



Conceptions et pratiques du travail
en réseau, en prévention
de la souffrance psychique
des adolescents

Lilian MATHIEU
CRAES-CRIPS

CRAES-CRIPS
9, quai Jean Moulin 69001 LYON
T. 04 72 00 55 70 F. 04 72 00 07 53

URCAM Rhône-Alpes
71, boulevard Vivier Merle
69003 LYON
T. 04 72 68 86 70

SOMMAIRE

1. Le réseau, sens et usages

1.1. Les réseaux dans les sciences sociales

1.1.1. Le réseau, outil d'analyse

1.1.2. Le réseau, objet d'analyse

1.2. Les réseaux dans le secteur socio-sanitaire

1.2.1. L'émergence du travail en réseau

1.2.2. Forces et faiblesses des réseaux

1.3. L'idéal-type du réseau

2. Pratiques du fonctionnement réticulaire

2.1. Méthodologie

2.2. Pratiques et représentations du réseau

2.2.1. Le réseau au travers des questionnaires

2.2.2. Réseau pratique vs réseau organisé

2.2.3. Conditions du fonctionnement en réseau

2.3. Difficultés et limites du réseau

2.3.1. Les inconvénients du réseau au travers des questionnaires

2.3.2. Des approches trop différentes ou trop similaires

2.3.3. L'information, point sensible

2.3.4. Le refus ou l'impossibilité du réseau

2.4. L'outil annuaire

2.4.1. Les annuaires dans les réponses au questionnaire

2.4.2. Usages et perceptions de l'annuaire dans les entretiens

2.4.3. Evaluation des annuaires existants

ANNEXES

Introduction

La montée de la souffrance psychique des jeunes renforce le besoin croissant de connaissance réciproque des intervenants et d'une meilleure appréhension du cadre dans lequel chacun se situe. C'est dans cette perspective que l'Union régionale des caisses d'assurance maladie Rhône-Alpes (URCAM) a demandé au Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (CRAES) de conduire une étude sur le dispositif associatif et institutionnel intervenant dans le domaine de la prévention de la souffrance psychique des adolescents, ceci afin de définir la contribution qu'elle pourrait apporter à une facilitation de la coopération entre les différents intervenants de ce domaine. Cette étude a été conduite dans le cadre plus général du PRAM 99 « Renforcer la prévention et la promotion de la santé chez les jeunes, connaître leurs comportements dans le domaine de la santé ». Le présent rapport rend compte des principaux résultats de cette étude, conduite de décembre 1999 à février 2000.

La notion de réseau s'est rapidement imposée comme un des enjeux majeurs de la réflexion du groupe de pilotage¹ constitué autour de la problématique générale de la souffrance psychique des jeunes. L'hypothèse que l'URCAM pouvait se donner pour mission de favoriser un meilleur fonctionnement « en réseau » des différents intervenants confrontés plus ou moins directement à la souffrance psychique des jeunes, et ainsi de contribuer à une plus grande efficacité de leur action coordonnée, a été posée au principe de ce travail. C'est dans l'objectif de la validation (et éventuellement de la réfutation) de cette hypothèse par une mise en question de cette notion de réseau, laquelle tend depuis plusieurs années à s'imposer comme une référence majeure dans le domaine sanitaire et social, que cette étude a été élaborée. Le premier chapitre du rapport, qui présente les résultats d'une analyse du sens et des enjeux actuels de la référence au réseau, tente de répondre à cet objectif.

