler avec d'autres, j'oserais dire professionnels, donc là, des enseignants etc., des éducateurs de manière à croiser nos regards pour apporter quelque chose de global à l'enfant ». Psychologue*

Nous pouvons ainsi constater qu'il y a bien des effets perçus de l'appartenance au réseau RéPPOP sur les pratiques professionnelles en termes de transfert Réseau-Hors réseau pour 15 professionnels sur les 20 interrogés (75%) répartis de la manière suivante.

**Tableau 12. Répartition des effets en termes de transfert réseau/hors réseau par catégorie professionnelle**

	<b>IMC</b>	<b>Autres outils PEC RéPPOP</b>	<b>liens avec autres professionnels</b>	<b>connaissances</b>	<b>Aucune catégorie</b>
<b>Médecins</b>	3/8 (M1, M7, M8)	6/8 (M2, M3, M4, M6, M7, M8)	0/8	0/8	1 Médecin (M5)
<b>Diététiciennes</b>	0/8	4/8 (D1, D2, D7, D8)	3/8 (D3, D4, D8)	0/8	2 Diététiciennes (D5, D6)
<b>Psychologues</b>	0/3	1/3 (P2)	1/3 (P4)	1/3 (P4)	1 Psychologue (P8)
<b>Kinésithérapeute</b>	0/1	0/1	0/1	0/1	1 Kinésithérapeute (K7)
<b>Total</b>	3/20	11/20	4/20	1/20	5/20

### **1.4.3. Les effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transfert des acquis de la pratique hors réseau vers la pratique au sein du réseau**

Des professionnels ont rapporté comment le travail au sein du RéPPOP a motivé des transferts d'acquis de leur pratique hors réseau vers leurs activités au sein du réseau afin d'enrichir celles-ci et de se les approprier. Il s'agit ici :

1. **De connaissances et de savoir-faire développés dans des pratiques professionnelles antérieures** : notamment des expériences de travail en équipe (par exemple auprès de personnes âgées) qui ont permis d'acquérir des compétences en matière d'animation, d'écoute de coordination ;
2. **D'outils spécifiques, qui ne « seraient pas forcément des outils proposés par le réseau » et qui y sont transférés** :
  - « *Savoir gérer un groupe, savoir parler en public, savoir-faire une animation, ça c'est quelque chose que j'avais déjà acquis avant et dans ma pratique, là, ici, je pense que ce qui m'a beaucoup servi c'est le côté aller au-delà de ce que les gens disent pour récupérer leurs vrais besoins, leurs vraies attentes et après leur donner des solutions qui ne sont pas forcément celles qu'ils expriment, ils arrivent ici en disant, voilà, je veux ça, mes besoins c'est ça, et en fait, leurs vraies attentes c'est pas forcément celle qui est exprimée c'est une autre à côté et leurs vrais besoins eux ils n'ont exprimé qu'une partie. Ce que j'ai fait avant me sert là-dessus beaucoup bon après sur plein de choses du quotidien mais je dirais sur le fondamental de la vraie pratique ça compte* ». Diététicienne
  - C'est aussi, par exemple, la Kinésithérapeute qui s'inspire des séances de groupe qu'elle propose aux adultes pour innover dans le cadre de la prise en charge RÉPPOP en proposant également aux enfants/adolescents inclus dans le réseau des séances de travail collectives.

Ces transferts de la pratique hors réseau vers la pratique au sein du réseau concernent moins de professionnels que les précédents (6 professionnels sur les 20 interrogés, soit 30%). Ils sont répartis de la manière suivante :

**Tableau 13. Répartition des effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transfert hors réseau/réseau par catégorie professionnelle**

	Transfert Hors Réseau- Réseau	Aucune catégorie
<b>Médecins</b>	1/8 (M7)	7/8
<b>Diététiciennes</b>	3/8 (D2, D4, D8)	5/8
<b>Psychologues</b>	1/3 (P4)	2/3
<b>Kinésithérapeute</b>	1/1 (K7)	0/1
<b>Total</b>	6/20	14/20



Il apparaît que ce sont les Diététiciennes et la Kinésithérapeute qui sont les plus concernées par ces transferts des acquis de la pratique hors réseau vers la pratique du réseau.

### ***1.5. Evolution de la santé psychique au travail***

Nous décrivons les effets perçus du travail en réseau sur la santé psychique selon 2 catégories :

- Les effets positifs perçus,
- Les effets négatifs perçus.

#### **1.5.1. Les effets positifs perçus de l'appartenance au réseau sur la santé psychique au travail**

Les effets positifs perçus sur la santé psychique au travail sont repérables à 3 niveaux : un **meilleur bien-être psychologique**, la perception du **réseau de santé comme une ressource**, des effets positifs sur **l'identité professionnelle**.

##### *1.5.1.1. L'amélioration du bien-être psychologique*

De nombreux professionnels ont rapporté, au cours de l'entretien, un vécu positif de l'appartenance au réseau. Ainsi, des professionnels ressentent du **bien-être** de par une absence de pression et moins de stress. Ce mieux être ressenti est aussi référé à une prise en charge perçue comme plus simple, en toute autonomie, qui apporte du confort voire qui a un côté agréable. De plus, le fait que des prises en charge soient remboursées est aussi source de bien-être pour certains professionnels que la question de l'argent peut mettre mal à l'aise :

- « *Alors oui ça nous permet justement de ne pas nous sentir sous pression* ». Diététicienne
- « *Ça me renvoie au fait que je peux intervenir sur une multiplicité en quelque sorte de niveaux et ça me renvoie à une espèce de confort ou quelque chose d'agréable, voilà, j'ai cette possibilité-là* ». Psychologue
- « *Ça me plaît de ne pas avoir ce rapport d'argent avec les patients, ça c'est quelque chose qui me plaît parce que c'est vraiment un problème pour moi d'arriver en fin de consultation et de dire, bon, ben maintenant faut sortir le chéquier. Pour moi c'est atroce, c'est toujours aussi difficile, j'ai énormément de mal à faire ça et je suis pas*

*commerciale pour 2 sous, donc voilà, c'est ça qui me plaît vraiment dans le réseau, c'est qu'on n'est plus dans un rapport d'argent et ça change énormément les choses ».*

Diététicienne

Appartenir au réseau **rassure** aussi certains professionnels pour différentes raisons : il y a la formation initiale mais aussi le fait d'être une équipe. De même, les patients sont inclus dans un parcours de soins ce qui peut rassurer le patient et la famille mais aussi rassurer le professionnel qui devient plus confiant, car assuré et soutenu vis-à-vis des compétences et des résultats :

➤ *« Ça se fait quand même en équipe, moi je me sens rassurée par les gens qui sont au RéPPOP également qui ont demandé conseils, voilà. On n'est pas seul quand même dans la nature voilà. Le travail en équipe c'est fait pour ça quoi, de toute manière ».*

Médecin

➤ *« Moi je me sens soutenue, dans le sens où, voilà, je sais que si j'ai un problème avec un enfant j'ai un interlocuteur, parce que c'est vrai que dans d'autres pathologies, parfois, on se sent plus seule, là, c'est vrai qu'on sent quand même que je peux appeler facilement le médecin, ça je suis sûre que voilà, et même les autres intervenants, je pense, que oui, oui, oui. (...)Oui, ou de, ça rassure sur un peu ses compétences, sur le résultat qu'on va avoir, voilà, oui, je pense qu'on est peut-être plus sûr des résultats obtenus que une prise en charge seule oui ».* Kinésithérapeute

➤ *« C'est vrai que par le biais du réseau c'est aussi beaucoup plus simple finalement. Voilà, ça rassure toujours de se dire qu'on fait partie d'un réseau, que ce soit pour soi ou pour le patient, l'entourage du patient, voilà, dire qu'on fait partie d'un réseau c'est vrai que de suite ça rend les choses un petit peu plus simples finalement ».*

Diététicienne

Certains professionnels estiment quant à eux que le réseau leur apporte plus de **dynamisme** dans la prise en charge car pour eux, le travail au sein du réseau et donc en lien avec les autres professionnels est : intéressant, plaisant, enrichissant et stimulant. Des professionnels soulignent aussi un travail plus global, tandis que d'autres rapportent plus d'implication et de motivation voire de professionnalisme de par une pratique qui a plus de

sens pour eux. De même, le réseau apporte des connaissances et des moyens permettant une prise en charge plus claire et précise :

- « *C'est beaucoup plus intéressant parce qu'on sait exactement que ce qu'on peut apporter et voilà donc c'est plus clair, quoi, c'est plus clair, c'est plus précis* ». Diététicienne
- « *Alors, ça m'apporte effectivement comme on est en train de le dire, le lien avec d'autres professionnelles qui peut être plutôt, voilà, stimulant, intéressant, enrichissant* ». Psychologue
- « *Ça permet aux parents de comprendre que c'est, c'est social, quoi c'est la santé publique ; le fait de mettre en réseau, ça met en place ça, ça met en place que les parents c'est quand même un réseau ça veut dire que tout le monde va essayer de se bouger quoi* ». Médecin

Enfin, des professionnels ont un vécu positif en termes de **satisfaction** car le travail est abouti, mais aussi car appartenir au réseau permet de mieux répondre aux besoins et attentes du patient et de la famille, ce qui est gratifiant, valorisant, plaisant et enrichissant :

- « *Donc j'ai eu un sentiment de satisfaction même si les résultats n'étaient pas là de me dire que j'avais fait ce qu'il fallait. (...)Oui, il me semble quand même, déjà au départ le fait de proposer une prise en charge pluridisciplinaire c'est quelque chose qui rassure en tout cas les parents, ça permet d'être complémentaires donc je pense qu'effectivement je réponds mieux à leurs attentes* ». Médecin
- « *C'est très valorisant et pour nous la chose la plus importante, c'est ça, c'est revoir les patients quelques années après, qui vont bien, qui sont des adultes, de jeunes adultes qui vont bien et que notre travail a, les a aidés à se sentir mieux dans leur peau, mieux dans leur vie et à avancer* ». Diététicienne
- « *Puisqu'on a une belle prise en charge à proposer donc après coup je pense qu'au niveau satisfaction ça apporte aussi on a quelque chose de bien à proposer des choses à proposer. (...) Il y a cette diversité de pratiques qui est une richesse* ». Diététicienne

1.5.1.2. Réseau comme ressource

Des professionnels ont avancé le fait de trouver dans le RéPPOP une ressource grâce à l'échange, la discussion et la confrontation : le réseau devient pour eux un atout, un plus et une aide. De plus, l'équipe de coordination au CHU Toulouse Purpan Hôpital des enfants est aussi un soutien qui forme les professionnels et leur apporte des réponses de spécialistes. Pour d'autres, c'est le Trio/Duo de partenaires et non le réseau de santé et son équipe de coordination qui est perçu comme une ressource :

- « *Moi je me sens soutenue, dans le sens où, voilà, je sais que si j'ai un problème avec un enfant j'ai un interlocuteur, parce que c'est vrai que dans d'autres pathologies, parfois, on se sent plus seule, là, c'est vrai qu'on sent quand même que je peux appeler facilement le médecin, ça je suis sûre que voilà, et même les autres intervenants, je pense, que oui, oui, oui.* » Kinésithérapeute
- « *Oui, c'est sûr que, ben, le fait que ça existe, de toute façon ça nous permet en tous cas, de proposer quelque chose, éventuellement d'avoir une aide de médecin donc hospitalier dans la prise en charge de l'enfant, beaucoup plus facilement, puisque on peut contacter directement le secrétariat et je vous dis, les rapports que j'ai eu, moi, avec les médecins hospitaliers du réseau, ils ont toujours été très bons et ils apportent des réponses, quoi, quand on a des questions.* » Médecin
- « *Alors une ressource parce que le fait de pouvoir dire vous payez pas la consultation elle est prise en charge par le RéPPOP c'est déjà, rien que de ce point de vue là une ressource. De pouvoir dire c'est l'hôpital des enfants qui organise tout ça et à qui on doit se référer par le biais de ces différentes combinaisons c'est une sacrée ressource aussi, oui, c'est une sacrée ressource.* » Diététicienne

1.5.1.3. Identité professionnelle

L'appartenance au réseau de santé a, pour certains, des effets positifs sur leur **identité professionnelle** : être membre du réseau de santé rassure sur sa propre place en tant que professionnel et permet d'acquérir une meilleure estime et image de sa profession. Enfin, l'appartenance au réseau de santé permet une redéfinition de l'identité professionnelle et un enrichissement de cette dernière :

- « *Qu'on sait exactement que ce qu'on peut apporter et voilà donc c'est plus clair (...).Ça m'amène une clarté et une rassurance* ». Diététicienne
- « *Je trouve ça amène une bonne image, c'est bien connoté quand on se présente à des médecins, c'est plutôt bien vu quand on dit qu'on fait partie du réseau RéPPOP, je crois que c'est quand même plutôt bien connoté sur Toulouse* ». Diététicienne
- « *Certains patients en tous cas du fait qu'ils étaient adressés à moi par la médecine scolaire en particulier, on pensait pendant un certain temps que je m'occupais beaucoup effectivement de l'obésité chez les enfants bon c'est pas forcément uniquement le cas mais peut-être que oui par le biais de ce réseau j'ai eu un peu entre guillemet* » cette étiquette dont je ne me plains pas par ailleurs ». Médecin

#### 1.5.1.4. Synthèse des effets positifs sur la santé psychique au travail

Nous pouvons ainsi constater que de nombreux professionnels ont rapporté au cours de l'entretien une grande variété d'effets positifs sur leur santé psychique au travail depuis leur adhésion au réseau de santé RéPPOP Midi-Pyrénées. En effet, 18 professionnels sur les 20 rencontrés (90%) sont concernés, répartis de la manière suivante :

**Tableau 14. Répartition des effets positifs perçus sur la santé psychique au travail par catégorie professionnelle**

Effets positifs	Amélioration du bien-être psychologique	Réseau perçu comme une ressource	Valorisation Identité professionnelle	Les 3 catégories	Aucune catégorie
<b>Médecins</b>	8/8 (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8)	7/8 (M1, M2, M3, M4, M6, M7, M8)	2/8 (M3, M4)	2 Médecins (M3, M4)	
<b>Diététiciennes</b>	7/8 (D1, D2, D3, D4, D6, D7, D8)	7/8 (D1, D2, D3, D4, D6, D7, D8)	2/8 (D1, D3)	2 Diététiciennes (D1, D3)	1 Diététicienne (D5)
<b>Psychologues</b>	1/3 (P4)	2/3 (P4, P8)	1/3 (P4)	1 Psychologue (P4)	1 Psychologue (P2)
<b>Kinésithérapeute</b>	1/1 (K7)	1/1 (K7)	0/1		
<b>Total</b>	17/20	17/20	5/20	4/20	2/20

Nous constatons que la quasi-totalité des professionnels identifient des effets positifs en termes d'amélioration du bien-être psychologique et de perception de soutien, alors que la valorisation de l'identité professionnelle apparaît comme un effet plus marginal.

### **1.5.2. Les effets négatifs perçus de l'appartenance au réseau sur la santé psychique au travail**

Les effets négatifs perçus de l'appartenance au réseau de santé sur la santé psychique au travail se manifestent sous la forme d'**un vécu négatif et de perception de contraintes**.

#### *1.5.2.1. Vécu négatif*

Des professionnels ont rapporté un vécu négatif de la participation au réseau de santé, référé à l'expérience d'un stress pouvant avoir une répercussion sur la vie hors travail. Ce vécu négatif peut être dû à une prise en charge qui demande plus de travail et, de ce fait, peut entraîner de la démotivation, un essoufflement voire un découragement et un abandon de la coopération. Mais c'est aussi, face aux difficultés de mise en place du travail collectif, la déception et une perte d'idéal qui peuvent amener les professionnels à remettre en question leur participation au réseau. Enfin, des professionnels ont souligné que le manque de formation - après la formation initiale - ne permet pas l'échange et la rencontre avec les autres membres du réseau, ce qui représente pour eux une limite voire un défaut du travail en réseau :

- « *Je pense même que ça fait peut être un frein à la bonne prise en charge. Là, j'étais en train, avant que vous appeliez, j'étais en train de me poser la question, si j'allais pas, justement, ne plus faire partie du réseau. (...)J'attends pas du réseau qu'il m'apporte du bien-être ni de la satisfaction, dans la mesure où ça se fait pas comme ça, voilà, ça se fait pas dans le sens où j'aimerais, c'est pas grave, hein, c'est pas grave, d'où mon idée de quitter le réseau et de dire, puisque ça apporte rien ou pas grand-chose, ou peut-être que ça apporte quelque chose mais que je ne l'ai pas vu ; ben peut-être que voilà , c'est pas la peine que je fasse partie du réseau ».*

Diététicienne

- « *J'ai eu d'autres projets professionnels qui se sont imbriqués donc il a fallu que je fasse des choix et c'est vrai que j'ai un peu laissé cette formation –là et le côté*

*RéPPOP de côté, peut-être dû à cette expérience aussi unique qui m'avait insatisfaite, donc, du coup, voilà j'ai préféré privilégier d'autres choses plutôt que ça* ». Psychologue

- « *Il y a peut-être pas assez de formation dans le cadre du réseau. Il y en a, quand même il y en a ... C'est vrai qu'on va à certaines formations pour essayer de se remotiver, je dirais, parce que on s'essouffle* ». Médecin
- « *C'est quand même plus stressant [de travailler comme cela]* » Médecin

#### 1.5.2.2. La perception de contraintes

Appartenir au réseau de santé peut être contraignant. Des Médecins mettent en avant des contraintes liées aux aspects administratifs de la prise en charge ou aux problèmes informatiques pouvant entraîner des retards dans la mise à jour des dossiers des patients. Pour des Diététiciennes, le fait que seules quatre consultations diététiques par an soient prises en charge financièrement par le réseau, et donc que les familles n'aillent pas au-delà de ces quatre consultations, représente une limite importante entérinant un manque de temps pour la prise en charge : le travail devient plus compliqué, plus long et fastidieux. La question du manque de temps a été également soulignée par des Médecins. Enfin, une Diététicienne évoque une difficulté d'organisation quand il faut se rendre le soir à Toulouse pour assister aux réunions organisées par l'équipe de coordination RéPPOP. Sont aussi avancées les contraintes et limitations liées au fait que l'intégration des enfants dans le réseau ne peut se faire que par un Médecin adhérent et formé :

- « *J'ai besoin de plus de 4 fois, 4 fois ça suffit pas. Comment modifier les pratiques culinaires sur 4 séances dans l'année avec la première qui est le bilan où on va faire le point de tout, on n'a pas le temps, donc du coup, dans ce sens-là ça, oui ça peut être une limite* ». Diététicienne
- « *Du point de vue administratif et tout ça c'est une contrainte. (...) Tant qu'il y aura ce problème informatique, c'est sûr que voilà c'est pas super* ». Médecin
- « *C'est vrai que c'est pas toujours évident, c'est pas toujours comme on l'a idéalisé (...) Je crois c'est connoté toujours RéPPOP comme quelque chose de long et fastidieux, à la fois pour le professionnel comme pour l'enfant et voilà, c'est un peu, on se dit déjà à l'avance ouf est ce qu'on va y arriver, voilà, alors que des fois faut un*

*peu de légèreté et puis ça passe un peu, mieux. (...) Malheureusement, voilà, des fois, le fait qu'on ne soit pas dans un rapport d'argent fait que les gens ne sont pas impliqués. C'est un paradoxe, c'est vraiment compliqué* ». Diététicienne

- « *En termes de temps, enfin maintenant avec le dossier informatique, moins, mais en termes de temps, oui, c'en était une, il fallait quand même être motivé pour* ». Médecin

### 1.5.2.3. Synthèse des effets négatifs perçus sur la santé psychique au travail

Nous pouvons ainsi relever qu'un nombre significatif de professionnels ont rapporté des effets négatifs perçus sur la santé psychique au travail. En effet, 12 professionnels sur les 20 rencontrés, c'est-à-dire 60%, sont concernés, répartis de la manière suivante :

**Tableau 15. Répartition par catégorie professionnelle des effets négatifs perçus sur la santé psychique au travail**

Effets négatifs	Vécu négatif	Contraintes	Les 2 catégories	Aucune catégorie
<b>Médecins</b>	4/8 (M2, M3, M6, M7)	6/8 (M2, M4, M5, M6, M7, M8)	3 Médecins (M2, M6, M7)	1 Médecin (M1)
<b>Diététiciennes</b>	3/8 (D3, D5, D7)	3/8 (D3, D5, D7)	3 Diététiciennes (D3, D5, D7)	5 Diététiciennes (D1, D2, D4, D6, D8)
<b>Psychologues</b>	1/3 (P2)	0/3		2 Psychologues (P4, P8)
<b>Kinésithérapeute</b>	1/1 (K7)	0/1		
<b>Total</b>	9/20	9/20	6/20	8/20

A l'examen de cette répartition, nous pouvons relever que ce sont les Médecins qui perçoivent le plus de contraintes, et les Psychologues qui rapportent le moins d'effets négatifs. Nous pouvons aussi noter qu'en ce qui concerne les Diététiciennes, les vécus sont très contrastés : en effet 5 d'entre elles ne perçoivent aucun effet négatif, tandis que les 3 qui en rapportent les mentionnent aussi en termes de vécu négatif que de perception de contraintes.



### ***1.6. Synthèse générale des effets perçus de l'appartenance au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées***

Lorsque nous observons les transformations des pratiques professionnelles, nous constatons que des sujets sont concernés uniquement par le savoir-être (M3, M5, M6, D1, D2, D4, D6, D7, D8, P4, soit 50%) alors que d'autres (M1, M2, M4, M7, M8, D3, P2, P8, soit 30%) sont concernés par le savoir-être ainsi que par d'autres niveau de transformation (savoir et/ou savoir-faire). Nous constatons également qu'un sujet (D5) n'a pas exposé de transformation.

Concernant le transfert des pratiques professionnelles, nous remarquons aussi une variabilité des effets : des professionnels ont uniquement transférés la pratique du réseau vers le hors réseau (M1, M2, M3, M4, M6, M8, D1, D3 D7, P2, soit 50%) alors que d'autres (M7, D2, D4, D8, P4, soit 25%) ont à la fois transféré la pratique du réseau vers le hors réseau, et la pratique hors réseau vers le réseau. Un professionnel (K7) a uniquement fait un transfert de la pratique hors réseau vers la pratique du réseau, et 4 professionnels (M5, D5, D6, P8, soit 20%) n'ont pas exposé de transfert.

Suite à l'analyse des données de nos entretiens, nous relevons que la perception d'effets positifs (par 18 sujets, soit 90%) sur la santé psychique prime sur la perception d'effets négatifs (par 12 sujets, soit 60%). Au regard de la question qui nous occupe - à savoir la variabilité des effets du travail en réseau - nous retiendrons la distinction entre les sujets qui perçoivent à la fois des effets positifs et des effets négatifs (M2, M3, D3, M4, M5, M6, M7, M8, D7, K7), les sujets qui ne relèvent que des effets positifs (M1, D1, D2, D4, P4, D8, P8 ) et ceux qui ne perçoivent que des effets négatifs (D5, M2).

