

COMMENT MAINTENIR UNE DYNAMIQUE DE CONTRIBUTION DANS UN RÉSEAU DE SANTÉ ?

PICARD Marine

Chargée de mission, COREVIH Grand Est, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 06 74 81 14 24, marine.picard@chru-strasbourg.fr

MERDINGER-RUMPLER Caroline

Maître de conférences, HuManiS EA 7308, EM Strasbourg, Université de Strasbourg, 06 87 15 11 92, caroline.merdinger@em-strasbourg.eu

Résumé

Le champ sanitaire, social et médico-social a connu ces dernières années un mouvement de régionalisation et de territorialisation favorisant le développement de réseaux de santé autour de nouvelles logiques de partenariat. Notre communication s'intéresse aux dynamiques de contribution des partenaires dans un réseau de santé, en questionnant tout particulièrement les facteurs qui favorisent la participation des structures et des professionnels dans la durée. Une étude qualitative par entretiens semi-directifs est menée dans des réseaux partenariaux imposés par les tutelles, les réseaux des Comités de coordination Régionale de la lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine et les infections sexuellement transmissibles (COREVIH). Trois résultats principaux émergent. Le premier résultat porte sur l'organisation coordinatrice du réseau et pointe la nécessité que celle-ci soit spécifiquement désignée et perçue comme légitime par les autres partenaires du réseau. Le deuxième résultat souligne l'importance de la recherche et de l'atteinte d'un équilibre entre l'intérêt commun et les intérêts individuels des partenaires. Finalement, les parties prenantes resteront contributrices dans leur participation au réseau tant qu'elles perçoivent que celle-ci est créatrice de valeur pour elles ou susceptible de l'être.

Mots-clés : réseau de santé, dynamique de contribution, partenariat

Resumen

El campo sanitario, social y médico social ha ido conociendo en los últimos años un movimiento de regionalización y territorialización que favorece el desarrollo de redes de salud alrededor de nuevas lógicas de cooperación. Nuestra comunicación se interesa en dinámicas de contribución de los socios a una red de salud cuestionando en particular las causas que favorecen la participación de las estructuras y los profesionales en el tiempo. Un estudio cualitativo a través de entrevistas semidirectivas se lleva a cabo en unas redes de cooperación impuestas por las tutelas, las redes de los Comités de coordinación Región de la lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana y las infecciones sexualmente transmisibles (COREVIH). Tres resultados principales aparecen. El primer resultado trata de la organización de coordinación de la red y señala la necesidad que esa sea específicamente designada y percibida como legítima por los otros socios de la red. El segundo resultado subraya la importancia de la investigación y el alcance de un equilibrio entre el interés común y los intereses individuales de los socios. Por último, las partes interesadas quedarán siendo contribuyentes a su participación en la red mientras perciben que crea valor para ellas o sea susceptible de crearlo.

Palabras clave : red de salud, dinámica de contribución, cooperación

INTRODUCTION

Le champ sanitaire, social et médico-social a connu ces dernières années une réelle évolution dans son organisation et son fonctionnement. Dès 1982, la loi de décentralisation marque le premier tournant de cette évolution, puisqu'elle vient transférer les compétences de l'Etat, dont celle de l'action sociale, aux collectivités locales. Dans ce mouvement de régionalisation et de territorialisation, le territoire devient un échelon incontournable et déterminant dans le développement des politiques publiques (Zardet et Noguera., 2013). La loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale ou encore la loi dite HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009 définissant une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale a favorisé l'émergence des coopérations entre les différentes organisations et les professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en soulignant l'importance de leur collaboration pour la complémentarité et la continuité de prise en charge des usagers sur le territoire. Des logiques de réseau et de partenariat se sont alors développées sur nos territoires et les réseaux de santé ont fait leur apparition avec la loi dite Kouchner du 4 mars 2002. Nous constatons que cette préconisation des pouvoirs publics à la coopération des acteurs sur le territoire se transforme progressivement en « une injonction des pouvoirs publics pour agir sur la structure du secteur » (Grenier et Guitton-Philippe, 2011). Ces injonctions poursuivent l'objectif de garantir une offre complète aux usagers, au plus proche de leurs besoins, et ce malgré la complexité des situations individuelles rencontrées.

