

Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques.

1. La coopération entre partenaires distants

Organizational innovation and chronic care.

1. Cooperation between distant partners

Huard P¹, Schaller P²

Résumé

L'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques et psychosociales exige plus de coopération de la part des intervenants et plus de coordination de leurs interventions. De nombreuses initiatives innovantes, comme les réseaux, cherchent à faire progresser l'intégration des soins, mais se heurtent très souvent aux distances qui séparent les participants et pérennisent les cloisonnements et la dispersion.

L'article s'efforce d'abord de définir les différentes formes de distances qui sont à l'origine de ces difficultés. Il s'intéresse ensuite aux mesures susceptibles de réduire ces distances entre les professionnels. Qu'il s'agisse de renforcer la communication entre eux, de les mobiliser autour d'un projet de coopération, de mettre en place une instance de pilotage capable de faire converger leurs objectifs et leurs comportements. L'article analyse enfin les processus dynamiques permettant aux dispositifs innovants de se développer et de constituer de nouvelles références utiles pour orienter l'évolution du système sanitaire.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):111-118

Mots-clés : Maladie chronique ; organisation des soins ; coopération ; communication ; innovations dans fonctionnement.

Summary

Improvement in the treatment of chronic diseases and psychosocial ailments depends to a great extent on better cooperation and coordination between the various stakeholders. A number of innovative initiatives such as networks have been launched to promote care integration, but they very often come up against the problem of the distances between participants, which leads to compartmentalisation and dispersion.

First, the article tries to define the different forms of distances causing the problems.

Next, it focuses on measures that might reduce the distance between professionals. Such measures might involve strengthening the communication between them, mobilising them around a cooperation project or setting up a steering process to reconcile their various objectives and attitudes.

Lastly, the article analyses the dynamic processes that enable innovative projects to develop and become new benchmarks for the healthcare system.

Prat Organ Soins. 2011;42(2):111-118

Keywords: Chronic disease; health services administration; cooperation; organizational innovation.

¹ Professeur des universités, Sciences-Po, F-13090 Aix-en-Provence, France.

² M.Sc. Réseau de soins Delta, Genève, Suisse.

Adresse pour correspondance : P^r Pierre Huard, 1085, Chemin du Puy du Roy, F-13090 Aix-en-Provence.
E-mail : huard.pierre@wanadoo.fr

La prise en charge des maladies chroniques et psychosociales suppose la coopération de différents intervenants et la coordination de leurs interventions. Mais ces conditions ne sont pas faciles à réaliser, comme en témoignent les nombreuses mesures qui, depuis des années, peinent à atteindre cet objectif. Deux précédents articles ont essayé, d'une part de clarifier la nature des problèmes que pose la coopération des professionnels de santé [1] et, d'autre part, de proposer une stratégie d'accompagnement d'initiatives innovantes pouvant jouer le rôle de « prototypes » ou de « pilotes », c'est-à-dire de nouvelles références pour la recomposition du système sanitaire [2].

Le présent article se propose d'apporter des précisions en examinant successivement les points suivants :

- la nature des distances qui rendent malaisée la coopération entre intervenants dans la prise en charge des pathologies chroniques ;
- des mesures susceptibles de réduire ces distances ;
- des processus dynamiques de développement de la coopération.

Un article complémentaire applique ces cadres d'analyse aux observations réalisées dans deux dispositifs innovants.

DISTANCES ENTRE PROFESSIONNELS, ET DIFFICULTÉS DE LA COOPÉRATION

1. Coopération et forme d'organisation

La coopération entre des acteurs (individus, groupes, institutions) aux compétences complémentaires donne naissance à une forme d'organisation en réseaux (alliances, constellations, communautés, groupes, etc.) [3-5] qui a quelques caractéristiques spécifiques. Tout d'abord, ces acteurs restent autonomes ; ce ne sont pas les exécutants de directives émanant d'une autorité supérieure, comme l'est la direction d'une entreprise. Cependant, dans le cadre d'un réseau, ils prennent des engagements les uns vis-à-vis des autres ; par ces engagements (plus ou moins complets et réversibles), ils limitent volontairement leur autonomie et acceptent d'ajuster certains aspects de leurs activités à celles de leurs partenaires. On peut penser qu'ils ne le font que si les avantages qu'ils en retirent sont supérieurs aux contraintes que représente cette coopération ; dans le cas contraire, ils se retirent du dispositif pour retrouver leur pleine indépendance. À l'évidence, on est en présence d'une forme organisationnelle dont l'équilibre et la viabilité sont fragiles.