Nous voyons donc l'existence d'une variabilité des effets de la participation au réseau de santé, d'une part au niveau des pratiques professionnels, et d'autre part, au niveau de la santé psychique au travail. Notre codage pour l'analyse des données dans la 3<sup>ème</sup> partie de ce chapitre fera référence à cette variabilité que nous venons de mettre en exergue.

## 2. Analyse de la dynamique collective des Trios/ Duos de partenaires

Le chapitre III a été l'occasion d'un cadrage théorique concernant la dimension collective du travail en nous appuyant sur trois notions clés : le travail collectif, le collectif de travail et l'activité collective. C'est à partir de cet étayage théorique que nous proposerons ici une analyse de la dynamique des Trios/Duos à partir des relations développées par les partenaires en « interne » et des liens qu'ils entretiennent avec le réseau RÉPPOP, en particulier avec l'équipe de coordination.

Pour rappel, le travail collectif sera étudié en fonction des 4 processus nécessaires à sa mise en œuvre (cf. Chapitre III) :

1. La coopération : elle renvoie au « travailler ensemble » entre partenaires du Trio/Duo sur un même objet, en vue de l'atteinte d'un objectif commun et dépend d'un référentiel opératif commun qui règle les actions des partenaires.
2. La coordination : elle renvoie à l'articulation des actions individuelles vers un but commun et donc à l'organisation du travail qui permet de faire jouer les complémentarités, et particulièrement, par la place centrale d'un professionnel au rôle de coordinateur au sein du Trio/Duo.
3. La concertation : en amont de la coopération, elle renvoie à l'établissement d'un climat d'entente en vue d'agir de concert et de concilier les divergences par : la confrontation, le débat, l'instauration de temps de rencontre pour se concerter entre partenaires du Trio/Duo.
4. La négociation : elle renvoie au mode de traitement et gestion des conflits entre partenaires du Trio/Trio : compromis, communication,....

Le collectif de travail sera étudié en fonction :

1. Des consonances/dissonances de représentations (d'un Trio /Duo qui fonctionne et d'un Trio/Duo qui a des difficultés de fonctionnement) qui guident les règles de fonctionnement,
2. Des consonances/dissonances des motivations initiales d'adhésion au RÉPPOP Midi-Pyrénées,

3. Du sentiment de reconnaissance et de confiance réciproques entre partenaires du Trio/Duo.

L'activité collective sera étudiée à travers les co-productions des Trios/Duos.

Nous avons utilisé ces indicateurs comme grille d'analyse de contenu des relations au sein des Trios/Duos et avons dégagé une typologie permettant de regrouper au sein d'une même classe des Trios/Duos dont la dynamique nous paraissait comparable. Ce sont trois classes ou types de dynamique collective que nous avons ainsi été amenés à distinguer.

### ***2.1. Classe 1 : la difficile instauration d'un travail collectif et l'absence d'un collectif de travail***

Nous avons rassemblé sous cette classe, le Trio 2 et le Duo 5 au sein desquels des difficultés de communication constituent le symptôme et/ou une entrave à l'instauration d'un travail collectif. Le Trio 2 se compose d'un Médecin femme généraliste en libéral (exerçant à mi-temps), membre du réseau depuis 1 an ; d'une Diététicienne en libéral membre du réseau depuis 1 an et exerçant dans deux cabinets ; d'une Psychologue en libéral, membre du réseau depuis 4 ans et engagée dans « *d'autres réseaux côté soins palliatifs* ». Le Médecin et la Diététicienne travaillent ensemble dans le cadre de prises en charge RéPPOP depuis 1 an. La Psychologue n'est, de fait, pas intégrée dans ces prises en charge.

Le Duo 5 se compose d'un Médecin femme généraliste en libéral qui a intégré le réseau depuis 10 ans et d'une Diététicienne en libéral membre du réseau depuis 7 ans et exerçant dans deux cabinets. Ces deux professionnelles travaillent toujours ensemble pour les prises en charge RéPPOP depuis 7 ans et déclarent n'avoir pas d'autres partenaires de par une « *pauvreté dans le secteur* » (propos médecin).

Aussi bien dans le Trio 2 que dans le Duo 5, on relève des **problèmes de communication**.

Au sein du Trio 2, ces problèmes de communication se cristallisent dans :

- Le retrait de la psychologue qui, suite à une unique expérience de prise en charge RéPPOP il y a 4 ans, expérience « *non satisfaisante* », ne sollicite ni ses partenaires du Trio, ni d'autres acteurs de santé à proximité de son lieu d'exercice.

Elle s'est tournée vers d'autres projets professionnels qui se sont présentés à elle « *en même temps* » et a « *lâché prise* ». Le RéPPOP : « *je m'en suis lassée, effectivement, donc certainement que j'aurais dû solliciter plus de communication* », « *j'ai préféré privilégier d'autres choses plutôt que ça* ». Ces nouveaux projets et nouveaux lieux d'exercice du métier ont été pour elle de nouveaux espaces de socialisation et de personnalisation où elle a pu donner plus de sens à sa pratique.

- Des dissonances très marquées dans les représentations réciproques du Médecin et de la Diététicienne : chacune a exposé, au cours de leurs entretiens respectifs, une prise en charge RéPPOP commune où apparaît un grand contraste dans leur représentation et évaluation de la situation. Là où, pour la Diététicienne la coopération fonctionne bien - « *une belle complémentarité* », « *on apporte chacune à notre manière, notre plus dans ces consultations* », il y a des « *liens réels* » à travers une communication par email et par le carnet de suivi - pour le Médecin, il n'y a « *quasiment rien* », pas de communication et « *pas de collectif* ». Nous pourrions imputer à la récence de la coopération (depuis 1 an à peine) ce défaut d'ajustement des représentations réciproques ; mais le contraste est tel que nous pouvons craindre l'installation durable d'un malentendu si aucune occasion ou initiative de régulation ne se présente.

Les partenaires du Duo 5 qui travaillent exclusivement ensemble dans le cadre du RéPPOP et communiquent par l'intermédiaire du carnet de liaison RéPPOP, partagent quant à elles le même constat d'un déficit de communication. Pour le Médecin, communiquer avec l'autre partenaire est « *une question de temps* » et elle déclare n'en prendre « *jamais le temps* ». Pour la Diététicienne, le carnet permet d'avoir « *un petit, petit semblant de communication* », mais « *il n'y a rien* », il n'y a pas de collectif car « *chacun travaille de son côté* ».

Si le constat est partagé, par contre il est signifié différemment par chacune des partenaires. Le Médecin s'en satisfait car elle fonctionne comme elle le « *sent* » : « *moi ça ne me gêne pas de travailler toute seule* », « *je ne suis pas pour absolument travailler seule ni pour travailler en réseau* ». Le carnet lui suffit, il est « *très bien* » car il lui permet de voir ce qu'a fait la Diététicienne et au besoin de noter si elle « *a des consignes* » à lui donner. La

Diététicienne, quant à elle, regrette l'absence de coordination : « *il n'y a pas de coordination* », « *on construit rien en fait, on ne met rien en place* » : « *on apporte rien d'autre qu'une simple consultation* », « *on l'utilise mal ce réseau* ».

Les deux partenaires n'investissent pas du tout le réseau et leur coopération de la même façon. La Diététicienne formule des attentes fortes à l'égard de sa partenaire et d'une véritable activité collective (« construire quelque chose »). Le Médecin, par contre, n'a pas les mêmes attentes envers elle : en fait, le Médecin considère que c'est l'enfant et sa famille qui sont son « *principal communicant* » et non l'autre partenaire professionnel. Les rôles respectifs ne font pas non plus l'objet de représentations partagées : à la coopération égalitaire que la Diététicienne semble appeler de ses vœux, c'est la vision d'une relation assez hiérarchisée que le médecin semble opposer (par exemple quand elle dit noter « *ses consignes* » sur le carnet de liaison). Plus qu'un malentendu, c'est ici un désaccord sur le sens même de la coopération qui est perceptible. Nous pouvons alors nous interroger sur la persévérance dans ce partenariat (depuis 7 ans) et les modes de régulation qui la rendent possible.

Si les dissonances fortes, internes au Trio et au Duo considérés, signent l'absence d'un collectif de travail à ce niveau de la structure, ce n'est pas davantage dans les relations au réseau RÉPPOP élargi que semble pouvoir se construire la référence à un « Nous ».

En effet, les partenaires du Trio 2 et du Duo 5, pour la majorité d'entre eux, n'ont **pas de relation avec l'équipe de coordination** du réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées. Dans le Trio 2, seul le Médecin est vraiment en lien avec l'équipe : de par sa fonction de Médecin référent et par sa fonction dans la formation. Les deux professionnelles du Duo 5 ont peu de relation avec l'équipe de coordination en raison notamment la distance géographique qui ne permet pas d'assister aux réunions programmées le soir. Elles ne connaissent pas bien l'équipe actuellement en place, à part la secrétaire. S'il y a communication pour les « *inclusions* » des patients, il est toutefois à noter qu'à ce jour, le médecin n'a jamais renvoyé les feuilles pour être remboursée des consultations RÉPPOP, ce qui signe une autre forme de « distance ».

Au bilan, la dynamique du Trio 2 et du Duo 5, **sans véritable travail collectif ni collectif de travail, ne permet pas une activité collective** et la construction des références et des représentations communes gage du développement des compétences et de la préservation de la santé psychique (Caroly, 2010, 2012). Le défaut de collectif pourraient ainsi favoriser les

situations de mal-être au travail où l'activité individuelle est empêchée (Caroly, 2010) et où un « *sentiment d'échec et d'incompréhension* » apparaît (Davezies, 2005 cité par Caroly, 2012, p.275). Le travail en réseau peut donc ne plus être pour le professionnel un lieu de socialisation et de personnalisation. A l'instar de la Psychologue du Trio 2 qui a désinvesti la coopération dans le cadre du RéPPOP il y a quelque temps, la Diététicienne du Duo 5 ne trouve plus de sens à sa pratique dans le réseau et souhaite se désengager : « *d'où mon idée de quitter le réseau et de dire, puisque ça apporte rien ou pas grand-chose, ou peut être que ça apporte quelque chose mais que je ne l'ai pas vu, ben peut-être que voilà, c'est pas la peine que je fasse partie du réseau* ».

## ***2.2. Classe 2 : une dynamique affinitaire support d'un travail collectif effectif et d'un collectif de travail défini hors-RéPPOP***

Nous avons rassemblé dans cette classe le Duo 1, le Duo 3 et le Trio 8 dont la dynamique s'appuie sur un travail collectif effectif et se spécifie par la construction d'un collectif de travail basé sur des relations de confiance et défini hors-RéPPOP.

Le Duo 1 se compose d'un Médecin femme généraliste en libéral qui a intégré le réseau il y a 1 an et d'une Diététicienne sur un poste en libéral et hospitalier qui est membre du réseau depuis 10 ans. Elles travaillent ensemble pour les prises en charge RéPPOP depuis 1 an.

Le Duo 3 se compose d'un Médecin femme généraliste en libéral qui a intégré le réseau depuis 9 ans et d'une Diététicienne en libéral qui a été membre du réseau RéPPOP Aquitaine en 2011 et est à présent membre du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées depuis 2012. Elles travaillent ensemble pour les prises en charge RéPPOP depuis 1 an.

Le Trio 8 se compose d'un Médecin homme généraliste en libéral membre du réseau depuis 10 ans, d'une Diététicienne en libéral membre du réseau depuis 3 ans et d'une Psychologue en libéral membre du réseau depuis 8 ans. Le Médecin et la Psychologue travaillent ensemble pour les prises en charge RéPPOP depuis 8 ans et les 3 partenaires ensemble depuis 3 ans.

Dans ces Duos et ce Trio, si la question de la disponibilité en temps est posée - « *les disponibilités de chacun ne correspondent pas* » (P8), « *ça demande beaucoup de temps* » (M3), « *je pense que ce qu'il faudrait c'est avoir un temps de réunion où on est posé et où on ventile tous les cas et où on fait un point ouais physique et tout ça* » (D1) - il apparaît clairement, qu'en cas de difficulté particulière, **tous ces professionnels ont le souci d'une régulation et d'une coopération** qui préserve les conditions d'un travail collectif. A titre d'exemple, nous pouvons évoquer « l'incident critique » rapporté par la Diététicienne du Duo 1 : cette professionnelle explique le problème posé par la mère d'un enfant pris en charge par le Duo, mère qui place l'autorité du Médecin au-dessus de celle de la Diététicienne et « parasite » leur communication en faisant « *remonter des données erronées* », en demandant « *au médecin des conseils qui sont du ressort de la diététicienne* ». Celle-ci ne remet pas en question l'autorité du Médecin mais la place que la mère lui donne dans le partenariat. Aussi la Diététicienne n'hésite-t-elle pas à téléphoner au Médecin pour « *reprendre et recadrer* » ce qui a été dit afin d'être dans la « *cohérence* ». Nous voyons ici l'importance accordée à la régulation. Dans le même sens, sont évoquées les ressources de la coopération face à des situations problématiques : « *Alors moi je fais toujours en sorte que ce soit le médecin parce que dans la tête des gens c'est quand même toujours le médecin qui a le bon discours du coup, quand du coup des fois ça traine en longueur mais il n'empêche que quand elle me dit oui I. a dit ça, ça, ça bon ben là, moi je passe un coup de fil et je dis voilà bon il s'est passé ça, bon voilà moi ce que j'avais dit voilà* » (D1).

S'il y a régulation, concertation, coopération, il est à noter que, dans ces Duos et ce Trio, **il n'y a pas à proprement parler de coordination instituée**. De fait, ce qui caractérise ce travail collectif, comme d'ailleurs le collectif de travail qui lui est associé, c'est **l'existence d'affinités fortes** datant, souvent, d'avant l'adhésion au RÉPPOP.

Ainsi, dans le Duo 1, la Diététicienne et le Médecin se connaissent « *sur le plan amical* » : « *la collaboration avec la diététicienne, mais je la connaissais avant de savoir qu'elle était sur le réseau RÉPPOP* » (M1). Dans le Duo 3, la Diététicienne et le Médecin ont des liens privilégiés, extra-RÉPPOP : « *en dehors du réseau, c'est un médecin qui a accepté, qui ne va pas travailler dans le réseau parce qu'elle est un peu déçue du réseau et qui m'envoie les enfants comme ça* », « *on a créé notre propre réseau* » (D3). Dans le Trio 8, la Psychologue

est en retrait mais la Diététicienne et le Médecin, en plus de fonctionner souvent ensemble pour les prises en charge RéPPOP, s'adressent mutuellement des patients non inclus dans le RéPPOP : « *moi je communique par mail puisque elle, elle m'envoie, mais elle le fait pour tous les patients que je lui adresse, pas uniquement que les enfants* » (M8 parlant de D8). De même, la Diététicienne du Trio 8 dit beaucoup échanger avec le Médecin et qu'au-delà du réseau qui a permis le démarrage de leur partenariat, ils continuent « *à travailler ensemble pour les adultes, de la même façon* », « *vraiment en partenariat* » (D8).

Ces relations affinitaires servent le travail collectif et permettent également **l'élaboration de références communes** : une même conception de la prise en charge qui soutient le développement de l'activité collective au-delà du cadre RéPPOP. Le collectif de travail, fondé au départ sur les relations affinitaires, s'est développé à travers l'appropriation collective du support et des outils RéPPOP pour un développement de l'activité hors RéPPOP. Comme si l'expérience du travail en réseau, support d'un travail collectif et d'un collectif de travail, orientait celui-ci vers une « émancipation » à l'égard de ce support initial et le développement d'une créativité « autonome ». Ainsi, par exemple, le Duo 3 a-t-il créé son propre réseau en développant des liens extra-RéPPOP : (ce réseau consiste à prendre en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses sans les inclure dans le réseau RéPPOP mais en fonctionnant de la même manière que s'ils y étaient inclus, c'est-à-dire en Duo de partenaires). Les partenaires ont réélaboré les règles de fonctionnement (« *pour certains enfants une consultation ça peut suffire* » (D3) au lieu du suivi de deux ans proposé par le réseau RéPPOP) et développent une activité collective hors réseau RéPPOP (« *c'est vrai que quand il y a un enfant qui va mal, j'ai systématiquement un mot, j'ai son mail, je lui envoie un mot, elle va me répondre et là j'ai l'impression qu'on travaille(...) on travaille en dehors du réseau* » D3).

Les partenaires du Duo 1, du Duo 3 et du Trio 8 donnent un sens à leur travail en se constituant en sujets actifs à travers une démarche d'innovation et de création de leur « propre réseau » (Almudever & al., 2013 ; Mègemont & Dupuy, 2013) ; ainsi, le Médecin du Duo 1 est-elle engagée dans une recherche active d'un partenaire Psychologue qui viendrait « étoffer » ce réseau.



Dans ces Duos et ce Trio, nous voyons que la **force de la confiance et du sentiment de reconnaissance mutuelle** est de nature à asseoir un collectif de travail en dépit de certaines dissonances dans les représentations, notamment, de ce qu'est un réseau qui fonctionne bien et de ce qu'est un réseau qui a du mal à fonctionner : si ces représentations sont consonantes dans le Duo 3, ce n'est pas le cas dans le Duo 1 et le Trio 8.

Dans le Duo 1, les représentations d'un Duo qui fonctionne et d'un Duo qui a des difficultés de fonctionnement sont dissonantes : le Médecin met en avant, dans les deux cas, la communication et le lien aux autres partenaires, tandis que la Diététicienne est centrée sur le respect de la place et du rôle de chacun des partenaires dans la prise en charge.

Dans le Trio 8, seule la Diététicienne a amené comme critères au bon fonctionnement, comme aux difficultés de fonctionnement d'un Trio la relation aux autres partenaires (connaissance du travail des autres et respect de la place de chacun). Les représentations sont consonantes entre le Médecin et la Psychologue qui ont tous deux évoqués comme critères, dans les deux cas de figures, la motivation et l'engagement du patient et de sa famille.

Si l'« homogénéité » des motivations observées dans ces Duos et ce Trio et la force des affinités qui les caractérisent, permettent de réguler la dissonance de certaines représentations relatives aux conditions d'un travail collectif, nous pouvons toutefois nous interroger sur l'obstacle que pourrait constituer, à long terme, le rôle central de cette dynamique affinitaire pour le développement du partenariat et de l'activité collective. La relative « marginalité » de la Psychologue dans le Trio 8, interpelle en ce sens.

### ***2.3. Classe 3 : un travail collectif et un collectif de travail basé sur le respect des places de chacun : la création d'un réseau dans le réseau***

Nous avons regroupé dans cette classe le Trio 4, le Duo 6 et le Trio 7 dont les dynamiques collectives se caractérisent par une appropriation collective de l'identité RéPPOP.

Le Trio 4 se compose d'un Médecin femme endocrinologue ayant son cabinet dans une polyclinique mais exerçant en « *consultation en secteur libéral* », membre du réseau depuis 7 ans ; d'une Diététicienne en libéral, membre du réseau depuis 8 ans ; et d'une Psychologue exerçant en libéral et dans une structure scolaire, membre du réseau depuis 4 ans. Le Médecin

et la Diététicienne travaillent ensemble pour les prises en charge RéPPOP depuis environ 7 ans, et toutes les 3 depuis 4 ans.

Le Duo 6 se compose d'un Médecin femme généraliste en libéral ayant une spécialité en endocrinologie pédiatrique qui a intégré le réseau depuis 8 ans et d'une Diététicienne exerçant en libéral et dans des structures (privée et publique), membre du réseau depuis 10 ans. Elles sont également membres d'un autre réseau de santé. Elles travaillent ensemble pour les prises en charge RéPPOP depuis 8 ans.

Le Trio 7 se compose d'un Médecin femme généraliste en libéral et d'une Kinésithérapeute en libéral membres du réseau depuis sa création (10 ans) et d'une Diététicienne en libéral, membre du réseau depuis 7 ans. Le Médecin et la Kinésithérapeute travaillent ensemble pour les prises en charge RéPPOP depuis 10 ans et les 3 partenaires ensemble depuis 7 ans.

D'emblée, il apparaît ici que nous avons affaire à des professionnels qui **travaillent ensemble depuis longtemps**. Les partenaires de ces Trios et de ce Duo ont mis en place des temps de concertation et de négociation par le biais de différents moyens de communication tels que le carnet de liaison RéPPOP, le téléphone, le courrier. Chacune est à l'initiative de communications afin de travailler en coopération et d'être « complémentaires » (M6), « cohérents », de « faire du lien » (M4) : « dans le petit livret on a les objectifs qu'on demande à l'enfant de poursuivre ou de mettre en place, donc effectivement moi j'essayais de faire quelque chose d'un peu cohérent avec ce qui avait été fait auparavant quoi, ou de faire appel à la psychologue par exemple si on avait des soucis sur des comportements qu'on arrivait pas à modifier » (M4). Ou encore : « on a un langage commun justement en s'appuyant sur le livret lorsque chacune, moi je prends pas les mesures la taille le poids donc je me réfère aux mesures des médecins et parfois les médecins me donnent des informations qu'ils ne notent pas sur le livret ; une puberté précoce, des choses comme ça et qui sont pas notées sur le livret. Moi par contre, je note les objectifs alimentaires qu'on a fixés ensemble et là elles renforcent pleinement » (D6).

Dans ces Trios et ce Duo, la dimension essentielle qui soutient le travail collectif comme le collectif de travail est **le respect de la place de chacun** et **une forme de loyauté envers ses**

**partenaires** ; c'est ce qui est évoqué dans la citation précédente en termes de « *elles [les autres partenaires] renforcent pleinement* ». Nous retrouvons l'attachement à ce principe dans beaucoup de discours. Ainsi, dans le Trio 4, « *chacun a son domaine de compétences, reste dans son domaine de compétences* » (D4), chacune tient compte des annotations de l'autre dans le carnet. Ce respect du rôle de chacun semble être renforcé par une relative **autonomie** dans la prise en charge : chacune « *individualise les axes de travail* » (P4) et « *adapte sa propre prise en charge et se fabrique des petits outils* » (D4) tout en ne contredisant pas ce qui a été dit et en tenant compte de ce qui a été fait par l'autre (Médecin). Dans le Trio 7, la Kinésithérapeute souligne de la même façon le respect des places de chacune : « *on reste un peu chacun à notre place mais à la fois on comprend et on sait ce que veulent un petit peu les autres acteurs* » et « *on peut pas se remplacer* », « *le médecin parfois y en a qui continuent à venir à la kiné qui voient plus le médecin référent, ça c'est quand même embêtant, donc là par contre je m'y oppose, je dis aux parents, que moi, je peux pas travailler, voilà* ». Cette loyauté se double d'une forme de fidélité : « *quand elle a besoin de quelqu'un en diététique c'est à moi qu'elle les envoie* » (Diététicienne 7 parlant du Médecin 7), « *on travaille toujours ensemble* » (D7).