Les atouts de ces nouvelles formes d'organisation et d'intervention sont nombreux : diversification des activités et mutualisation de compétences, de moyens et de projets (Grenier et Guitton-Philippe, 2011) ; partage d'expertises et de risques, accès à l'innovation, réduction des coûts et amélioration de la qualité (Tremblay, 2003) en font partie. En développant « une offre de services qui dépasse l'approche segmentée par structure pour promouvoir une logique de parcours de vie et de soins dans le cadre de coopérations et d'une approche territorialisée » (Fourdrignier, 2016), cela induit, pour les professionnels ayant chacun des missions et compétences différentes, de travailler ensemble.

Au regard de ces constats, dans cette communication, nous nous sommes interrogés sur ce qui favorise la participation des structures et des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social au sein des réseaux de santé. En d'autres termes, comment maintenir une dynamique de contribution dans un réseau de santé?

Nous y répondons au travers d'une étude qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs conduits auprès des coordinateurs des Comités de coordination Régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH). Ces derniers ont comme mission principale la coordination des acteurs œuvrant dans la lutte contre le sida sur un territoire donné.

Après analyse des entretiens, trois principaux résultats émergent des données recueillies. En premier lieu, l'organisation coordinatrice du réseau, désignée institutionnellement, doit être perçue comme légitime par le réseau. Le deuxième résultat pointe l'importance de la recherche et de l'atteinte d'un équilibre entre les intérêts collectifs du réseau (via un processus de co-construction) et les intérêts individuels des partenaires (via un processus de négociations). Finalement, les parties prenantes resteront contributrices dans leur participation au réseau tant qu'elles perçoivent que celle-ci est créatrice de valeur pour elles ou susceptible de l'être.

1. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Afin d'étudier ce qui maintient la dynamique de contribution au sein d'un réseau de santé, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des coordinateurs d'un même type de réseau, les COREVIH.

1.1. Terrain de recherche

Notre choix s'est porté sur les COREVIH du fait de leur mission de coordination sur un territoire donné. De par cette mission, ils sont une instance incontournable au sein d'un réseau de santé spécifique, celui des acteurs de la prévention et de l'offre de soins dans le champ du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Les COREVIH se constituent d'une équipe salariée et d'un comité, qui reflète la diversité des acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH et les IST en région. Les principaux partenaires des COREVIH sont ainsi les professionnels de santé et de l'action sociale, les représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, les représentants des malades et des usagers du système de santé ainsi que les personnalités qualifiées. La coopération avec ces acteurs constitue l'essence même du travail des COREVIH. C'est pourquoi nous avons souhaité interroger les coordinateurs des COREVIH afin de comprendre les phénomènes et mécanismes en œuvre dans ces réseaux de santé et tout particulièrement à apporter une réponse à notre problématique, à savoir ce qui peut pousser les partenaires à s'inscrire dans la durée dans une logique de contribution au réseau.

1.2. Collecte des données

Notre échantillon se compose de 9 répondants, tous coordinateurs d'un COREVIH (sur 22 coordinateurs de COREVIH au niveau national). Ils sont en poste sur des durées variées, allant de 3 mois à 14 ans et sont issus de parcours professionnels différents. Les entretiens semi-directifs ont été conduits en visioconférence via l'outil informatique TEAMS. Le passage des entretiens s'est déroulé entre le 28 juin et le 18 juillet 2023. Leur durée a varié entre 40 minutes et 1 heure 15 minutes. Chaque entretien a été enregistré pour faciliter la retranscription, après recueil du consentement des répondants. Nous avons atteint un niveau de saturation des données qui n'a pas nécessité l'organisation d'entretiens semi-directifs supplémentaires.

1.3. Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits. Nous avons utilisé un codage spécifique afin d'assurer l'anonymat des répondants. Après relecture des entretiens, les verbatims ont été extraits. Le traitement des données textuelles a été réalisé selon une approche de codage qualitatif inductif (Gioia, 2012) en utilisant le guide méthodologique proposé par Erlingsson et Brysiewicz (2017). A travers la construction d'une grille d'analyse des données empiriques, nous avons étiqueté les verbatims extraits en lien avec notre étude, afin d'en faire émerger des thématiques spécifiques, puis des concepts. Leur articulation nous conduit aux résultats présentés ci-après.

