

# *Analyse de la coopération au sein d'un réseau de santé – une typologie des activités*

Valérie Bénard, Myriam Lewkowicz et Manuel Zacklad

*Équipe Tech-CICO – FRE CNRS 2732 ISTIT, Université de Technologie de Troyes, BP 2060, 10010Troyes Cedex, France.*

---

## **Résumé**

Les réseaux de santé suivent un mode d'organisation émergent et qui tend à s'étendre. Nous avons pu observer le Réseau Pôle Mémoire qui a pour problématique la prise en charge médico-psycho-sociale de personnes souffrant de troubles de la mémoire. De nombreux professionnels aux compétences diverses se sont engagés dans le réseau. Nous cherchons à comprendre leur fonctionnement afin de proposer des fonctionnalités informatiques permettant d'assister le travail coopératif de ces professionnels. Dans cet article, nous présentons notre démarche et notre méthode d'analyse des activités du réseau. Enfin, nous proposons des pistes pour l'élaboration de fonctionnalités permettant d'assister le travail coopératif au sein d'un réseau de santé.

**Mots clés :** travail coopératif, réseau de santé, activité, CSCW

---

## **1 Introduction**

Le réseau de santé est un mode d'organisation émergent. Souvent centré sur une pathologie, il a pour objet une prise en charge globale des patients. Un réseau de santé est constitué d'un ensemble de professionnels concernés par la pathologie prise en charge. L'organisation et le mode de fonctionnement d'un tel collectif sont à l'initiative de ses membres.

Nos travaux de recherche concernent l'outillage informatique des réseaux de santé. L'organisation en réseau est un mode de fonctionnement qui tend à s'étendre dans le domaine de la santé. Nous souhaitons donc comprendre leur manière de fonctionner et de travailler ensemble, afin de pouvoir définir des fonctionnalités pertinentes pour les assister dans leur coopération. Nous cherchons à réaliser une analyse qui permettrait de définir les fonctionnalités nécessaires à un système d'information support à ce type d'organisation, l'objectif étant que les résultats obtenus puissent être réutilisés pour d'autres réseaux de santé.

A la suite de Zacklad [Zac05], nous considérons que dans un nombre important de situations, la mise en place de collectifs basés sur des configurations relationnelles instables réunissant, par exemple, des acteurs appartenant à des communautés professionnelles différentes ou, au sein de la même communauté, possédant des intérêts spécifiques et non alignés, est considéré comme une condition nécessaire à la production d'innovations. Cependant, le ou plutôt les modes de régulation susceptibles de faciliter la créativité ne sont pas toujours bien compris. Nous les expliciterons dans cet article.

Concernant les technologies utilisées par les professionnels de santé, on observe que bon nombre de professionnels, libéraux ou hospitaliers, utilisent, à des fins personnelles et non de partage, un dossier numérique pour chaque patient. Le document numérique est donc pour l'instant personnel et le document papier collectif. Cette observation est notamment faite dans [Bri04], où il est expliqué que les professionnels de santé hospitaliers utilisent de nombreux documents papiers collectifs. Ceux-ci sont, en effet, destinés à différents professionnels qui se partagent ainsi l'information concernant le patient. Bringuay utilise une approche documentaire et s'intéresse en particulier aux annotations.

Par ailleurs, la problématique de l'assistance de l'informel a été discutée par [Har04]. Ils montrent que de nombreuses discussions informelles ont lieu entre les professionnels de santé et que celles-ci constituent des étapes nécessaires à la réalisation effective du soin et à l'organisation du processus de soin. De plus, les notions d'identité du réseau et de développement de l'équipe sont également discutées dans cet article.

Dans un premier temps, nous présenterons un réseau de santé que nous avons observé, le RPM (Réseau Pôle Mémoire). Nous présenterons ensuite les théories habituellement mobilisées en CSCW et proposerons un cadre théorique différent pour analyser les activités du RPM.. Enfin, dans une troisième partie nous décrirons l'analyse du réseau et présenterons nos premiers résultats.

## 2 Le Réseau Pôle Mémoire

### 2.1 Description du cas

Nos travaux de recherche concernent les réseaux de santé ; ce terme implique que les réseaux considérés 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 personnes une activité de santé publique ou de santé communautaire. Ils associent les services publics locaux, les professionnels de santé et les associations autour de projets de diagnostic, de prévention, et de formation. Ils sont généralement constitués sous la forme associative ». (CNR).

RPM est constitué de 190 professionnels de santé ayant pour objectif de mettre en place le Réseau Pôle Mémoire, RPM. Selon les statuts de l'association qu'ils constituent, « Regroupant majoritairement des Professionnels de santé libéraux, ainsi que des hospitaliers et d'autres acteurs du domaine médico-social, l'association a pour objet de favoriser et mener toute action en matière de prévention, de soins, de services, de formations et de recherches concernant les personnes âgées ayant des troubles cognitifs dans le bassin de vie de l'Agglomération Troyenne ». Ces 190 professionnels de santé sont répartis de la manière suivante : Neurologue : 4, Psychiatre : 3, Gérontologue : 12, Médecin généraliste : 98, Orthophoniste : 20, Psychologue : 13, Infirmière : 2, Auxiliaire de vie : 1, Représentant d'établissement : 10, Représentant d'utilisateur : 4, Autre : 23.

Le vieillissement de la population des pays industrialisés, le constat d'un échec concernant le dépistage précoce des troubles cognitifs et la volonté de travailler ensemble autour de ces pathologies ont poussé plusieurs professionnels à créer le RPM. Les membres de l'association RPM sont en pourparler avec l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie) afin d'obtenir un financement permettant au réseau de fonctionner. D'autres démarches ont également été menées afin de trouver des fonds pour financer le réseau.

RPM a pour objectif principal d'améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles de la mémoire. Cet objectif se décline en plusieurs points :

- le réseau souhaite tout d'abord réduire les délais de diagnostic afin de pouvoir agir vite et donc de ralentir au plus tôt les plaintes pouvant l'être ; nous pensons en particulier à la maladie d'Alzheimer.
- le réseau souhaite mettre en place une prise en charge globale des patients, afin que ceux-ci aient une aide médico-psycho-sociale.
- Enfin, la notion d'aidant est très forte dans ce type de troubles et le réseau souhaite également être très présent auprès des familles ayant à faire face à de telles pathologies.

La formation est un autre engagement du réseau ; les professionnels doivent pouvoir améliorer leur pratique par le biais de formations.

Enfin, un des objectifs implicites et nécessaires au bon fonctionnement du réseau tel que les acteurs le décrivent, est d'annihiler les barrières hiérarchiques entre les différents membres du réseau. En effet, une bonne communication et donc une bonne coopération des acteurs ne seront uniquement possible que si la voix des professionnels est entendue de la même manière quelles que soient leurs compétences et leur rôle vis-à-vis du patient.