Contrairement à ce que nous pouvons observer dans la classe précédente (l'absence d'une instance et/ou d'un rôle de coordination), ici **le Médecin référent assure ce rôle ainsi qu'un rôle de relais avec l'équipe de coordination du RéPPOP**. Il occupe une place tellement centrale que c'est lui qui fait office de référent RéPPOP : la Diététicienne du Duo 6 et la Kinésithérapeute du Trio 7, quand elles ont besoin de conseils, renseignements,... s'adressent directement au Médecin référent du Trio/Duo et non à un membre de l'équipe de coordination. La Psychologue du Trio 4 n'avait même « *jamais mesuré qu'au-delà du Trio dans lequel on fonctionnait, il y avait un réseau au-dessus de nous dans lequel on pouvait être en lien* » : le Trio/Duo devient ainsi un lieu de ressource plus important que le réseau lui-même.

De fait, le travail collectif, coordonné par le Médecin, et le collectif de travail, étayé sur le principe du respect des places et rôles des partenaires, ont permis l'engagement dans une **activité collective centrée sur le « soin » porté à l'action et au développement du RéPPOP** ; à travers la création d'un réseau RéPPOP au sein du RéPPOP.

Ainsi, le Trio 4 a-t-il créé, suite à « *une réflexion collective* » (M4) des journées d'éducation collectives entre partenaires du RéPPOP du même secteur en y associant les familles qui le désirent. La Psychologue et la Diététicienne du Trio 4 ont également mis en place un outil partagé (« *la boîte à soucis* » : « *on a construit une boîte à soucis avec cette petite fille et du coup, cette boîte à soucis servait de médiateur et quand elle allait chez la diététicienne ou le médecin, elle ramenait la boîte à soucis en disant ben voilà, j'ai travaillé ça, j'ai mis ça et chacune de nous ben on travaillait sur les soucis qui pouvaient empêcher l'alimentation bien sûr des domaines différents et à chaque fois, elle repartait avec petit papier qu'elle avait mis dans la boîte à soucis chez chacune de nous 3 en quelque sorte* » P4).

Les partenaires du Duo 6 ont institué un temps d'échange et de débat quand elles se retrouvent tous les deux mois pour des réunions concernant un autre réseau de santé. Dans le Trio 7, le Médecin s'était donné le rôle de motiver et de servir de liens entre les partenaires du secteur en organisant des réunions en soirée permettant d'échanger : « *j'essayais, je suis très investie par ce, comme je vous l'avais dit par téléphone, par ce travail-là, donc j'essayais de les réunir à mon cabinet avec le dossier du patient, j'essayais une fois par mois* » (M7). Ce sont de nouvelles règles de fonctionnement et un nouveau mode d'organisation du travail en réseau qui sont co-construits, afin de mieux « soigner » ce travail collectif (Bobillier-Chaumon & al., 2004 ; Molinier, 2006 ; Clot, 2008). C'est en se réappropriant collectivement l'identité « RéPPOP » qu'ils ont, à un autre niveau, construit leur collectif de travail, et ce, en dépit de représentations souvent dissonantes concernant les critères de définition d'un collectif qui fonctionne bien versus qui a des difficultés à fonctionner.

Par leur créativité, les partenaires ont amarré le Je au Nous dans un processus de personnalisation où le collectif devient une ressource, un moyen de développer leur identité professionnelle. Chaque partenaire est un « moteur » de cette dynamique collective donnant du sens à leur travail (Grosjean & Lacoste, 1999 citées par Caroly, 2010).

A l'issue de cette analyse qui nous a permis de caractériser et de contraster 3 types de dynamiques collectives à l'œuvre dans les Trios/Duos, nous sommes en mesure d'examiner à présent comment s'articulent les différentes variables retenues dans notre schéma d'hypothèses. Pour cela, nous proposons dans la 3<sup>ème</sup> partie de ce chapitre des analyses

comparatives quantifiées à même de faire apparaître certaines régularités indicatrices de relations plausibles.

### **3. Analyses comparatives quantifiées**

#### ***3.1. Lien entre l'ancienneté d'appartenance au réseau de santé et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail***

Au regard de la distribution des scores d'ancienneté d'appartenance au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées, notre population a été répartie en 3 sous-groupes : une ancienneté de moins de 4 ans ; une ancienneté comprise entre 4 ans et 8 ans ; et une ancienneté supérieure à 8 ans.

Tableau 16. Lien entre l'ancienneté d'appartenance au RÉPPOP et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail

Ancienneté	Professionnel	Transformation	Transfert	Santé psychique	Synthèse
<b>Ancienneté moins de 4 ans</b> N = 5	<b>Médecin 1</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Positif	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 40% Savoir-être + autre = 60% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 60% Hors réseau-Réseau = 40% <b>Santé psychique :</b> Positif = 60% Mitigé = 40%
	<b>Médecin 2</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Diététicienne 2</b>	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Diététicienne 3</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Diététicienne 8</b>	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
<b>Ancienneté comprise entre 4 ans et 8 ans</b> N = 8	<b>Médecin 4</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 50% Savoir-être + autre = 37,50% Pas transformation = 12,50% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 50% Hors réseau-Réseau = 25% Pas transfert = 25% <b>Santé psychique :</b> Positif = 37,50% Mitigé = 37,50% Négatif = 25%
	<b>Médecin 6</b>	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Diététicienne 4</b>	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Diététicienne 5</b>	Pas de transformation	Pas de transfert	Négatif	
	<b>Diététicienne 7</b>	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Psychologue 2</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Négatif	
	<b>Psychologue 4</b>	Savoir-être	t Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Psychologue 8</b>	Savoir-être + autre	Pas de transfert	Positif	
<b>Ancienneté supérieure à 8 ans</b> N = 7	<b>Médecin 3</b>	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 57,14% Savoir-être + autre = 42,86% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 42,86% Hors réseau-Réseau = 28,57% Pas transfert = 28,57% <b>Santé psychique :</b> Positif = 28,57% Mitigé = 71,43%
	<b>Médecin 5</b>	Savoir-être	Pas de transfert	Mitigé	
	<b>Médecin 7</b>	Savoir-être + autre	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Médecin 8</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Diététicienne 1</b>	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Diététicienne 6</b>	Savoir-être	Pas de transfert	Positif	
	<b>Kinésithérapeute 7</b>	Savoir-être + autre	Hors réseau-Réseau	Mitigé	

A la lecture du tableau, nous voyons qu'il semblerait que l'ancienneté d'appartenance au réseau de moins de 4 ans, comparativement aux 2 autres catégories, est associée à plus de transformations des pratiques professionnelles à tous niveaux (60%) ainsi qu'à plus de transfert de la pratique aussi bien du réseau vers le hors réseau (60%) que du hors réseau vers le réseau (40%). De même, ce sont les professionnels qui ont une ancienneté d'appartenance au réseau de moins de 4 ans qui ont exposé le plus d'effets uniquement positifs sur la santé psychique au travail (60%).

Une ancienneté supérieure à 8 ans, est associée à une perception plus mitigée des effets sur la santé psychique au travail (71,43%).

C'est exclusivement parmi les professionnels qui ont une ancienneté comprise entre 4 ans et 8 ans que nous trouvons les sujets qui ne rapportent aucune transformation de leur pratique et aucun transfert d'acquis d'expériences du réseau vers le hors réseau et réciproquement. C'est aussi dans ce sous-groupe que nous trouvons les sujets qui n'ont rapporté que des effets négatifs du travail en réseau sur leur santé psychique.

Il semble donc que c'est entre 4 et 8 ans d'ancienneté d'appartenance que se situe une phase de doute et de remise en question de l'intérêt de la participation au réseau ; après une phase d'enthousiasme initial et avant une phase de plus grande « lucidité » ?

### ***3.2. Lien entre les motivations initiales d'adhésion au réseau de santé et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail***

Lorsque nous observons les motivations rapportées, nous constatons que la nature de ces motivations n'est pas discriminante en tant que telle. Nous pouvons par contre ranger les professionnels en 2 sous-groupes selon qu'ils rapportent des motivations des 3 types distingués (1<sup>er</sup> groupe composé de 13 professionnels) ou simplement de 2 types (second groupe, composé de 7 professionnels : 1 pour les catégories « instrumentales et relationnelles » ; 5 pour les catégories « instrumentales et trajectoire de vie » ; et 1 pour les catégories « relationnelles et trajectoire de vie »).

***Tableau 17. Lien entre les motivations initiales d'adhésion et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail***

Motivations	Professionnel	Transformation	Transfert	Santé psychique	Synthèse
<b>Groupe 1 : 3 Types de motivations : instrumental, relationnel et liée à la trajectoire de vie</b>  <b>N = 13</b>	<b>Médecin 1</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Positif	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 38,46% Savoir-être + autre = 53,84% Pas transformation = 7,7% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 46,15% Hors réseau-Réseau = 30,79% Pas transfert = 20,06% <b>Santé psychique :</b> Positif = 46,15% Mitigé = 38,46% Négatif = 15,39%
	<b>Médecin 4</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Médecin 5</b>	Savoir-être	Pas de transfert	Mitigé	
	<b>Médecin 7</b>	Savoir-être + autre	Hors réseau- Réseau et réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Médecin 8</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Diététicienne 1</b>	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Diététicienne 2</b>	Savoir-être	Hors réseau- Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Diététicienne 3</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Diététicienne 5</b>	Pas de transformation	Pas de transfert	Négatif	
	<b>Diététicienne 8</b>	Savoir-être	Hors réseau- Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Psychologue 2</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Négatif	
	<b>Psychologue 4</b>	Savoir-être	Hors réseau- Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Psychologue 8</b>	Savoir-être + autre	Pas de transfert	Positif	
<b>Groupe 2 : 2 types de motivations : instrumentale et liée à la trajectoire de vie (M2, D4, D6, D7, K7), ou relationnel et instrumental (M3), ou relationnel et liée à la trajectoire de vie (M6)</b>  <b>N = 7</b>	<b>Médecin 2</b>	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 71,42% Savoir-être + autre = 28,58% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 57,14% Hors réseau-Réseau = 28,58% Pas transfert = 14,28% <b>Santé psychique :</b> Positif = 28,58% Mitigé = 71,42%
	<b>Médecin 3</b>	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Médecin 6</b>	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Diététicienne 4</b>	Savoir-être	Hors réseau- Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Diététicienne 6</b>	Savoir-être	Pas de transfert	Positif	
	<b>Diététicienne 7</b>	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Kinésithérapeute 7</b>	Savoir-être + autre	Hors réseau- Réseau	Mitigé	



A la lecture des résultats, nous voyons que les sujets du 1<sup>er</sup> groupe présentent une plus grande variabilité d'effets perçus de l'appartenance au réseau, tant au niveau des pratiques professionnelles qu'au niveau des effets sur la santé psychique au travail. Ceux du second groupe, d'une part, rapportent des transformations des pratiques professionnelles polarisées sur le niveau du savoir-être (71,42%), d'autre part, repèrent des effets sur la santé psychique au travail essentiellement mitigés (71,42%).

Nous pouvons aussi constater que des professionnels, qui ont exposé au cours de l'entretien les 3 types de motivations, n'ont pas perçu d'effet, depuis l'appartenance au réseau de santé, sur leurs pratiques professionnelles (en termes de transformation pour 7,7% et de transfert pour 20,06%) ; et/ou ont perçus des effets uniquement négatifs sur leur santé psychique au travail (15,39%). Nous verrons que cela peut s'expliquer par la dynamique de leur Trio (Trio 2) et Duo (Duo 5) d'appartenance.

### 3.3. Lien entre la structuration en Trio/Duo et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail

Tableau 18. Lien entre la structuration en Duo et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail

Duo N = 8	Professionnel	Transformation	Transfert	Santé psychique	Synthèse
Duo 1	Médecin 1	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Positif	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 62,50% Savoir-être + autre = 25% Pas transformation = 12,50% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 62,50% Pas transfert = 37,50% <b>Santé psychique :</b> Positif = 37,50% Mitigé = 50% Négatif = 12,50%
	Diététicienne 1	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Positif	
Duo 3	Médecin 3	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 3	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
Duo 5	Médecin 5	Savoir-être	Pas de transfert	Mitigé	
	Diététicienne 5	Pas de transformation	Pas de transfert	Négatif	
Duo 6	Médecin 6	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 6	Savoir-être	Pas de transfert	Positif	

**Tableau 19. Lien entre la structuration en Trio et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail**

Trio N = 12	Professionnel	Transformation	Transfert	Santé psychique	Synthèse
<b>Trio 2</b>	Médecin 2	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 41,66% Savoir-être + autre = 58,33% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 41,66% Hors réseau-Réseau = 50% Pas transfert = 8,33% <b>Santé psychique :</b> Positif = 41,66% Mitigé = 50% Négatif = 8,33%
	Diététicienne 2	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	Psychologue 2	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Négatif	
<b>Trio 4</b>	Médecin 4	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 4	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	Psychologue 4	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
<b>Trio 7</b>	Médecin 7	Savoir-être + autre	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 7	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Kinésithérapeute 7	Savoir-être + autre	Hors réseau-réseau	Mitigé	
<b>Trio 8</b>	Médecin 8	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 8	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	Psychologue 8	Savoir-être + autre	Pas de transfert	Positif	

S'il n'y a pas de différence au niveau des effets du travail en réseau sur la santé psychique entre ces deux sous-groupes (la variabilité des effets à ce niveau est comparable), par contre, nous constatons que c'est au sein des Duos que nous trouvons les sujets n'ayant rapporté aucune transformation de leur pratique et aucun transfert d'acquis d'expériences, comme si les relations dyadiques ne favoriseraient pas le changement.

Mais, le résultat le plus significatif est certainement la mise en évidence que c'est dans les seuls Trios qu'est observé un transfert d'acquis de la pratique hors-réseau vers la pratique au sein du réseau : tout se passe comme si la plus grande hétérogénéité des partenaires favorisait cette plus grande implication de l'expérience personnelle dans l'activité collective. Notons aussi que, sauf pour le Trio 7, ce type de transfert semble étroitement associé à la perception d'effets positifs sur la santé psychique.

### ***3.4. Lien entre les relations avec l'équipe de coordination et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail***

Nous avons constaté une grande variabilité des liens entre les partenaires et l'équipe de coordination ainsi qu'entre les Trios/Duos et l'équipe de coordination.

Nous avons réparti les Trios/Duos en 3 sous-groupes:

- dans le 1<sup>er</sup>, les partenaires n'ont pas de lien avec l'équipe de coordination ;
- dans le 2<sup>ème</sup>, un seul partenaire du Trio/Duo est en lien avec l'équipe de coordination, sans pour autant être le relais du RéPPOP auprès des autres partenaires ;
- dans le 3<sup>ème</sup>, seul le médecin du Trio/Duo est en lien avec l'équipe de coordination et fait le relais avec les autres partenaires.

**Tableau 20. Lien entre les liens avec l'équipe de coordination et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail**

Type de liens	Trio/Duo	Professionnel	Transformation	Transfert	Santé psychique	Synthèse
<b>Absence de lien N = 4</b>	<b>Duo 3</b>	Médecin 3	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	<b>Transformation :</b> Savoir-être =50% Savoir-être + autre = 25% Pas transformation = 25% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 50% Pas transfert = 50% <b>Santé psychique :</b> Mitigé = 75% Négatif = 25%
		Diététicienne 3	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	<b>Duo 5</b>	Médecin 5	Savoir-être	Pas de transfert	Mitigé	
		Diététicienne 5	Pas de transformation	Pas de transfert	Négatif	
<b>Polarisé sur 1 membre N = 8</b>	<b>Duo 1</b>	Médecin 1	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Positif	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 37,50% Savoir-être + autre = 62,50% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 62,50% Hors réseau-Réseau = 25% Pas transfert = 25% <b>Santé psychique :</b> Positif = 62,50% Mitigé = 25% Négatif = 12,50%
		Diététicienne 1	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Trio 2</b>	Médecin 2	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
		Diététicienne 2	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et Réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Trio 8</b>	Psychologue 2	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Négatif	
		Médecin 8	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
		Diététicienne 8	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et Réseau-Hors réseau	Positif	
		Psychologue 8	Savoir-être + autre	Pas de transfert	Positif	
<b>Médecin relais du RéPPOP N = 8</b>	<b>Trio 4</b>	Médecin 4	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 62,50% Savoir-être + autre = 37,50% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 37,50% Hors réseau-Réseau = 50% Pas transfert = 12,50% <b>Santé psychique :</b> Positif = 37,50% Mitigé = 62,50%
		Diététicienne 4	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et Réseau-Hors réseau	Positif	
		Psychologue 4	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et Réseau-Hors réseau	Positif	
	<b>Duo 6</b>	Médecin 6	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
		Diététicienne 6	Savoir-être	Pas de transfert	Positif	
	<b>Trio 7</b>	Médecin 7	Savoir-être + autre	Hors réseau-Réseau et Réseau-Hors réseau	Mitigé	
		Diététicienne 7	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
		Kinésithérapeute 7	Savoir-être + autre	Hors réseau-Réseau	Mitigé	

A la lecture du tableau, nous voyons que les Duos caractérisés par une absence de lien avec l'équipe de coordination (Duo 3 et Duo 5), sont ceux qui rapportent le plus d'absence d'effets de l'appartenance au réseau sur les pratiques (pas de transformation et pas de transfert) et le plus d'effets négatifs perçus.

Un autre résultat intéressant montre que la fonction de relais - entre l'équipe de coordination RÉPPOP et les professionnels - assurée par le Médecin n'est pas le gage d'effets perçus sur la santé psychique plus positifs. En effet, bien que cette fonction ne soit pas assurée par les Médecins du Duo 1, du Trio 2 et du Trio 8, nous observons des effets positifs exposés par certains professionnels. Dans le Duo 1, des liens à la fois antérieurs au réseau et affectifs entre partenaires pourraient en être un élément explicatif des effets positifs perçus. La Diététicienne du Trio 2 et la Diététicienne du Trio 8 investissent le RÉPPOP par d'une part, un transfert de la pratique du réseau vers la pratique hors réseau et d'autre part par un transfert de la pratique hors réseau vers la pratique du réseau. Pour la Psychologue du Trio 8, les effets positifs perçus peuvent être liés à un intérêt pour les problématiques alimentaires qui trouve une réponse dans l'appartenance au réseau.

### ***3.5. Lien entre la typologie de fonctionnement du Trio/Duo et les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail***

Nous avons caractérisé 3 types de dynamique collective des Trios/Duos :

- Classe 1 : la difficile instauration d'un travail collectif et l'absence d'un collectif de travail ;
- Classe 2 : une dynamique affinitaire support d'un travail collectif effectif et d'un collectif de travail défini hors-RÉPPOP ;
- Classe 3 : un travail collectif et un collectif de travail basé sur le respect des places de chacun : la création d'un réseau dans le réseau.

Tableau 21. Lien entre les typologies de fonctionnement des Trios/Duos et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail

Typologie du fonctionnement collectif	Professionnel	Transformation	Transfert	Santé psychique	Synthèse
<b>Classe 1 :</b> la difficile instauration d'un travail collectif et l'absence d'un collectif de travail	Médecin 2	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 40% Savoir-être + autre = 40% Pas transformation = 20% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 40% Hors réseau-Réseau = 20% Pas transfert = 40% <b>Santé psychique :</b> Positif = 20% Mitigé = 40% Négatif = 40%
	Diététicienne 2	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	Psychologue 2	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Négatif	
	Médecin 5	Savoir-être	Pas de transfert	Mitigé	
	Diététicienne 5	Pas de transformation	Pas de transfert	Négatif	
<b>Classe 2 :</b> une dynamique affinitaire support d'un travail collectif effectif et d'un collectif de travail défini hors-RéPPOP	Médecin 1	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Positif	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 42,85% Savoir-être + autre = 57,15% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 71,42% Hors réseau-Réseau = 14,29% Pas transfert = 14,29% <b>Santé psychique :</b> Positif = 57,15% Mitigé = 42,85
	Diététicienne 1	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Positif	
	Médecin 3	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 3	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Médecin 8	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 8	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	Psychologue 8	Savoir-être + autre	Pas de transfert	Positif	
<b>Classe 3 :</b> un travail collectif et un collectif de travail basé sur le respect des places de chacun : la création d'un réseau dans le réseau	Médecin 4	Savoir-être + autre	Réseau-Hors réseau	Mitigé	<b>Transformation :</b> Savoir-être = 62,50% Savoir-être + autre = 37,50% <b>Transfert :</b> Réseau-Hors réseau = 37,50% Hors réseau-Réseau = 50% Pas transfert = 12,50% <b>Santé psychique :</b> Positif = 37,50% Mitigé = 62,50%
	Diététicienne 4	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	Psychologue 4	Savoir-être	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Positif	
	Médecin 6	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 6	Savoir-être	Pas de transfert	Positif	
	Médecin 7	Savoir-être + autre	Hors réseau-Réseau et réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Diététicienne 7	Savoir-être	Réseau-Hors réseau	Mitigé	
	Kinésithérapeute 7	Savoir-être + autre	Hors réseau-Réseau	Mitigé	

A la lecture du tableau, nous voyons que la classe 1 est caractérisée par une plus grande variabilité des effets de l'appartenance au réseau tant sur les pratiques professionnelles que sur la santé psychique.

Au regard de cette variabilité, nous pouvons, par exemple, nous interroger sur le vécu positif de la Diététicienne qui, au sein du Trio 2, tranche avec les vécus de ses partenaires : cette évaluation positive semble pouvoir être mise en lien avec le fait que la Diététicienne D2 est la seule, dans cette classe 1, à transférer dans sa pratique au sein du réseau, des acquis de sa pratique hors réseau. Nous y reviendrons dans la discussion des résultats.

La classe 2 est caractérisée quant à elle par une grande homogénéité des effets perçus sur la santé psychique - soit positifs, soit mitigés - au sein d'un même Duo ou Trio. Par exemple, le Médecin du Trio 8 a une perception mitigée liée aux contraintes organisationnelles de son statut de Médecin référent dans la prise en charge RÉPPOP.

C'est aussi la classe où l'on observe le plus fort taux d'effets perçus comme exclusivement positifs (57,15%) et le plus fort taux de transferts d'acquis de la pratique au sein du réseau vers la pratique hors réseau (71,42%). Autrement dit, il semblerait que ce soit l'effet de « régénération » du genre professionnel lié à la participation au RÉPPOP qui soit la source de satisfaction la plus importante.

En effet, dans la classe 3, qui est pourtant celle d'une appropriation collective de l'identité RÉPPOP et celle où nous observons une importante créativité organisationnelle (cf. paragraphe 2 de ce chapitre), les effets perçus de l'appartenance au réseau sur la santé psychique sont beaucoup plus souvent repérés comme « mitigés » que dans les 2 autres classes.

Nous pouvons constater que la classe 3 est caractérisée par le plus fort taux de transformations des pratiques professionnelles au niveau du savoir-être (62,50%) : faut-il penser que ce type d'effet du travail en réseau - celui qui atteint le professionnel le plus « en profondeur » dans une remise en question de ses attitudes - puisse expliquer cette ambivalence des effets perçus ?

La classe 3 est par ailleurs celle où nous observons le plus fort taux de transfert de la pratique hors réseau vers la pratique au sein du réseau.