Cette étude visait également à l'acquisition d'une connaissance plus précise et plus fine des différents organismes qui, dans notre région, sont amenés à rencontrer ou à prendre en charge la problématique de la santé psychique des jeunes, ainsi qu'à une meilleure compréhension des relations qu'ils entretiennent les uns avec les autres. A cette fin, une enquête sociologique a été conduite (par entretiens et questionnaires) auprès de différentes structures institutionnelles ou associatives amenées à rencontrer des jeunes en situation de détresse psychologique, ceci afin de mieux connaître leurs pratiques, modes de rencontre avec la souffrance psychique des jeunes, relations entretenues avec d'éventuels partenaires, et conceptions et pratiques du travail en réseau. Cette connaissance était conçue comme devant permettre de cerner plus précisément les conditions nécessaires à un meilleur fonctionnement réticulaire de l'ensemble du dispositif associatif et institutionnel, dans l'objectif de

¹ Ce comité de pilotage était composé de Ghislaine Arnaud (CPAM Valence) ; Dr Bez (fédération française des médecins généralistes) ; Claude Bouchet (CRAES) ; Christiane Gaudry (CPAM Chambéry) ; Catherine Malbos (URCAM) ; Patrice Mariani (CPAM Annecy) ; Lilian Mathieu (CRAES) ; Josette Mérand (CPAM Bourg-en-Bresse) ; Dr Touraille (CES Chambéry).

mettre en place les moyens nécessaires à une intervention plus efficace pour la prévention de la souffrance psychique des adolescents. Le second chapitre du rapport présente les principaux résultats de cette enquête sociologique. Une partie de conclusion synthétise les acquis majeurs de ce travail et fournit quelques suggestions d'orientation.

1. Le réseau, sens et usages

Le terme de réseau semble typique de ces mots victimes de leur succès. Le fonctionnement « en réseau » s'est en effet imposé au cours des dernières années, et cela tout spécialement dans le secteur sanitaire et social, comme une condition impérative, garante de l'efficacité de l'action menée. Pour autant, l'émergence de cette exigence de travail réticulaire ne s'est pas accompagnée d'une clarification du sens que revêt la notion même de réseau. Bien au contraire, celle-ci a tendu à s'obscurcir à mesure que les références qui y sont faites et le nombre des acteurs qui s'en réclament se multipliaient. Si l'unanimité s'est faite sur la pertinence et la nécessité du travail en réseau, la diversité – voire la confusion – des conceptions de ce en quoi celui-ci consiste représente un phénomène persistant, et pouvant à ce titre représenter un obstacle pour l'obtention des résultats visés.

L'enjeu de cette première partie ne sera pas de produire « la » bonne définition de ce que doit être un fonctionnement en réseau, mais de tenter une généalogie et une clarification de la notion en confrontant entre elles les conceptions les plus fréquemment mobilisées. On devra notamment intégrer dans ce travail la diversité des espaces sociaux au sein desquels cette notion est utilisée. Le terme de réseau présente de ce point de vue la spécificité d'être à la fois un terme technique, notamment présent au sein du vocabulaire de différentes disciplines scientifiques (biologie et informatique aussi bien qu'économie et sociologie), et une notion pratique, utilisée par différentes catégories de professionnels – dont, on l'a dit, ceux du secteur socio-sanitaire – pour rendre compte de certains aspects de leur activité quotidienne. C'est pour cette raison que, sans prétendre à l'exhaustivité, nous présenterons successivement les usages dominants de la notion de réseau dans les sciences sociales contemporaines puis les différentes réalités que ce même terme sert à désigner au sein des secteurs du travail social et de la santé. Il ne s'agira pas, ce faisant, d'opposer la rigueur des conceptions scientifiques des réseaux au flou et à l'imprécision des usages pratiques du même mot, mais de retenir de ces deux ordres d'usages les éléments les plus pertinents pour l'élaboration d'un *idéal-type* (terme que nous expliciterons plus loin) du fonctionnement en réseau, à l'aune duquel nous pourrions dans la deuxième partie comparer la réalité du fonctionnement de l'espace que forment les multiples acteurs et institutions appelés à intervenir dans la prévention de la souffrance psychique des jeunes.