## 2.2 Activités de RPM

L'objet du réseau ainsi que son fonctionnement sont déterminés par ses membres. Différentes réunions ont lieu dans le cadre du réseau :

- les staffs qui réunissent quinze personnes en moyenne qui permettent aux participants de soumettre des cas complexes. Chacun pose des questions et propose solutions ou suggestions quant aux soins et à la prise en charge, chacun en fonction de ses compétences.
- les réunions de différentes commissions qui sont :
  - la commission « pratique » qui se réunit une fois par mois et regroupe quatorze personnes. Cette commission tente de mettre au point des bonnes pratiques afin que les professionnels puissent se référer à des documents précis et leur permettant d'agir dans le bon sens. Ces pratiques pourront évoluer au cours du temps et avec l'expérience du réseau.
  - la commission évaluation est constituée de quatre personnes et permet, elle, de définir des critères quantitatifs et qualitatifs d'évaluation ainsi que des procédures permettant d'obtenir les informations nécessaires à l'évaluation. Cette commission ne s'est pas encore réunie à ce jour.
  - la commission informatique, qui se réunit une fois par mois et réunit six personnes, a pour objectif la rédaction d'un cahier des charges fonctionnel. C'est en s'appuyant sur le parcours patient que les participants à la commission explicitent les besoins en informations et la nature sous laquelle ils souhaitent disposer des différentes informations en fonction des transactions et des locuteurs.

Quel que soit l'objet de la réunion, la discussion permet souvent de réaffirmer l'objet du réseau, les responsabilités de chacun vis-à-vis du réseau ainsi que ses limites.

D'ailleurs, un des postes majeurs du réseau est la coordination. Dans le cas de RPM, elle est assurée par une neuropsychologue, une professionnelle de santé, qui assure à la fois le rôle de neuropsychologue et le rôle de coordinatrice. La coordinatrice doit assurer un suivi des patients. Elle gère également les relations du réseau avec les partenaires.

Concernant la formation, une journée regroupant vingt-sept participants a été mise en place pour permettre aux orthophonistes et aux psychologues de se former aux bilans neuropsychologiques ainsi qu'à leur interprétation. D'autres seront organisées dans l'avenir. Des formations pour les médecins généralistes ont également été mises en place : trois réunions au total réunissant en moyenne dix médecins généralistes chacune, soit un total de trente professionnels formés en moyenne. Elles permettent aux participants de s'approprier trois tests simples qui permettent d'éliminer certaines pathologies possibles en fonction des signes remarqués par le professionnel ou qui permettent au contraire de confirmer certaines craintes ou intuitions.

Suite à cette formation, en une dizaine de minutes le médecin généraliste peut ou non inviter son patient à poursuivre les investigations en cas de doute. C'est à ce moment que le patient peut entrer dans le réseau.

1. Cette première étape appelée « dépistage » permet de déterminer les patients nécessitant un bilan approfondi et constitue donc un premier filtre.
2. Une fois ce dépistage réalisé et si celui-ci suscite un approfondissement, le patient est alors dirigé vers un des neuropsychologues du réseau qui réalisera un bilan neuropsychologique.
3. C'est seulement après cette évaluation que le neuropsychologue dirige ou non le patient vers un médecin spécialiste, soit un neurologue, un gériatologue ou un psychiatre.
4. Le médecin spécialiste pourra alors diagnostiquer précisément la pathologie et prescrire un traitement adapté qui sera suivi et éventuellement modifié par le médecin traitant qui reste le pivot dans la prise en charge des patients.
5. Une fois le diagnostic posé le patient sera pris en charge, puis suivi par des équipes de professionnels différentes en fonction du diagnostic posé. Ainsi, comme il a été représenté dans la figure 1, si le diagnostic indique que la personne souffre d'un état psychogène, l'équipe, appelée pool 4 dans le schéma, comprend le médecin traitant, un assistant social ou un coordinateur de CLIC, le coordinateur de RPM et éventuellement un psychiatre ou un psychologue, selon les cas. Si le diagnostic est « pathologie neurodégénérative », l'équipe (pool 3) est composée du médecin

traitant, d'un médecin spécialiste, d'un orthophoniste, d'un psychologue, d'un assistant social d'une psychologue gérontologue, du coordinateur de RPM et éventuellement de partenaires du réseau, comme les institutions de prise en charge. Si le diagnostic indique que l'état de la personne est intermédiaire, l'équipe (pool 2) est constituée du médecin traitant, du médecin spécialiste, d'un neuropsychologue, du coordinateur du RPM et éventuellement d'un psychiatre. Dans le cas d'un état indéterminé, la situation de la personne sera discutée en staff (pool 1) la composition du staff pourrait changer à chaque réunion.

Cette procédure se fait en un mois maximum, les délais sont donc très courts puisque diminués de cinq mois au total. Neuropsychologues et médecins spécialistes réservent des plages horaires pour les patients du réseau ce qui permet d'obtenir des rendez-vous dans des délais beaucoup plus brefs que ceux obtenus par la vois habituelle. Par ailleurs, en fonctionnant de la sorte, les professionnels ne rencontrent que des gens présentant un besoin réel, ce qui évite une perte de temps habituellement engendrée par des consultations trop courtes pour diagnostiquer un patient présentant des troubles. Cette description du rôle de chaque acteur dans l'action du réseau peut être précisée par le parcours patient présenté dans la figure 1.