Si, au sein du Trio 4, le transfert Hors réseau-Réseau semble pouvoir réorienter cette perception d'effets mitigés vers des effets positifs (D4 et P4), par contre, cela ne semble pas le cas dans le Trio 7 (M7 et K7 perçoivent des effets mitigés alors même qu'ils opèrent des transferts Hors réseau-Réseau). Il semblerait que, dans cette classe, caractérisée par le « soin » apporté au développement de l'action RéPPOP et de l'identité RéPPOP, les professionnels soient plus sensibles aux contraintes liées au fonctionnement du réseau : contraintes administratives pour les Médecins référents (M4, M6, M7) ; contraintes liées au faible nombre de consultations remboursées pour les Diététiciennes (seules 4 consultations par an sont remboursées, ce qui nécessite plus de travail en un temps plus court) (D7) ; un manque de suivi des professionnels après la formation initiale pour la Kinésithérapeute (K7).

Dans ce chapitre, nous avons présenté et analysé nos données suite aux 20 entretiens réalisés auprès de professionnels exerçant en libéral et membres du réseau de santé RéPPOP Midi-Pyrénées.

Pour résumer, nous notons un lien significatif entre la variable du niveau organisationnel « Structuration Trio/Duo » sur les effets de l'appartenance au réseau de santé, au niveau, d'une part, des pratiques professionnelles et, d'autre part, au niveau de la santé psychique au travail. Nous faisons le même constat en ce qui concerne le lien entre la variable du niveau individuel « Ancienneté d'appartenance ».

Pour autant, nous ne notons pas de lien réellement significatif en ce qui concerne la variable du niveau individuel « Motivations initiales à adhérer à un réseau de santé » et ses effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail.

L'analyse des données nous a permis de cerner davantage des éléments modulateurs : la dynamique collective du fonctionnement qui module les effets de la structuration en Trio/Duo, la consonance des motivations initiales d'adhésion entre partenaires plus la nature de ces motivations ou encore le rôle du professionnel auquel est associée des contraintes organisationnelles fortes. Dans le chapitre qui va suivre, nous allons discuter les résultats obtenus au regard de nos différentes hypothèses (cf. Chapitre III).



## **CHAPITRE VI : DISCUSSION DES RESULTATS ET CONCLUSION**

Notre recherche repose sur deux objectifs : d'une part, décrire les effets de la participation à un réseau de santé au niveau des pratiques professionnelles et au niveau de la santé psychique au travail, et d'autre part, d'examiner les variables et processus rendant compte de la variabilité de ces effets.

Dans ce chapitre consacré à la discussion des résultats et à la conclusion de la recherche, nous commencerons par examiner ce que celle-ci a permis d'établir concernant la variabilité des effets et la caractérisation des dynamiques collectives au sein des Trios/Duos.

Ensuite, nous discuterons nos résultats obtenus en référence aux modèles théoriques de notre revue de travaux et dans lesquels nous nous inscrivons. Les résultats les plus saillants seront appréhendés par un retour aux hypothèses mises à l'épreuve. Pour ce faire, nous reprendrons le cheminement de l'analyse des résultats pour les commenter. Nous discuterons donc :

- de l'ancienneté de l'appartenance au réseau de santé,
- des motivations initiales à adhérer à un réseau de santé,
- de la structuration Trio/Duo,
- des liens avec l'équipe de coordination,
- et de la dynamique collective du fonctionnement du Trio/Duo, et de leurs effets sur les pratiques professionnelles et sur la santé psychique au travail.

Nous exposerons également les ambitions théoriques de notre recherche au regard du modèle théorique de notre laboratoire d'accueil auquel nous nous référons (Malrieu & Malrieu, 1973).

Nous finirons ce chapitre en proposant, en guise de conclusion, des perspectives susceptibles d'approfondir et/ou de prolonger notre étude et notre questionnement, ainsi que des perspectives d'application sur le terrain auprès des professionnels concernés.

## 1. La variabilité des effets

En ce qui concerne les effets de l'appartenance au réseau de santé sur les pratiques professionnelles, il apparaît que :

- Les transformations repérées en termes de transformation des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être, concernent globalement l'ensemble des sujets. Seul un sujet ne perçoit aucune transformation. Ici, la variabilité de ces transformations a été difficile à établir ; la seule dimension discriminante étant celle de l'identification d'effets à ces différents niveaux versus l'identification d'effets au seul niveau des savoir-être.
- Les effets au niveau des processus de transfert d'acquis d'expérience de la pratique hors réseau vers la pratique du réseau et/ou de la pratique du réseau vers la pratique hors réseau sont très variables, et permettent notamment de distinguer :
  - ✓ Des sujets qui n'opèrent qu'un transfert d'acquis d'expérience de la pratique du réseau vers la pratique hors réseau (N = 10) ;
  - ✓ Des sujets qui n'opèrent qu'un transfert d'acquis d'expérience de la pratique hors réseau vers la pratique du réseau (N = 1) ;
  - ✓ Des sujets qui opèrent ce double transfert (N = 5) ;
  - ✓ Des sujets qui n'opèrent pas de transfert (N = 4).

Le fait que les transferts d'acquis d'expérience de la pratique hors réseau vers la pratique du réseau soient moins nombreux que le transfert d'acquis d'expérience de la pratique du réseau vers la pratique hors réseau est un fait notable en soi et le rôle qu'ils semblent jouer sur le processus d'appropriation du travail en réseau et de la santé psychique, est un des résultats importants de notre recherche.

Nous constatons une variabilité bien marquée en ce qui concerne les effets sur la santé psychique puisque nous avons pu observer :

- Des sujets qui ne repèrent que des effets positifs (N = 8) ;
- Des sujets, moins nombreux, mais dont il a été très important qu'ils puissent être représentés dans notre échantillon, qui ne perçoivent que des effets négatifs (N = 2).

- Des sujets, plus nombreux, qui perçoivent des effets mitigés, à la fois positifs et négatifs (N = 10), ce qui confirme l'importance de cette ambivalence au plan intra-individuel.

## 2. Les dynamiques collectives

En ce qui concerne l'analyse des dynamiques collectives au sein des Trios/Duos, l'analyse de nos entretiens réalisés auprès des professionnels a permis de caractériser 3 types de dynamique, contrastés sur les dimensions du travail collectif, du collectif de travail et de l'activité collective qui ont constitué le support théorique et le fil rouge de notre analyse. Il est à noter que :

- S'il apparaît bien une classe - reflet des difficultés de mise en place du travail en réseau bien relevées dans notre revue de question - caractérisée par l'absence de travail collectif et de collectif de travail, par contre, nous n'avons pas - dans notre échantillon - identifié de Trio ou de Duo, caractérisé par la mise en place d'un travail collectif effectif sans qu'il existe pour autant un collectif de travail. Peut-être est-ce dû au petit effectif, en termes de nombre de Trios/Duos, de l'échantillon ;
- Si les deux autres classes renvoient à un processus d'appropriation du dispositif RéPPOP caractérisé par l'existence conjointe d'un travail collectif, d'un collectif de travail et d'une activité collective, ces processus d'appropriation apparaissent néanmoins très distincts dans une classe et dans l'autre. C'est là aussi, nous semble-t-il, un résultat important de ce travail que d'avoir mis en évidence cette typologie des dynamiques de travail en réseau. Rappelons-en ici, de manière synthétique, les principales dimensions :

### *Au niveau du travail collectif*

**Classe 1** : Des problèmes de communication et de dissonance quant au vécu du travail en partenariat.

**Classe 2** : Des initiatives de communication, et notamment en situation problématique.

**Classe 3** : L'instauration de liens et de moments centrés sur les échanges.

*Au niveau du collectif de travail*

<b>Classe 1</b> : Des difficultés de construction d'un tel collectif liées à des attentes différentes à l'égard du travail en réseau.	<b>Classe 2</b> : Un collectif de travail étayé sur des relations de confiance et un sentiment de reconnaissance réciproque.	<b>Classe 3</b> : Un collectif de travail étayé sur le principe d'un respect des places de chacun et de « loyauté » commune permettant le développement de l'action du RéPPOP.
---	--	--

*Au niveau de l'activité collective*

<b>Classe 1</b> : L'impossibilité d'une telle activité en l'absence d'un travail collectif et d'un collectif de travail.	<b>Classe 2</b> : Une activité collective orientée vers le Hors RéPPOP et le développement d'une nouvelle pratique commune en direction d'autres publics.	<b>Classe 3</b> : Une activité collective qui se traduit par la création d'un réseau RéPPOP au sein du réseau RéPPOP.
--	---	---

Parmi les résultats intéressants à noter, concernant cette variable-clé de notre étude, nous relèverons le fait que les dimensions :

- Consonance/dissonance des représentations d'un Trio/Duo qui fonctionne bien ;
- Consonance/dissonance des représentations d'un Trio/Duo qui a des difficultés à fonctionner ;
- Consonance/dissonance des motivations initiales d'adhésion au réseau ;

Ces dimensions ne sont pas des dimensions discriminantes - comme nous aurions pu le supposer - dans la caractérisation des dynamiques collectives des Trios/Duos.

Si nous examinons maintenant les variables du niveau individuel et du niveau organisationnel retenues dans notre schéma d'analyse comme facteurs importants susceptibles d'influer sur la variabilité des effets perçus du travail en réseau, nous pouvons retenir et discuter les résultats saillants les concernant, en reprenant les différentes hypothèses formulées à l'issue de notre Chapitre III.

### 3. Retour sur nos hypothèses de recherche

#### 3.1. Rôle des variables du niveau individuel dans la variabilité des effets perçus du travail en réseau

##### 3.1.1. Rôle de l'ancienneté d'appartenance au réseau de santé

Afin d'étudier l'impact de l'ancienneté d'appartenance au réseau de santé, nous proposons les hypothèses suivantes :

*H1 : Les professionnels qui présentent une ancienneté importante d'appartenance au réseau rapportent une plus grande transformation de leurs pratiques professionnelles que ceux qui présentent une ancienneté moindre.*

*H2 : Les professionnels dont l'ancienneté d'appartenance est peu importante rapporteront plus d'évolution de leur santé psychique - dans un sens positif ou négatif - que ceux dont l'ancienneté est plus importante.*

Si elles ne s'inscrivent pas dans une logique de la « preuve », nos observations ne soutiennent pas H1. En effet, c'est à une ancienneté moindre que sont associés les effets les plus marqués sur les pratiques professionnelles en termes de transformation à tous niveaux (60%) et de transfert (du réseau vers le hors réseau pour 60% et du hors réseau vers le réseau pour 40%).

En revanche, nos résultats semblent aller dans le sens de H2. Ils montrent en effet qu'une ancienneté d'appartenance au réseau de moins de 4 ans est associée à une perception d'effets exclusivement positifs de l'appartenance au réseau sur la santé psychique au travail (60% des professionnels de cette catégorie contre 37,50% pour ceux dont l'ancienneté est comprise entre 4 ans et 8 ans, et 28,57% pour ceux dont l'ancienneté est supérieure à 8 ans).

Faut-il en déduire qu'il y aurait une phase initiale d'appartenance au réseau marquée par un enthousiasme qui ferait ensuite place au doute (cf. la période particulièrement « critique » entre 4 ans et 8 ans d'ancienneté), puis, pour ceux qui auraient franchi ce cap, le doute ferait place à une « lucidité » que traduiraient des sentiments mitigés ? Nous pensons que la

représentation d'un tel cycle doit être nuancé par la prise en compte du poids important (cf. partie 2. de ce chapitre) des dynamiques collectives dans l'orientation des effets.

### **3.1.2. Rôle des motivations à adhérer à un réseau de santé**

Dans le but d'étudier l'impact du type de motivations initiales d'adhésion, nous formulons les hypothèses suivantes :

**H3 :** *Les sujets présentant de fortes motivations instrumentales sont ceux qui transformeront leurs pratiques professionnelles davantage que les sujets présentant des motivations surtout relationnelles.*

**H4 :** *Les sujets présentant de fortes motivations d'ordre relationnel rapporteront, plus que les autres, des évolutions plus ou moins de leur santé psychique.*

Ainsi, nous avons comparé le type de motivation et le lien avec, d'une part, les pratiques professionnelles en termes de transformation et de transfert, et d'autre part, le lien sur l'évolution de la santé psychique au travail.

La question des motivations, qui semblait devoir être déterminante, s'est ici avérée « décevante » ; principalement, du fait qu'elle n'est pas apparue comme variable discriminante dans notre échantillon. Les motivations instrumentales et relationnelles sont souvent associées chez nos professionnels. De ce fait, nos hypothèses H3 et H4 n'ont pas pu être examinées comme nous avions prévus de le faire.

Par contre, un apport de nos entretiens a été de faire apparaître un 3<sup>ème</sup> type de motivations « liées à la trajectoire de vie » et pouvant inscrire la démarche d'adhésion au réseau, soit dans une continuité de la trajectoire, soit dans une « bifurcation » due au hasard.

De plus, nous avons constaté que c'est davantage la consonance des motivations initiales d'adhésion entre partenaires du Trio/Duo, facilitant la dynamique collective, qui aurait un lien sur les pratiques professionnelles et sur l'évolution de la santé psychique au travail : l'homogénéité des motivations entre partenaires facilite la coopération (cf. travail collectif) et la co-construction de valeurs communes au sein du Trio/Duo (cf. collectif de travail) permettant à l'activité collective de se développer (Le Boterf, 2004 ; Clot, 2008 ; Caroly,

2010, 2012), d'orienter les pratiques et les actions des professionnels (Abric, 2003 ; Piques, 2013), gages d'un travail en réseau efficace en développant les compétences et préservant la santé psychique (Caroly & Clot, 2004 ; Caroly, 2010, 2012).

### **3.2. Rôle des variables du niveau organisationnel**

#### **3.2.1. La structuration en Trio/Duo**

Ce sont les réalités de terrain - et en particulier les difficultés, pour les professionnels à constituer des Trios - qui nous ont offert l'opportunité d'étudier l'impact éventuel du nombre de partenaires engagés dans la prise en charge collective des jeunes patients. Nous avons posé les 2 hypothèses suivantes :

***H5** : Les effets du travail en réseau sur la transformation des pratiques professionnelles sont plus marqués pour les professionnels travaillant en Trio que pour ceux travaillant en Duo.*

***H6** : Par contre, concernant les effets sur la santé psychique, nous nous attendons à ce que ceux-ci soient atténués dans le cas du travail en Trio. En effet, on peut penser que, dans les Duos, la relation dyadique, est de nature à exacerber aussi bien les effets d'une relation interpersonnelle positive que ceux d'une relation conflictuelle.*

Nous avons donc comparé les Trios/Duos et le lien avec, d'une part, les pratiques professionnelles en termes de transformation et de transfert, et d'autre part, le lien sur l'évolution de la santé psychique au travail.

L'hypothèse H5 est bien soutenue : la structuration en Trio favorise la transformation des pratiques professionnelles à tous niveaux (58,33%) et le transfert, en particulier de la pratique hors réseau vers la pratique du réseau (50%). La structuration en Duo favorise des transformations polarisées au niveau du savoir-être (62,50%) et un transfert de la pratique du réseau vers le hors réseau (62,50%) voire l'absence de transfert (37,50%).

Toutefois, les effets sur la santé psychique sont variables aussi bien dans les Duos que dans les Trios : il ne semble pas y avoir de lien significatif entre la structuration Trio/Duo et l'évolution de la santé psychique au travail. En effet, 50% des professionnels qui

appartiennent aussi bien à un Duo qu'à un Trio perçoivent des effets mitigés sur leur santé psychique. En revanche, l'hypothèse H6 ne semble pas être vérifiée.

Nous pouvons constater des éléments explicatifs qui viendraient moduler l'effet de la structuration Trio/Duo. Il s'agit, par exemple, à nouveau, du rôle professionnel et des contraintes organisationnelles associées (tous les Médecins des Trios et la Diététicienne du Trio 7 sont concernés) ou encore de la dynamique du fonctionnement collectif sans travail collectif et collectif de travail comme pour la Psychologue du Trio 2. Le défaut de collectif va favoriser les situations de souffrance où l'activité individuelle est empêchée (Caroly, 2010) et où un « *sentiment d'échec et d'incompréhension* » apparaît (Davezies, 2005, cité par Caroly, 2012, p.275). Le travail en réseau n'est donc plus pour le professionnel un lieu de socialisation et de personnalisation (Baubion-Broye & Hajjar, 1998) : la Psychologue du Trio 2, afin de pallier à une unique expérience insatisfaisante du travail en réseau, telle une stratégie face au réel du travail (Lhuillier, 2007) réajuste sa façon de travailler en se tournant vers de nouveaux lieux de socialisation et de personnalisation travail (Baubion-Broye & Hajjar, 1998 ; Almudever & al., 2013 ; Mègemont & Dupuy, 2013). De même, de nouveaux projets au cours de la trajectoire de vie professionnelle de la Psychologue du Trio 8, malgré l'appartenance à la classe 2 qui fonctionne à la fois avec un travail collectif et un collectif de travail, sont venus moduler les effets sur ses pratiques. Les professionnels du Trio 7, qui appartiennent à la classe 3 où une activité collective s'est mise en œuvre, ont exposé des effets mitigés sur leur santé psychique pouvant s'expliquer, en plus des contraintes organisationnelles associées au rôle professionnel, par le fait que les temps de rencontre se sont espacés de par une activité libérale de plus en plus développée laissant peu de temps aux échanges de « visu ».

Si nous reprenons nos hypothèses H5 et H6, la trajectoire de vie (professionnelle et personnelle) au cours de l'appartenance au réseau RÉPPOP Midi-Pyrénées doit être prise en compte pour l'étude de la structuration Trio/Duo et de ses effets sur les pratiques professionnelles et sur la santé psychique au travail. Il en est de même pour le rôle professionnel et la dynamique de fonctionnement collective au sein du Trio/Duo.



### 3.2.2. Les liens avec l'équipe de coordination

Afin d'étudier l'impact des liens du Trio/Duo avec l'équipe de coordination, nous proposons l'hypothèse suivante :

*H7 : La configuration des relations entre le Trio/Duo et l'équipe de coordination du réseau oriente les effets de l'appartenance au réseau sur les pratiques professionnelles et la santé psychique des professionnels concernés.*

Pour ce faire, nous avons comparé les liens des Trios/Duos avec l'équipe de coordination et ses effets sur, d'une part, les pratiques professionnelles en termes de transformation et de transfert, et d'autre part, sur l'évolution de la santé psychique au travail.

Nos résultats montrent que l'absence de lien avec l'équipe de coordination freine la transformation des pratiques professionnelles à tous niveaux voire en favorise l'absence (Duo 3 et Duo 5). Mais cette absence de lien peut être « compensée » par des liens extra-RÉPPOP entre partenaires comme dans le Duo 3. Quand un partenaire du Trio/Duo est en lien avec l'équipe et qu'il s'en fait le relais auprès des autres partenaires, le transfert de la pratique hors réseau vers le réseau est facilité (50%) : dans le Trio 4, le Duo 6 et le Trio 7, le RÉPPOP est investi et la présence du médecin dans le rôle du coordinateur-pilote du Trio/Duo permet la coopération et l'efficacité du travail en réseau (de Terssac & Lompré, 1995 ; Lacoste & Grosjean, 1999 ; Le Boterf, 2004 ; Caroly, 2010) malgré un éloignement géographique avec le CHU de Toulouse, structure « mère » qui pourrait favoriser une moindre implication et un sentiment de reconnaissance hésitant vis-à-vis de l'équipe de coordination (Bobillier-Chaumon, 2003).

Une perception mitigée de la santé psychique au travail est polarisée dans les Duos (Duo 3 et Duo 5) qui ont une absence de lien avec l'équipe (75%) mais également pour les Trios/Duos (Trio 4, Duo 6 et Trio 7) qui ont un médecin coordinateur-pilote et relais (62,50%) ; alors que la perception est plus positive (62,50%) dans les Trios/Duos (Duo 1, Trio 2 et Trio 8) où un professionnel est en lien sans qu'il soit le relais de l'équipe auprès des autres partenaires. La perception mitigée des professionnels du Trio 4, du Duo 6 et du Trio 7 peut trouver son explication dans le rôle professionnel et les contraintes organisationnelles associées qui module les effets des liens avec l'équipe de coordination. De même, la

perception positive des professionnels du Duo 1 et du Trio 8, où seul un partenaire est en lien avec l'équipe sans en être le relais, peut trouver son explication dans les liens extra-RéPPOP qui forment un capital social ressource pour le professionnel (Almudever, 1998, 2002) et qui facilitent une activité collective extra-RéPPOP gage de préservation de la santé psychique (Caroly & Clot, 2004 ; Caroly, 2010, 2012).

En nous référant à notre hypothèse et aux résultats obtenus, nous pouvons dire que l'étude des liens avec l'équipe de coordination ne peut faire l'impasse sur l'étude du rôle professionnel et des contraintes organisationnelles associées ainsi que de la dynamique du fonctionnement collectif des Trios/Duos.

### ***3.3. Rôle de la dynamique collective***

Nous souhaitons étudier l'effet modulateur de la dynamique collective le rôle de des variables individuelles et organisationnelles. Après l'analyse de nos données, nous avons pu faire ressortir une typologie de fonctionnement de la dynamique collective des Trios/Duos en reprenant les éléments théoriques du Chapitre III : la classe 1 qui fonctionne sans travail collectif et collectif de travail (Trio 2 et Duo 5), la classe 2 qui fonctionne avec un travail collectif, un collectif de travail et une activité collective extra-RéPPOP (Duo 1, Duo 3 et Trio 8), et la classe 3 qui fonctionne avec un travail collectif, un collectif de travail et une activité collective au sein du RéPPOP (Trio 4, Duo 6 et Trio 7).

Nous avons ensuite comparé les différentes classes avec les effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail.

La dynamique collective, quand elle repose sur des affinités, un sentiment de confiance et de reconnaissance réciproque, et le respect des places de chaque partenaire, « efface » l'impact des dissonances des représentations d'un Trio/Duo qui fonctionne bien (ce qui n'est pas le cas pour la classe 1).

La dynamique collective permet d'observer la relation entre les effets sur la pratique professionnelle et les effets sur la santé psychique : ainsi dans la classe 2 le développement du transfert d'acquis d'expérience de la pratique hors réseau vers la pratique du réseau étaye des

effets positifs perçus sur la santé psychique (ce qui n'est pas le cas pour la classe 3 au regard du poids plus important que prend la perception des contraintes du RéPPOP).

Autrement dit, l'orientation de l'objectif commun vers le réseau (classe 3) ou vers le hors réseau (classe 2) vient moduler l'impact du transfert d'acquis d'expérience de la pratique du hors réseau vers la pratique du réseau (c'est-à-dire le fait de pouvoir mettre du « sien » au travail) sur la santé psychique.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà exposé précédemment pour les variables individuelles et organisationnelles, la dynamique du fonctionnement collectif vient moduler leurs effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail. Pour autant, notre variable modulatrice est, à son tour, modulée par d'autres éléments. Il s'agit d'une part du rôle professionnel et des contraintes organisationnelles associées (cf. perception mitigée du travail en réseau des professionnels de la classe 2 et de la classe 3), et d'autre part, de la trajectoire de vie du professionnel qui peut l'amener soit à démarrer sa pratique en libéral en même temps que l'adhésion au RéPPOP (cf. Diététicienne Duo 6 et Psychologue Trio 8), soit à se tourner vers d'autres projets et lieux de socialisation (cf. Psychologue Trio 8). L'étude de la dynamique du fonctionnement collectif des Trios/Duos doit être analysée en parallèle de la catégorie professionnelle et des événements de vie.

