

Création des réseaux de santé et usages du dossier médical partagé

Hélène TRELLU¹,

avec la collaboration de Françoise LE BORGNE-UGUEN

La conduite de cette recherche a bénéficié de la contribution de Simone Penneç que nous tenons à remercier de ses conseils et de la relecture avisée d'une version initiale de ce texte.

RÉSUMÉ.

Le projet Automate propose une analyse des usages du Dossier Patient Partagé par les professionnels de santé au sein de deux réseaux de santé. Nous avons privilégié une méthode qualitative par entretiens auprès de 32 personnes. Cet article porte plus particulièrement sur la création des deux réseaux et sur les processus d'apprentissage du travail en réseau par les différents professionnels.

MOTS CLEFS : SOCIOLOGIE DE L'USAGE DES TECHNIQUES, DOSSIER MÉDICAL, RÉSEAUX DE SANTÉ, APPROPRIATION DES TIC, ANALYSE SOCIOLOGIQUE QUALITATIVE.

ABSTRACT.

The project AUTOMATE studied the uses of a medical record by health care professions within two health assistance networks. We have used a qualitative methodology based on face-to-face interviews. 32 interviews have been analyzed. This article presents more particularly the creation of two health assistance networks and how health care professions train themselves thanks to the system.

KEYWORDS: SOCIOLOGY OF THE USE OF TECHNOLOGIES, MEDICAL RECORD, HEALTH NETWORKS, APPROPRIATION OF IC TECHNOLOGIES, QUALITATIVE SOCIOLOGICAL ANALYSIS.

ARS, UBO M@rsouin
Helene.Trellu@univ-brest.fr

<http://www.marsouin.org>

Article paru dans les cahiers de l'ARS : Trellu H. (avec la coll. de Le Borgne-Uguen F.) (2006), Création des réseaux de santé et usages du dossier médical partagé, Les cahiers de l'ARS n°3

1. INTRODUCTION.

Les réseaux de santé se construisent sur l'existence de nécessités d'échange et de formation de la part de professionnels de la santé et du social. Outre la nécessité que certains rencontrent à échanger, ces réseaux de santé résultent aussi d'une volonté d'expérimenter de nouvelles façons de travailler. Dans le cadre d'un projet de recherche, nous nous sommes intéressées aux modes d'organisation de deux réseaux de santé en termes de configuration, de relations entre les différents membres et d'outils de communication et de coordination mis en place¹.

En France, la loi du 2 janvier 2002 encourage le décloisonnement du secteur sanitaire et social en incitant les professionnels, les services et les établissements à organiser leurs actions en termes de convention, de coordination, de complémentarité et de continuité de prise en charge. La loi du 4 mars 2002 propose une notion unique, celle des réseaux de santé définis dans un article L 6321-1 du code de la Santé Publique : « 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 procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations [...] ». Les réseaux concernent des domaines d'interventions divers, ils peuvent être centrés sur une pathologie (VIH, cancer, diabète...), sur un moment de la vie (périnatalité, soins palliatifs), sur un comportement (alcoolisme, toxicomanie ; suicide), sur des problèmes sociaux (précarité) ou encore sur des maladies rares (maladie de Creutzfeldt-Jakob). Les deux réseaux étudiés dans le cadre du projet de recherche sont un réseau centré sur les addictions et la précarité et un réseau portant sur le diabète.

Les objectifs du projet AUTOMATE sont de proposer un ensemble d'indicateurs, de méthodes

¹ Programme de recherche « Analyse des usages en Télé-santé : Organisation d'un réseau, mesure de son appropriation, techniques d'évaluation » nommé AUTOMATE, piloté par Myriam Le Goff-Pronost et financé par le ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, direction technologie.

d'évaluation des usages des systèmes d'information développés au sein des réseaux de santé. Par le partenariat avec la société Uni-Médecine, nous nous sommes centrées sur la modification des pratiques de coopération entre professionnels suite à la mise en place d'un Dossier Médical Partagé (DMP) au sein de deux réseaux. Ce système d'information est accessible via un ordinateur et une connexion Internet, plusieurs services peuvent être proposés en dehors du DMP tels une messagerie sécurisée, la télé-expertise, un annuaire...