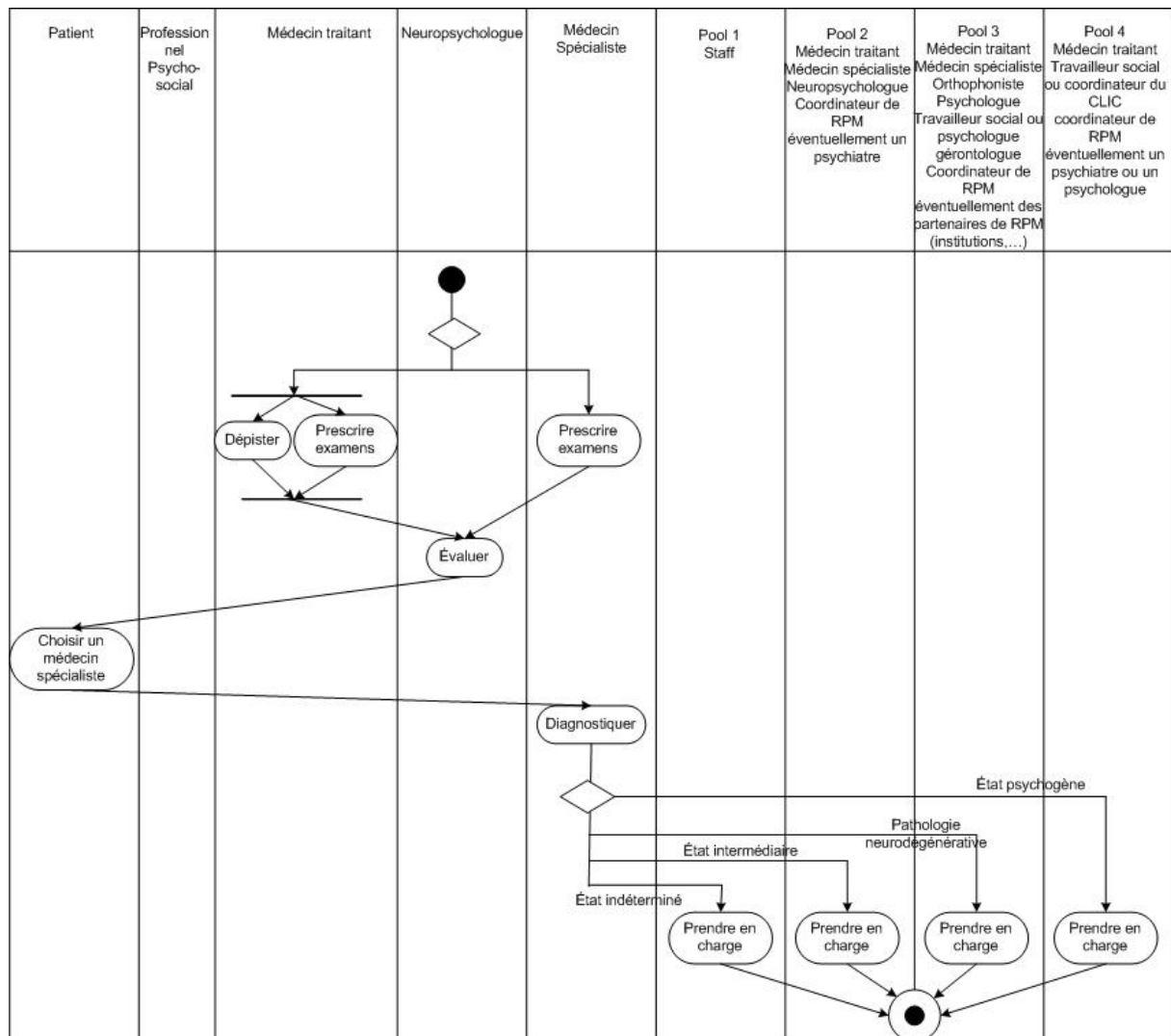


Fig. 1 - Parcours patient

## 3 Cadres théoriques mobilisables

### 3.1 Théories habituellement mobilisées en CSCW

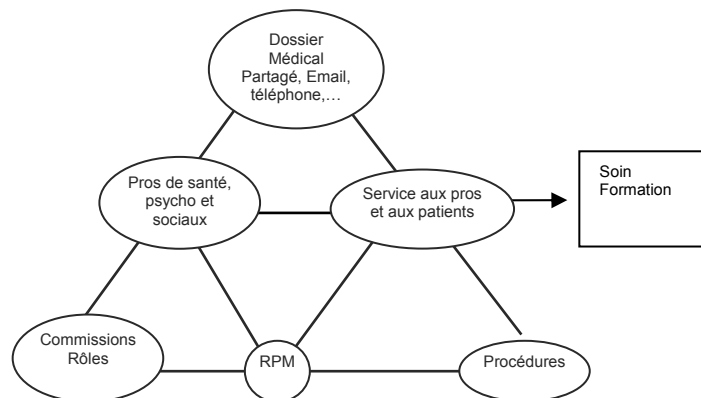
#### 3.1.1 Théorie de l'activité

Concernant la théorie de l'activité, trois niveaux hiérarchiques de l'activité sont proposés par Kuutti [Kuu95]; l'activité est composée d'actions elles-mêmes composées d'opérations. Les opérations correspondent à des actes automatiques. La frontière entre les différents niveaux est floue et variable. Le tableau 1 représente des activités de RPM suivant le modèle hiérarchique proposé par Kuutti.

|              |  |   |
|--------------|--|---|
| Activité     | Prise en charge globale                    | Formation                                     |
| Action(s)    | Élaboration de la prise en charge<br>Suivi | Élaboration du contenu de formation           |
| Opération(s) | Discuter<br>Rédiger des documents          | Poser des questions<br>Répondre aux questions |

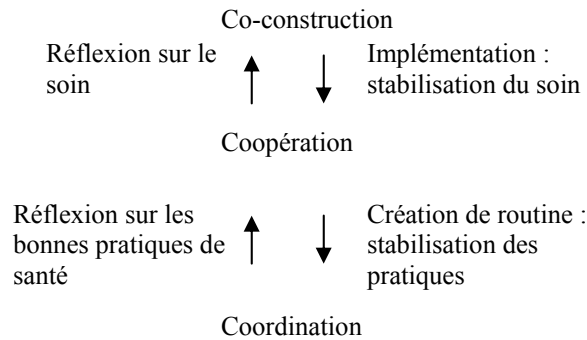
**Tableau 1** - le modèle hiérarchique appliqué aux activités de RPM.

Par ailleurs, Engeström [Eng99] propose, dans un premier temps, un modèle structurel simple représentant la médiation médiatisée au niveau individuel. Il l'étendra ensuite pour représenter la structure basique d'une activité, modèle qui inscrit l'individu dans une communauté. La figure 2 représente la structure de RPM au travers du modèle proposé par Engeström.



**Fig. 2** - structure de RPM au travers du modèle d'Engeström

Enfin, Engeström [Eng99] propose une hiérarchie quelque peu différente de celle proposée par Kuutti [Kuu95], dans laquelle il articule les concepts de coordination (niveau le plus bas), coopération (niveau intermédiaire) et co-construction (niveau le plus élevé). Bardram [Bar98] définit, en s'appuyant sur ce dernier modèle, différents types de transitions permettant le passage d'un niveau à un autre. La figure 3 est une implémentation du modèle proposé par Bardram appliqué aux activités du réseau.



**Fig. 3 -** *Modèle proposé par Bardram et appliqué à RPM*

Nous nous intéressons principalement aux transitions définies par Bardram, celles-ci étant au cœur du travail coopératif.

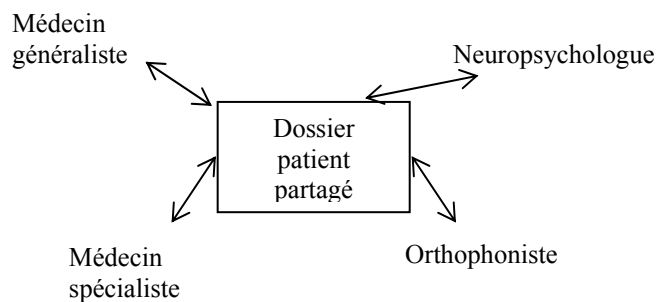
Selon Halverson [Hal02] « AT has named its theoretical constructs well ». En effet, la théorie de l'activité définit de manière claire les différents concepts qu'elle mobilise. Il est donc assez facile de la traduire en fonction des situations de coopération que l'on rencontre.

Cependant, aucun des différents modèles sous-jacents à la théorie de l'activité ne permet de rendre compte de certaines problématiques liées aux communautés. Nous pensons, en particulier, au problème de l'identité ou encore aux interactions langagières créatrices de sens au sein d'un collectif.

### 3.1.2 Cognition distribuée

Le concept de cognition distribuée est un cadre permettant essentiellement d'analyser des situations de travail complexes dotées d'artefacts technologiques. On parle de système socio-technique. Proposée par Hutchins [Hut95], la cognition distribuée implique que la connaissance est partagée entre les acteurs et les artefacts du système.