Sans entrer dans le détail, il paraît utile de distinguer quatre grandes catégories de dispositifs coopératifs, obtenues en croisant les dimensions : taille (nombre de partenaires) et variété des interventions (tableau I).

Tableau I
Quatre catégories de dispositifs innovants.

	Effectif des partenaires	
	–	+
–	1	2
Variété des interventions		
+	3	4

- Les configurations 1 et 2 sont des réseaux de coopération horizontale, c'est-à-dire dans lesquels les professionnels ont des statuts similaires (par exemple, des médecins de premier recours).
- La configuration 3 correspond à une coopération verticale, c'est-à-dire associant des professionnels de catégories différentes, mais la taille modeste signifie sans doute que l'on s'intéresse à une population particulière (patients diabétiques, asthmatiques, toxico-manes, etc.).
- La configuration 4 représente un réseau de santé global ou polyvalent s'intéressant à l'ensemble des problèmes sanitaires (et sociaux) d'une population correspondant à un territoire donné.

À l'évidence, les problèmes liés aux distances entre participants concernent toutes ces configurations, la quatrième étant sans doute celle qui a le plus besoin et le plus de difficultés à promouvoir la coopération.

2. Diverses modalités de la distance

La mise en œuvre de la coordination des soins peut se heurter à des difficultés liées à des formes différentes de distance que l'on peut observer au sein de dispositifs innovants.

En premier lieu, les projets d'organisation innovante de la prise en charge des patients sont généralement initiés par différents groupes d'acteurs (groupes de professionnels de santé, pouvoirs publics, assurance maladie, industrie pharmaceutique). Dans tous les cas, il est possible de distinguer des promoteurs qui conçoivent et lancent un projet, et doivent recruter des participants pour le faire fonctionner. Ces deux catégories d'acteurs (internes et externes) sont séparées par de nombreuses différences, notamment le niveau de mobilisation vis-à-vis du projet. Les premiers s'identifient à leur projet, les seconds sont initialement dans une position de méfiance, d'indifférence ou d'attente. C'est aux premiers de devoir convaincre les seconds de les rejoindre en adhérant au projet, ce qui implique d'adopter de nouvelles pratiques en matière de coopération et de coordination. À l'évidence, la distance qui sépare les deux acteurs n'est pas facile à réduire et représente bien un obstacle au rapprochement des pratiques qui constitue l'objectif principal des dispositifs innovants.

En second lieu, l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques et psychosociales passe par un renforcement de la coopération entre différents groupes d'intervenants (médecins de premier recours, diverses catégories de paramédicaux, spécialistes de ville, hospitaliers, établissements médico-sociaux, travailleurs sociaux, etc.). Les diversités techniques, sociales et culturelles créent au sein de cet ensemble des clivages et des cloisonnements qui favorisent les conflits, et sont donc peu propices à une véritable coopération. Dans cette perspective, chaque groupe de professionnels a tendance à développer un langage spécifique à partir de l'expérience et des connaissances tacites propres, ce qui ne facilite pas la communication avec les autres groupes de professionnels [6-8].

En troisième lieu, outre les diversités qui viennent d'être évoquées, les groupes composant le dispositif ont des lieux d'exercice plus ou moins éloignés les uns des autres. Cette distance géographique accentue l'isolement et renforce la tendance naturelle à la dispersion des interventions [9].