2. RÉSULTATS

Les principaux phénomènes émergeant de l'analyse des données menées sont au nombre de trois.

2.1. La nécessité de la légitimité perçue du coordinateur par le réseau

Bien que les COREVIH, en tant qu'instance de coordination d'un réseau spécifique, soient désignés par décret et que Agences Régionales de Santé (ARS) en nomment leurs membres sur un territoire donné, cela ne suffit pas pour justifier leur légitimité. En effet, les répondants pointent trois conditions supplémentaires.

Tout d'abord, la nécessité d'une désignation officielle et d'un soutien affiché par une institution ou un organisme reconnu par le réseau sur le territoire, du fait du pouvoir de décision qui lui est légalement confié. L'un des coordinateurs le mentionne clairement, « *Oui, ils nous ont légitimé [en parlant de l'ARS]. Ça veut dire que justement, avec ce plan régional, le fait que l'ARS a dit maintenant c'est sous l'égide du COREVIH, c'est eux les pilotes. [...] Et cet appui-là a été quand même essentiel.* » (E6C6). Les répondants soulignent l'impact positif de certaines prises de décisions politiques, lesquelles viennent servir leur légitimité. « *Autre chose qui nous a beaucoup servi aussi en tant que COREVIH, c'est la coordination des CeGIDD qui nous a été confiée par l'ARS [...] On se positionne aussi à travers ça. En tant qu'acteur régional.* » (E3C3). La mission confiée par une autorité rend possible la coordination du réseau, mais cela ne suffit pas encore à asseoir la légitimité de la structure coordinatrice.

Ensuite, la représentativité des différents professionnels au sein du comité du réseau joue un rôle majeur pour la légitimité car cela facilite l'intégration des parties prenantes au réseau, comme l'évoque un des coordinateurs « *On a une vraie représentativité dans notre Bureau de l'ensemble des acteurs de la santé sexuelle. Donc voilà, on couvre assez bien ce champ et cette mixité en tout cas, ce qui permet d'avoir une vue vraiment générale et pas hospitalo centrée ou pas que VIH centré en fait.* » (E7C7).

Finalement, les répondants mettent l'accent sur un aspect qui leur semble primordial : la construction de la légitimité du coordinateur de réseau au fil du temps dans la relation concrète qu'il met en place avec les acteurs du territoire . Ici, la légitimité apparaît comme la résultante de stratégies et d'actions menées par le coordinateur lui-même. C'est par exemple à travers la proximité qu'il entretient avec son réseau qu'il sera perçu comme plus légitime, comme l'indique l'un des coordinateurs « *J'ai pris mon bâton de pèlerin et je suis allé voir les gens. Aller voir les gens il y a que comme ça que ça marche, tu peux envoyer des mails, tu peux appeler les gens, ils s'en fichent un peu quoi. Il faut aller les voir. Aller voir les gens, c'est le plus important en fait.* » (E4C4). Cette proximité favorise la création de liens avec le réseau « *Ça prend du temps [d'être sur le terrain], mais le jeu en vaut la chandelle parce que vraiment après, il y a ce lien qui est créé et puis en tant que représentante du COREVIH, on est identifié et voilà, on a notre plus-value qui est reconnue.* » (E3C3). En usant de stratégies diverses, le coordinateur renforce également sa légitimité. Par le biais de collaborations spécifiques par exemple, comme l'indique l'un des répondants « *Le fait aussi d'y investir, les élus des villes santé, et pas juste le COREVIH. Ça, ça nous donnait aussi une crédibilité et une légitimité.* » (E6C6.). Prôner l'horizontalité organisationnelle du réseau et dans son prolongement, reconnaître l'expertise de chacune des parties prenantes, est une force pour gagner en légitimité. « *Je pense que les rôles doivent être bien calés, bien cadrés, et que dans le réseau chacun trouve sa place. Se dire qu'on est animateur de réseau plutôt que tête de réseau déjà, car ça donne tout de suite une notion de hiérarchie qui n'existe pas en fait.* » (E4C4). « *Le but n'est pas d'écraser quiconque, surtout de la part du COREVIH. Nous on n'a rien à y gagner. [...] Il y a une expertise que chacun pourrait mettre en commun pour justement, voilà, trouver des terrains de travail collectifs et collaboratifs.* » (E5C5).