Les professionnels impliqués dans le réseau collaborent avec l'aide d'un outil : le dossier médical partagé. Le réseau de santé est donc un système socio-technique, composé de personnes et d'artefacts. Aussi, la cognition distribuée semble être une théorie intéressante dans le cas des réseaux de santé. Nous pouvons d'ailleurs représenter une partie du fonctionnement de RPM, en mettant en avant cette distribution cognitive ; la figure 4 montre comment des échanges de connaissances ont lieu entre les différents acteurs qui transfèrent une partie de leur connaissance dans un artefact, le dossier patient partagé.



**Fig. 4 -** *RPM, un système socio-technique.*

Cependant, de même que pour la théorie de l'activité, la cognition distribuée ne permet pas d'analyser les interactions langagières entre les membres d'une communauté, ni même les questions d'identité inhérentes à une communauté quelle qu'elle soit.

Aussi, la théorie des transactions communicationnelles symboliques, proposée par Zacklad [Zac05], procure un cadre d'analyse permettant d'aborder le RPM en s'interrogeant sur la nature de leurs interactions, qui constituent un des moyens de communication privilégié au sein du réseau.

En effet, une des activités principales du réseau et, qui plus est observable, est l'ensemble des discussions entre les professionnels du réseau. Cette activité langagière leur permet de créer et de s'approprier le fonctionnement du réseau. L'activité même de conversation ne peut être analysée comme une activité au sens des deux théories présentées précédemment.

### 3.2 La Théorie des Transactions Communicationnelles Symboliques

La notion de transactions communicationnelles symboliques est définie par Zacklad [Zac05] comme étant « *des interactions entre acteurs cognitivement interdépendants leur permettant de créer de nouvelles significations afin de réduire leur incertitude mutuelle dans la conduite ultérieure de leur activité. Créer une signification consiste à partager des connaissances pour développer des représentations, attitudes ou affects communs dont la valeur est cimentée par une prise réciproque d'engagement* ». La création de nouvelles significations est un élément majeur dans l'activité du réseau observé. En effet, les échanges entre acteurs du réseau permettent à chacun de prendre conscience des différents aspects des pathologies prises en charge et donc de développer des représentations communes. Par ailleurs, les acteurs doivent définir des pratiques coopératives jusqu'à présent inexistantes. Ainsi, les différentes interactions entre les acteurs du Réseau Pôle Mémoire peuvent être qualifiées de transactions communicationnelles symboliques.

Les transactions communicationnelles se réalisent dans le contexte de situations transactionnelles dont nous proposons d'étudier les composantes dans le cadre du Réseau Pôle Mémoire. Ainsi, comme représenté dans la figure 5, la co-production sémiotique correspondrait, par exemple, à la mise en place d'une stimulation cognitive, le self réalisateur serait le RPM, le self bénéficiaire serait, quant à lui, le patient et son entourage. Le projet guidant la mise en place de l'œuvre serait la prise en charge médico-psycho-sociale du patient et les ressources matérielles nécessaires seraient une salle disponible, du personnel formé et disponible.

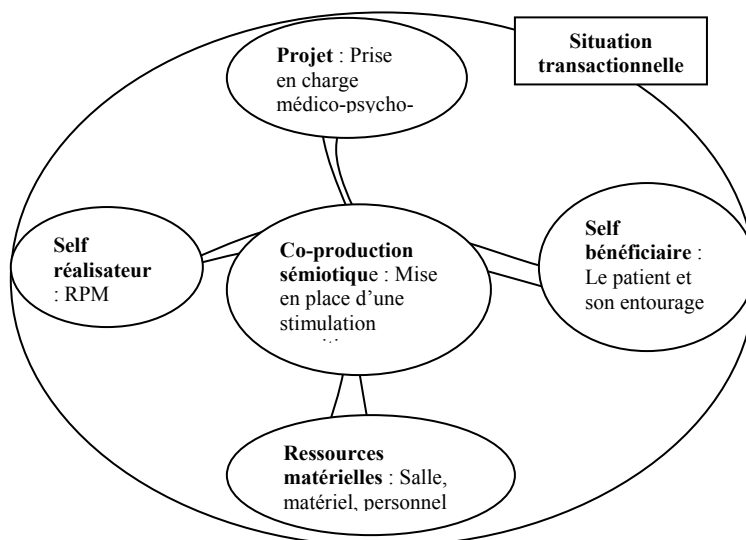


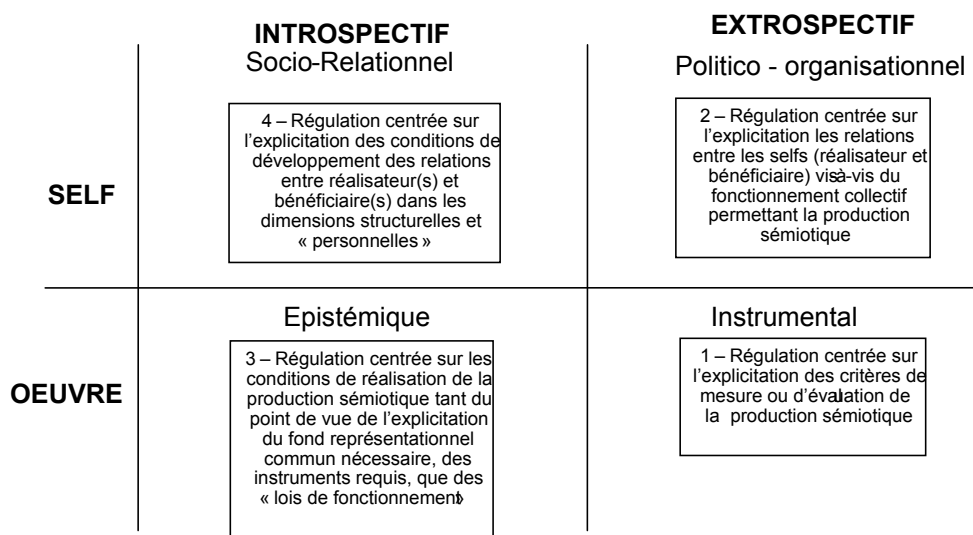
Fig. 5 - un exemple de situation transactionnelle au sein de RPM

Le concept de transaction que nous empruntons à Dewey et al [Dew49] se distingue selon ces auteurs de celui d'interaction pour désigner des rencontres créatives à l'issue desquelles une production nouvelle a été réalisée et chacun des selfs a été transformé (dans la terminologie de ces auteurs *l'interaction* n'implique pas une production originale ou une transformation des selfs en présence dans l'échange). Dans notre terminologie, nous n'utiliserons pas le terme d'interaction avec cette connotation qui n'est pas conforme à l'usage du terme dans le

contexte de l'interactionnisme symbolique, par exemple<sup>1</sup>. Nous utiliserons le terme d'interaction de manière neutre pour désigner les comportements associés aux échanges qui se déroulent lors des rencontres sans présumer du caractère créatif ou nous de cet échange.

Pour préciser ce dernier aspect et en nous éloignant un peu de la terminologie de Dewey et al [Dew49], nous opposerons des transactions routinières et des transactions créatrices. Alors que la production des transactions routinières est largement standardisée, les transactions créatrices sont l'occasion d'une double production d'une « œuvre » originale (sémiotique ou matérielle) et des « selfs » dont les contours sont redéfinis (figure 1 dans [Zac05]). Le self peut être individuel ou collectif et les transactants peuvent être des personnes distinctes ou la même personne engagée dans une forme « dialogue » avec elle-même<sup>2</sup>.