Après avoir présenté le dispositif de recherche et les problématiques adoptées, l'article porte plus particulièrement sur la création des deux réseaux et sur les logiques de travail mises en œuvre.

2. LE QUESTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DE L'ENQUÊTE.

Nous avons interrogé les conditions de mise en place et le fonctionnement de deux réseaux de santé dotés d'un système d'information dans le cadre d'une recherche pluridisciplinaire².

2.1. Réseaux et innovations.

En premier lieu, il s'agit d'analyser les usages réels du réseau par les différents professionnels selon leur appartenance institutionnelle, leurs méthodologies professionnelles, le type de relation de soins aux patients. La recherche identifie également les places d'autres partenaires (patient, autre parent, professionnels hors du réseau). En sociologie de l'innovation, la notion de réseau est « un outil incontournable pour comprendre et analyser le mécanisme complexe [des] interactions, pour décrire la mise en place des formes de coordination appropriées, et pour rendre compte de la dynamique des relations » (Callon *et al.*, 1999). Ensuite, il s'agit de mettre à jour le réseau social mis en place par l'utilisation de différents médiums de communication, parmi lesquels le Dossier Médical Partagé.

Cette notion de réseau renvoie à deux significations principales. La première propose de décrire les relations entre les institutions, les professionnels et

² Une analyse économique et une analyse statistique s'ajoutent à la démarche sociologique présentée dans cet article. Cf. cahier de recherche 1-2007.

les patients et pose le cadre minimal de tout un ensemble de phénomènes (actions professionnelles, suivi d'une patientèle). La seconde, plus complexe, envisage « un mode de coordination particulière d'agents qui n'est ni celui du marché, ni celui de la hiérarchie, mais où la variété et l'hétérogénéité s'accompagnent d'un accroissement des interactions et entraîne la multiplication des négociations de tous ordres et la nécessité de compromis » (Callon, 1999). Sur cette base, l'analyse considère un certain nombre de phénomènes : la distance et la proximité entre deux entités. Par exemple, la chaîne d'intermédiaires et d'actions en jeu entre un patient et un médecin ou entre deux professionnels, l'un se définissant comme un professionnel de santé et l'autre se référant à l'accompagnement social. Elle prend en compte l'importance de la connexité et de la convexité, c'est-à-dire la multiplicité des choix dans les collaborations et les coordinations mises en place. Enfin, cette démarche met en lumière l'évolution morphologique des différents acteurs du réseau : les effets d'attraction, de renforcement des liens entre partenaires, comme l'évolution des modes d'échange entre différents organismes et aussi les interactions du patient et de ses proches avec différents professionnels.

Dans ce projet de recherche, l'étude sociologique présente deux réseaux de santé à travers les règles minimales qui permettent leur représentation. Elle explicite également les relations qui lient les différents membres d'un même réseau entre eux.

« L'innovation est par définition un phénomène émergent au cours duquel se mettent progressivement en place des interactions liant des agents, des savoirs et des biens, qui étaient auparavant non connectés et qui sont pris peu à peu dans un faisceau d'interdépendances [...] elle traverse les institutions tissant des relations compliquées et inattendues entre des sphères d'activité différentes, jouant à la fois sur les relations personnelles, sur le marché, sur le droit, sur la science et la technologie » (Callon, 1999).

Le Dossier Médical Partagé (DMP) semble, *a priori*, répondre à cette définition de l'innovation, à la fois par son mode de fonctionnement et par l'im-

portance qu'il est supposé avoir dans les relations entre les différents acteurs qui interagissent dans le traitement des pathologies et en premier lieu dans les relations entre patients et médecins. C'est pourquoi, l'innovation du DMP offre une occasion pertinente pour mieux comprendre le fonctionnement (ou le non-fonctionnement) d'un réseau. Au-delà de la description, nous rendons compte des systèmes de relations qui se développent entre les acteurs individuels, entre les institutions ou entre des sphères d'activités hétérogènes qui interviennent de manière cloisonnée. Le DMP constitue alors un intermédiaire dans lequel se matérialisent des modes de coopération, de communication et de mise en relation entre ces différents acteurs. Cet objet intermédiaire peut alors participer à l'explicitation des rôles, des intérêts et en quelque sorte de l'identité du réseau (Callon, 1999 ; Vinck, 1999).