2.2. Un processus de coordination du réseau recherchant l'équilibre entre l'intérêt commun au sein du réseau et les intérêts individuels des parties prenantes

Selon les répondants, le coordinateur doit gérer le réseau de manière à intégrer l'intérêt des partenaires, ce qui est manifestement un élément incontournable à la coopération des membres au réseau. Un des coordinateurs l'évoque comme « *un facteur de réussite* » et ajoute « *que les gens vont vouloir s'investir sur un projet précis qui leur parle [...] S'il n'est pas là, il n'y a pas d'adhésion.* » (E3C3). Le processus va devoir tenir compte de deux logiques d'intérêt : l'intérêt commun et collectif du réseau d'une part et les intérêts individuels des membres du réseau d'autre part. C'est par la mise en œuvre

d'un processus visant à satisfaire ces deux logiques que la dynamique de contribution des partenaires du réseau va s'opérer.

Au niveau collectif, c'est au travers d'un processus de co-construction impulsé par le coordinateur que les parties prenantes définissent l'intérêt commun « *il faut trouver l'intérêt commun [...] là où les gens vont avoir intérêt à s'investir.* » (E4C4). Ce processus collectif de co-construction influence la contribution des membres du réseau selon les répondants. La plupart des COREVIH ont mis en place des groupes de travail, appelés aussi groupes projets ou commissions, auxquels les membres du réseau sont associés et dans lesquels ils peuvent contribuer. « *On travaille en Commission et bah c'est ce qui motive les acteurs.* » (E8C8). « *Chez nous les feuilles de route et les projets sont discutés. On a encore fait une réunion fin d'année dernière sur les projets à venir, ce qu'on allait mettre en place, donc les assos sont venues en disant "on a envie de faire ça, faire ça" etc.* » (E5C5). Ces espaces d'échange et de réflexion permettent la prise de décision en prenant en compte l'avis, l'expérience, les connaissances et compétences de chaque acteur. Ainsi, les décisions prises vont servir l'intérêt commun et directement concerner les partenaires au réseau, notamment dans la mise en place de stratégies ou politiques de santé publique. « *On a fait deux journées, on a regroupé plus de quatre-vingt acteurs pour définir les objectifs et ça a donné lieu au plan régional en santé sexuelle.* » (E6C6)

Parallèlement à cette logique collective de co-construction, il va s'agir également de mettre en œuvre un processus visant à identifier les intérêts individuels des parties prenantes, afin que le réseau puisse aussi répondre à leur besoin spécifique. Pour pouvoir identifier les intérêts individuels, il est nécessaire d'interroger les partenaires du réseau et donc d'être en lien avec eux. « *Quand le sujet intéresse vraiment les acteurs, ils se mobilisent. Donc c'est un petit peu ce jeu entre à la fois aller chercher les compétences et les centres d'intérêt, donc de les avoir identifiés aussi.* » (E3C3). La proximité que le coordinateur entretient avec son réseau, évoquée précédemment, est essentielle ici.

2.3. Une plus-value réelle pour chaque membre du réseau

Une fois les intérêts collectifs et individuels identifiés, il va s'agir pour le réseau de les adresser et de tenter d'y répondre. La question de la plus-value pour le partenaire dans sa participation au réseau est centrale chez l'ensemble des répondants. Elle est à mettre en lien directement avec celle de l'intérêt des structures à faire partie du réseau. L'un des répondants indique que « *toutes ces assos et tous les membres, ils existent sans le COREVIH. Ils sont là [sein du réseau] parce qu'à un moment ils se sont dit que c'était bien d'y être et que ça allait apporter quelque chose dans leur travail.* » (E5C5). Une partie prenante aura davantage tendance à coopérer au sein du réseau si elle voit concrètement la plus-value que ce dernier lui apporte. Ainsi, « *en tant que COREVIH il faut savoir se rendre un peu incontournable pour qu'ils puissent faire appel à nous et montrer qu'on a une réelle plus-value, des réelles compétences à leur apporter et qu'il ne faut pas hésiter à faire appel à nous s'ils ont la moindre question.* » (E3C3).