Les transactions communicationnelles symboliques comprennent trois dimensions : le mode de régulation, l'orientation cognitivo émotionnelle et la configuration relationnelle [Zac05]. Nous nous intéresserons, ici, à une seule dimension : le mode de régulation, qui nous servira de cadre d'analyse. Suivant le mode de régulation, différentes fonctions de gestion de l'information seront utiles pour réaliser l'activité. De plus, le fait d'analyser les interactions entre les membres du réseau en fonction des modes de régulation, nous permettra d'identifier plus rapidement les fonctions nécessaires pour assister le RPM. Comme représentés dans la figure 6, les modes de régulation peuvent être caractérisés selon que la focalisation porte sur l'œuvre ou le self et selon le degré de réflexivité des transactions, introspectif ou extrospectif.



**Fig. 6 – quatre modes de régulation – la matrice SEPI [Zac05]**

Quand la focalisation porte sur l'œuvre nous pouvons considérer que la problématique explorée par la communauté est relative à la « prestation », une production sémiotique collective, que celle-ci soit incarnée dans un produit matériel ou qu'elle consiste en une prestation de service, envisagée dans une logique instrumentale,

<sup>1</sup> Dans de nombreux courants relevant de l'interactionnisme symbolique l'approche de l'interaction correspond à une transaction créatrice dans laquelle les selfs sont transformés par l'échange. La théorie transactionnelle de l'action peut sous cet angle être considérée comme s'inscrivant dans une forme de filiation avec l'interactionnisme symbolique et les transactions créatrices comme constituant un sous-ensemble des interactions décrites dans ce courant. Le fait de revenir à l'expression originelle de Dewey nous permet de développer un certain nombre de spécificités qui ne sont pas mise en avant dans l'interactionnisme symbolique : insistance sur la structuration des relations selon une logique de type réalisateur-bénéficiaire (ou client fournisseur) même si une inversion rapide des rôles est possible et surtout insistance sur la production d'œuvre à caractère technique ou institutionnel dont la pérennité s'étend bien au-delà des rencontres analysées et dont la prise en compte est indispensable à l'analyse.

<sup>2</sup> Dialogue est à prendre au sens large : se préparer à soi-même un bon repas est également une transaction.

adaptation des moyens aux fins, ou épistémique, création de moyen nouveaux susceptibles de transformer la relation aux fins. Quand la focalisation porte sur le self et particulièrement sur le self collectif de la communauté, la problématique porte sur l'intégration de celle-ci dans les dimensions socio-relationnelles ou politico-organisationnelle. Notre hypothèse est que la créativité au sein du collectif est facilitée par la capacité de ce collectif à changer rapidement d'un mode de régulation à l'autre.

Nous considérons par ailleurs que les réseaux de santé correspondent à ces collectifs décrits dans Zacklad [Zac05] dans lesquels l'innovation est délibérée, et par conséquent les modes de régulation changent rapidement.

L'outillage informatique des réseaux de santé doit donc tenir compte de cette spécificité, et doit donc permettre d'assister des modes de régulation changeants. La conception d'un Système d'Information pour un réseau de santé doit donc à la fois répondre aux besoins liés à chacun des modes de régulation, mais également à des besoins en terme de malléabilité, afin de laisser le champ libre aux membres du réseau pour reconfigurer rapidement et aisément leur espace de travail en fonction du mode de régulation en cours.

Le cadre théorique traitant des modes de régulation est la théorie des transactions communicationnelles symboliques que nous allons maintenant présenter.

## 4 Analyse de RPM

### 4.1 Démarche d'analyse

#### 4.1.1 Recueil du corpus

Selon Hughes [Hug97], l'ethnographie cherche à « describe a social setting as it is perceived by those involved in the setting ». Nous nous inspirerons donc de cette approche afin de comprendre ce qu'est le réseau pour ses membres et comment ils le font vivre au quotidien.

Aussi, afin de comprendre au mieux le fonctionnement du réseau de santé, nous décidons d'être présents lors de leurs réunions. En effet, comprendre ce qu'est le réseau pour les personnes qui le conçoivent implique d'être un des leurs. Nous avons choisis d'assister aux réunions tout en étant conscient du biais que cela implique. En effet, la réunion est une situation particulière qui laisse place à de nombreux questionnements en dehors de l'ordre du jour. Par ailleurs, elle ne permet pas d'avoir une visibilité sur la tâche quotidienne des professionnels de santé. Cependant, c'est une manière d'observer sans intervenir. Les échanges auxquels nous assistons permettent de comprendre les problèmes rencontrés par les membres du réseau. Ils permettent également d'avoir une vision du travail coopératif qui se met en place dans ce réseau de santé.

Aussi, pendant un an, nous assistons aux réunions et filmons les staffs et les commissions pratique. La commission évaluation ne s'est pour l'instant pas encore réunie et la commission informatique ne répond pas à des préoccupations médicales ou d'organisation, il ne nous a donc pas semblé pertinent de filmer les réunions de cette dernière commission. Douze réunions d'une durée d'une heure et demie en moyenne ont donc été filmées, staffs et commissions « pratique » confondues. Nous faisons retranscrire minutieusement ces rencontres filmées afin de les analyser et de manière thématique et en essayant d'en faire émerger différentes activités. En plus de ce corpus, dix réunions ont déjà été retranscrites les années précédentes, nous les incorporons donc au corpus. Ces dix réunions ne peuvent être qualifiées de manière exacte, le dossier FAQSV et les obligations qui en découlent ayant été mis en place après. Par ailleurs, nous nous investissons dans la mise en place du réseau en étant présents auprès des acteurs lorsque ceux-ci ont besoin de soutien, notamment informatique.

De plus, nous participons de manière active à la commission informatique en proposant une démarche permettant aux participants de spécifier leurs besoins de manière précise. Pour ce faire, nous partons du parcours patient que nous cherchons à définir précisément. Une fois cela réalisé, les participants à la commission informatique explicitent leurs besoins en termes d'échanges d'informations entre les acteurs opérant dans le réseau. Ainsi, le système d'information sera plus facile à comprendre et l'outil support plus proche de leurs

besoins. Nous rédigeons ensemble le cahier des charges fonctionnel. De cette manière, nous tentons d'entrer dans le réseau comme un acteur observateur. Cela reste pourtant difficile, nous ne faisons pas partie des acteurs habituels ; seuls des professionnels de santé ou des professionnels sociaux font partie du réseau. Ils parlent le même langage et se comprennent.

#### 4.1.2 *Traitement du corpus*

Ainsi que nous l'avons annoncé en section 3, le cadre théorique que nous avons choisi pour analyser notre corpus correspond à une des dimensions de la théorie des transactions communicationnelles symboliques. Il s'agit du mode de régulation constitué de la focalisation des acteurs sur l'œuvre ou le self et du degré de réflexivité, soit introspection ou extrospection.