En quatrième lieu, un dispositif étant créé, les groupes de participants peuvent choisir entre deux orientations opposées. Dans la première, les participants retiennent une perspective collective consistant à établir entre eux un partenariat stable, articulant des expertises variées mais complémentaires, et adoptant une gouvernance reposant sur des routines et des relations sociales de confiance. Dans la seconde orientation, chaque groupe modifie ses relations en fonction de ses intérêts propres, son appartenance provisoire au dispositif n'étant considérée que comme un moyen de faciliter l'accès à des relations profitables. Les expertises spécialisées peuvent être valorisées en dehors du dispositif. La gouvernance est plutôt formelle et administrative. La première orientation (polygamie) est sans doute la plus souhaitable, mais la moins probable. Elle repose sur l'hypothèse que les difficultés de la coopération sont résolues. La seconde (promiscuité), plus probable, résulte de ces difficultés et les perpétue [10].

En cinquième lieu, les difficultés sont aussi liées au niveau d'ambition des objectifs du dispositif : amélioration de, ou alternative à l'organisation initiale [11,12]. L'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques peut prendre des formes très variées (dossier médical informatisé, éducation thérapeutique des patients, cercle de qualité, programme de case management, etc.). Le plus souvent, ce genre de mesure ne suscite pas de réactions négatives, d'autant moins qu'elles ne sont pas contraignantes, mais se présente comme un élargissement des services mis à la disposition des professionnels du dispositif. Ces derniers conservent la liberté de les utiliser plus ou moins systématiquement. Il faut donc s'attendre à ce que les améliorations puissent

rester périphériques, et ne pas toujours entraîner une modification profonde de l'organisation de l'activité. Au contraire, une initiative innovante peut se donner pour objectif une organisation différente de ce qui existe, au motif, en particulier, que les améliorations n'améliorent que marginalement les pratiques et qu'il faut donc envisager de changer les bases mêmes de la prise en charge des pathologies chroniques et psychosociales. Dans ce cas, aux difficultés ordinaires vont s'ajouter des oppositions explicites de type politique des organisations professionnelles pour défendre la préférence de leurs mandants pour le *statu quo* et leurs réactions émotionnelles à des projets de changement.

Plus généralement, les efforts visant à rapprocher les comportements des intervenants dans la prise en charge des pathologies chroniques se heurtent à l'inertie du système sanitaire organisé autour du principe de l'autonomie (autonomie de la décision médicale, de la relation médecin – malade, de la gestion de l'activité, etc.). Dans ce cadre, le cabinet médical apparaît comme la forme canonique des activités sanitaires, forme par rapport à laquelle s'opère un clivage entre les changements compatibles et assimilables par le système, et les changements plus éloignés qui ne le sont pas. Ainsi, par exemple, les améliorations évoquées plus haut sont retenues dans la mesure où elles ne perturbent pas l'organisation existante ; dans le cas contraire, elles sont progressivement remodelées jusqu'à devenir inoffensives, ou elles sont rejetées. Les changements cherchant à introduire une forme alternative d'organisation se trouvent par définition à distance de l'organisation dominante, et sont donc plus difficiles à phagocytter ; mais en contrepartie, elles sont souvent l'objet d'attaques explicites et directes.

Ces différents types de distance entre les différents groupes constitutifs d'un dispositif innovant font obstacle à leur coopération, mais sont également à l'origine des conflits : conflits de travail (désaccords sur le contenu des activités, sur les frontières, etc.), conflits affectifs ou interpersonnels (angoisse ou hostilité entre les personnes), conflits relatifs aux processus (méthodes de travail, priorités, responsabilités, etc.) [13].

MESURES VISANT À RÉDUIRE LES DISTANCES ENTRE PROFESSIONNELS

Les distances entre les professionnels concernés par la prise en charge des pathologies chroniques se combinent pour entraver leur coopération. On peut donc essayer de s'intéresser à certains problèmes qui découlent de ces distances et aux mesures susceptibles de les réduire ; ces problèmes portent en particulier sur la communication et la mobilisation des acteurs, ainsi que sur le pilotage de leurs activités.