Après avoir discuté nos résultats, nous avons pu mettre en exergue de nouveaux éléments susceptibles de rendre compte de la variabilité des effets de l'appartenance à un réseau de santé : la consonance entre partenaires des motivations initiales d'adhésion, le rôle professionnel et les contraintes organisationnelles associées, la trajectoire de vie. Nous avons pu ainsi dégager les intérêts et les limites de notre recherche ainsi que, d'une part, de nouvelles pistes pour des recherches futures, et d'autre part, des mises en application sur le terrain auprès des professionnels concernés.

#### **4. Les intérêts et les limites de la recherche**

Dans une société du « Tout en réseau » (Castells, 1998 ; Musso, 2003a), le système sanitaire français et les professionnels de santé se sont emparés de cette mouvance afin de répondre aux nouveaux besoins en matière de prise en charge mais également pour leur

permettre de répondre à leurs propres besoins (rompre un isolement, améliorer la prise en charge,...) en créant les réseaux de santé.

Dans cette recherche à visée exploratoire, nous avons privilégié une approche qualitative afin de décrire les effets de l'appartenance à un réseau de santé (sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail) et de comprendre les processus en jeu dans leur variabilité. L'analyse des résultats nous a permis d'atteindre nos objectifs et nous ouvre des perspectives de recherche et d'application sur le terrain auprès des professionnels concernés.

Pour autant, si les intérêts de cette recherche sont nombreux, nous souhaitons également en souligner les limites sur un plan théorique et méthodologique.

#### ***4.1. Les intérêts de la recherche***

##### **4.1.1. Sur un plan théorique**

Un des principaux intérêts de notre travail est ce qui en fait son originalité, c'est-à-dire **l'articulation des différentes conceptions de la notion de réseau** et le fait que les différentes études qui ont abordé le travail en réseau de santé se sont centrées sur la description de ces effets. De plus, ces études se situent majoritairement en médecine, en économie de la santé et en sociologie de la santé. A ce jour, aucune approche du travail en réseau de santé, et plus particulièrement d'un point de vue de la psychologie du travail et des organisations, n'a fait l'objet d'une recherche afin d'expliquer et analyser ces effets.

Nos résultats apportent **un éclairage sur des éléments explicatifs de la variabilité de ces effets** : la dynamique collective qui elle-même est modulée par le rôle du professionnel et des contraintes organisationnelles associées et/ou la trajectoire de vie du sujet. Notre recherche met aussi en avant le fait qu'une activité collective n'est pas systématiquement associée à un « bien-être » perçu pour le professionnel quand elle exacerbe la sensibilité aux « défauts » de l'objet commun, objet de tous les « soins » et, peut-être, d'une vision idéalisée (cf. contraste entre la classe 2 et la classe 3).

Au niveau théorique, notre travail **permet d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche** avec en particulier la question centrale de l'investissement du hors-réseau qui

rejoint l'approche d'une socialisation active et plurielle dans laquelle nous nous inscrivons (Baubion-Broye & Hajjar, 1998 ; Almudever, 1998 ; Curie & Guillevic, 2002 ; Hugon & al., 2013 ; Mégemont & Dupuy, 2013). De même, notre recherche s'inscrit dans la continuité et dans l'articulation des travaux en psychologie du travail et des organisations qui traitent de la question des effets du travail en réseau (Le Boterf, 2004 ; Bobillier-Chaumon & al., 2001 ; Bobillier-Chaumon, 2003 ; Bobillier-Chaumon, 2012 ; Koulomdjian, 2012) et des travaux en cliniques du travail qui traitent la question de la santé psychique au travail (Barus-Michel, 1987 ; Clot, 1995 ; Dejours, 1998 ; Dejours, 2000 ; Clot, 2006 ; Lhuiler, 2007 ; Clot, 2008).

#### **4.1.2. Sur un plan méthodologique**

Comme nous l'avons dit précédemment, le travail en réseau de santé est une thématique de recherche dans de nombreux domaines. Pour autant, ces travaux sont essentiellement centrés sur la population de professionnels représentée par les Médecins. L'originalité de notre étude est de s'être intéressée à **un échantillon pluri-professionnel** composé de Médecins, mais également des Diététiciennes, des Psychologues et d'une Kinésithérapeute. Nous avons ainsi pu constater les différences et les convergences du vécu du travail en réseau en fonction de la catégorie professionnelle.

L'autre intérêt que nous souhaitons souligner est notre approche qualitative. En effet, comme nous l'avons exposé dans le Chapitre IV, nous avons pu, grâce à l'entretien semi-directif, **avoir accès à la subjectivité et au sens que met le professionnel à son appartenance au réseau**, par notre posture méthodologique qui s'inscrit dans une perspective clinique et en lien avec notre conception d'une socialisation active et plurielle : nous avons considéré le professionnel comme étant actif dans la construction du sens des situations de travail au sein du réseau de santé auxquelles il est confronté ou du sens qu'il attribue aux effets du travail en réseau de santé.

#### **4.1.3. Sur un plan pratique**

Nous avons pu mettre en avant certaines difficultés rencontrées par les professionnels membres du réseau de santé mais également des pistes de réflexion afin de pouvoir y pallier par des actions concrètes sur le terrain. L'une des principales pistes, applicable de notre point de vue à tout type de réseau, est **la place d'un coordinateur-pilote entre les différents**

**partenaires de la prise en charge faisant le relais de l'équipe de coordination** qui va faciliter l'implication du professionnel et favoriser la dynamique collective (Le Boterf, 2004 ; Caroly, 2010). La motivation initiale et l'adhésion à un réseau de santé ne garantissent pas l'implication future du professionnel (Le Boterf, 2004).

De même, nous avons constaté le **rôle clé de la formation initiale** des professionnels : pour développer un sentiment d'appartenance, pour « accompagner » la transformation des pratiques professionnelles et permettre, notamment, l'intégration des psychologues (souvent en retrait dans le Trio), dans les prises en charge par l'accent mis, dans la nouvelle formation, sur le travail coopération et les attentes de rôles (cf. Chapitre IV).

Comme nous l'avons exposé dans le Chapitre I, tout réseau de santé est soumis à évaluation afin d'être accrédité et de s'intégrer dans une démarche qualité. **L'évaluation du réseau de santé** porte sur les processus de prise en charge des patients et les processus organisationnels (exemples : outils, formation). La question de l'évaluation des réseaux de santé est saillante. En effet, elle est au croisement entre le besoin de produire des soins de qualité, le besoin des financeurs de connaître à quoi servent leurs dotations budgétaires et le besoin des tutelles de comprendre ou de mesurer l'impact des réseaux sur le système de santé. En plus d'une étude sur l'évaluation des réseaux de santé par l'Inspection Générale de l'Action Sociale en 2006 qui a fait un bilan peu positif (Butard & Gadreau, 2008 ; Vedelago, 2008), la question de l'évaluation est toujours d'actualité et suscite de nombreuses interrogations de la part des professionnels des réseaux de santé. Malgré le cadre général de l'évaluation par l'ANAES en 1999, puis en 2001 et un guide publié en 2004, la diversité des réseaux de santé soulève la question suivante : évaluer par rapport à qui et par rapport à quoi ? L'évaluation est un véritable défi pour les réseaux où la coopération active de professionnels et leur participation à la définition des critères et indicateurs de l'évaluation sont primordiaux. Notre recherche a bien mis en exergue des pistes afin de rendre les professionnels acteurs du réseau de santé, elle s'inscrit dans la problématique de terrain de l'évaluation, et plus particulièrement de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) mise en œuvre afin d'améliorer la prise en charge.

#### 4.2. Remarques et limites de la recherche

**Au niveau théorique**, nous nous sommes centrés dans notre recherche sur la dimension collective (cf. Chapitre III) en faisant référence aux notions de : travail collectif, collectif de travail et activité collective. Concernant le collectif de travail, nous nous sommes référés notamment à l'approche de la clinique de l'activité (Clot, 1995) avec la notion du genre professionnel, ainsi qu'à l'approche de la psychologie sociale clinique (Barus-Michel, 1987) avec la formation d'un « Nous ». Nous avons rencontré des professionnels venant de métiers différents : pouvons-nous ainsi parler d'un genre professionnel et d'un « Nous » quand une recherche a, pour population d'étude, plusieurs métiers ?

De même, l'une des spécialités du collectif qu'est un réseau de santé est qu'il représente un « système de coopération (qui) concerne les professionnels du soin organisant le réseau, les malades et leurs familles et les professionnels du soin intervenant de manière périodique dans le réseau » (Bercot, 2006, p.35). De plus, le collectif de professionnels d'un réseau de santé s'organise entre une équipe de coordination (se situant souvent dans une structure de type hospitalière) et différents professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en libéral sur une région (territoire) donnée où « la coordination est prise en charge par la structure permanente » (Bercot, 2006, p.41) avec toujours à la place centrale des relations, le patient. Le patient est donc au cœur du dispositif, au centre du collectif que représente le réseau de santé, collectif devant s'adapter au patient. Nous pouvons ainsi noter que le réseau de santé est un collectif fondé sur la relation de service car il « met en jeu les personnes, celle qui rend le service ou y contribue, celle qui le reçoit, le consomme, en bénéficie » où « la qualité du bénéfice provient de la qualité de cette interaction » (Thévenet, 2010, p.24). Les professionnels rencontrés au cours de notre recherche ont tous abordé à un moment de l'entretien la place centrale du patient et de sa famille (dans les critères d'un Trio/Duo qui fonctionne ou qui a des difficultés à fonctionner, dans les contraintes du travail en réseau,...). Il nous semble donc pertinent, dans une approche théorique de la dimension collective du travail en réseau, **d'aborder la place du patient et de sa famille comme élément de la dynamique du fonctionnement collectif** : le patient et sa famille sont co-acteurs du collectif pouvant aussi bien favoriser le développement de l'activité collective que la freiner (Caroly, 2010).

Notre recherche présente des **limites au plan méthodologique** qu'il serait pertinent de prendre en considération pour des recherches futures. Tout d'abord, notre **faible échantillon** ne nous permet pas de faire des comparaisons discriminantes entre, d'une part les différentes catégories professionnels et les sujets d'une même catégorie, et d'autre part entre les participants à l'ancienne formation et les participants à la nouvelle formation. De même, nous n'avons pas eu à notre disposition les données générales sur l'ensemble du réseau afin de situer notre échantillon dans la globalité.

Nous nous demandons si utiliser uniquement l'entretien semi-directif n'a pas biaisé nos résultats : d'une part, par notre présence au cours de l'entretien et son enregistrement qui peuvent empêcher le professionnel à interagir en toute liberté, et d'autre part, notre propre subjectivité au cours de l'analyse des données (qui représente plus de 290 pages). **Croiser l'approche qualitative avec une approche quantitative** (exemple : questionnaire) ou encore revenir interroger les mêmes professionnels après l'analyse des données afin d'avoir leur retour et leur propre analyse permettrait d'approfondir la recherche. En effet, il est difficile d'appréhender toutes les dimensions que nous souhaitons étudier en un seul entretien. Il serait nécessaire de prendre du recul afin de caractériser les dynamiques collectives, et de **procéder à un second entretien** (individuel ou en utilisant la méthode du focus-groupe) pour en approfondir les processus et les effets relevés suite au premier entretien.

Enfin, le caractère exploratoire de ce travail de thèse ne nous a pas permis **d'approfondir la question de l'ancienneté**, notamment en examinant le rôle de l'homogénéité/hétérogénéité de l'ancienneté dans les Trios/Duos. Cet approfondissement pourrait faire l'objet d'un travail dans l'après-thèse.

## **5. Perspectives**

### **5.1. Perspectives de recherche**

Notre recherche se veut exploratoire, d'une part en raison des rares travaux dans le domaine et, d'autre part, en raison du faible échantillon. De plus, la discussion de nos résultats nous a ouvert des perspectives pour des recherches futures.



L'analyse de nos résultats a mis en exergue de nouveaux éléments modulateurs qui peuvent expliquer la variabilité des effets de l'appartenance à un réseau de santé : **le rôle professionnel et les contraintes associées ainsi que la trajectoire de vie du professionnel**. Il nous semble donc pertinent d'approfondir ce constat en poursuivant l'étude auprès d'un plus large échantillon afin de faire des comparaisons par catégorie professionnelle et de prendre en considération, au niveau méthodologique et au niveau de l'analyse des données, la trajectoire de vie à travers l'étude du moment de l'adhésion au réseau de santé, les nouveaux projets professionnels au cours de l'adhésion au réseau de santé ou encore les événements de vie personnels et la sphère professionnelle « hors-réseau ».

Dans le Chapitre II, nous avons explicité la notion de réseau qui a connu son apogée avec l'arrivée des NTIC. De nombreux auteurs ont d'ailleurs étudié l'effet des TIC sur le travail collaboratif et en réseau (Bobillier-Chaumon, 2012 ; Kouloumdjian, 2012 ; Barville-Deromas & al. 2014 ; Felio, 2014). Depuis 2012, le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées a mis en place le **dossier informatique partagé** avec 3 profils d'accès différents conformément aux autorisations CNIL : le médecin a accès à toutes les informations ; la diététicienne, l'infirmier et le kinésithérapeute ont accès à diverses données (aux données administratives, à des données médicales (poids, taille, courbe IMC), aux données concernant l'alimentation et l'activité physique) ; enfin le 3<sup>ème</sup> « profil » a accès uniquement aux données administratives (notons que l'équipe de coordination a demandé en mai 2014 à la CNIL de trouver une alternative qui soit plus satisfaisant mais n'a aucun retour à ce jour).

Pour autant, au cours de nos entretiens, aucun professionnel n'a abordé cet outil comme moyen de communication avec les autres partenaires du Trio/Duo. Au plan théorique, il nous semblerait pertinent d'aborder la question de l'**appropriation du fonctionnement en réseau** et plus particulièrement des différents outils proposés afin de mettre en lien les professionnels. En référence à notre laboratoire d'appartenance, nous centrer sur l'appropriation nous permettrait de rendre compte de la part active du sujet/professionnel que sous-tend le modèle d'une socialisation active et plurielle (Malrieu & Malrieu, 1973 ; Baubion-Broye & Hajjar, 1998 ; Lanneau, 1998 ; Faurie, 2004 ; Michaëlis, 2012) : le professionnel est actif à travers la façon dont il va s'approprier les outils du RéPPOP mais en fonction du sens qu'il donne à sa pratique et à ses relations aux autres partenaires.

Au plan méthodologique, dans une perspective longitudinale, il serait intéressant d'aller à nouveau à la rencontre des professionnels interrogés au cours de notre travail de thèse car depuis décembre 2013, période à laquelle nous avons fini la passation des entretiens semi-directifs, le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées a mis en place sur la feuille d'inclusion du patient, le bilan partagé. Ce dernier est présenté comme l'un des outils à utiliser pour les prises en charge RéPPOP pendant la nouvelle formation, comme nous l'avons exposé suite à notre observation participante. Il serait pertinent d'**étudier l'effet de ce nouvel outil dans la dynamique du collectif auprès des Trios/Duos rencontrés**, et de ce fait ses effets sur les pratiques professionnelles et la santé psychique au travail. Toutefois, ce nouvel outil est présenté au cours de la nouvelle formation : les professionnels des Trios/Duos rencontrés, dont 80% ont assisté à l'ancienne formation, ont-ils été sensibilisés à cet outil ? Une étude comparative entre des professionnels qui ont assisté à l'ancienne formation avec des professionnels qui ont participé à la nouvelle formation ne serait-elle pas plus pertinente, d'autant plus qu'au cours de la nouvelle formation l'équipe de coordination met en réseau et fait travailler en réseau les professionnels d'un même secteur en insistant sur le fait que ce sont les professionnels qui font vivre le réseau (cf. Méthodologie) ?

Nous pourrions également comparer des professionnels appartenant à **des RéPPOPs différents** et ainsi comparer le fonctionnement spécifique du RéPPOP Midi-Pyrénées avec le fonctionnement du RéPPOP dans d'autres régions. De même, une comparaison entre **différents réseau de santé** traitant des publics d'âges différents et des problématiques différentes serait intéressante

Au-delà de nouvelles perspectives de recherche, notre thèse permet également de proposer des perspectives applicables auprès des professionnels membres du réseau RéPPOP Midi-Pyrénées et de son équipe de coordination.

### ***5.2. Perspectives auprès du réseau de santé RéPPOP Midi-Pyrénées***

Nos résultats ont montré l'importance de l'homogénéité des représentations d'un Trio/Duo qui fonctionne et qui a des difficultés à fonctionner, ainsi que l'importance de la consonance des motivations initiales d'adhésion. En effet, cela a un effet sur la dynamique collective du fonctionnement des Trios/Duos : la dissonance freine la mise en œuvre d'un collectif de

travail et donc la construction de valeurs communes, voire facilite un sentiment réciproque de reconnaissance et de confiance hésitant perçu par le professionnel comme dans le cas du Trio 2 et du Duo 5. Par ailleurs, une thèse de Doctorat réalisée en médecine (Rieu, 2008) a mis en avant le fait qu'une hétérogénéité entre les pratiques du professionnel et les pratiques de l'équipe du RÉPPOP entraînait une baisse d'implication et de motivation.

Nous pensons ainsi que l'équipe de coordination, comme elle l'a commencé depuis la mise en place de la nouvelle formation, doit continuer de **travailler sur les représentations des professionnels** : représentations des attentes vis-à-vis du RÉPPOP et vis-à-vis des autres partenaires de la prise en charge. Travailler sur les représentations des futurs adhérents et sur leur homogénéité favorisera, comme nous l'avons déjà souligné, l'orientation des pratiques des professionnels vers un même objectif par la construction de références communes, et donc d'une dynamique collective entre futurs partenaires (Abric, 2003 ; Caroly, 2010 ; Piques, 2013).

Comme l'ont constaté les thèses de Doctorat en médecine de Caunes (2005) et de Rieu (2008) qui se sont centrées sur les médecins généralistes membres du réseau de santé RÉPPOP Midi-Pyrénées mais aussi, comme nous l'avons observé au cours de notre pré-enquête de terrain de M2R, l'appartenance à un réseau de santé change les pratiques professionnelles mais apporte aussi certaines difficultés. Les plus citées ont été d'une part, l'absence de rencontre avec l'équipe de coordination après la formation initiale, et d'autre part, les contraintes organisationnelles associées au rôle professionnel. Ce vécu négatif et/ou ces contraintes ont été également été exposés par des professionnels de notre échantillon qui n'est pas composé uniquement de médecins généralistes. Ces difficultés semblent toucher plusieurs catégories professionnelles.

Ainsi, plusieurs perspectives d'application auprès des professionnels membres peuvent être proposées.

Dans un premier temps, développer des « *mini formations* » ou des groupes d'analyse de pratiques favoriseraient des temps de rencontre avec l'équipe et les échanges afin de confronter les différents points de vue. **Ces espaces de débat permettraient une réflexion collective sur sa propre pratique dans la prise en charge et dans la relation aux autres partenaires.** Sans utiliser d'images filmées, comme dans la méthodologie de l'auto-

confrontation croisée proposée par la clinique de l'activité de Clot (2000, 2006) et qui s'adresse à un même métier, ces espaces amèneraient à repenser la pratique voire à la « soigner » en co-construisant de nouvelles façons de faire : « l'activité n'est plus limitée à ce qui se fait » (Clot & al., 2000, p.6), le débat ouvre la voie au pouvoir d'action du professionnel sur sa pratique et ainsi à préserver sa santé psychique (Clot, 2006 ; Clot, 2000 ; Clot & Caroly, 2004 ; Lhuiler, 2007 ; Caroly, 2010).

En ce qui concerne les difficultés rencontrées par des Diététiciennes de notre échantillon, apporter une piste de réflexion est complexe car nous avons bien conscience que les aides financières dont bénéficie le réseau RéPPOP Midi-Pyrénées ne lui permettent pas d'aller au-delà de 4 consultations diététiques remboursées par an sur les deux ans de suivi.

Concernant la place du Médecin dans la prise en charge RéPPOP, son statut de « référent » et les contraintes associées sont difficiles à porter pour ces professionnels. De plus, la place du médecin référent dans la prise en charge peut avoir un poids tel que cela peut venir déséquilibrer le rôle et la place des autres partenaires. Ce déséquilibre peut aussi venir des représentations des places de chacun des partenaires dans la prise en charge. Représentation d'une part, qu'ont les patients et leur famille, et représentation, d'autre part, qu'ont les partenaires entre eux. Nous l'avons constaté au cours de notre recherche, les professionnels rencontrés ont des représentations des rôles et des attentes de chacun homogènes. Pour autant, **les appellations « Acteur » et « Accompagnateur » semblent porteuses d'ambiguïtés** pour des professionnels et nous pensons que cela peut freiner la formation du Trio et favoriser les prises en charge en Duo. Peut-être qu'une réflexion collective, associant l'équipe de coordination et les professionnels membres du réseau, sur les appellations serait nécessaire ? Au-delà de cette question lexicale du bon terme à employer pour désigner le partenaire, nous avons mis en exergue l'importance d'un coordinateur-pilote au sein des Trios/Duos qui va favoriser la dynamique collective entre partenaires. **Désigner, dès la formation du Trio/Duo, un professionnel qui tiendra le rôle du coordinateur-pilote entre les partenaires mais qui sera aussi le relais avec l'équipe de coordination**, pourrait être une piste à envisager et à présenter au cours de la formation initiale afin de sensibiliser le plus tôt possible à la nécessité de se coordonner afin de pouvoir coopérer et travailler de façon efficace en réseau de par une dynamique collective (Le Boterf, 2004 ; Caroly, 2010).

Pour conclure, nous tenons à souligner la forte implication de l'équipe de coordination du réseau de santé RéPPOP Midi-Pyrénées dans de nombreux travaux de thèses (Caunes, 2005 ; Rieu, 2008) afin de pouvoir cibler au mieux les besoins des professionnels sur le terrain et d'y répondre de façon la plus adéquate tout en prenant en considération les contraintes organisationnelles auxquelles l'équipe de coordination est à son tour confrontée.



## BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J-C. (1990). La créativité dans les groupes. In S. Moscovici (Ed.), *La psychologie sociale* (pp. 193-212). Paris : PUF.
- Abric, J-C. (2003). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.
- Accard, N., & Benateau, C. (2006). Comme réponse à la précarité du lien mère-bébé, les « Petits Pas » : un réseau en périnatalité. *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 157-175.
- Allemandou, B. (2008). Réseau santé mentale-précarité : de la demande sociale à la demande de soins. *Revue Sociologie Santé*, 29, 167-192.
- Almudever, B. (1998). Relations interpersonnelles et soutien social. In A. Baubion-Broye (Ed.), *Événements de vie, transitions et construction de la personne* (pp. 111-132). Toulouse : Erès.
- Almudever, B. (2002). Entre assistance individualisée et mobilisation collective : la problématique du soutien social face à la précarité. *Pratiques psychologiques*, 4, 95-107.
- Almudever, B. (2008). Intersignification des conduites et processus de transfert entre registres d'expériences. Communication présentée au colloque *Rencontres autour de Philippe Malrieu*, le 3 et 4 octobre 2008, Toulouse.
- Almudever, B. (2009). Etudier la souffrance et la violence au travail : la place du sujet social. In G. Fournier & M.F. Maranda (Eds.), *Psychopathologie du travail et maintien durable en emploi : une question antinomique ?* Paris : L'Harmattan.
- Almudever, B., Le Blanc, A., & Hajjar, V. (2013). Construction du sens du travail et processus de personnalisation : l'étude du transfert d'acquis d'expériences et des dynamiques de projet. In A. Baubion-Broye, R. Dupuy & Y. Prêteur (Eds.), *Penser la socialisation en psychologie. Actualité de l'œuvre de Philippe Malrieu* (pp. 171-185). Toulouse : Erès.
- Alter, N. (1996). *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*. Paris : PUF.
- Amado, G., & Guittet, A. (2012). *Dynamique des communications dans les groupes*. Paris : Armand Colin, 6<sup>ème</sup> Edition.

- Ardoino, J., & Barus-Michel, J. (2013). Sujet. In J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Lévy (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références* (pp. 267-274). Toulouse : Erès.
- Arnaldi, M., Grillakis, E., & Iaboni, I. (1995). Réseau de soutien et familles : les bienfaits d'une retraite de fin de semaine. *P.R.I.S.M.E.*, 5(1), 78-85.
- Assens, C. (2003). Le réseau d'entreprises : vers une synthèse des connaissances. *Management international*, 7(4), 49-59.
- Audet, M. (2004). *La dimension ressources humaines dans la prestation électronique de services gouvernementaux*. Québec : CEFRIO.
- Bacha, J. (2013). *Réseaux sociaux et autonomisation des adolescents* (Thèse de Doctorat en sciences de l'éducation), Université de Cergy Pontoise.
- Bakis, H. (1993). *Les réseaux et leurs enjeux sociaux*. Paris : PUF.
- Barnes, J. A., & Grange, J. (2013). Classes sociales et réseaux dans une île de Norvège. *Réseaux*, 182(6), 203-237.
- Barthe, B. (1999). *Gestion collective de l'activité de travail et variation de la vigilance nocturne : le cas d'équipes hospitalières de travail en postes de nuits longs* (Thèse de Doctorat en psychologie), Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse.
- Barthe, B. (2000). Travailler la nuit au sein d'un collectif : quels bénéfices ? T. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 235-286). Toulouse, Octarès.
- Barthe, B., & Quéinnec, Y. (1999). Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie. *L'Année Psychologique*, 99(4), 663-686.
- Barus-Michel, J. (1987). *Le sujet social. Etude de psychologie sociale clinique*. Paris : Dunod.
- Barus-Michel, J. (1999). Approche clinique en sciences sociales, psychologie sociale et sociologie cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 59, 4-8.
- Barus-Michel, J. (2013). Clinique et sens. In J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Lévy (Eds.), *Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références* (pp. 323-333). Toulouse : Erès.
- Barus-Michel, J., Giust-Desprairies, F., & Ridet, L. (1996). *Crises. Approche psychosociale clinique*. Paris : Desclée de Brouwer, Collection Re-connaissances, Paris.



- Barville-Deromas, N., Bobillier-Chaumon, M. E., & Vacherand-Revel, J. (2014). Le rôle des réseaux sociaux numériques d'entreprises dans le développement de l'activité professionnelle. In J. Vacherand-Revel, M. Dubois, M-E. Bobillier-Chaumon, D. R. Kouabenan & P. Sarnin (Eds.), *Nouvelles pratiques de travail : innovations technologiques, changements organisationnels* (pp. 55-65). Paris : L'Harmattan.
- Baubion-Broye, A. (1998). Introduction. In A. Baubion-Broye (Ed.), *Événements de vie, transitions et construction de la personne* (pp. 7-15). Toulouse : Erès.
- Baubion-Broye, A., Dupuy, R., & Hajjar, V. (2004). Socialisation organisationnelle et transformation des identités. In E. Brangier, A. Lancry & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 359-387), Nancy : Presse Universitaires de Nancy, Collection Travail et Organisation.
- Baubion-Broye, A., & Hajjar, V. (1998). Transitions psychosociales et activités de personnalisation. In A. Baubion-Broye (Ed.), *Événements de vie, transitions et construction de la personne* (pp. 17-43). Toulouse : Erès.
- Bedny, G. Z., & Karwowski, W. (2004). Activity theory as a basis for the study of work. *Ergonomics*, 47(2), 134-153.
- Bejean, S., & Gadreau, M. (1997). Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. *Revue d'économie industrielle*, 81, 77-97.
- Benmerzoug, D. (2013). *TIC : Technique de l'information et de la communication*. Support de cours année 2013-2014, 1ère année MI, Université Constantine 2, Algérie. En ligne : <http://dbenmerzoug.e-monsite.fr>.
- Bercot, R. (2006). La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles. *Négociations*, 1(5), 35-49.
- Bernard, N. (2008). Fédération des réseaux de santé en Aquitaine. *Revue Sociologie Santé*, 29, 241-256.
- Bernoux, P. (2004). *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Paris : Editions du Seuil.
- Berthod-Kamta Nogue II, O. (2011). *La coordination des soins dans un réseau de santé territorial : quelle acceptabilité par les médecins généraliste* (Thèse de Doctorat en médecine), Université de Grenoble, Grenoble.
- Bevort, E., & Bréda, I. (2001). *Les jeunes et Internet. Représentations, usages et appropriations*. Paris : CLEMI, 1, 60.

- Bidart, C., Degenne, A., & Grossetti, M. (2011). *La vie en réseau, dynamique des relations sociales*. Paris : PUF.
- Bigot, R., Crouette, P., & Daudey, E. (2013). La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française CREDOC, Collection des rapports, 297.
- Blanchet, A. (1987). Interviewer. In A. Blanchet, R. Ghiglione, J. Massonnat & A. Trognon (Eds.), *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Observer, interviewer, questionner* (pp. 81-126). Paris : Bordas.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2011). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- Bobillier-Chaumon, M.E. (2003). Evolutions techniques et mutations du travail : émergence de nouveaux modèles d'activité. *Le travail humain*, 66(2), 161-192.
- Bobillier-Chaumon, M.E. (2012a). TIC et travail. In M. E. Bobillier-Chaumon & P. Sarnin (Ed.), *Manuel de psychologie du travail et des organisations. Les enjeux psychologies du travail* (pp. 281-309). Bruxelles : De Boeck.
- Bobillier-Chaumon, M.E. (2012b). Nomadisme et dépendance. Des perspectives professionnelles reconfigurées. *Cadres-CFDT*, 448, 7-16.
- Bobillier-Chaumon, M.E., Bessiere, C., & Brangier, E. (2001). Les effets du changement technologique sur le travail collaboratif. Le cas d'une équipe de conception information. *Revue d'interaction Homme-Machine*, 3(2), 1-19.
- Bobillier-Chaumon, M.E., Dubois, M., & Retour, D. (2002). Etude des compétences actuelles et futures lors d'une activité de conseil-client par l'intermédiaire d'un système d'information : analyse psycho-ergonomique de l'utilisation de la banque électronique. Rapport de recherche complémentaire II. Paris : Ministère de la Recherche.
- Bobillier-Chaumon, M.E., Dubois, M., & Retour, D. (2006). L'acceptation des nouvelles technologies d'information : le cas des systèmes d'information en milieu bancaire. *Psychologie du travail et des organisations*, 12(4), 247-262.
- Bobillier-Chaumon, M.E., Ruyneau de Saint George, P., Cuvillier, B., & Sarnin, P. (2014). Sylviculture et activité collective longitudinale : un premier repérage. *Activités*, 11(1), 3-21.
- Bolt, E. (1971). *Family and social network*. New-York : The Free Press.

- Bonafini, P. (2002). Réseaux de soins : réforme ou révolution ? *Politiques et Management Public*, 20(2), 1-22.
- Bourdon, F., & Weill-Fassina, A. (1994). Réseau et processus de coopération dans la gestion du trafic ferroviaire. *Le travail humain*, 57(3), 271-287.
- Bourgueil, Y., Brémond, M., Develay, A., Grignon, M., Midy, F., Naiditch, M., & Polton, D. (2001). *L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations*. Paris : CREDES, Groupe Image-ENSP.
- Bourret, C. (2004). Réseaux de santé et nouveaux métiers de l'information. *Sciences de l'information*, 41(3), 174-181.
- Bourret, C. (2008). Les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décroiser le système de santé français. *Tic&Société*, 2(1), 85-107.
- Boutinet, J-P. (2009). Pratique professionnelle. In J-P. Boutinet (Ed.), *L'ABC de la VAE* (pp. 176-178). Toulouse : Erès.
- Brenot, J., & Tuvée, L. (1996). *Le changement dans les organisations*. Paris : PUF.
- Bressand, A., & Distler, C. (1995). *La planète relationnelle*. Paris : Flammarion.
- Breuleux, A., Erickson, G., Laferrière, T., & Lamon, M. (2002). Devis sociotechniques pour l'établissement de communautés d'apprentissage en réseau pour l'intégration pédagogique des TIC en formation des maîtres. *Revue des sciences de l'éducation*, 28(2), 411-434. En ligne : <http://id.erudit.org/iderudit/007361ar>.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Brunella, E. (2004). Quelques réflexions sur la spécificité de la pratique infirmière et comment peut-elle être complémentaire dans un travail en réseau. In *Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale ? : Actes du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines-Sud, Deauville, 6 et 7 mars 2004*, 67-70.
- Bruyère, C. (2007). Les réseaux de santé : vers une gestion paradoxale de type réseau-hiérarchie. *Management et sciences sociales*, 3. En ligne : <http://halshs.archives.ouvertes.fr/halshs-00519686>.
- Bruyère, C. (2008a). Les réseaux de santé : vers un arbitrage des contraintes. *Management international review*, 13(1), 75-84. En ligne : <http://halshs.archives.ouvertes.fr/halshs-00519689>.

- Bruyère, C. (2008b). La construction de savoirs d'action entre réseau et hiérarchie. Le cas des réseaux de santé. *Management et réseaux sociaux*. En ligne : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00519678>.
- Bruyère, C., & Bonafini, P. (2008). Le réseau de santé français : une structuration à double sens. *Revue Sociologie Santé*, 29, 123-148.
- Butard, A., & Gadreau, M. (2008). Le réseau de santé : une démarche en mutation. *Revue Sociologie Santé*, 29, 101-122.
- Canguilhem, G. (1972). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Cardon, D. (2000). La production coopérative des factures. Cas de mise en place d'un outil de groupware. *Réseaux*, 18, 95-118.
- Caroly, S. (2010). *L'activité collective et la réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail* (Habilitation à diriger des recherches, mention ergonomie), Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux.
- Caroly, S. (2011). *L'activité collective : des enjeux pour la santé au travail*. Communication orale présentée à l'Université Laval, le 9 Mars 2011, En ligne : <http://www.cgsst.com/stock/fra/resume-sandrine-caroly.pdf>.
- Caroly, S. (2012). Groupes et collectifs de travail. In M.E. Bobillier-Chaumon & P. Sarnin (Eds.), *Manuel de psychologie du travail et des organisations, les enjeux psychologiques du travail* (pp. 261-280). Bruxelles : De Boeck.
- Caroly, S. (2013). Travail collectif et collectifs de travail en service de santé au travail. Communication orale présentée à la Journée nationale de l'AFISST, le 15 novembre 2013. En ligne : <http://www.afisst.fr/wp-content/uploads/2013/11/Travail-collectif-et-collectifs-de-travail-en-SIST.pdf>
- Caroly, S., & Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie Constructive* (pp. 33-46). Paris : PUF. En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00860638>.
- Caroly, S., & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail, développer des stratégies d'expérience. *Formation emploi*, 88, 43-55.
- Caroly, S., & Weill-Fassin, A. (2007). En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? *activité*, 4(1), 85-98. <http://www.activites.org/v4n1/v4n1.pdf>

- Carré, P. (2009). *De la motivation au registre conatif*. In P. Carré & F. Fenouillet (Eds.), *Traité de psychologie de la motivation* (pp. 1-11). Paris : Dunod, Collection Psycho Sup.
- Castel, P. (2007). Les enjeux professionnels des réseaux. In P. Castel & M.O. Carrer (Eds.), *Soins en réseau. Pratiques, acteurs et régulation en cancérologie* (pp. 3-27). Paris : John Libbey Editions.
- Castells, M. (1998). *La société en réseaux, Tome 1. L'ère de l'informatique*. Paris : Editions Fayard.
- Castera, P. (2008). Réseau addictions gironde (AGIR33). *Revue Sociologie Santé*, 29, 231-239.
- Caunes, P. (2005). *Mise au point d'un questionnaire de satisfaction des médecins libéraux participant au réseau REPOP Toulouse, analyse de 109 réponses et critique méthodologique* (Thèse de Doctorat en médecine), Université Toulouse 3, Toulouse.
- Charbonneau, J., & Trucotte, M. (2005). Les réseaux sociaux. In P. Bernard, S. Bourdon, J. Charbonneau, A. P. Contandriopoulos, A. Drapeau, D. Helly, P. Levebre & G. Paquet (Eds.), *Connaître, débattre et décider. La contribution d'une enquête socioéconomique et de santé intégrée et longitudinale, ESSIL* (pp. 173-205). Montréal : INSPQ.
- Chancel, R. (2004). *Réseaux de santé : présentation et bilan en 2004 ; étude de deux cas : Oncorèse et Relience 31* (Thèse de Doctorat en pharmacie), Université Toulouse 3, Toulouse.
- Charrier, F., Couteau, J., Geoffroy, J.J., Seys, M., Roulleau, J., & Vercauteren, R. (2005). *Tutelles et réseaux, changer les pratiques médico-sociales*. Toulouse : Eres, Collection « Trames ».
- Chossegros, P. (2008). Les réseaux de santé : une histoire française. *Revue Sociologie Santé*, 29, 17- 30.
- Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme ?* Paris : La découverte.
- Clot, Y. (2000). La fonction psychologique du collectif. In A. Weill-Fassina & T. Hakim Bencheikroun (Eds.), *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 272-286). Toulouse : Octarès.
- Clot, Y. (2006). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF (5<sup>ème</sup> éd.).
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF, Collection Le Travail Humain.

- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : une méthode en clinique de l'activité. *Pistes*, 2(1), 1-7.
- Coat, F. (1998). Une nouvelle dynamique des groupes : les équipes virtuelles. In F. Coat, J-C. Courbon & J. Trahand (Eds.), *Le travail en groupe à l'âge des réseaux* (pp. 213-231). Paris : Editions Economica.
- Coat, F., Courbon, J-C., & Trahand, J. (1998). *Le travail en groupe à l'âge des réseaux*. Paris : Editions Economica.
- Coat, F., & Favier M. (1998). Les équipes virtuelles : de nouveaux moteurs pour la performance. In F. Coat, J-C. Courbon & J. Trahand (Eds.), *Le travail en groupe à l'âge des réseaux* (pp. 189-212). Paris : Editions Economica.
- Cohen-Montandrea, V. (2002). *L'exercice de l'activité en télétravail et les compétences nécessaires*. Les Cahiers de Notes Documentaires de l'INRS, Mars.
- Coutrot, T. (1998). *L'entreprise néolibérale, nouvelle utopie capitaliste ?* Paris : La Découverte.
- Cosset-Desplanques, G., & Mazars, T. (2009). Le réseau de santé, un dispositif innovant de coordination et de maintien à domicile. *Soins gérontologiques*, 75, 37-38.
- Craipeau, S., & Briole, A. (2000). Le groupware. Une technique structurante pour les PME de service. *Réseaux*, 18(104), 225-242.
- Croity-Belz, S., Almudever, B., & Hajjar, V. (2004). Recherche d'information, conduites d'innovation et d'interdépendance des domaines de vie : les modalités et les déterminants d'une participation active des nouveaux recrutés à leur socialisation organisationnelle. *Le Travail Humain*, 67(3), 283-304.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil.
- Cru, D. (1995). *Règles de métier. Langue de métier*. Diplôme d'Ergonomie. Paris : Ecole Pratique des Hautes Etudes.
- Curie, J & Dupuy, R. (2002). L'organisation du travail contre l'unité du travailleur. . In J. Curie (Ed.), *Travail, Personnalisation, Changements Sociaux, Archives pour les histoires de la psychologie du travail* (pp. 285-300). Toulouse : Editions Octarès, Collection Travail et Activité Humaine.
- Curie, J., & Guillevic, C. (2002). Personnalisation, changements sociaux et travail. . In J. Curie (Ed.), *Travail, Personnalisation, Changements Sociaux, Archives pour les histoires de la psychologie du travail* (pp. 85-95). Toulouse : Editions Octarès, Collection Travail et Activité Humaine.

- Cuvelier, L., & Caroly, S. (2011). Transformation du travail, transformation du métier : quels impacts sur la santé des opérateurs et sur l'activité collective. *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, 13(1), 2-19.
- Degenne, A. (1983). Sur les réseaux de sociabilité. *Revue française de sociologie*, 1983, 24(1), 109-118.
- Degenne, A. (1993). L'analyse des réseaux sociaux, bref panorama. *Flux*, 13/14, 48-51.
- Degenne, A., Fournier, I., Mary, C., & Mounier, L. (1991). Les relations sociales au cœur du marché du travail. *Sociétés Contemporaines*, 5, 75-98.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France ; la banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Editions du Seuil.
- Dejours, C. (2000). *Travail, Usure mentale*. Paris : Bayard.
- De la Garza, C. (1998). Le travail collectif en tant qu'activités de régulation. *Performances humaines et techniques*, 96, 20-29.
- De la Garza, C., & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In T. Benckroun & A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 217-234). Toulouse : Octarès.
- Déro, M., & Heutte, J. (2008). Impact des TIC sur les conditions de travail dans un établissement d'enseignement supérieur. Auto-efficacité, flow et satisfaction au travail. *Actes des 2<sup>ème</sup> Journées Communication et Apprentissage Instrumenté en Réseau (JOCAIR, 2008), Amiens, 27-29 Août, 192-205*.
- Desmarais, D., Lavigueur, H., Roy, L., & Blanchet, L. (1987). Patient identifié, réseau primaire et idéologie dominante : le champ d'intervention en santé mentale. In M. Elkaïm (Ed.), *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social* (pp. 41-74). Paris : Editions ESF.
- De Terssac, G. (2000). L'action organisée. In J. M. Berthelot (Ed.), *La sociologie française contemporaine* (pp. 99-116). Paris : PUF.
- De Terssac, G. (2002). Impact de l'analyse du travail sur les relations de travail. In G. De Terssac (Ed.), *Le travail : une aventure collective. Recueil de textes* (pp. 251-267). Toulouse : Octarès.

- De Terssac, G., & Chabaud, C. (1990). Référentiel opératif commun et fiabilité. In J. Leplat & G. De Terssac (Eds.), *Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes* (pp. 110-139). Toulouse : Octarès.
- De Terssac, G., Lalande, K., & Soldano, C. (2002). Tensions entre activités professionnelles et transformations organisationnelles. In G. De Terssac (Ed.), *Le travail : une aventure collective. Recueil de textes* (pp. 161-177). Toulouse : Octarès.
- De Terssac, G., & Lompré, N. (1994). Coordination et coopération dans les organisations. In B. Pavard (Ed.), *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception* (pp. 175-201). Toulouse : Octarès.
- De Terssac, G., & Lompré, N. (1995). Pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs : essai d'interprétation. Communication au 30<sup>ème</sup> congrès de la SELF, Ergonomie et production industrielle, l'homme dans les nouvelles organisations, Biarritz.
- De Terssac, G., & Lompré, N. (2002). Pratiques organisationnelles dans les ensembles productifs : Essai d'interprétation. In G. De Terssac (Ed.), *Le travail : une aventure collective. Recueil de textes* (pp. 237-250). Toulouse : Octarès.
- De Terssac, G., & Soubie, J. L. (2002). Systèmes à base de connaissances et organisations. In G. De Terssac (Ed.), *Le travail : une aventure collective. Recueil de textes* (pp. 103-130). Toulouse : Octarès.
- Devillard, O. (2008). Dynamiques d'équipes. Paris : Editions d'Organisation, 3<sup>ème</sup> Ed.
- Domec, C. (1996). *Pertinence et effets de la mise en réseau au regard des acteurs de soins infirmiers à domicile* (Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire des Cadres de Santé), Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse.
- Drulhe, M., & Sicot, F. (2011). *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*. Paris : PUF.
- Dugué, B. (2004). *La négociation collective d'entreprise : négociation du travail et travail de négociation* (Thèse de Doctorat en sociologie), Université Toulouse 2 le Mirail, Toulouse.
- Dujardin, P. (1988). Processus et propriétés de la mise en réseau : débat, problématique, propositions. In P. Dujardin (Ed.), *Du groupe au réseau, réseaux religieux, politiques, professionnels* (pp. 5-28). Paris : Editions du CNRS.
- Dupuich, F. (2009). Impact des technologies de l'information et de la communication (TIC) sur la gestion des ressources humaines (GRH) dans les firmes « high-tech ». *Management & Avenir*, 21(1), 221-242.



- Dupuy, G. (1995). Réseaux (philosophie de l'organisation). In *Encyclopaedia Universalis*, Tome 19, 875-882.
- Dupuy, R., & Mègemont, J-L. (2008). Conditions de personnalisation au travail : Objectivation, Reconnaissance, Evaluation. Communication au colloque *Rencontres autour de Philippe Malrieu*, 3 et 4 octobre 2008, Toulouse.
- Elghozy, B., Cabé, M. H., & Uhalde, M. (2005). Réseau de santé et action professionnelle. *Sociologies pratiques*, 11(2), 17-20
- Eve, M., & Smoreda, Z. (2001). La perception de l'utilité des objets techniques : jeunes retraités, réseaux sociaux et adoption des technologies de communication. *Retraite et Société*, 33, 22-51.
- Faurie, I. (2004). *Pratiques d'Internet, processus d'appropriation et transformation de la sociabilité des sujets : approche psychosociale* (Thèse de Doctorat en psychologie), Université Toulouse 2 le Mirail, Toulouse.
- Faurie, I., Almudever, B., & Hajjar, V. (2004). Les usages d'internet des étudiants : facteurs affectant l'intensité, l'orientation et la signification des pratiques. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33(3). En ligne : <http://osp.revues.org/712>.
- Feertchak, H. (1996). *Les motivations et les valeurs en psycho-sociologie*. Paris : Armand Colin.
- Felio, C. (2014). Clinique de l'usage des TIC au travail. In J. Vacherand-Revel, M. Dubois, M.E. Bobillier-Chaumon, D. R. Kouabenan & P. Sarnin (Eds.), *Nouvelles pratiques de travail : innovations technologiques, changements organisationnels* (pp. 135-145). Paris : L'Harmattan.
- Ferrary, M., & Pesqueux, Y. (2004). *L'organisation en réseau, mythes et réalité*. Paris : PUF, Collection La politique éclatée.
- Ferré, M.F. (2009). *Travailler au sein d'un réseau de santé : impact du collectif sur le changement des pratiques professionnelles et sur la santé eu travail* (Mémoire de Master 2 Recherche en psychologie), Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse.
- Fontar, B., & Kredens, E. (2010). *Comprendre le comportement des enfants et des adolescents sur Internet pour les protéger des dangers*. Rapport de Fréquence Ecoles pour la Fondation pour l'Enfance. Paris : Fondation pour l'Enfance.
- Forget, P., & Polycarpe, G. (1997). *Le réseau et l'infini. Essai d'anthropologie, philosophique et stratégique*. Paris : Editions Economica.