1.4. Les réseaux dans les sciences sociales

1.1.1. Le réseau, outil d'analyse

C'est en s'inspirant des métaphores des réseaux électriques ou téléphoniques que le terme de réseau a d'abord été employé par les chercheurs en sciences sociales. Dans les années 1960 (et ce principalement aux Etats-Unis), l'analyse des « réseaux sociaux » visait essentiellement à l'étude des multiples relations personnalisées (amicales, familiales, professionnelles, commerciales, etc.) qu'un individu entretient au sein du monde social. De ce domaine de la sociabilité², le terme de réseau s'est par la suite – c'est-à-dire au cours des années 80 et 90 – diffusé à d'autres secteurs des sciences sociales, et principalement à la sociologie des sciences et à l'analyse des politiques publiques, où il a pris des sens sensiblement distincts.

La sociologie des sciences – parfois aussi significativement désignée comme « sociologie des réseaux » – s'est en France développée autour des travaux de Michel Callon et de Bruno Latour³. Il n'est pas question ici de présenter l'ensemble du cadre conceptuel complexe élaboré par ces deux auteurs, mais d'en retenir les éléments les plus pertinents pour notre propos. Leur postulat de départ est qu'on ne peut comprendre les processus de production des faits scientifiques en autonomisant radicalement l'activité des hommes de science du reste de la société : loin d'être isolé du monde (sur le modèle de la « tour d'ivoire ») et d'être régi par la seule rationalité scientifique comme le veulent les représentations courantes, le laboratoire est au contraire soumis à une multiplicité d'influences extérieures, lesquelles contribuent à façonner l'activité qui s'y déroule. Plus encore, le laboratoire peut être considéré comme un lieu vers lequel converge une multiplicité d'acteurs (les chercheurs, leurs financeurs publics ou privés, leurs collègues, leurs fournisseurs en rats de laboratoire ou en matières chimiques...), de ressources (argent principalement, mais aussi les compétences et savoir-faire des chercheurs) et d'objets (équipement du laboratoire, bibliothèque, etc.), tous indispensables à la découverte de nouveaux faits scientifiques. Bref, le laboratoire et les chercheurs qui y travaillent constituent le nœud d'un réseau où se rencontrent et d'où débouchent une multiplicité d'éléments humains et non humains (Callon et Latour parlent d'« actants ») indispensables à la production de résultats scientifiques. Dans ces conditions, « pour décrire la fabrication d'un fait scientifique, c'est-à-dire le double mouvement par lequel il est construit et trouve des débouchés, il faut donc analyser les réseaux qu'il noue et sans lesquels il serait vidé de tout contenu et de tout avenir »⁴.

Afin de rendre intelligibles les logiques de constitution et de consolidation de tels réseaux, Callon et Latour ont proposé un ensemble de concepts dont l'intérêt dépasse la seule analyse des faits scientifiques⁵. La constitution d'un réseau, ainsi envisagée comme condition de l'activité scientifique, suppose en premier lieu l'*enrôlement* des différents actants dans la démarche de la recherche. Cet

² Cf. la présentation dans Alain Degenne, Michel Forsé, *Les réseaux sociaux*, Paris, Armand Colin, 1994.

³ Cf. notamment Bruno Latour, *La science en action*, Paris, Folio, 1995 et, pour une présentation critique, Francis Chateauraynaud, « Forces et faiblesses de la nouvelle anthropologie des sciences », *Critique*, n° 529-530, 1991, pp. 459-478.

⁴ Michel Callon (dir.), *La science et ses réseaux*, Paris, La découverte, 1988, p. 15.

⁵ Voir principalement Michel Callon, « Eléments pour une sociologie de la traduction », *L'année sociologique*, 1986, n° 36.

enrôlement préalable à leur alliance passe nécessairement par leur *intéressement*, c'est-à-dire par leur persuasion qu'ils disposent d'un intérêt – sous quelque forme que ce soit – à intégrer le réseau. L'enrôlement prend également la forme d'une *mobilisation*, au sens où il est nécessaire de rendre mobiles et de « déplacer » les actants que l'on cherche à s'allier en faisant pour eux du laboratoire (ou, plus généralement, de tout nœud de réseau) un *point de passage obligé*. La constitution du réseau apparaît également comme nécessitant des opérations de *traduction* des intérêts de chacun des actants dans le langage de ses partenaires, sous peine de le voir éclater et ses différents éléments se désolidariser les uns des autres.