2.2. L'étude de deux réseaux

Le premier réseau étudié concerne les addictions et la précarité, il touche un domaine médico-social sensible : les conduites addictives, dans une région d'expérimentation pour l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation). Le second réseau vise le suivi de patients diabétiques, une pathologie considérée comme une priorité de santé.

Une méthodologie par entretiens est privilégiée pour répondre à notre questionnement. Les séries d'entretiens auprès de plusieurs membres de deux réseaux ont un double objectif, le premier : retracer la genèse et les fondements qui ont été au principe de leur création, en interrogeant plus particulièrement les professionnels de la coordination de ces deux réseaux. Le second objectif concerne davantage les pratiques des professionnels de la santé et du social au sein du réseau. Le questionnaire porte sur leur entrée dans le réseau, leurs motivations, les formes de participation en termes de réunions, d'usages du système d'informations, d'échanges... Sur le premier site, le réseau d'addiction et de précarité, les entretiens ont été réalisés auprès du médecin coordonnateur à l'initiative du réseau, la chef de projet et les secrétaires. Sur le second site, le réseau de diabète, les interlocuteurs sont les suivants : le médecin coordonnateur, le président et une partie de l'équipe de coordination qui est relativement importante puisqu'elle regroupe une quinzaine de personnes (infirmières, diététiciennes, psychologues, éducatrices médico-sportives, personnel administratif). Outre la vingtaine d'entretiens

semi directifs réalisés auprès des professionnels du premier site interrogé, et la douzaine auprès des professionnels du second site, des observations complètent les données recueillies.

3. FORMALISER LES RÉSEAUX POUR SOUTENIR DES INNOVATIONS EXISTANTES.

À ce stade de la recherche, deux résultats peuvent être identifiés. Dès lors que l'on prend en compte les conditions de développement des réseaux, le caractère informel de leur initiative est une constante. Par ailleurs, au fur et à mesure de leur inscription dans la durée, le recours à des méthodologies qui fondent des normes partagées est décisif pour l'extension et la pérennité des fonctionnements qui font consensus.

Pour répondre à des situations sanitaires et sociales perçues comme de plus en plus complexes, des réseaux informels sont apparus vers le milieu des années 1980 à l'initiative de médecins (libéraux ou exerçant en institution), d'infirmiers et de pharmaciens. Ces professionnels estimaient ne plus pouvoir faire face, dans les cadres traditionnels, aux pathologies telles que le sida et la toxicomanie aggravées par la précarité économique. Ils ont alors expérimenté et généralisé des pratiques professionnelles coordonnées et coopératives, pour concourir au mieux-être des personnes, mais également pour faciliter leur exercice professionnel.

Ainsi les deux réseaux étudiés ici sont nés de l'initiative de professionnels cherchant une réponse cohérente pour parvenir à une prise en charge globale du patient. Ils se créent tout d'abord de façon informelle. Reprenons rapidement et de manière non exhaustive l'historique des deux réseaux étudiés.

3.1. Site 1 : réseau addictions et précarités.

Dans ce contexte, devant les difficultés rencontrées en termes de soins de substitution, de méconnaissance de la pathologie, quelques médecins généralistes ont organisé un premier séminaire puis un second sur la prise en charge des patients toxicomanes en médecine générale. De ces séminaires, est née en 1994 une association « généralistes et toxicomanie » pour tenter de former les professionnels, de