Le degré de réflexivité extrospectif concerne des réalisations assez concrètes, il s'agit en effet de l'objet réalisé, par exemple, l'effectuation du soin dans le cadre de RPM ou encore la manière dont les gens s'organisent entre eux pour fonctionner ensemble. Le parcours patient est une réalisation extrospective qui permet aux membres du réseau de savoir qui fait quoi et dans quel ordre, on pourrait parler de coordination. Le degré de réflexivité introspectif est au contraire beaucoup plus abstrait. Il concerne en effet des questionnements liés au bien fondé du soin et de la manière dont il faut le dispenser. On s'interrogera également sur l'éthique et sur l'intérêt de travailler ensemble. Les questions concernant l'identité du réseau et de son utilité correspondent également à des préoccupations introspectives. La focalisation sur l'œuvre ou le self définit ce sur quoi l'attention se porte. Il peut donc s'agir de l'œuvre, soit l'objet et donc le soin dans le cadre de RPM. Il peut également s'agir du self, soient les membres de la communauté. Par ailleurs, l'objet peut être le discours sur un autre objet. C'est justement sur le discours que nous concentrerons notre analyse du réseau RPM, n'ayant pas accès au soin lui-même, mais aux interactions entre les membres lors de réunions.

Le croisement de ces deux dimensions (degré de réflexivité et focalisation) permet de définir les quatre modes de régulation présentés dans la matrice SEPI (en figure 6 plus haut) :

- Le mode de régulation instrumental correspond au croisement entre la focalisation sur l'œuvre et la réflexivité extrospective. RPM est dans un registre instrumental lorsque les professionnels tentent d'élaborer ensemble la prise en charge du patient.
- Nous parlerons de mode de régulation politico organisationnel lorsque la réflexivité reste extrospective et que la focalisation passe sur le self. Dans le cadre de RPM, le parcours patient qui indique une succession d'actes distribués entre plusieurs professionnels correspond au registre politico organisationnel.
- L'intersection entre la focalisation sur le self et une réflexivité introspective correspond au registre socio relationnel. Sont ici abordées des questions liées à l'identité et aux relations entre les membres.
- Enfin, le registre épistémique correspond à une focalisation sur l'œuvre combinée à une réflexivité introspective. Toujours dans le cadre de RPM, le fait de définir des bonnes pratiques de santé, soit s'interroger sur les pratiques médico-psycho-sociales à mettre en place pour répondre aux objectifs correspond au registre épistémique.

Cette matrice permet donc de modéliser les différentes activités du réseau. Aussi, d'un point de vue plus opérationnel, les activités de RPM pourraient être classées de la sorte : les activités coopératives correspondent aux activités socio relationnelles, épistémiques et instrumentales. Les activités de coordination sont constituées des activités politico organisationnelles. Il s'agit alors de traiter le corpus issu de la retranscription des réunions afin de mesurer les modes de régulation les plus prégnants et de constater le passage d'un registre à l'autre. Nous présentons dans cet article les premiers résultats correspondants à l'identification des registres. D'autres résultats en cours de finalisation montreront le passage d'un registre à l'autre, en fonction du type d'interaction en face à face.

Pour traiter ce corpus, il nous fallait en premier lieu déterminer comment identifier le registre des interactions. Nous proposons d'associer à chaque registre les interactions langagières portant sur des thèmes particuliers, comme l'illustre le tableau 2.

|                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| Degré de réflexivité<br>Focalisation | Introspection  | Extrospection   |
| Self                                 | <b>Registre socio relationnel</b><br>(Réaffirmer les objectifs du réseau, créer une identité collective)<br>S'associer<br>Décrire une expérience | <b>Registre politico organisationnel</b><br>(Établir comment fonctionner ensemble)<br>Définir des bonnes pratiques organisationnelles   |
| Œuvre                                | <b>Registre épistémique</b><br>Définir des bonnes pratiques de santé et éthiques   | <b>Registre instrumental</b><br>(Élaborer la prise en charge globale)<br>Décrire la situation<br>Demander un complément de description de la situation<br>Proposer une solution |

**Tableau 2 - la matrice SEPI appliquée aux activités de RPM**

Dans le registre socio-relationnel, « S'associer » fait référence aux interactions qui permettent de réaffirmer les objectifs du réseau ou encore de créer une identité collective au RPM, et « décrire une expérience » correspond aux interactions permettant à un professionnel d'aider d'autres professionnels en expliquant une façon de gérer un problème qui fonctionne. Dans le registre épistémique, « définir des bonnes pratiques de santé » fait référence aux interactions ayant pour objectif la création de pratiques nouvelles permettant une meilleure dispense du soin. Dans le registre instrumental, « Décrire la situation » correspond aux cas patients racontés par les professionnels souhaitant donner une vision globale du problème, « Demander un complément de description de la situation », ce type d'interaction intervient toujours après une interaction du type « décrire la situation » et permet à des professionnels qui ne connaissent pas le patient de comprendre la situation du patient. « Proposer une solution » est également une interaction qui intervient après une interaction du type « décrire la situation », elle permet de suggérer des solutions, de donner des conseils. Dans le registre politico-organisationnel, « définir des bonnes pratiques organisationnelles » correspond aux interactions qui permettent aux locuteurs de s'organiser entre eux, de diviser le travail à effectuer.

Les analyses du corpus sont réalisées avec l'aide de l'outil NVivo. Ce logiciel permet de gérer un ensemble de documents indépendants à l'intérieur d'un même projet. Il permet d'obtenir des résultats globaux, sur l'ensemble du projet, agrégeant l'ensemble des analyses effectuées sur tout ou partie des documents du projet. Nous avons procédé à un codage du corpus en sélectionnant les passages correspondant aux types d'interactions langagières décrites ci-dessus. Le tableau 3 présente des exemples de corpus analysé.

| Type d'interactions langagières                        | Exemples de corpus analysé  |
|--|---|
| <b>définir des bonnes pratiques organisationnelles</b> | « Non, mais c'est bien, on va pouvoir prendre une date, puisque vous êtes venus, comme ça voila »<br>« Le 4 décembre qu'est ce qu'il y a ? A oui la réunion avec X... tu sera là à l'adresse de Y... y 'aura qui? La réponse arrive. »<br>« Il faut donc définir les rôles minimaux: un président, un trésorier, une secrétaire général. »<br>« On peut imaginer un petit groupe de travail sur ces aspects là. »   |
| <b>s'associer</b>                                      | « en deux mots, prenez le temps de faire vos tests et y'aura pas besoin de réseau, quo »<br>« donc le réseau, il a sa place ici. C'est lui qui va nous dire « bon aller faut y aller, faut faire ceci, fait faire cela, faut se dépêcher, faut pas laisser courir.. » »<br>« Tout le problème qui nous concerne, c'est avant l'institution »<br>« c'est-à-dire, le réseau va permettre de, je pense, progressivement que les médecins soient mieux formés, déjà » |
| <b>décrire la situation</b>                            | « C'est un patient de 80 ans, (atteint de la maladie d'Alzheimer). Il est suivi pour un diabète, non insulino dépendant, équilibré. Il a de l'hyper tension. »<br>« C'est un rapprochement familial. Il a ses enfants ici. »<br>« Les enfants sont loin, à Aix en Provence »<br>« Elle se déplace, elle a de la famille »   |