Deux caractéristiques des réseaux tels qu'envisagés par Callon et Latour méritent d'être signalées. La première concerne la dimension largement informelle de ces réseaux, dont il est par définition impossible de tracer les contours, et qui doivent leur consistance collective et leur maintien dans la durée à ce que Nicolas Dodier appelle leur solidarité de fonctionnement : « Par l'intermédiaire des réseaux, les acteurs sont donc engagés dans une forme de solidarité orientée vers le fonctionnement d'un ensemble dont les contours peuvent être relativement indéfinis, mais auquel chacun participe selon son horizon, limité à ses voisins de réseau. Personne ne détient les clés de l'ensemble, y compris le sociologue, mais chacun y contribue (...) C'est la *solidarité de fonctionnement*, elle-même, qui canalise une part des énergies des humains, de leurs passions, de leurs jugements, et qui crée une grande part des règles auxquelles ils sont liés. Elle ne crée pas un mouvement unifié d'individus partageant le même sentiment collectif. Mais elle crée bien une référence commune qui dépasse le strict jeu des intérêts égoïstes »⁶. Pour le dire autrement, le réseau n'a d'existence qu'en ce qu'il est le lieu de la communication et de la collaboration entre des acteurs hétérogènes ; loin de constituer un « groupe » stable et doté d'une véritable assise identitaire, le réseau est menacé de disparaître comme tel en cas de non activation des liens – le plus souvent labiles – qui unissent ses différentes composantes.

La seconde caractéristique, elle aussi pointée par N. Dodier, a précisément trait à la labilité des relations entre les différentes composantes du réseau. Celles-ci sont toujours libres, lorsque la formule d'intéressement qui leur est proposée n'est plus suffisamment attractive à leurs yeux, de se désolidariser, tandis qu'en retour des membres d'un réseau peuvent décider de ne plus solliciter un partenaire qui a cessé de donner satisfaction, et ainsi de l'exclure du réseau. Aucun engagement ferme n'est susceptible de lier durablement les partenaires du réseau, lequel ne peut en conséquence qu'être extrêmement mouvant et indéfini :

« Les réseaux sont des entités à géométrie éminemment variable en fonction de la dynamique du fonctionnement (...) Les passages entre l'extérieur et l'intérieur du réseau se font en référence à des "intérêts", c'est-à-dire à des forces qui se manifestent et non à des engagements préalables. Il existe bien, dans la solidarité technique, des "contrats" entre les êtres, encadrés par le droit. Mais leur visée n'est pas de faire respecter des engagements en tant que tels. Il s'agit de limiter l'incertitude relative aux conduites des autres êtres. Rien n'interdit que les règles soient transformées si des nouvelles distributions de forces l'exigent. Les êtres qui

⁶ Nicolas Dodier, *Les hommes et les machines*, Paris, Métailié, 1995, p. 91 (nous soulignons).

s'avèrent incompatibles avec le fonctionnement du réseau, auxquels on n'arrive à rien faire passer, et qui n'ont pas suffisamment de force pour réagencer leurs voisins autour de leurs propres exigences, ces êtres hiérarchiquement inférieurs se retrouvent exclus du réseau, qui n'a pour eux qu'indifférence puisqu'ils sont sortis de son milieu associé. Leur devenir n'est plus pertinent : machines au rebut, opérateurs démissionnaires, mutés, ou licenciés. Du point de vue de la solidarité technique ils n'existent plus »⁷.