coordonner les soins et d'apporter une meilleure réponse aux patients. Cette association (loi 1901) regroupe à sa création une dizaine de médecins généralistes, elle fonctionne avec très peu de moyens financiers. Sur un mode bénévole, les médecins peuvent organiser quelques formations avec une petite enveloppe financière de la DDASS³. L'association se centre sur les soins et les membres discutent régulièrement en soirée autour de cas cliniques précis que l'un d'entre eux expose. L'autre activité de l'association concerne la réflexion autour du travail en réseau et de la dynamique qui en découle. Ils imaginent l'utilisation d'un petit carnet remis au patient toxicomane pour favoriser la coordination entre les différents professionnels. Ce carnet n'a pas réellement fonctionné et, en 1999, l'association piétine, ces professionnels n'arrivent pas à impulser un travail en réseau par manque d'outils et de moyens. À ce moment s'est posée la question de l'arrêt de l'association bien qu'ils soient tous convaincus par le bien-fondé d'un travail en réseau pour eux et leurs patients. La pérennisation de l'association va alors passer par une formalisation du réseau.

Une première étape de cette formalisation s'enclenche par la rencontre entre le président de l'association de l'époque et le président d'une société spécialisée dans les systèmes d'information appliqués à la santé au début de l'année 2000. Le système d'information proposé par cette société apparaît pour le président comme une solution aux difficultés de coordination rencontrées par les professionnels :

« Je pense que l'on peut redynamiser une vraie pratique en réseau en prenant différentes orientations très très claires avec un système d'information parce qu'en 2000, c'était début 2000, je leur ai dit : " si on patine comme ça c'est que l'on n'a pas d'outil de communication entre les professionnels, pas d'outil de coordination et sans outil on ne peut pas faire autre chose que de petites réunions " » (premier site, président de l'association et futur médecin coordonnateur du réseau).

Les médecins généralistes initiateurs constatent les limites de leurs rencontres et par extension, de l'association elle-même ; le président voit dans ces outils de travail commun, autour des systèmes d'information, la possibilité de redémarrer un nouveau

³ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

projet soutenu officiellement. En effet, la reconnaissance par les pouvoirs publics des réseaux a été relativement tardive par rapport aux premières expériences de terrain (circulaires de la Direction Générale de la Santé, ordonnances de Juppé du 24 avril 1996, loi du 2 janvier 2002, du 4 mars 2002). Ce sont successivement le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) créée en 1998 puis la Dotation Nationale des Réseaux qui permettront les réalisations (ces dispositifs sont présentés en annexe).

Sur ce site, le montage de dossier FAQSV s'est fait en majeure partie par le président. Le réseau a alors bénéficié d'un financement FAQSV de juin 2001 à décembre 2003. Depuis cette date, il bénéficie d'un financement pluriannuel de la DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux) pour la mise en œuvre de son projet pour une durée de trois ans. Les enjeux de la période DRDR pour le site 1 sont la régionalisation, la formalisation des partenariats et le recrutement de nouveaux professionnels. Au-delà des financements accordés, la formalisation d'un réseau passe également par des chartes, des conventions, des partenariats conclus, la rédaction d'un règlement intérieur... Ainsi, le réseau (site 1) s'est donné comme objectif, parmi d'autres, la formalisation des partenariats pendant la période DRDR.

3.2. Site 2 : Réseau de diabète.

La genèse du réseau sur le second site commence par le souhait d'un médecin endocrinologue de participer à un programme d'éducation thérapeutique pour les diabétiques de type 2 qui démarre en 1994. Sur ce site, l'ASAVED (Association des Structures d'Aide à la Vie et à l'Éducation des Diabétiques) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) se sont associées pour promouvoir un projet expérimental de réseau de soins coordonnés ciblé sur cette pathologie chronique. Cette expérience est également menée sur deux autres régions, et sur le site étudié se constitue un réseau de professionnels, regroupant des médecins généralistes, des spécialistes libéraux et hospitaliers, des infirmiers libéraux et hospitaliers, des diététiciennes, des podologues ainsi que des Associations de Diabétiques. Ce groupe aboutit à la mise au point d'un modèle de prise en charge originale, basée sur l'acquisition de compétences (formation spécifique des médecins généralistes et des infirmières), la mise en œuvre d'un programme d'éducation des patients diabé-

tiques non insulino-dépendants et l'évaluation de son impact sur la morbidité et la qualité de vie. Ce programme dure jusqu'en 1998 et les professionnels associés ont souhaité entretenir la dynamique créée afin d'éviter que l'enthousiasme initial ne retombe. Par ailleurs, le volet coordination des soins n'avait pas été exploré lors de cette expérience centrée sur la formation des soignants et d'éducation des patients. Ces professionnels souhaitent rapidement articuler formation et coordination des soins. Les ordonnances de 1996 et les possibilités de financement FAQSV permettent au réseau sur ce second site de voir le jour, une première convention FAQSV est signée en décembre 2000.