1. Améliorer la communication entre professionnels

Outre les langages en partie spécifiques des différents groupes, la communication est perturbée par l'insuffisante connaissance mutuelle de l'activité de chacun. Lorsque les échanges ont lieu sans tenir compte des informations, connaissances, capacités d'interprétation, conditions de réception et de traitement, il faut s'attendre à ce que les erreurs et distorsions viennent altérer les messages et la qualité des relations entre intervenants qui vont y voir la preuve d'une attitude non coopérative de leurs partenaires. En conséquence, tout ce qui améliore la communication entre les participants peut favoriser leur coopération [14-16].

Un premier axe d'intervention concerne la normalisation des échanges (codification, nomenclatures, etc.). Mais une partie importante des connaissances spécifiques mises en œuvre dans chaque groupe ne se prête pas facilement à la normalisation, parce qu'il s'agit de routines, de connaissances tacites, de compétences, de pratiques étroitement insérées dans le contexte particulier de l'activité de chacun de ces groupes.

Un deuxième axe d'intervention consiste, en conséquence, à concevoir des mesures capables d'aider chaque groupe à comprendre l'activité des groupes partenaires. Dans cette perspective, une série de solutions peut être rappelée [17, 18] :

- l'information réciproque entre personnes de groupes différents, utilisant des supports variés (téléphone, notes écrites, messages électroniques, diapositives, etc.), sachant que les échanges face-à-face sont les plus efficaces du fait de la communication non verbale qu'ils véhiculent et des possibilités immédiates de rétroaction et de correction permises par la présence des personnes concernées ;
- ces échanges peuvent être formels, par exemple dans le cadre de réunions officielles, mais aussi informels à l'occasion de rencontres ordinaires répétées (cafétéria, etc.). Ces conversations peuvent faire circuler des informations sur les aspects les plus concrets et les plus quotidiens des activités et spécificités des groupes, c'est-à-dire sur les aspects les plus difficiles à normaliser ;
- la mobilité consistant à intégrer temporairement des personnes d'un groupe dans un autre groupe permet à ces personnes d'observer et de comprendre sur le terrain ces spécificités difficiles à décrire ;
- les fonctions d'intermédiaires (agents de liaison, comités *ad hoc* ou permanent, etc.) doivent faciliter, expliquer, traduire, corriger les informations et connaissances échangées entre les groupes ;
- la narration, c'est-à-dire la description détaillée de situations, d'événements, de réussites et d'échecs permet de rendre concrètement compte du fonctionnement interne d'un groupe particulier.

2. Mobiliser les acteurs autour d'un projet innovant de coopération

Les changements que se propose de réaliser un dispositif innovant suscitent, le plus souvent, de la réticence de la part des professionnels « distants » concernés. Diverses conditions et plusieurs types de mesures sont envisageables pour faciliter le recrutement et la coopération [19].

En premier lieu, il s'agit de réduire l'incertitude en précisant en quoi consiste le dispositif. De cette façon, chacun des éventuels partenaires peut se faire une idée assez précise de la position qu'il pourrait y occuper, du rôle qu'il pourrait y jouer, et aussi des ajustements à négocier qui rendraient le projet plus attractif pour lui. Sur ces différentes dimensions, chaque projet est spécifique ; néanmoins, on peut évoquer certains aspects communs à tous les réseaux, et notamment : les objectifs, les principales conditions et conséquences pour les acteurs, les instances et leurs fonctions, la programmation du développement du dispositif. Il importe que, dans un premier temps, le projet soit clair, simple et flexible, c'est-à-dire qu'il soit présenté comme un objet destiné avant tout à favoriser les discussions.

En second lieu, les discussions visent à produire des accords s'inscrivant dans des arrangements contractuels. Ces contrats sont d'abord des contrats relationnels définissant des objectifs, principes, conventions, obligations et droits. Ce sont des engagements généraux (charte) qui sont progressivement spécifiés à travers des confrontations et des négociations de plus en plus précises. Il s'agit essentiellement pour les participants d'assurer la réciprocité dans la collaboration pour éviter les comportements opportunistes permettant à certains de profiter de la coopération sans y contribuer vraiment. En l'absence d'autorité, la sanction s'exprime en termes de réputation et d'exclusion de fait des partenaires opportunistes.