- Forsé, M. (1981). Les réseaux de sociabilité dans un village. *Population*, 36(6), 1141-1162.
- Fourtane, P. (2002). Le CLIC de Châlas. *Gérontologie et Société*, 100, 95-109.
- Fraccaroli, F. (2002). *Le changement dans les organisations*. Paris : PUF.
- Frattini, M. O., & Mino, J. C. (2006). Les réseaux, un outil de recherche et de développement au service de l'évolution du système de santé. *Santé publique*, 18(3), 475-481.
- Granovetter, M. S. (1974). *Getting a Job, a Study of Contacts and Carriers*. Cambridge Massachusetts : Harvard University Press.
- Green, B. L., & Rodgers, A. (2001). Determinants of social support among low-income Mothers : A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 29(3), 419-441.
- Grosjean, M., & Lacoste M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.
- Grosjean, M., & Mondada, L. (2004). Introduction. In M. Grosjean & L. Mondada (Eds.), *La négociation au travail. Groupe de recherche sur les interactions communicatives* (pp. 7-15). Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- Haehnel, P. & Dusehu, E. (1998). Problèmes éthiques et réseaux. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 24, 45-46.
- Hamann, E., Nguyen, M.T.T., Rohmann-Labat, I., & Satragno-Fabrizio, I. (2009). Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe. *Les cahiers de l'Actif*, 402/403, 209-219.
- Hardy-Baylé, M. C. (2004). Pour une évaluation comparative des pratiques reposant sur la démarche hypothético-déductive du praticien. In Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale ? : Actes du réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines-Sud, Deauville, 6 et 7 mars 2004, 29-53.
- Hugon, M., Villatte, A., & Prêteur, Y. (2013). Philippe Malrieu : un modèle de la socialisation-personnalisation. In A. Baubion-Broye, R. Dupuy & Y. Prêteur (Eds.), *Penser la socialisation en psychologie. Actualité de l'œuvre de Philippe Malrieu* (pp. 37-51). Toulouse : Erès.
- Julien, M., Vayre, E., & Camps, J. (2010). *Analyse et évaluation du dispositif de formation*. « Développer un projet E3D fédérateur dans son établissement ». Rapport n°1.

- Kouloumdjian, M.F. (2012). Travail à distance. In J. L. Bernaud & C. Lemoine (Eds.), *Traité de psychologie du travail et des organisations* (pp. 345-387). Paris : Dunod.
- Kouloumdjian, M.F., & Montandreaux, V. (1998). Télétravail : dynamiques en jeu (individus, collectifs de travail et organisations). Rapport à la direction des Affaires Générales d'EDF.
- Krause, N. (1987). Understanding the Stress Process : Linking social support with locus of control beliefs. *Journal of Gerontology*, 42(6), 589-593.
- Lacoste, M. (2000). Le langage et la structuration des collectifs. In T. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Eds.), *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie* (pp. 55-70). Toulouse : Octarès.
- Lancry, A., & Ponnelle, S. (2004). La santé psychique au travail. In E. Brangier, A. Lancry & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (pp. 285-312). Nancy : Editions Presse Universitaires de Nancy.
- Lanneau, G. (1998). L'engagement dans l'innovation : genèse d'une transition. In A. Baubion-Broye (Ed.), *Événements de vie, transitions et construction de la personne* (pp. 175-194). Toulouse : Erès.
- Larcher, P. (1998). Les enseignements des réseaux existants. In *Actualité et dossier en santé publique*, 24, 21-26.
- Larcher, P., & Polomeni, P. (2001). *La santé en réseaux : objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*. Paris : Masson.
- Laval, F., & Thierno Diallo, A. (2007). L'E-RH : un processus de modernisation de la gestion des ressources humaines à la mairie de Paris. *Management & Avenir*, 13(3), 124-148.
- Le Bœuf, D. (1999). Mise en œuvre des réseaux de soins. De l'expérimentation à l'organisation pérenne. *Gestions Hospitalières*, 741-744.
- Le Boterf, G. (2004). *Travailler en réseau, partager et capitaliser les pratiques professionnelles*. Paris : Editions d'Organisation.
- Legreloup, A. M. (2004). Réseau de santé ou santé en réseau ? *VST- Vie Sociale et Traitements*, 81(1), 20-22.
- Lemieux, V. (1982). *Réseaux et appareils*. Paris : Edisem-Québec et Maloine.

- Lemieux, V. (1999). *Les réseaux d'acteurs sociaux*. Paris : PUF.
- Lemoine, C. (2004). Motivation, satisfaction et implication au travail. In E. Brangier, A. Lancry & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques de la psychologie du travail et de l'organisation* (pp. 389-414). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Lépine, V. (2002). Une entreprise sidérurgique aux prises avec le groupware : apports d'une étude empirique. Les enjeux de l'information et de la communication, Les Enjeux 2002. En ligne : [http://www.u-grenoble3.fr/les\\_enjeux/2002/Lepine/index.php/](http://www.u-grenoble3.fr/les_enjeux/2002/Lepine/index.php/).
- Leplat, J. (1993). Ergonomie et activités collectives. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.), *Les aspects collectifs du travail* (pp. 7-27). Toulouse : Octarès.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès.
- Leroux, Y. (2010). Les blogues, nouveaux terrains vagues des adolescents. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 35(2), 115-121.
- Lévy-Leboyer, C. (2001). *La motivation dans l'entreprise. Modèles et stratégies*. Paris : Editions d'Organisation.
- Lhuillier, D. (2007). *Cliniques du travail*. Toulouse : Erès.
- Lhuillier, D. (2009). La praxis et le sujet social. In F. Giust-Desprairies & V. De Gaulejac (Eds.), *La subjectivité à l'épreuve du social. Hommage à Jacqueline Barus-Michel* (pp. 117-127). Paris : l'Harmattan.
- Libois, J., & Loser, F. (2003). *Travailler en réseau : analyse de l'activité en partenariat dans les domaines du social, de la santé et de la petite enfance*. Genève : IES Editions.
- Livian, Y-F. (2004). *Organisation. Théories et pratiques*. Paris : Editions Dunod.
- Livian, Y-F., & Parot, I. (2008). Les espoirs déçus des équipes à distance. *Annales des Mines. Gérer et comprendre*, 93(3), 23-31.
- Livingstone, S., Haddon, L., Görzig, A., & Olafsson, K. (2011). *Risks and safety on the Internet: The perspective of European children. Full Findings*. LSE, London: EUKids online.
- Lombrail, P., Bourgueil, Y., Develay, A., Mino, J-C., & Naiditch, M. (2000). Repères pour l'évaluation des réseaux de soin. *Santé Publique*, 12(2), 161-176.

- Louche, C. (2001). *Psychologie sociale et des organisations*. Paris : Armand Colin.
- Louche, C. (2007). *Introduction à la psychologie du travail et des organisations, Concepts de base et Applications*. Paris : Armand Colin.
- Mabilon-Bonfils, B. (2012). Les « pratiques numériques », entre écrit et sociabilité. *Adolescence*, 30(1), 217-228.
- Macrez, P. (2007). Les réseaux de santé. *L'aide-soignante*, 89, 23-24.
- Maggi, B. (1996). La régulation du processus d'action de travail. In P. Cazamian, F. Hubault & M. Noulin (Eds.), *Traité d'ergonomie* (pp. 637-662). Toulouse : Octarès.
- Maisonneuve, J. (1999). *La dynamique des groupes*. Paris : PUF.
- Malrieu, P. (2013). La notion d'interstructuration du sujet et des institutions. In A. Baubion-Broye, R. Dupuy & Y. Prêteur (Eds.), *Penser la socialisation en psychologie. Actualité de l'œuvre de Philippe Malrieu* (pp. 189-204). Toulouse : Erès.
- Malrieu, P. & Malrieu, S. (1973). La socialisation. In H. Gratiot-Alphandery & R. Zazzo (Eds.), *Traité de Psychologie de l'Enfant, Tome 5* (pp. 5-24). Paris : PUF.
- Manfredi-Pons, C. (2008). *Le médecin généraliste et les réseaux de santé en Midi-Pyrénées* (Thèse de Doctorat en Médecine), Université Toulouse 3, Toulouse.
- Margerit, C. (2004). Médecine générale et réseau. In Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale ? : *Actes du réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines-Sud, Deauville, 6 et 7 mars 2004*, 59-66.
- Markaki, V., Traverso, V., & Grosjean, M. (2012). Travail, langage et communication. In M. E. Bobillier-Chaumon & M. Sarnin (Eds.), *Manuel de psychologie du travail et des organisations* (pp. 199-216). Bruxelles : De Boeck.
- Marquet, P. (2014). TIC et identité professionnelle : témoignage d'un spécialiste des TIC en éducation et formation. In P. Maubant & D. Groux, D. (Eds.), *Transformations identitaires des professeurs d'université* (pp. 107-126). Paris : L'Harmattan Paris.
- Martin, O. (2004). L'Internet des 10-20 ans. Une ressource pour une communication autonome. *Réseaux*, 123(1). 25-58.
- Maugeri, S. (2004). *Théories de la motivation au travail*. Paris : Dunod.

- Mc Pherson, J. (1982). Hypernetwork sampling : duality and differentiation among voluntary organizations. *Social Network*, 3, 225-249.
- Mègemont, J-L., & Dupuy, R. (2013). La personnalisation au travail : enjeux et processus de personnalisation. In A. Baubion-Broye, R. Dupuy & Y. Prêteur (Eds.), *Penser la socialisation en psychologie. Actualité de l'œuvre de Philippe Malrieu* (pp. 153-170). Toulouse : Erès.
- Meissonier, R. (2000). *Organisation virtuelle : conceptualisation, ingénierie et pratiques. Enquêtes auprès des PME de la région des Pays de la Loire* (Thèse de Doctorat en sciences de gestion), Université d'Aix-Marseille 3, Aix en Provence.
- Mercklé, P. (2011). *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris : La Découverte.
- Metton, C. (2004). Les usages de l'Internet par les collégiens. Explorer les mondes sociaux depuis le domicile. *Réseaux*, 123(1), 59-84.
- Metton-Gayon, C. (2009). Usages sexués d'Internet chez les adolescents et modes de socialisation familiaux. *Recherches & Educations*, 2, 163-177.
- Michaëlis, N. (2012). *Conduites d'appropriation individuelle et collective du soutien social : une recherche-action dans le cadre d'un dispositif d'aide aux personnes en situation de souffrance au travail* (Thèse de Doctorat en psychologie), Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse.
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail, introduction à la psychodynamique du travail*. Paris : Editions Payot et Rivages.
- Monnier, E., & Spenlehauer, V. (1992). L'évaluation dans le triangle de la décision. Opinions singulières et processus pluraliste. *Politiques et management public*, 10(3), 61-82.
- Moro, M.R. (1993). Les méthodes cliniques. In R. Ghiglione & J.F. Richard (Eds.), *Cours de psychologie, tome II. Base, méthodes, épistémologie* (pp.413-463). Paris : Editions Dunod.
- Mucchielli, A. (2011). *Les motivations*. Paris : PUF.
- Musso, P. (1999). La symbolique du réseau. *Quaderni*, 38, 69-98.
- Musso P. (2001). Genèse et critique de la notion de réseau. In D. Parrochia (Ed.), *Penser les réseaux* (pp. 194-217). Seyssel : Editions Champ Vallon.
- Musso, P. (2003a). *Critique des réseaux*. Paris : PUF.

- Musso, P. (2003b). Introduction générale. In P. Musso (Ed.), *Réseaux et société* (pp. 5-11). Paris : PUF.
- Musso, P. (2003c). Le réseau : de la mythologie grecque à l'idéologie d'Internet. In P. Musso (Ed.), *Réseaux et société* (pp. 15-42). Paris : PUF.
- Musso, P. (2004). La rétiologie. *Quaderni*, 55, 21-28.
- Musso, P. (2008). Le Comte de Saint-Simon (1760-1825). Penseur du changement social. *Médium*, 14(1), 154-163.
- Neullas, M. (2004). Dreux, un réseau au plus près de la santé globale. *La Santé de l'Homme*, 369, 38-40.
- Neuschwander, C. (1991). *L'acteur et le changement. Essai sur les réseaux*. Paris : Editions du Seuil.
- Nurmi, J. E., Toivonen, S., Salmela-Aro, K., & Eronen, S. (1997). Social strategies and loneliness. *The Journal of Social Psychology*, 137(6), 764-777.
- Omnes, C. (2004). Rapport de l'atelier animé par Frédéric Urbain. In Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale ? : *Actes du réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines-Sud*, Deauville, 6 et 7 mars 2004, 145-149.
- Pauget, B. (2008). La professionnalisation de la coordination analysée dans deux réseaux gérontologiques. *Revue Sociologie Santé*, 29, 55-70.
- Parot, I. (2006). *Pour une meilleure compréhension des équipes à distance : analyse comparée de six équipes du secteur des hautes technologies* (Thèse de Doctorat en sciences de gestion), Université Lyon 3, Lyon.
- Parrochia, D. (2001). Introduction. In Parrochia, D. (Ed.), *Penser les réseaux* (pp. 7-23). Seyssel : Editions Champ Vallon.
- Parrochia, D. (2005). Quelques aspects historiques de la notion de réseau. *Flux*, 62(4), 10-20.
- Pech, C. (2008). *L'hospitalisation à domicile et les réseaux de santé : application en Haute-Garonne* (Thèse de Doctorat en Pharmacie), Université Toulouse 3, Toulouse.
- Peyrat-Guillard, D., & Samier, N. (2004). TIC, implication et climat social : vers une autonomisation sous contraintes des salariés. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 51, 39-55.

- Piques, M. (2013). *Activités d'élaboration de normes et de contenus de formations professionnelles dans le champ aéronautique. Rôle de l'hétérogénéité des décideurs, du sens du travail et des dynamiques de délibérations collectives* (Thèse de Doctorat en psychologie), Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse.
- Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants : A new way to look ourselves and our kids. *On the Horizon, MCB University Press*, 9(5).
- Proulx, S. (2005). Penser les usages des TIC aujourd'hui : enjeux, modèles, tendances. In L. Vieira & N. Pinède (Eds.), *Enjeux et usages des TIC : aspects sociaux et culturels* (pp. 7-20). Bordeaux : Presses Universitaires de Bordeaux.
- Pujalte, A., & Cézard, M. (1996). Les nouvelles technologies dans les entreprises : quel impact sur les conditions de travail ? Quelques données d'enquêtes. In J. C. Sperandio (Ed.), *L'ergonomie face aux changements technologiques et organisationnels du travail humain* (pp. 91-103). Toulouse : Octarès.
- Radiguet, M. (2008). *Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes travaillant avec un réseau de soins palliatifs à domicile* (Thèse de Doctorat en médecine), Université de Rouen, Rouen.
- Ray, (2001). *Le droit au travail à l'épreuve des NTIC*. Paris : Editions Liaisons Sociales.
- Ray-Coquard, I., & Lurkin, A. (2007). Impact d'un réseau sur les pratiques médicales. In P. Castel & M-O. Carrer (Eds.), *Soins en réseau. Pratiques, acteurs et régulation en cancérologie* (pp. 29-43). Paris : John Libbey Editions.
- Raymond, G., & Vexiau, P. (2008). Réseaux de santé : peut mieux faire. *Revue Sociologie Santé*, 29, 209-213.
- Reich, R. (1991). *The work of nation. Preparing ourselves for the 21st century capitalism*. New York : Knopf Publishing.
- Reichmann, S. (1991). Impact du chômage sur la santé mentale, premiers résultats d'une analyse de réseaux. *Sociétés Contemporaines*, 5, 99-116.
- Rieu, C. (2008). *Dépistage et prise en charge de l'obésité chez l'enfant : pratiques professionnelles de 234 médecins généralistes non-adhérents au Répop Toulouse Midi-Pyrénées* (Thèse de Doctorat en médecine), Université Toulouse 3, Toulouse.
- Rodriguez, N. (2014). *Identité, représentations de soi et socialisation horizontale chez les adolescentes âgées de 11 à 15 ans pratiquant l'expression de soi sur Internet* (Thèse de Doctorat en psychologie), Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse.



- Rodriguez, N., Safont-Mottay C., & Prêteur, Y. (2013). Tenir un blog à la préadolescence : Enjeux identitaires dans une socialisation active et singulière. *Recherches & Educations*, 8, 149-164.
- Romeyer, H. (2008). TIC et santé : entre information médicale et information de santé. *Tic&Société*, 2(1), 26-44.
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Salicru, R. (2004). Faire équipe pour favoriser l'accès au soin des plus démunis. *La Santé de l'Homme*, 369, 34-35.
- Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). *Systèmes de santé et transition*. Sarah Thompson et Elias Mossialos Editeurs.
- Sarnin, P. (2012). Les approches de la santé psychique au travail. In M.E. Bobillier-Chaumon & P. Sarnin (Eds.), *Manuel de psychologie du travail et des organisations. Les enjeux psychologies du travail* (pp. 217-237). Bruxelles : Editions De Boeck.
- Schweyer, F.X., (2005). Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manqué d'outils. *Sociologies pratiques*, 11(5), 89-104.
- Schweyer, F.X., Levasseur, G., & Pawlikowska, T. (2004). *Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes*. Paris : Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Sifer-Riviere, L. (2008). Le réseau régional de cancérologie : réorganisation du travail médical et timide intégration de la médecine générale. *Revue Sociologie Santé*, 29, 215-230.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.
- Thévenet, M. (2010). La relation de service en quête de syntaxe. In M. E. Bobillier-Chaumon, M. Dubois & D. Retour (Eds.), *Relation de services. Nouveaux usages, nouveaux usagers* (pp. 19-38). Bruxelles : Editions De Boeck.
- Thuderoz, C. (2010). *Qu'est-ce que négocier ? Sociologie du compromis et de l'action réciproque*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Trognon, A., Dessagne, L., Hoch, R., Dammerey, C., & Meyer, C. (2004). Groupes, collectifs et communications au travail. In E. Brangier, A. Lancry & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du*

*travail et des organisations* (pp. 415-449). Nancy : Editions Presse Universitaires de Nancy.

- Ulpat, A. (2014). Quand la santé devient hyper-connectée. *C.G.O.S.*, 95, 14-18.
- Urfalino, P. (2005). La délibération n'est pas une conversation. Délibération, décision collective et négociation. *Négociations*, 2, 1-19.
- Vayre, E., Croity-Belz, S., & Dupuy, R. (2009). Usages d'Internet chez les étudiants à l'université : effets des dispositifs de formation en ligne et rôle du soutien social. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 38(2), 231-257.
- Vayre, E., Dupuy, R., & Croity-Belz, S. (2007). Spécificité et rôle des rapports à autrui dans des conduites de formation d'étudiants en situation de e-learning. L'exemple des dispositifs universitaires français. *Distances et Savoirs*, 5(2), 177-200.
- Vayre, E., Michon, J., & Chaoui, L. (2014). Organisation/réorganisation du système des relations à autrui et du système des activités chez les télétravailleurs. In J. Vacherand-Revel, M. Dubois, M.E. Bobillier-Chaumon, D. R. Kouabenan & P. Sarnin (Eds.), *Nouvelles pratiques de travail : innovations technologiques, changements organisationnels* (pp. 67-78). Paris : L'Harmattan.
- Vedelago, F. (2008). Le développement du travail en réseau comme stratégie de changement dans les politiques publiques. *Revue Sociologie Santé*, 29, 31-54.
- Veltz, P., & Zarifian, P. (1994). Travail collectif et modèles d'organisation de la production. *Le Travail Humain*, 57(3), 239-249.
- Vinas, J. M. (1998). L'avènement des réseaux. De la tuberculose aux ordonnances de 1996. *Actualité et dossier en santé publique*, 24, 13-17.
- Von Bertalanffy, L. (1971). *General system theory : foundations, development, applications*. Londres : Editeur Allen Lane.
- V.Speck, R. (1987). L'intervention en réseau social : les thérapies de réseau, théorie et développement. In M. Elkaïm (Ed.), *Les pratiques de réseau. Santé mentale et contexte social* (pp. 21-40). Paris : Editions ESF.
- Walton, R., & Hackman, R. (1990). Groups under contrasting management strategies. In P. Goodman (Ed.), *Designing effective work groups*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Weill-Fassina, A., & Benchekroun, T. (2000). *Le travail collectif : perspectives actuelles en ergonomie*. Toulouse : Octarès.
- Wisner, A. (1995). *Réflexions sur l'ergonomie (1962-1995)*. Toulouse : Octarès.

- Zavalloni, M., & Louis-Guérin, C. (1984). *Identité sociale et conscience. Introduction à l'égo-écologie*. Montréal : Privat, les presses de l'université de Montréal.

#### **DICTIONNAIRES :**

- Le Nouveau Petit Robert 2006.
- Le Robert Plus 2007.
- Le Petit Larousse 2008.

#### **CONFERENCES :**

- Descoins, P. Intervention du 31 Mars 2009 pour les masters 2 mention management spécialisé GESS 2008/2009 à l'IAE de Toulouse, *UE 3 Politiques publiques, les politiques de santé européennes*.
- Conférence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, *Première Journée Nationale d'Evaluation des Réseaux de Santé*, 26 novembre 2008, Toulouse :
  - Godet, T. (2008). Un exemple de réseau thématique : le réseau de soins palliatifs/douleurs des Hautes Pyrénées ARCADE.
  - Plassard, C. (2008). Un exemple de réseau de santé territorial en Haute Côte d'Or.