Depuis les années 2000, les réseaux entrent dans une phase d'institutionnalisation qui conduit à une légitimité, une reconnaissance mais également à de nouveaux modes d'organisation (Cabé, 2005). Dans la formalisation de ces deux réseaux, des processus et des étapes similaires peuvent être identifiés, ils se sont tous deux d'abord constitués de manière informelle. L'engagement de quelques professionnels porteurs d'un projet et d'une philosophie partagée, à l'instar des deux médecins coordonnateurs rencontrés, a un rôle primordial sur le démarrage des réseaux de santé et sur les orientations prises. Les fondateurs des réseaux, des personnalités locales et charismatiques, favorisent la crédibilité du réseau et peuvent user de leur notoriété pour associer de nouveaux membres (Schweyer, 2005). Une fois la formalisation acquise, que signifie le travail en réseau pour les professionnels ?

4. TRAVAILLER EN RÉSEAU : UN APPRENTISSAGE ET DES PRATIQUES GRADUÉES.

En nous intéressant au travail, nous questionnons dans un premier temps les enjeux de l'appartenance à un réseau pour les professionnels de la santé et du social. Plus généralement, les réseaux font suite à la nécessité d'une intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses pour plusieurs situations de santé. Ces interventions coordonnées ne vont pas forcément de soi et elles sont un des enjeux forts du réseau. Des difficultés sont liées à différents cloisonnements perceptibles : entre disciplines médicales de plus en plus spécialisées, entre hôpital et médecine ambulatoire, entre le champ du social et le champ du médical. Un autre enjeu du réseau est de

proposer un dispositif organisé autour de chaque patient, cherchant à s'adapter à ses attentes et à ses besoins particuliers et à prendre appui sur sa propre activité, voire à accroître sa responsabilisation dans la prise en charge de sa santé. Bien qu'offrant une image valorisante d'un travail en réseau, cet enjeu n'est pas toujours mis en pratique. Cette idée du patient acteur de sa propre santé se heurte aux réticences de certains professionnels. Pour favoriser cette coordination, les réseaux mettent souvent en place une démarche fondamentale : la formation des acteurs. Par ailleurs, les réseaux peuvent apparaître, pour les décideurs publics, comme un outil de régulation, de recherche d'une efficacité accrue des compétences professionnelles dans les démarches thérapeutiques et de visée de modération des dépenses de santé.

4.1. Des logiques différenciées de participation au réseau.

Sur ces deux sites, la prise en charge globale du patient par une équipe pluridisciplinaire est mise en avant. En écoutant les professionnels de ces réseaux, nous constatons que les enjeux de leur participation se situent à plusieurs niveaux. Ils ne souhaitent plus travailler de manière isolée et recherchent une ouverture vers d'autres professionnels. Pour certains, les professionnels salariés d'un organisme, il s'agit de sortir de leur institution ; pour d'autres, les libéraux, le réseau répond à un manque de relations professionnelles avec leurs confrères. A. Grenier (2004) précise que l'isolement des libéraux se manifeste encore plus dans le cadre de la prise en charge de certains patients ou de certaines pathologies et plus particulièrement quand cette prise en charge nécessite l'intervention d'autres acteurs sanitaires et sociaux. Ces professionnels expriment également leur impuissance face à certains patients et à certaines pathologies, le travail en réseau devient alors une opportunité pour partager ces difficultés avec d'autres professionnels et pour se former plus spécifiquement vis-à-vis des attentes d'une patientèle et des spécificités d'une pathologie.