En troisième lieu, le dispositif innovant doit disposer, pour être crédible, des ressources nécessaires à la réalisation du projet de coopération dont il est porteur. Cela suppose des compétences spécifiques, techniques et relationnelles (gestion des relations, des négociations, des conflits), et des ressources financières pour couvrir les coûts correspondants. Il convient, ici, de distinguer les différentes catégories de coûts (investissement / fonctionnement ; création / fonctionnement courant).

En quatrième lieu, il convient évidemment, lorsque le dispositif est stabilisé au stade du fonctionnement courant, d'évaluer le niveau de coopération entre les partenaires ainsi que les résultats obtenus (cliniques, satisfaction des patients et des professionnels), afin de savoir dans quelle mesure les objectifs ont été atteints, et donc quelles corrections éventuelles il faudrait mettre en œuvre [20-22].

3. Mettre en place une instance de pilotage

Si la conception et le démarrage d'un projet sont à l'initiative des promoteurs, un dispositif innovant doit assez rapidement se doter d'une instance de pilotage représentative des différents groupes d'intervenants, pour remplir les fonctions habituelles d'une direction [23-26] : une fonction de finalisation et d'anticipation, une fonction de mobilisation et une fonction d'organisation. La particularité de cette instance est qu'elle n'a généralement pas l'autorité suffisante pour coordonner les différentes activités au moyen de directives contraignantes ; elle doit donc surtout compter sur ses capacités à expliquer, négocier, convaincre les partenaires, et à leur inspirer confiance. La légitimité des décisions collectives dépend beaucoup de la composition des instances de pilotage ; elle dépend aussi des compétences reconnues que ces instances peuvent progressivement acquérir.

DYNAMIQUE DE DÉVELOPPEMENT DE LA COOPÉRATION

1. Mise en œuvre et efficacité des mesures

Les mesures évoquées plus haut doivent être déployées dans une perspective dynamique [2] leur permettant d'atteindre le niveau d'efficacité exigé pour produire les effets attendus (réduire les distances entre partenaires, favoriser leur coopération). En matière de communication par exemple, on peut rappeler la séquence des implications qui doit être réalisée pour qu'un progrès soit possible (figure 1).

Le caractère récursif et cumulatif de la séquence assure la répétition des expériences grâce à laquelle les acteurs vont pouvoir faire l'apprentissage de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences qui conditionnent l'apparition d'un comportement coopératif.

Mais, à l'évidence, rien n'assure que les étapes successives de ce genre de séquence s'enchaînent de façon automatique. Rien n'assure, par exemple, que les interactions issues de la mise en œuvre des mesures soient suffisamment pertinentes et durables, qu'elles portent sur les connaissances mutuelles relatives aux contextes et conditions des activités des différents partenaires, etc. L'amélioration de la communication, quand elle a lieu, reste une condition nécessaire plutôt que suffisante. Elle peut se révéler inutile si, par exemple, les partenaires jugent trop faibles les avantages de la coopération. De ces considérations découlent deux conséquences :

- si les choses ne se font pas automatiquement, il faut intervenir pour que la mise en œuvre des mesures produise progressivement les configurations dynamiques grâce auxquelles les changements nécessaires