|  |  |
|--|--|
| <b>demander un complément de description de la situation</b> | <p>« Pourquoi est ce qu'il est arrivé ici? »</p> <p>« Il y a des intrusions ? »</p> <p>« Comment il a consulté ? tu soignes ses enfants ? »</p> <p>« Il est sous anti-dépresseur ? »</p> <p>« Il y a pas d'aide à la maison ? »</p>  |
| <b>proposer une solution</b>                                 | <p>« Et lui conseiller d'aller aux arcades par exemple? Est ce que par rapport aux autres personnes ressources qu'on a dans le réseau, on pourrait lui faire faire des activités? Par rapport à une plainte? »</p> <p>« Tu peux faire un test de l'horloge pour voir si tout se passe bien »</p> <p>« Tu la revois tous les deux ans à mon avis ca suffit... »</p> <p>« C'est comme une démence frontale ou cortico-frontale. »</p>  |
| <b>définir des bonnes pratiques de santé</b>                 | <p>« Parlant du dépistage.. »</p> <p>« Ou alors là le trouble dépressif, on peut pas... Ou alors il faut compléter par le test de Pichot, ou par le GDS, mais il faut faire un truc. »</p> <p>« Mais est-ce que ce serait pas plus intéressant pour toi qu'il y ait déjà un scanner sans injection plus le bilan sanguin standard ? »</p> <p>« Oui, l'horloge, je l'ai dit, le test des cinq mots, de l'horloge et un test de fluence. Cela prend trois à cinq minutes. Et avec ça, tu argumentes. »</p>                       |
| <b>décrire une expérience</b>                                | <p>« Le patient regarde une émission de télévision, puis c'est l'heure du repas, le patient refuse d'aller manger, il est agressif. Et puis, on s'aperçoit que si on avance ou on décale le repas d'une demi heure et bien ça va bien se passer. »</p> <p>« Oui, il faut raconter l'histoire. C'est un récit, on la lit d'abord. Ca permet de voir s'il y a une restitution des détails, peu ou suffisamment, a-t-il capté des éléments et de le reconstruire dans un récit?... cela permet de voir pas mal de choses... »</p> |

**Tableau 3 - exemples de corpus analysé en fonction de types d'interactions langagières.**

## 4.2 Résultats

Le tableau 4 présente une synthèse des analyses réalisées sur treize réunions,. Il indique le nombre de prises de paroles/nombre de caractères par profession et par type d'activités. Le tableau 5 présente la répartition de ces interactions en fonction des registres.

|  | médecin généraliste | neurologue       | psychologue      | orthophoniste    | gériatre       | social         | consultant SI, gestion | total              |
|--|---------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------------|
| <b>Définir des bonnes pratiques organisationnelles</b>       | 41/2176             | 80/5567          | 63/5525          | 13/1115          | 5/286          | 0              | 184/24798              | <b>386/39467</b>   |
| <b>s'associer</b>  | <b>54/10320</b>     | 40/8849          | 15/2472          | 1/22             | 4/742          | 11/1938        | 45/8156                | <b>170/32499</b>   |
| <b>décrire la situation</b>                                  | 84/16200            | 81/12998         | 49/8234          | <b>91/15429</b>  | 0              | 0              | 0                      | <b>305/52861</b>   |
| <b>demander un complément de description de la situation</b> | 5/224               | <b>61/2702</b>   | 14/603           | 7/239            | 0              | 0              | 7/304                  | <b>94/4072</b>     |
| <b>proposer une solution</b>                                 | 4/595               | <b>25/3718</b>   | 14/1893          | 6/542            | 0              | 0              | 6/875                  | <b>55/7623</b>     |
| <b>définir des bonnes pratiques de santé</b>                 | 29/3696             | <b>48/9981</b>   | 33/6696          | 42/4963          | 3/505          | 0              | 17/2893                | <b>172/28734</b>   |
| <b>décrire une expérience</b>                                | <b>15/6083</b>      | 14/7289          | 7/284            | 8/1534           | 0              | 0              | 1/69                   | <b>45/15259</b>    |
| <b>Total</b>   | <b>232/39294</b>    | <b>349/51104</b> | <b>195/25707</b> | <b>168/23844</b> | <b>12/1533</b> | <b>11/1938</b> | <b>260/37095</b>       | <b>1227/180515</b> |

**Tableau 4 - nombre de prises de parole en fonction de la nature de l'interaction et de la profession du locuteur.**

| Degré de réflexivité | Introspection                                     | Extrospection  |
|----------------------|---|--|
| <b>Focalisation</b>  |   |  |
| <b>Self</b>          | Registre socio relationnel<br>215/47758 (18%/26%) | Registre politico organisationnel<br>386/39467 (31%/22%) |
| <b>Œuvre</b>         | Registre épistémique<br>172/28734 (14%/16%)       | Registre instrumental<br>454/64556 (37%/36%)             |

**Tableau 5** - la matrice SEPI appliquée aux résultats obtenus après le traitement du corpus

Cette synthèse nous permet de conclure que :

- 37% des prises de paroles sont dédiées au mode de régulation instrumental, soit à l'élaboration de la prise en charge globale des patients, ce qui représente 36% de la totalité du corpus.
- 31% des prises de paroles correspondent à la définition des bonnes pratiques organisationnelles, ce qui représente 22% du corpus.
- 18% des prises de parole, soit 26 % du corpus relève du mode de régulation socio-relationnel.
- 14% des prises de paroles, soit 16% du corpus, correspondent au mode de régulation épistémique.

Par ailleurs, l'observation de réunions ne nous a pas permis d'observer la formation et la saisie de données sur le dossier partagé. Enfin, il semble important de préciser que ces différents registres sont observables au sein d'une même réunion.

Au cours des réunions du réseau que nous avons analysées, les différents modes de régulation décrits par le modèle SEPI se sont succédés. Les premières réunions ont été principalement régulées sur un mode « socio-relationnel ». Les soignants ont beaucoup échangé sur leurs contacts professionnels, sur les histoires des difficultés qu'ils rencontraient et sur leurs besoins. Ces activités interpersonnelles alternaient avec des problématiques de prestation qui constituaient l'ordre du jour explicite des premières réunions : définition des objectifs thérapeutiques et des modalités de prise en charge.

Ces problématiques ont d'abord été abordées sous un angle épistémique consistant à s'entendre quant aux objectifs que le réseau devrait poursuivre sur la base d'un échange de vue approfondi sur la nature des pathologies en cause. Ces activités épistémiques ont alterné avec des activités instrumentales de nature stratégique visant à définir précisément le type de patients visé par le réseau et le nombre de cas qu'il pourrait traiter. Cette définition était importante à la fois pour déposer les statuts de l'association officialisant le réseau et pour remplir le dossier de demande de financement.

Dans les réunions suivantes, en petit comité et en réunion plénière, les productions politico-organisationnelles ont permis de finaliser la constitution du dossier et de commencer à cerner les rôles qui seraient joués par les uns et les autres.