Apprendre à travailler collectivement autour et avec un patient se révèle être une remise en question culturelle des cloisonnements antérieurs en place entre différents professionnels et différents secteurs (domicile, hôpital, médecine de ville, travailleurs sociaux...) Pour une prise en charge pluridisciplinaire du patient, des frontières et des hiérarchies entre professionnels sont à remanier. Cette nouvelle

conception du travail fait appel à des modalités d'interactions et de régulations entre des mondes très différents.

Pourtant, si les réseaux proposent des solutions innovantes, ils ne peuvent pas être considérés comme des innovations à part entière dans le système de santé dans le sens où des réseaux informels existaient déjà bien avant et qu'ils orientaient plus ou moins la trajectoire des patients (Bonafini, 2002). Les médecins généralistes libéraux s'appuyaient sur certains de leurs correspondants habituels (spécialistes, infirmières, travailleurs sociaux...) et sur des modalités d'échanges par téléphone et par courriers.

4.2. Des démarches préalables à l'usage d'une méthodologie commune.

Pour autant, si les professionnels appartiennent à plusieurs réseaux informels où se développent des formes de relations de confiance et un fonctionnement routinier, l'enjeu des réseaux (au sens plus formel) semble être aujourd'hui d'aboutir à une nouvelle configuration des liens entre les différents professionnels, à une réorganisation des rôles, des positions et des identités des uns et des autres débouchant sur de nouvelles modalités de collaboration et d'organisation (Levasseur, 2001). Les pratiques d'interdépendance qui se mettent en place entre les professionnels exigent des processus de traduction dans le sens où chacun d'entre eux doit expliquer une part de ses pratiques à d'autres professionnels du champ de la santé et du champ social. Pouvoir délimiter et comprendre le travail de chacun est nécessaire à la coopération. Les réunions internes aux réseaux donnent à chacun l'occasion de traduire ses pratiques et ses manières de travailler comme d'identifier celles des autres. Ces réunions se font sous la forme de réunions de formation coordination, à l'image du site 1, elles sont thématiques et ont lieu en moyenne 4 à 5 fois dans l'année. Le déroulement nous est expliqué par la chef de projet :

« C'est à dire que les gens arrivent, il y a 10 minutes un quart d'heure d'introduction en plénière. Il y a des études de cas qui sont distribuées, on fait trois ou quatre sous-groupes, forcément on divise, il faut que ce soit représentatif, un institutionnel, un hospitalier, un associatif, un libéral, une infirmière, un psychologue, il faut que ce soit mélangé. Ils se

réunissent, ils vont en sous-comité, ils discutent, ils échangent sur la réalité, leur réalité à eux dans la prise en charge de ce type de professionnel là. Donc, ça fait apparaître le type d'organisation, les compétences des services, qui fait quoi, qui fait quoi, quelles sont les limites, les problèmes qu'ils ont eus dans la réalité. C'est leur vraie vie, ce n'est pas en théorie... ».

Dans la configuration du site 2, deux moments différenciés sont propices au travail de traduction : les rencontres de l'équipe de coordination qui regroupe une quinzaine de professionnels et les rencontres entre les professionnels membres du réseau n'appartenant pas à cette équipe de coordination. Ces professionnels peuvent échanger au cours de séminaires organisés à plusieurs reprises dans l'année sur des thématiques diverses.

Par ces différentes réunions, les réseaux ont non seulement une fonction de transmission des savoirs et des informations, mais ils permettent également, par les expériences partagées, de diffuser et de créer des compétences et des connaissances nouvelles (Domin, 2004). Un apprentissage individuel et une compétence collective peuvent se mettre en place, une relation de confiance est susceptible de s'installer. Cette dernière s'établit en fonction des contraintes des uns et des autres et des différentes déontologies professionnelles (par exemple celle du secret professionnel). En cela, les contacts interpersonnels favorisent l'accès à l'information et/ou à des compétences et la démarche de coopération bouscule les repères antérieurs en transformant les interfaces entre les professionnels, en mettant différentes logiques professionnelles à l'œuvre.