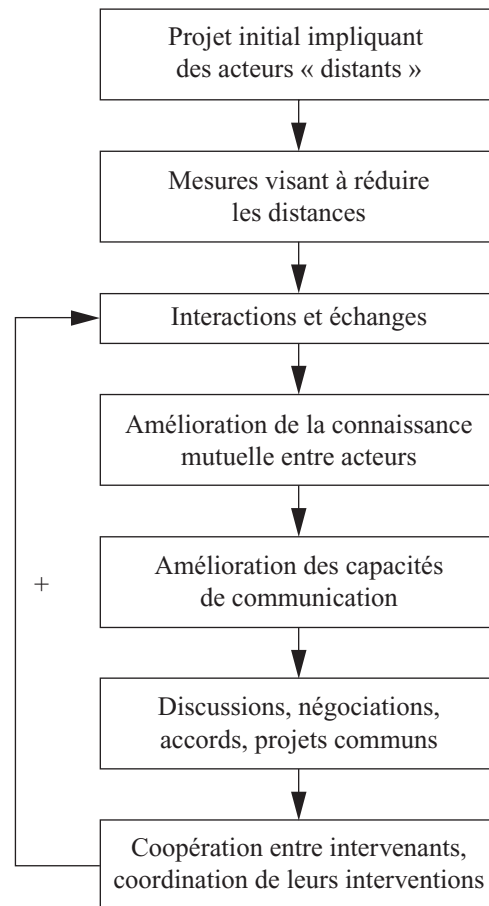


Figure 1. Mesures d'amélioration de la communication entre partenaires.

peuvent avoir lieu. À leur tour, ces interventions supposent une fonction spécifique d'analyse et d'accompagnement des diverses mesures qui visent à promouvoir la coopération ; c'est la gestion continue du changement par le dispositif innovant ;

- des configurations dynamiques sources de changement sont potentiellement nombreuses. Dans chaque situation particulière se pose le problème de leur identification, sélection et articulation en un ensemble cohérent et légitime ; c'est la conception de la stratégie interne de développement du dispositif innovant.

2. Conditions de développement d'un dispositif innovant

Les progrès de la coopération entre partenaires ne se font pas de manière linéaire en mettant en place une dynamique sur un aspect particulier parce que ces progrès peuvent susciter des blocages liés à d'autres aspects : par exemple, des progrès de la communication neutralisés par des réactions liées à des oppositions d'intérêt entre acteurs. L'adoption d'une forme de financement à la capitation, d'un programme d'accompagnement

personnalisé des patients, du regroupement des activités sur un site unique, etc. peut se traduire par de multiples effets en partie imprévisibles. Il s'agit donc d'articuler des mesures portant sur différents points d'application, ce qui suppose des efforts de conception et des possibilités d'ajustement en fonction de situations qui apparaissent. Les interventions initiales, les réactions de blocage de la coopération qui s'en suivent, et les réponses qu'elles suscitent, mettent le dispositif en mouvement et fournissent des opportunités pour réaliser les nécessaires changements dans les pratiques.

Ces processus d'équilibration doivent donc viser la cohérence au regard de l'objectif de coopération. Il s'agit de faire progressivement converger les actions et réactions articulées, de façon à construire un dispositif stable fonctionnant de manière coopérative. Outre la cohérence, un dispositif innovant doit disposer suffisamment de légitimité pour se protéger des attaques les plus directes et avoir ainsi quelques chances de survivre.

La légitimité se construit, en l'occurrence, en montrant que les progrès de la coopération entre intervenants vont dans le sens des critères les plus indiscutables dans le domaine de la santé, à savoir notamment : la qualité, l'efficacité, l'efficience des prises en charge. Ainsi, lorsqu'un dispositif innovant peut démontrer qu'il a réussi à faire coopérer les intervenants et qu'il renforce l'efficacité de son activité de prise en charge des pathologies chroniques, il devient plus difficile pour ses opposants d'argumenter leurs critiques parce qu'ils doivent le faire en utilisant eux aussi le critère de l'efficacité. Par ailleurs, un dispositif innovant paraît vulnérable aux erreurs, défaillances et incidents qui seront généralement mis sur le compte de la nouvelle organisation, et affecteront sa légitimité. Il lui faut donc introduire dans ses principes de fonctionnement une attention particulière à la fiabilité, d'autant qu'il s'agit d'un des objectifs visés par la coopération, étant entendu que le cloisonnement et la dispersion des interventions peuvent donner naissance à des distorsions (non transmission d'informations cliniques, décisions contradictoires, orientations erronées, etc.) conduisant à des incidents.