Cette plus-value revêt différentes formes, en fonction de ce que recherchent les membres du réseau. Elle se caractérise par la mise en relation des membres par le coordinateur, « *faire du lien entre les acteurs eux-mêmes, entre les acteurs de ton réseau, [...] permettre la rencontre entre les acteurs, faire du lien, connaître les missions des uns et des autres, pour élargir le réseau et savoir orienter les usagers ou publics que l'on suit dans le réseau* » (E4C4). Cette plus-value est impulsée par le coordinateur, « *nous c'est vrai qu'il y a beaucoup de partenariats qui se sont fait sur des journées organisées, c'est à ce moment-là que les acteurs se sont rencontrés, ils ont échangé leurs numéros etc. je pense que c'est vraiment la rencontre qu'on leur apporte, le fait qu'ils se croisent et qu'ils se voient sur des temps d'échanges.* » (E2C2, p.16). Développer les compétences des membres du réseau est une plus-value qui a également été soulignée à de nombreuses reprises par les répondants,

« on était en charge de l'augmentation des compétences à travers la mise en place de formations pilotées par le COREVIH » (E6C6). L'un d'eux précise, « je pense que ce qui les amène [à contribuer] déjà, c'est qu'on leur apporte de l'information, même si c'est pas de la vraie formation. C'est en tout cas plein de choses et des échanges qu'ils n'ont pas forcément dans leur structure, qui les ouvrent à d'autres choses. » (E2C2). Le réseau apporte également de la visibilité aux parties prenantes, qu'elles n'auraient que dans une moindre mesure si elles n'y appartenaient pas. De par sa position de coordinateur, ce dernier « a une bonne vision des acteurs de terrains, qu'ils n'ont pas forcément. Donc dire à un acteur sur un département, bah vous pourriez faire ça avec cet acteur là [...] du coup ben ça fonctionne ça. » (E9C9). Cette visibilité renforce la coopération entre membres du réseau et de fait, la qualité des réponses apportées auprès des publics sur un territoire donné.

CONCLUSION

Au regard de la nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale en France et des besoins en santé de plus en plus complexes de la population, les réseaux de santé se multiplient sur les territoires afin de contribuer à y répondre de la manière la plus efficace possible. Les relations inter-réseau entre les différentes parties prenantes, tout comme le maintien des dynamiques de contribution au sein de ces réseaux semblent être peu étudiés. Notre recherche, conduite au sein des COREVIH, vise ainsi à alimenter la littérature à ce sujet.

Trois principaux résultats émergent des données recueillies auprès des coordinateurs. Ils pointent en premier lieu, l'importance pour l'organisation coordinatrice du réseau et pour le coordinateur, d'être perçus comme légitimes par le réseau. La dynamique de contribution par les parties prenantes sera également dépendante du processus de coordination du réseau mis en œuvre, ce dernier devant rechercher l'équilibre entre l'intérêt commun du collectif et les intérêts individuels des membres du réseau. Enfin, c'est en apportant une réelle plus-value aux parties prenantes que le réseau favorise et maintient leur contribution.

Les limites résident essentiellement dans le fait qu'un seul réseau de santé ait été étudié dans notre cette recherche, et que seuls des coordinateurs de ce réseau dans différents territoires ont été interrogés. Les perspectives de recherches sont multiples, à commencer par l'interrogation de l'ensemble des membres du réseau COREVIH, ceci afin de confirmer la validité interne des résultats, mais aussi par l'extension de la recherche à d'autres réseaux de santé, comme par exemple les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, pour confirmer la validité externe des résultats.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ERLINGSSON C., BRYSIWICZ P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7, 93-99.

FOURDRIGNIER M. (2016). Les coopérations, de nouvelles transactions dans le travail social ?. *Pensée plurielle*, 43, 23-35.

GIOIA D. A., CORLEY K. G., HAMILTON A. L. (2012). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, 16, 15-31.

GRENIER C., GUITTON-PHILIPPE S. (2011). La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? *Management & Avenir*, 47, 98-113.

TREMBLAY G. (2003). Les partenariats : stratégies pour une économie du savoir. *Distances et savoirs*, 1, 191-208.

ZARDET V., NOGUERA F. (2013). Quelle contribution du management au développement de la dynamique territoriale? Expérimentation d'outils de contractualisation sur trois territoires. *Gestion et management public*, 4, 5-31.