L'usage du Dossier Médical Partagé n'intervient que dans une seconde phase de l'histoire des réseaux. C'est aussi un deuxième temps dans le parcours d'intégration et de socialisation de chaque professionnel qui a intégré l'un de ces deux réseaux. L'installation de différentes formes de relation de confiance est un préalable à tout travail collectif et tout usage du DMP. Ce dernier est un outil au service d'une coordination entre les uns et les autres, il n'est pas, pour autant, à l'origine de cette médiation. Le DMP peut faciliter des échanges d'informations, structurer certaines pratiques professionnelles, offrir un moyen de travail collectif et une mutualisation de certaines connaissances. Si la participation à un ré-

seau est déjà une première étape de remise en question culturelle pour les professionnels, l'utilisation d'un outil informatique, qui plus est un outil de partage des données, représente une autre étape de ce processus de recomposition des formes d'activités professionnelles. De plus, la question de l'accès au DMP par le patient reste encore en suspens. Certains professionnels y voient une condition essentielle pour qu'ils se donnent la peine de remplir ce dossier, d'autres ne sont pas prêts à partager leurs données avec le patient.

5. POUR CONCLURE.

L'observation des deux réseaux conduit à deux résultats majeurs. Le premier souligne des similitudes dans la genèse de ces deux réseaux. L'engagement de quelques professionnels, la philosophie développée et les orientations choisies ont permis leur constitution initiale. De plus, les capacités de leurs initiateurs à se saisir d'un contexte favorable à leur institutionnalisation leur ont permis de durer. Le second résultat donne à voir des processus d'organisation se construisant sur du long terme. Dans ces fonctionnements en réseau, les logiques de chacun, de chaque métier, de chaque organisme, de chaque secteur sont réinterrogées voire remaniées puisque les légitimités sont à conquérir et à faire reconnaître par les autres. Le réseau mobilise les temporalités des différents acteurs au cours desquelles des formes de confiance se négocient, lesquelles permettent l'émergence de compétences collectives. Cette élaboration de nouvelles pratiques professionnelles structure différents usages des outils de coordination et de communication : ici, le Dossier Médical Partagé.

Ces deux résultats sont également à mettre à l'épreuve des différents parcours des patients et des relations de confiance qui se mettent en place entre soignants et patients. Par ailleurs, les déontologies propres à chaque métier et les régulations des décisions thérapeutiques sont interrogées du fait de la présence de l'outil informatique et de ses potentialités. Différentes logiques sont à identifier dans les manières dont les professionnels accèdent à des données mises à leur disposition par les autres membres du réseau. Ces mêmes logiques fondent aussi leur contribution au partage de données dont ils disposaient individuellement jusqu'alors ou qu'ils diffusaient par courrier entre confrères ou en direction des professionnels du paramédical.

BIBLIOGRAPHIE.

Bonafini Pascal, Politiques de santé et réseaux, Document de travail, séminaire RECEMAP, Nantes, 2002.

Cabé Marie-Hélène (coord.), « La santé en réseau. Quelles innovations ? », *Sociologies pratiques*, n° 11, 2005.

Callon *et al.*, *Réseaux et coordination*, Paris, Economica, 1999.

Callon Michel, « Le réseau comme forme émergente et comme modalité de coordination : le cas des interactions stratégiques entre firmes industrielles et laboratoires académiques », in Callon *et al.*, *Réseaux et coordination*, Paris, Economica, 1999, p. 13.

Domin Jean-Paul, « Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté », Communication aux 4^e journées de la proximité, GREQAM, Université de Marseille, 2004.

Grenier Alexandre, « Exercice groupé et réseaux de santé. La pratique de la médecine libérale sort de l'isolement », *Revue ADSP (Actualité et Dossier en Santé Publique)*, n° 49, décembre 2004.

Levasseur Gwénola, *Les réseaux : Changement de pratiques ou pratiques de changement*, 2001. <http://homepages.ulb.ac.be/~bdujardi/psd/foresa/reseaux.pdf>.

Schweyer François-Xavier, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », in Marie-Hélène Cabé (numéro coordonné par), « La santé en réseau. Quelles innovations ? », *Sociologies pratiques*, n° 11, 2005.