3. Principes d'organisation d'un dispositif innovant

Nous venons d'évoquer quelques mesures et conditions facilitant la réduction des distances entre partenaires et les progrès de leur coopération au sein des dispositifs innovants. Cependant, un dispositif de type réseau ne possède pas une direction dotée d'une autorité lui permettant d'imposer ces mesures et conditions ; le mieux qu'il puisse faire est de convaincre les différents groupes de partenaires de les adopter. Pour y parvenir, c'est un principe général de réflexivité que l'instance de pilotage doit retenir. Par réflexivité, on entend ici l'aptitude d'un acteur à suspendre périodiquement sa

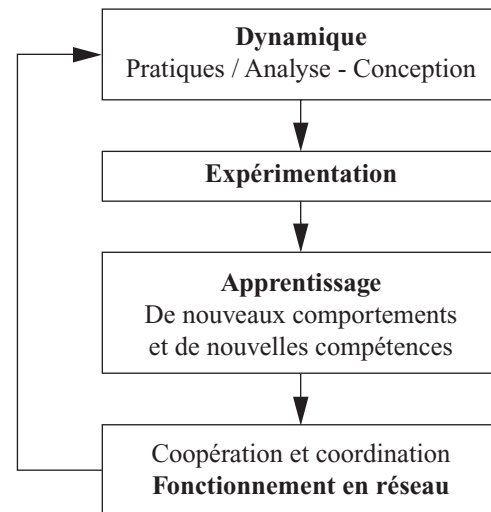


Figure 2. Dynamique de développement de la coopération entre partenaires.

représentation naturelle de la situation, pour l'analyser, la confronter à celle de ses partenaires, et éventuellement de la faire évoluer. L'organisation d'un dispositif innovant doit ménager des occasions invitant régulièrement les acteurs à se livrer à cet exercice d'examen de leurs pratiques dans un cadre collectif. Les « objets intermédiaires » dont il a déjà été question [2], sont les supports des discussions à travers lesquelles se fait l'apprentissage de la négociation et de la coopération.

Concernant le développement des dispositifs innovants, la réflexivité est une mise en relation des pratiques actuelles (plus ou moins innovantes) avec une activité d'analyse de ces pratiques et de conception de nouvelles pratiques, comme sur la figure 2.

La réflexivité est également présente dans les processus de liaison entre le développement de dispositifs innovants et la transformation progressive de l'organisation du système sanitaire (figure 3).

De plus, les deux mécanismes s'articulent pour renforcer les capacités de changement (figure 4).

En conclusion, nous rappelons que, dans cet article, nous avons présenté quelques-uns des moyens capables d'aider aux progrès de la coopération au sein d'un dispositif de prise en charge des maladies chroniques et psychosociales.

Nous rappelons également que la stratégie proposée dans un article antérieur [2] consistait à accompagner le développement d'innovations organisationnelles susceptibles de servir de références dans le nécessaire processus de recomposition du système sanitaire.

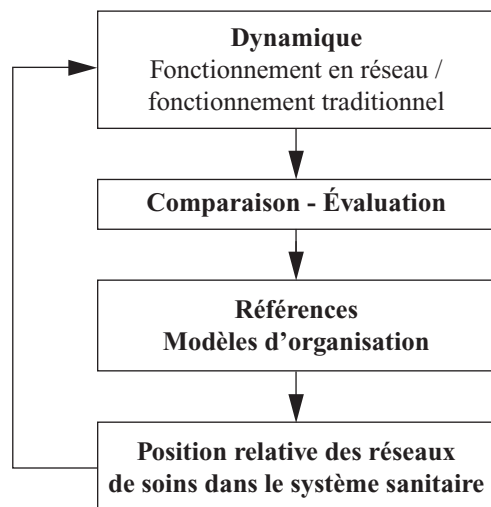


Figure 3. Dynamique de renforcement de la position des dispositifs innovants dans le système.

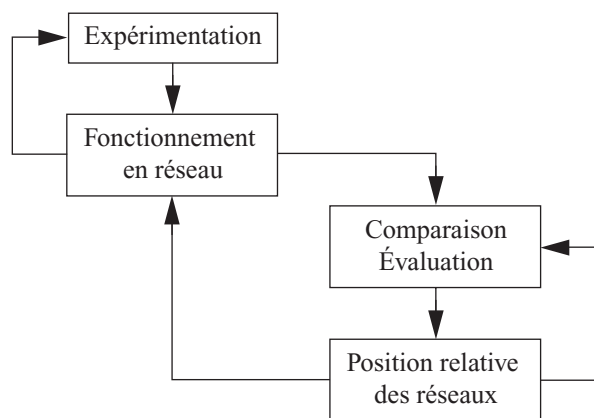


Figure 4. Articulation des dynamiques locales et globales..