Concernant les fonctionnalités qui permettraient d'assister ces différentes activités, reprenons la matrice SEPI [Zac05] dans le tableau 6.

| Degré de réflexivité | Introspection  | Extrospection  |
|----------------------|--|--|
| Focalisation         |  |  |
| Self                 | <b>Registre socio relationnel</b><br>Communiquer   | <b>Registre politico organisationnel</b><br>Définition de bonnes pratiques organisationnelles                      |
| Œuvre                | <b>Registre épistémique</b><br>Rédaction collaborative de documents<br>Échange<br>Partage de documents | <b>Registre instrumental</b><br>Partage de données sur le patient<br>Prise de décision collective<br>Apprentissage |

**Tableau 6** - la matrice SEPI appliquée aux fonctionnalités

L'analyse des interactions langagières entre les membres du RPM implique que différentes activités soient mises en place et assistées. En effet, la prise en charge globale des patients implique une prise de décision collective et un partage de données sur le patient. La formation suppose que des activités d'apprentissage pourraient être mises en place, enfin la définition de bonnes pratiques pourra faire appel à des activités de rédaction collaborative, d'échange et de partage de documents. Aussi, en ce qui concerne les moyens à mettre en place, il semble que le dialogue ainsi que le partage documentaire et la coordination des actions de chacun soient nécessaires à la réalisation des diverses activités et au bon fonctionnement du réseau. La réaffirmation de l'identité du réseau, récurrente dans les discussions entre professionnels, pourrait être assistée par des outils facilitant le dialogue. Cependant cela semble insuffisant pour répondre à cette problématique. Selon nous, cette question de l'identité fait référence à Wenger [Wen01], qui introduit la notion de « communal identity » ou encore de « belonging and relationships » qui permet un fonctionnement stable du réseau qui existe alors en tant que tel. Les aspects concernant les phases de développement et d'évolution du réseau ne doivent pas non plus être ignorées.

Il semble donc que chacune des activités puissent être assistées par des technologies particulières. Par conséquent, nous pourrions assembler ces fonctionnalités et créer un ensemble cohérent. Cependant, il est important de garder en mémoire les comportements actuels des professionnels et de s'interroger sur leur capacité à changer leurs habitudes de travail. Seront-ils comblés par des relations entièrement médiatisées alors même que leur cœur de métier est en rapport à l'humain ? Certains, ouverts aux nouvelles technologies, s'adapteront certainement, d'autres risquent de s'impliquer moins et peut être même de se désinvestir complètement.

Il reste à trouver un équilibre qui permette de combiner des technologies qui deviennent indispensables au fonctionnement du réseau, nous pensons notamment au dossier médical partagé ou encore au workflow et à l'agenda partagé, qui permettront un gain de temps évident et qui ne changeront pas fondamentalement les pratiques des professionnels. C'est au niveau des réunions en présentiel que le bas blesse. Les assister technologiquement permettrait à un plus grand nombre de professionnels de participer, mais impliquerait un changement radical des pratiques. Comment donc assister ces réunions clés du réseau sans pour autant modifier les comportements et risquer de démotiver les professionnels engagés ?

Pour cette étude, la spécificité du collectif à l'étude nous a conduits à mobiliser la matrice SEPI issue de la Théorie des Transactions Communicationnelles Symboliques. Nous allons maintenant positionner notre recherche dans le cadre d'autres travaux dans ce domaine du support aux activités médicales.

## 5 Conclusion

Nous cherchons à assister le travail coopératif au sein des réseaux de santé. Pour ce faire, nous avons observé un réseau particulier : le RPM. Nous avons tenté de comprendre quelles étaient ses activités en utilisant la théorie des transactions communicationnelles symboliques. Cette théorie nous a permis de classer les activités réalisées en fonction de quatre registres : le registre socio relationnel, le registre politico organisationnel, le registre épistémique et le registre instrumental.

Par ailleurs, nos observations nous ont permis de noter une alternance entre les registres au sein d'une même réunion, et ce pour plusieurs d'entre elles. L'outil à venir devra permettre cette souplesse, voire l'encourager afin de garantir une innovation constante.

Enfin, nous avons proposé des fonctionnalités correspondant aux activités du RPM. Il reste maintenant à s'interroger sur la pertinence des fonctionnalités existantes dans le cadre d'un réseau de santé et sur la manière d'intégrer des outils dans la pratique quotidienne des différents professionnels concernés.

De plus, engagés dans l'analyse d'un autre réseau, le réseau Addica, nous souhaitons vérifier si les observations faites et les résultats obtenus suite à l'analyse de RPM sont réutilisables pour un autre réseau. Addica est un réseau de santé dont l'objectif est de prendre en charge des personnes souffrant d'addiction et donc, de précarité. Ainsi, nous pourrions penser que les résultats sont applicables à d'autres réseaux de santé, indépendamment de leur domaine.

## Références

- [Bar98] Bardram, J. E., *Collaboration, Coordination, and Computer Support, An Activity Theoretical Approach to the Design of Computer Supported Cooperative Work*. Ph.D. thesis, Aarhus, May 1998.
- [Bri04] Bringuay, S., Barry, C., Charlet, J., "Annotations : a new type of document in the Electronic Health Record, Actes de DOCAM "Document Academy", San Francisco (USA). <http://thedocumentacademy.hum.uit.no/events/docam/04/program.html>
- [Dew49] Dewey, J., Bentley, A. F. (1949). *Knowing and the known*. Boston: Beacon.
- [Eng99] Engeström, Y., "EXPANSIVE Visibilization of Work : An Activity-Theoretical Perspective". *Computer Supported Cooperative Work* 8 : 63-93, 1999.
- [Hal02] Halverson, C. A., "Activity Theory and Distributed Cognition : Or What Does CSCW Need to DO with Theories ? ", *Computer Supported Cooperative Work* 11 : 243-267, 2002.
- [Har04] Hardstone, G., et al "Supporting informality: team working and integrated care records", *Computer Supported Cooperative Work* : 142-151, 2004, Chicago, Illinois, USA. ISBN:1-58113-810-5.
- [Hug97] Hughes, J. A., et al "Designing with ethnography: a presentation framework for design" in *Proceedings of the conference on Designing interactive systems: processes, practices, methods, and techniques*, August, 1997.
- [Hut95] Hutchins, E., *Cognition in the wild*, Cambridge, MA, MIT Press, 1995.
- [Kuu95] Kuutti, K., "Activity Theory as a potential framework for human-computer interaction research". Published in Nardi (ed.) : *Context and Consciousness : Activity Theory and Human Computer Interaction*, Cambridge : MIT Press, 1995, pp 17-44.
- [NVi02] NVivo, QSR's software. <http://www.qsrinternational.com>, July 2002.
- [Wen01] Wenger, E., *Supporting communities of practice: a survey of community-oriented technologies*. Report to the Council of CIOs of the US Federal Government, 2001. Self-published at [www.ewenger.com/tech](http://www.ewenger.com/tech)
- [Who56] Whorf, B. L., *Language, Thought, and Reality: Selected Writings of Benjamin Lee Whorf*. Ed. John B. Carroll. Cambridge, MA: MIT Press, 1956.
- [Zac05] Zacklad, M., *Transactions communicationnelles symboliques et communauté d'action : réflexions préliminaires* in, Lorino, p., Teulier, R. (2005) « Entre la connaissance et l'organisation, l'activité collective », Maspéro, Paris.