Vinck Dominique, « Les objets intermédiaires dans les réseaux de coopération scientifique. Contribution à la prise en compte des objets dans les dynamiques sociales », *Revue française de sociologie*, XL(2), 1999, p. 385-414.

ANNEXE.

Les dispositifs réglementaires en matière de réseaux.

- Créé le 23 décembre 1998, le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) finance des actions permettant d'améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville, les pratiques professionnelles et leur évaluation, la mise en place et le développement des formes coordonnées de prise en charge, en particulier des réseaux de santé liant des professionnels de santé de ville à des établissements. Toutes les dépenses du réseau étaient financées par le FAQSV, à l'exception de dérogations : investissement, fonctionnement, avec une recherche de cofinancements.

- En 2002 : mise en place de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR), une enveloppe financière est consacrée au développement des réseaux, cette dotation nationale est ensuite répartie et gérée à l'échelon régional (DRDR).
- Depuis la mise en place de la DNDR en 2002, le FASQV est un outil de soutien à l'initiative et au démarrage de projets (1 à 2 ans). Il n'a pas vocation à financer les projets de façon pérenne. Les financements FAQSV peuvent être attribués à un professionnel de santé libéral exerçant en ville ou à regroupement de professionnels libéraux, notamment pour le développement de formes coordonnées de prise en charge. Ils peuvent être destinés à couvrir les dépenses d'équipement des professionnels de santé ainsi que des frais d'études, de recherche et d'évaluation. Concrètement, le comité régional de gestion du FAQSV définit des orientations et les dossiers de demande d'aides présentés par les promoteurs sont examinés par le bureau de ce Comité. Une convention est ensuite établie entre le promoteur et le président du Conseil d'Administration de l'URCAM⁴, qui décrit les droits et engagements des deux parties. Elle prévoit notamment le type et les montants des dépenses financées au titre du FAQSV, la durée du financement, le calendrier et le montant des versements prévus, les pièces justificatives à fournir à chaque étape du financement, les modalités de contrôle et d'évaluation du projet.

LES BULLETINS RÉCENTS.

Année 2007.

2-2007. Le Borgne et al. Évaluation des usages du Dossier Patient Partagé au sein d'un réseau d'addictions. Analyse sociologique versus analyse des « logs files ». Application au réseau ADDICA, Champagne-Ardenne.

Année 2006.

13-2006. Jullien N., Trémenbert J. Les PME Bretonnes : leur équipement en technologies numériques, leurs usages et leurs attentes.

12-2006. Thierry D. Modalités de circulation de l'information sur un territoire régional.

11-2006. Pénard T., Suire R. Le rôle des Interactions Sociales dans les modèles économiques de l'Internet.

10-2006. Petr C., Guéguen N. Beginner Research on Tourism and the Tourist: Beware of Words and Caricatures!

⁴ 1. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

- 9-2006. Dang Nguyen G., Mével O. Nouvelle et ancienne économie : vers une intégration réussie ?
- 8-2006. Jullien N., Zimmermann J.-B. Free/Libre/Open Source Software (FLOSS) : lessons for intellectual property rights management in a knowledge-based economy.
- 7-2006. Demazière D., Horn F., Jullien N. How free software developers work. The mobilization of "distant communities".
- 6-2006. Pénard T., Poussing N. Usage d'Internet et capital social.
- 5-2006. Masclet D., Pénard T. Pourquoi évaluer son partenaire lors d'une transaction à la eBay ? une approche expérimentale
- 4-2006. Dang Nguyen G., Genthon C. Les perspectives du secteur TIC en Europe.
- 3-2006. Boutet A., Tréllu H. Appréhender les territoires de la réalité et de la virtualité à travers la création d'un site de « quartier » : l'exemple de « Couleur quartier » à Kérourien (Brest).
- 2-2006. Martin L., Pénard T., Pourquoi les entreprises bretonnes veulent-elles disposer d'un site Web ?

Responsables de l'édition: Godefroy Dang Nguyen, Nicolas Jullien.

Contact : Nicolas Jullien

M@rsouin
GET - ENST Bretagne
CS 83818, 29238 Brest CEDEX 3

Marsouin@infini.fr
(0)229 001 245