Remerciements

Cet article est tiré d'une étude réalisée avec le soutien de la Fondation Leenaards (Lausanne, Suisse).

RÉFÉRENCES

- Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1. Problématique. *Prat Organ Soins*. 2010;41:237-45.
- Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 2. Stratégie. *Prat Organ Soins*. 2010;41:247-55.
- Gremy F. Filières et réseaux : vers l'organisation et la coordination du système de soins. *Gestion Hospitalière*. 1997;367:433-8.
- Cohendet P, Kirman A, Zimmermann JB. Émergence, formation et dynamique des réseaux ; modèles de la morphogénèse. *Revue d'Économie Industrielle*. 2003;103:15-44.
- Huard P. Revisiter l'organisation du système de santé. *Journal d'Économie Médicale*. 2005;23(7-8):457-67.
- Cramton C. The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organization Science*. 2001;12:346-71.
- Bechky B. Sharing meaning across occupational communities: the transformation of understanding on a production floor. *Organization Science*. 2003;14:312-30.
- Carlile P. Transferring, translating and transforming: an integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization Science*. 2004;15:555-68.
- Hinds P, Mortensen M. Understanding conflict in geographically distributed teams: the moderating effects of shared identity, shared context and spontaneous communication. *Organization Science*. 2005;16:290-307.
- Jones C, Hesterly W, Fladmoe-Lindquist K, Borgatti S. Professional service constellations: How strategies and capabilities influence collaborative stability and change. *Organization Science*. 1998;9(3):396-410.
- March J. Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science*. 1991;2:71-87.
- Raisch S, Birkinshaw J, Probst G, Tushman M. Organizational ambidexterity: balancing exploitation and exploration for sustained performance. *Organization Science*. 2009;20:685-95.
- Fiol M, O'Connor E. When hot and cold collide in radical change processes: lessons from community development. *Organization Science*. 2002;13(5):532-46.
- Cramton C. The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organization Science*. 2001;12:346-71.
- Brown J, Duguid P. Knowledge and organization: a social-practice perspective. *Organization Science*. 2001;12:198-213.
- Orlikowski W. Knowing in practice: enacting a collective capability in distributed organizing. *Organization Science*. 2002;13:249-73.
- Daft R, Lengel R. Organizational information requirements, media richness and structural design. *Management Science*. 1986;3:554-71.
- Griffith T, Neale M. Information processing on traditional, hybrid and virtual teams: from nascent knowledge to transactive memory. *Research in Organizational Behavior*. 2001;23:379-421.
- Levesque J-F, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Gagné V. Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Prat Organ Soins*. 2009;40:251-65.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Réseaux de santé, guide d'évaluation. Paris : ANAES ; 2004.

21. Boyer L, Chanut C, Horte C, François P, Auquier P. L'évaluation des réseaux de santé en France : enseignements d'une revue critique de la littérature. *Journal d'Économie Médicale*. 2006;24(1):41-53.

22. Buttard A. L'évaluation du réseau de santé : des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques. *Revue de Politique et de Management Public*. 2008;27(4):87-110.

23. Park S. Managing an inter organizational network: a framework of the institutional mechanism for network control. *Organization Studies*. 1996;17(5):795-824.

24. Brault I, Roy D, Denis JL. Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Prat Organ Soins*. 2008;39(3):167-73.

25. Denis JL, Contandriopoulos AP. Gouvernance clinique : discussion et perspectives. *Prat Organ Soins*. 2008;39:249-54.

26. Moisdon JC. Gouvernance clinique et organisation du processus de soins : un chaînon manquant ? *Prat Organ Soins*. 2008;39:175-81.