La pertinence heuristique du concept de réseau pour les sciences sociales a amené à l'extension de son usage largement au-delà de la seule sociologie des sciences. En science politique, c'est dans le domaine de l'analyse des politiques publiques qu'il a connu certains de ses développements les plus fructueux, en permettant de rendre compte de certaines des transformations récentes de l'action publique les plus notables. Plusieurs analystes ont en effet souligné que les politiques publiques ne sont plus décidées, impulsées et conduites par le seul « centre » politique (*i.e.* l'Etat), mais relèvent davantage de logiques de concertation et de partenariat entre une multiplicité d'autres acteurs, publics et privés. Aux rapports politiques verticaux et unilatéraux antérieurs tendraient désormais à se substituer des processus de négociation et de décision davantage égalitaires, et laissant une plus large place aux acteurs étrangers à la sphère publique. La notion de *réseaux de politiques publiques* est précisément destinée à rendre compte des processus de ce type, notamment au travers de la définition qu'en donnent respectivement Alistair Cole et Patrick Le Galès :

« Nous définirons (...) un réseau de politique publique comme une relation de contact régulier entre des acteurs possédant des ressources propres, liés entre eux par des liens d'interdépendance de ressources, par une convergence d'intérêts ou par adhérence à une communauté d'idées »⁸.

« Dans l'acception la plus courante, les réseaux d'action publique peuvent être définis de la façon suivante : dans un environnement complexe, les réseaux sont le résultat de la coopération plus ou moins stable, non hiérarchique, entre des organisations qui se connaissent et se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent partager des normes et des intérêts. Ces réseaux jouent alors un rôle déterminant dans la mise sur agenda, la décision et la mise en place de l'action publique. L'étude des réseaux d'action publique s'enracine dans une conception des politiques publiques qui souligne leur nature incrémentale et qui s'est développée contre la vision d'un Etat monolithique, d'un centre unique de domination »⁹.

Plusieurs caractéristiques des réseaux de politiques publiques valent d'être signalées. La première, qui rejoint des éléments déjà cités de la conception proposée par Callon et Latour, réside dans les relatives instabilité et fragilité des relations qui unissent les différents membres d'un même réseau¹⁰. La deuxième, elle aussi évoquée plus haut, a trait au flou et à l'instabilité des frontières du réseau, dont il est généralement vain de vouloir établir une fois pour toutes la liste finie des composantes. Cette difficulté est renforcée par le fait que selon les auteurs, les critères d'inclusion au sein d'un réseau peuvent considérablement varier, ainsi que le fait remarquer Mark Thatcher : « L'application empirique du concept des réseaux de politique publique se révèle difficile. Identifier un réseau et le séparer de son "environnement" ou de son "contexte" est loin d'être facile : il

⁷ *Ibid.*, p. 94.

⁸ Alistair Cole, « Les réseaux et l'Espace public. Leçons de France et de Grande-Bretagne », in Bastien François, Erik Neveu (dir.), *Espaces publics mosaïques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1999, pp. 250-251.

⁹ Patrick Le Galès, « Les réseaux d'action publique entre outil passe-partout et théorie de moyenne portée », in P. Le Galès, M. Thatcher (dir.), *Les réseaux de politiques publiques*, Paris, L'harmattan, 1995, p. 14.

¹⁰ Des auteurs proposent ainsi de distinguer différents types de réseaux en fonction de la stabilité et de l'intégration de leurs composantes, et proposent d'appeler non plus réseaux, mais *communautés* de politiques publiques les configurations de partenariat les plus stables et les plus solides ; cf. R.A.W. Rhodes, D. Marsh, « Les réseaux d'action publique en Grande-Bretagne », in P. Le Galès, M. Thatcher (dir.), *op. cit.*, p. 43.

est essentiel de savoir quels acteurs sont inclus et lesquels sont exclus, et ainsi de pouvoir tracer les frontières du réseau. Cependant, les critères pour déterminer l'inclusion des acteurs dans un réseau de politique publique varient selon les auteurs : pour J.J. Richardson, le réseau repose sur des relations d'échange (...); R. Rhodes, en revanche, (...) doit (...) chercher des organisations, connectées par des dépendances de ressources »¹¹. Une troisième caractéristique, enfin, réside dans le caractère *égalitaire* des relations qu'entretiennent les partenaires du réseau. Présente dans la définition de P. Le Galès citée plus haut, cette dimension est également avancée par A. Cole, pour qui il s'agit d'une caractéristique contribuant à faire du réseau un mode d'organisation plus efficace que ceux fondés sur la hiérarchie :