**SITES INTERNET :**

<http://www.ameli.fr>

<http://www.anaes.fr>

<http://www.ars.sante.fr>

<http://www.cf.ecp.fr>

<http://www.gazette-sante-social.fr>

<http://geocarrefour.revues.org/index2139.html>

<http://www.has-sante.fr>

[http://www.juritel.com/Liste\\_des\\_chroniques-1226.html](http://www.juritel.com/Liste_des_chroniques-1226.html)

<http://partenariats-reseaux.aphp.fr>

<http://www.unrsante.fr>

<http://www.repop.fr>

<http://www.resomip.com>

<http://www.sante-publique-mip.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.seinemaritime.net/bienveillir/Sante-et-bien-etre/les-reseaux-de-soins>

<http://www.sfap.org>

<http://www.vie-publique.fr>

## **INDEX DES SIGLES**

**ACCOMIP** : Association de prise en Charge Concertée des Obésités en Midi-Pyrénées  
**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé  
**ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**BTS** : Brevet de Technicien Supérieur  
**CEBEN** : Centre de Bioéthique de Necker  
**CHG** : Centre Hospitalier Général  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
**CNR** : Coordination Nationale des Réseaux  
**CNRéPPOP** : Coordination Nationale des RéPPOPs  
**CPAM** : Caisse de Protection d'Assurance Maladie  
**CREDOC** : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie  
**CV** : Curriculum Vitae  
**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DESS** : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées  
**DGS** : Direction Générale de la Santé  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
**DNDR** : Dotation Nationale Des Réseaux  
**DRDR** : Dotation Régionale de Développement des Réseaux  
**DU** : Diplôme Universitaire  
**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles  
**EPS** : Education Physique et Sportive  
**FAQSV** : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
**FIQCS** : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins  
**FIR** : Fonds d'Intervention Régional  
**FMESPP** : Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publiques et Privés  
**HAD** : Hospitalisation A Domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IMC** : Indice de Masse Corporelle  
**INED** : Institut National d'Etudes Démographiques  
**IPAD** : Tablette tactile  
**ITEP** : Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique  
**JOE** : Journées Obésité Education  
**LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

**MAD** : Maintien A Domicile

**MECS** : Maison d'Enfants à Caractère Social

**MGForm** : Formation des Médecins Généralistes

**M2R** : Master 2 Recherche

**NTIC** : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONDAM** : Objectif National des Dépenses de la Sécurité Sociale

**PEC** : Prise En Charge

**PMI** : Protection Maternelle Infantile

**PNNS** : Programme National Nutrition Santé

**RéPPOP** : Réseau ville-hôpital de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique

**RESOMIP** : Fédération Régionale des Réseaux de Santé en Midi-Pyrénées

**SROSS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**TIC** : Technologies de l'Information et de la Communication

**TNS Sofres** : Société d'étude marketing et d'opinion en France

**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**3G** : Troisième Génération sert à désigner une génération de normes de téléphonie mobile

# INDEX DES MOTS CLÉS

---

## A

Activité collective 3, 8, 11, 85, 87, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 109, 122, 133, 162, 163, 165, 168, 169, 171, 179, 187, 188, 190, 192, 194, 196, 199, 210, 212, 215

---

## C

Cliniques du travail ..... 93, 94, 97, 105, 197  
 Collectif de travail 3, 9, 11, 82, 85, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 106, 109, 122, 123, 124, 133, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 181, 182, 187, 188, 190, 192, 194, 199, 203, 212  
 Concertation ..... 42, 76, 83, 87, 90, 91, 98, 162, 167, 170  
 Confiance 1, 2, 42, 65, 66, 70, 80, 97, 122, 126, 163, 166, 169, 188, 194, 203  
 Coopération... 7, 16, 23, 28, 31, 33, 65, 67, 68, 74, 75, 77, 81, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 95, 96, 98, 100, 117, 118, 122, 146, 148, 158, 162, 164, 165, 166, 167, 170, 190, 193, 198, 199, 209, 211, 216  
 Coordination 1, 3, 4, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 34, 35, 36, 37, 68, 72, 74, 80, 81, 83, 87, 89, 90, 91, 93, 98, 103, 108, 109, 112, 117, 118, 119, 121, 123, 124, 131, 142, 143, 152, 156, 159, 162, 165, 167, 171, 179, 180, 181, 185, 193, 194, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 209, 214, 223

---

## E

Entreprise en réseau ..... 64, 66  
 Equipe de coordination... 35, 123, 131, 142, 156, 165, 171, 179, 193, 204, 205  
 Equipe de travail..... 93, 94  
 Equipe virtuelle/à distance ..... 64

---

## F

Formation initiale 35, 38, 39, 42, 116, 154, 158, 184, 198, 203, 204

---

## G

Genre ..... 95, 101, 102, 183, 199

Groupware ..... 10, 45, 64, 65

---

## H

Hospitalisation à Domicile ..... 18

---

## M

Maintien à domicile ..... 17, 30, 214  
 Motivations . 3, 4, 26, 72, 73, 88, 103, 107, 108, 113, 114, 116, 117, 121, 122, 126, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 141, 162, 169, 175, 176, 177, 184, 185, 188, 190, 195, 202, 217, 222

---

## N

Négociation 25, 83, 86, 87, 91, 92, 98, 162, 170, 216, 218, 225, 226

---

## P

Personnalisation... 3, 45, 59, 104, 105, 106, 164, 166, 172, 192, 207, 209, 217, 218, 222  
 Pratiques professionnelles . 3, 8, 10, 24, 26, 27, 29, 40, 46, 67, 68, 69, 73, 76, 77, 78, 79, 82, 85, 99, 103, 107, 108, 109, 111, 113, 114, 117, 118, 121, 124, 126, 133, 143, 149, 150, 151, 152, 161, 173, 174, 175, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 198, 202, 203, 217, 219, 224

---

## R

Reconnaissance..... 1, 2, 15, 43, 65, 75, 77, 80, 94, 96, 97, 122, 124, 126, 144, 145, 163, 169, 188, 193, 194, 203  
 Référentiel commun ..... 39, 69, 70, 75, 76, 80, 82, 88, 90, 102, 103  
 Représentations... 8, 26, 46, 48, 58, 60, 68, 69, 72, 74, 75, 86, 88, 90, 101, 113, 116, 117, 121, 123, 126, 142, 162, 164, 165, 169, 172, 188, 194, 202, 203, 204, 207, 224  
 Réseau de santé 1, 3, 7, 8, 9, 10, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 54, 59, 66, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 92, 93, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 108, 111, 113, 114,

122, 132, 137, 153, 156, 157, 158, 159, 161, 170, 172,  
173, 175, 177, 184, 185, 186, 189, 195, 196, 197, 198,  
199, 201, 202, 203, 205, 209, 212, 214, 217, 225, 227  
Réseaux de sociabilité ..... 10, 45, 54, 215, 217  
Réseaux de soins .....16, 17, 21, 25, 29, 211, 219  
Réseaux sociaux ..7, 10, 45, 46, 50, 53, 54, 56, 57, 58, 68,  
209, 211, 213, 215, 217, 222  
Réseaux sociaux d'entreprises..... 68

---

**S**

Santé psychique.....3, 8, 10, 46, 56, 69, 71, 73, 79, 81, 82,  
85, 95, 96, 99, 103, 105, 107, 108, 109, 111, 112, 113,  
114, 118, 121, 124, 133, 153, 157, 158, 160, 161, 165,  
173, 174, 175, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184,  
185, 186, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197,  
202, 204, 219, 225  
Socialisation ..3, 9, 52, 53, 58, 59, 64, 104, 106, 124, 139,  
140, 164, 166, 192, 195, 197, 201, 207, 214, 218, 221,  
222, 224, 225  
Stratégies collectives défensives ..... 95

Style .....53, 95, 144

---

**T**

Télétravail .....62, 71, 214  
Travail collectif... 3, 10, 65, 66, 82, 85, 86, 87, 90, 91, 92,  
93, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 106, 109, 114, 116, 118,  
122, 133, 158, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170,  
171, 172, 181, 182, 187, 188, 190, 192, 194, 199, 208,  
212, 213, 215, 219, 226  
Travail en réseau ... 3, 8, 10, 11, 21, 43, 45, 61, 62, 63, 66,  
67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82,  
83, 85, 98, 103, 105, 106, 108, 113, 114, 115, 116,  
119, 121, 124, 142, 143, 147, 149, 153, 158, 161, 166,  
168, 172, 175, 178, 183, 186, 187, 188, 189, 191, 192,  
193, 195, 196, 197, 199, 211, 225, 226



## INDEX ONOMASTIQUE

**A**

Abric ..... 117, 204, 218, 222  
 Accard ..... 82, 222  
 Allemandou ..... 8, 83, 85, 222  
 Almudever. 1, 9, 58, 59, 62, 104, 113, 129, 180, 206, 208,  
 211, 222, 230, 234  
 Alter ..... 74, 116, 223  
 Amado ..... 117, 223  
 Ardoino ..... 104, 223  
 Arnaldi ..... 59, 223  
 Assens ..... 74, 88, 223  
 Audet ..... 73, 223

**B**

Bacha ..... 61, 223  
 Bakis ..... 47, 58, 223  
 Barcellini ..... 93, 105, 106, 110, 228  
 Barnes ..... 56, 223  
 Barthe ..... 91, 92, 94, 95, 96, 97, 105, 108, 223  
 Barus-Michel ..... 76, 104, 128, 211, 213, 223, 224, 237  
 Barville-Deromas ..... 72, 216, 224  
 Baubion-Broye ..... 113, 206, 211, 216, 222, 224, 235, 236,  
 238, 239  
 Bedny ..... 108, 224  
 Bejean ..... 8, 56, 80, 82, 83, 224  
 Benateau ..... 82, 222  
 Benchekroun ..... 94, 100, 105, 223, 229, 232, 236, 245  
 Benmerzoug ..... 63, 224  
 Bercot ..... 26, 28, 30, 214, 225  
 Bernard ..... 29, 225, 229  
 Bernoux ..... 116, 225  
 Berthod-Kamta Nogue II ..... 72, 225  
 Bevort ..... 60, 225  
 Bidart ..... 55, 56, 57, 58, 62, 225  
 Bigot ..... 65, 225  
 Blanchet ..... 122, 128, 131, 225, 232  
 Bobillier-Chaumon ..... 1, 65, 66, 68, 69, 71, 74, 91, 93, 94,  
 95, 110, 184, 207, 211, 216, 224, 225, 226, 228, 234,  
 239, 243, 244  
 Bolt ..... 53, 226  
 Bonafini ..... 8, 28, 78, 79, 86, 226, 227  
 Bourdon ..... 101, 107, 226, 229  
 Bourgueil ..... 111, 226, 238  
 Bourret ..... 8, 29, 65, 226, 227

Boutinet ..... 82, 227  
 Bréda ..... 60, 225  
 Brémond ..... 226  
 Brenot ..... 116, 227  
 Bressand ..... 53, 227  
 Breuleux ..... 63, 227  
 Briole ..... 68, 230  
 Bruchon-Schweitzer ..... 59, 227  
 Brunella ..... 8, 227  
 Bruyère ..... 8, 15, 26, 28, 47, 77, 78, 86, 111, 227  
 Butard ..... 27, 213, 228

**C**

Canguilhem ..... 114, 228  
 Cardon ..... 68, 69, 228  
 Caroly 3, 4, 9, 11, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101,  
 102, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 117, 177, 184,  
 204, 206, 207, 208, 212, 214, 218, 219, 220, 228, 231  
 Carré ..... 76, 229  
 Castel ..... 77, 85, 229, 242  
 Castells ..... 7, 52, 54, 55, 210, 229  
 Castera ..... 80, 229  
 Caunes ..... 8, 18, 21, 121, 218, 220, 229  
 Cézard ..... 66, 241  
 Chabaud ..... 91, 93, 95, 232  
 Chancel ..... 83, 229  
 Charbonneau ..... 58, 229  
 Charrier ..... 77, 82, 85, 229  
 Chossegros ..... 15, 80, 229  
 Clot. 9, 83, 86, 93, 99, 102, 103, 104, 110, 117, 184, 204,  
 208, 211, 213, 219, 228, 229, 230  
 Coat ..... 67, 68, 69, 230  
 Coquard ..... 81, 242  
 Cosset-Desplanques ..... 80, 230  
 Coutrot ..... 74, 230  
 Craipeau ..... 68, 230  
 Croity-Belz ..... 1, 230, 244  
 Crozier ..... 91, 93, 98, 108, 231  
 Cru ..... 102, 105, 107, 110, 231  
 Curie ..... 113, 114, 211, 231  
 Cuvelier ..... 96, 97, 104, 105, 231

**D**

De la Garza ..... 94, 96, 97, 98, 99, 231, 232  
 De Terssac ..... 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 193, 232, 233

Degenne ..... 57, 58, 59, 225, 231  
 Dejours ..... 9, 75, 102, 211, 231  
 Déro..... 63, 232  
 Descoins ..... 14, 245  
 Desmarais ..... 55, 232  
 Devillard..... 69, 233  
 Distler..... 53, 227  
 Domec ..... 28, 233  
 Drulhe..... 14, 233  
 Dugué..... 91, 93, 98, 99, 233  
 Dujardin ..... 69, 233  
 Dupuy..49, 50, 51, 71, 113, 180, 206, 211, 222, 224, 231,  
 233, 235, 238, 239, 244  
 Dusehu ..... 80, 235

---

**E**

Elghozy ..... 77, 85, 233  
 Eve ..... 55, 233

---

**F**

Faurie ..... 63, 216, 234  
 Favier ..... 69, 230  
 Feertchak..... 117, 234  
 Felio ..... 65, 66, 73, 75, 216, 234  
 Ferrary..... 50, 51, 52, 55, 69, 234  
 Ferré ..... 129, 234  
 Fontar ..... 60, 234  
 Forget ..... 53, 234  
 Forsé..... 57, 234  
 Fourtane ..... 27, 234  
 Fraccaroli ..... 81, 234  
 Frattini..... 86, 235  
 Friedberg ..... 91, 93, 98, 108, 231

---

**G**

Gadreau .....8, 27, 56, 80, 82, 83, 213, 224, 228  
 Godet..... 87, 245  
 Gotman..... 128, 225  
 Grange..... 57, 223  
 Granovetter..... 58, 235  
 Green..... 59, 235  
 Grosjean .....78, 91, 93, 98, 108, 184, 207, 235, 239  
 Groupware..... 11, 47, 67, 68  
 Guillevic..... 113, 114, 211, 231  
 Guittet..... 117, 223

---

**H**

Hackman ..... 102, 245  
 Haehnel..... 80, 235  
 Hajjar ..... 113, 206, 211, 216, 222, 224, 230, 234  
 Hamann..... 98, 235  
 Hardy-Baylé..... 82, 235  
 Heutte..... 63, 232  
 Hugon ..... 113, 211, 235

---

**J**

Julien..... 64, 235

---

**K**

Karwowski ..... 108, 224  
 Kouloumdjian .....66, 73, 75, 216, 236  
 Krause ..... 59, 236  
 Kredens ..... 60, 234

---

**L**

Lacoste ..... 78, 91, 93, 97, 108, 184, 207, 235, 236  
 Laferrière ..... 227  
 Lalande ..... 232  
 Lancry ..... 84, 224, 236, 237, 243  
 Lanneau..... 216, 236  
 Larcher .....27, 77, 78, 80, 81, 82, 236  
 Laval .....68, 69, 228, 236  
 Le Bœuf ..... 27, 236  
 Le Boterf7, 70, 71, 72, 73, 76, 78, 94, 116, 117, 204, 207,  
 211, 212, 220, 236  
 Legreloup .....54, 86, 237  
 Lemieux .....57, 58, 237  
 Lemoine .....76, 236, 237  
 Lépine ..... 69, 237  
 Leplat ..... 91, 92, 102, 108, 112, 232, 237  
 Leroux..... 62, 237  
 Levasseur .....7, 82, 243  
 Lévy-Leboyer..... 76, 237  
 Lhuilier ..... 1, 9, 103, 104, 206, 237  
 Libois .....82, 83, 85, 87, 237  
 Livian .....68, 72, 74, 237, 238  
 Livingstone .....60, 61, 238  
 Lombrail .....77, 83, 84, 87, 238  
 Lompré.....94, 95, 96, 97, 207, 232  
 Loser .....82, 83, 85, 87, 237  
 Louche ..... 84, 101, 224, 236, 237, 238, 243  
 Lurkin ..... 81, 242

---

**M**

Mabilon-Bonfils ..... 60, 238  
 Macrez ..... 30, 238  
 Maggi ..... 94, 95, 96, 238  
 Maisonneuve ..... 117, 238  
 Malrieu ..... 3, 4, 9, 113, 199, 216, 222, 233, 235, 238, 239  
 Manfredi-Pons ..... 8, 27, 77, 83, 84, 87, 238  
 Margerit ..... 85, 238  
 Markaki ..... 93, 239  
 Marquet ..... 63, 239  
 Martin ..... 61, 239  
 Maugeri ..... 76, 239  
 Mazars ..... 80, 230  
 Mc Pherson ..... 58, 239  
 Mègemont ..... 113, 180, 206, 233, 239  
 Meissonier ..... 68, 239  
 Mercklé ..... 58, 239  
 Metton ..... 61, 239  
 Meyer ..... 243  
 Michaëlis ..... 195, 216, 240  
 Mino ..... 86, 235, 238  
 Molinier ..... 102, 184, 240  
 Mondada ..... 98, 235  
 Monnier ..... 99, 240  
 Montandreau ..... 73, 75, 236  
 Moro ..... 128, 240  
 Mucchielli ..... 76, 240  
 Musso ..... 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 65, 210, 240

---

**N**

Neullas ..... 80, 83, 85, 240  
 Neuschwander ..... 73, 240  
 Nurmi ..... 59, 241

---

**O**

Omnès ..... 27, 77, 241

---

**P**

Parot ..... 67, 69, 238, 241  
 Parrochia ..... 49, 50, 54, 240, 241  
 Pauget ..... 8, 30, 87, 241  
 Pawlikowska ..... 7, 243  
 Pech ..... 8, 30, 81, 241  
 Pesqueux ..... 50, 51, 52, 55, 70, 234  
 Piques ..... 99, 117, 204, 218, 241  
 Plassard ..... 80, 245

Polomeni ..... 81, 236  
 Polycarpe ..... 53, 234  
 Ponnelle ..... 84, 236  
 Prensky ..... 60, 241  
 Proulx ..... 63, 241  
 Pujalte ..... 66, 241

---

**Q**

Quéinnec ..... 91, 92, 94, 95, 96, 97, 105, 223

---

**R**

Radiguet ..... 8, 27, 28, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 242  
 Ray ..... 74, 81, 242  
 Raymond ..... 2, 8, 18, 242  
 Reich ..... 74, 242  
 Reichmann ..... 56, 242  
 Retour ..... 202, 226, 243  
 Rieu ..... 8, 37, 121, 218, 220, 242  
 Rodgers ..... 59, 235  
 Rodriguez ..... 60, 61, 242  
 Romeyer ..... 64, 242  
 Rouleau ..... 70, 243

---

**S**

Salicru ..... 83, 243  
 Samier ..... 73, 241  
 Sandier ..... 14, 15, 243  
 Sarnin ..... 84, 224, 225, 226, 228, 234, 239, 243, 244  
 Schweyer 7, 8, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 85, 86, 87, 111, 243  
 Sicot ..... 14, 233  
 Sifer-Riviere ..... 83, 243  
 Smoreda ..... 55, 233  
 Soldano ..... 232  
 Soubie ..... 18, 98, 233  
 Spenlehauer ..... 99, 240  
 Strauss ..... 91, 92, 96, 243

---

**T**

Thévenet ..... 199, 214, 243  
 Thierno Diallo ..... 68, 69, 236  
 Thuderoz ..... 99, 243  
 Trognon ..... 91, 92, 93, 95, 100, 101, 106, 225, 243  
 Tuvée ..... 116, 227

---

**U**

Ulpat ..... 64, 244  
Urfalino ..... 98, 244

---

**V**

V.Speck ..... 55, 244  
Vayre ..... 63, 66, 235, 244  
Vedelago ..... 56, 106, 213, 244  
Veltz ..... 97, 244  
Vexiau ..... 8, 242  
Vinas ..... 16, 244

Von Bertalanffy ..... 52, 244

---

**W**

Walton ..... 102, 245  
Weill-Fassina ..... 94, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 107, 110,  
223, 226, 228, 229, 232, 236, 245  
Wisner ..... 105, 245

---

**Z**

Zarifian ..... 97, 244

## **INDEX DES TABLEAUX**

<b>Tableau 1. Principaux résultats de la pré-enquête en Master 2 Recherche.....</b>	<b>109</b>
<b>Tableau 2. Répartition de la population par Trio/Duo de partenaires .....</b>	<b>114</b>
<b>Tableau 3. Grille initiale d'analyse de contenu.....</b>	<b>120</b>
<b>Tableau 4. Présentation des Trios/Duos .....</b>	<b>121</b>
<b>Tableau 5. Répartition de la population en fonction de l'ancienneté d'adhésion au réseau RéPPOP Midi-Pyrénées .....</b>	<b>129</b>
<b>Tableau 6. Répartition des motivations de type instrumental par catégorie professionnelle .....</b>	<b>131</b>
<b>Tableau 7. Répartition des motivations de type relationnel par catégorie professionnel .....</b>	<b>133</b>
<b>Tableau 8. Répartition des motivations liées à la trajectoire de vie par catégorie professionnelle .....</b>	<b>135</b>
<b>Tableau 9. Répartition de la population par Trio/Duo de partenaires .....</b>	<b>135</b>
<b>Tableau 10. Liens du Trio/Duo à l'équipe de coordination .....</b>	<b>136</b>
<b>Tableau 11. Répartition par catégorie professionnelle des effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transformation .....</b>	<b>143</b>
<b>Tableau 12. Répartition des effets en termes de transfert réseau/hors réseau par catégorie professionnelle.....</b>	<b>145</b>
<b>Tableau 13. Répartition des effets perçus sur les pratiques professionnelles en termes de transfert hors réseau/réseau par catégorie professionnelle.....</b>	<b>146</b>
<b>Tableau 14. Répartition des effets positifs perçus sur la santé psychique au travail par catégorie professionnelle.....</b>	<b>151</b>
<b>Tableau 15. Répartition par catégorie professionnelle des effets négatifs perçus sur la santé psychique au travail .....</b>	<b>154</b>

<b>Tableau 16. Lien entre l'ancienneté d'appartenance au RéPPOP et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail.....</b>	<b>168</b>
<b>Tableau 17. Lien entre les motivations initiales d'adhésion et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail.....</b>	<b>169</b>
<b>Tableau 18. Lien entre la structuration en Duo et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail .....</b>	<b>171</b>
<b>Tableau 19. Lien entre la structuration en Trio et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail .....</b>	<b>172</b>
<b>Tableau 20. Lien entre les liens avec l'équipe de coordination et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail.....</b>	<b>174</b>
<b>Tableau 21. Lien entre les typologies de fonctionnement des Trios/Duos et la transformation des pratiques professionnelles et l'évolution de la santé psychique au travail.....</b>	<b>176</b>

## **INDEX DES FIGURES**

<b>Figure 1. Schéma d'hypothèses .....</b>	<b>100</b>
<b>Figure 2. Répartition de la population par profession.....</b>	<b>123</b>
<b>Figure 3. Ancienneté dans le RÉPPOP .....</b>	<b>124</b>
<b>Figure 4. Nombre total d'enfants suivis .....</b>	<b>125</b>
<b>Figure 5. Nombre actuel d'enfants suivis .....</b>	<b>125</b>
<b>Figure 6. Formation RÉPPOP Midi-Pyrénées .....</b>	<b>126</b>