« L'effet réseau est synonyme d'égalité et de rapports non hiérarchiques, fondés sur la confiance et la régularité de contact. Le réseau est présenté comme une force d'innovation, de mobilisation et d'entraînement en faveur du changement social (...). Les avantages du travail en réseau seraient la réciprocité, la mobilisation derrière des objectifs définis en commun, le renforcement d'identité d'une communauté face à l'extérieur, un partage des ressources et l'effet d'entraînement dû au sentiment d'appartenance à un groupe social. L'idée que la régularité des relations peut améliorer la confiance entre acteurs est largement admise dans la littérature (...) Des relations intenses – même entre adversaires de départ – peuvent aboutir à une capacité accrue de gouvernance et de compréhension mutuelle. Le travail en réseau, dépeint comme un mode d'action publique non-hiérarchique, est souvent opposé à celui des normes organisationnelles classiques »¹².

Doit également être remarqué dans cette dernière définition le rôle accordé à la régularité et à la personnalisation des relations entre membres du réseau. C'est là une dimension importante de tout fonctionnement de type réticulaire, et dont nous aurons par la suite à reparler.

1.1.2. Le réseau, objet d'analyse

La notion de réseau n'est pas seulement pour la sociologie un concept utile pour penser la réalité sociale, mais peut également constituer un objet d'analyse. On l'a souligné en introduction, le terme de réseau s'est imposé au cours des dernières années comme une référence incontournable, un principe auquel de nombreux secteurs de la vie sociale seraient appelés à se conformer. L'invocation du réseau apparaît dans ce contexte avant tout comme participant d'un discours de la société (ou du moins de certaines de ses composantes) sur elle-même, et c'est à ce titre que des sociologues comme Manuel Castells ou Luc Boltanski et Eve Chiapello s'y sont récemment intéressés. Pour ces auteurs, il ne s'agit pas tant d'envisager le réseau comme un outil d'analyse que comme une expression particulière des évolutions et transformations actuelles de nos sociétés.

Selon M. Castells, nos sociétés peuvent désormais être considérées comme des « sociétés en réseau » au sens où celui-ci se serait diffusé au-delà de l'univers informatique où il s'est initialement développé pour désormais constituer le principe fondamental d'organisation de la vie sociale, et notamment des rapports de pouvoir et de domination : « Ce qui est nouveau aujourd'hui, c'est que le nouveau paradigme des technologies de l'information fournit les bases matérielles de son extension à la structure sociale tout entière. De surcroît, le pouvoir des flux prend le pas sur les flux de pouvoir. La présence ou l'absence dans le réseau et la dynamique de

¹¹ Mark Thatcher, « Les réseaux de politique publique : bilan d'un sceptique », in P. Le Galès, M. Thatcher (dir.), *op. cit.*, Paris, L'harmattan, 1995, p. 236.

¹² A. Cole, art. cit., p. 252.

chaque réseau par rapport aux autres sont des sources essentielles de la domination et du changement dans la société en réseaux »¹³. L'approche macrosociologique adoptée par Castells lui permet de repérer l'emprise des principes réticulaires dans les différentes sphères de la vie sociale, lesquelles tendent de plus en plus à s'organiser sur le modèle des technologies de l'information, et d'en souligner la contribution décisive au développement d'une économie capitaliste désormais souveraine :

« Une structure sociale fondée sur des réseaux est un système très dynamique et ouvert, capable d'innover sans mettre en cause son équilibre. Les réseaux sont parfaitement appropriés à une économie de type capitaliste reposant sur l'innovation, la globalisation et la concentration décentralisée ; aux emplois, aux travailleurs et aux entreprises reposant sur la flexibilité et l'adaptabilité ; à une culture de la déconstruction et de la reconstruction sans fin ; à un système politique conçu pour traiter instantanément des valeurs et des humeurs politiques changeantes ; à une organisation sociale visant à la négation de l'espace et à l'annihilation du temps. La morphologie du réseau opère néanmoins de spectaculaires réorganisations des relations de pouvoir. Les commutateurs qui connectent les réseaux (...) sont les instruments privilégiés du pouvoir, et ceux qui manient les commutateurs détiennent le pouvoir. Comme les réseaux sont multiples, les codes et les commutateurs de liaison entre réseaux modèlent, guident ou égarent les sociétés. La maîtrise sociale des technologies de l'information crée une base matérielle nouvelle pour les activités de la société tout entière. Cette base matérielle, constituée en réseaux, marque au fer rouge les processus sociaux dominants et façonne ainsi la structure sociale elle-même »¹⁴.

L. Boltanski et E. Chiapello s'intéressent eux aussi à la prégnance du schème du réseau dans le capitalisme contemporain, tout en en proposant une analyse plus localisée, fondée sur une étude des nouvelles formes de management des entreprises. Ils constatent que le terme de réseau, autrefois négativement connoté car synonyme de « mafia » – servant à désigner l'influence occulte de relations personnalisées entre membres d'un même groupe agissant dans l'ombre pour contourner le fonctionnement régulier des institutions ou organisation – a connu au cours des quinze dernières années un retournement de sens radical. Les réseaux ne sont plus à rejeter, mais constituent un modèle d'inspiration auquel les entreprises se doivent dorénavant de se conformer : « L'image type de l'entreprise moderne est aujourd'hui un cœur svelte, entouré d'une nébuleuse de fournisseurs, de sous-traitants, de prestataires de services, de personnels intérimaires permettant de variabiliser les effectifs selon l'activité, d'entreprises amies. On dira alors qu'elle travaille en réseau »¹⁵. A la conception de la grande entreprise comme univers bureaucratique, centralisé et hiérarchisé, typique des années 60 s'est substituée une représentation misant davantage sur la coopération d'un ensemble de petites unités relativement autonomes les unes des autres, et au sein desquelles les relations sont davantage marquées par une certaine forme d'égalité, mais aussi d'instabilité.

Dans ce que ces deux sociologues appréhendent comme un « nouvel esprit du capitalisme », l'organisation des relations sociales sur le modèle réticulaire devient non seulement une référence, mais également un principe d'évaluation. La capacité des individus à « fonctionner en réseau » devient un critère majeur à l'aune duquel est évaluée leur efficacité et leur compétence ; dans le monde des entreprises, la figure du « manager », mobile et créatif, tend désormais à remplacer celle du cadre, négativement connotée du côté du figé et de la hiérarchie : « Le manager est l'homme des réseaux. Il a pour qualité première sa mobilité, sa capacité à se déplacer sans se laisser arrêter par les frontières – qu'elles soient géographiques ou qu'elles dérivent des appartenances professionnelles ou culturelles –, par les écarts hiérarchiques, par les différences de statut, de rôle, d'origine, de groupe, et à établir un contact personnel avec d'autres acteurs, souvent très éloignés socialement ou

¹³ Manuel Castells, *La société en réseau*, Paris, Fayard, 1998, p. 526.

¹⁴ *Ibid.* pp. 526-527.

¹⁵ Luc Boltanski, Eve Chiapello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999, pp. 116-117.

spatialement »¹⁶. A l'inverse, ceux qui se tiennent à l'écart des réseaux ou qui s'en trouvent exclus sont considérés comme dépourvus de valeur et de compétence, et éprouvent les plus grandes difficultés à survivre dans le nouvel univers économique et social fondé sur le modèle réticulaire.

Solidaire dans ce contexte de l'entreprise des notions de flexibilité, d'autonomie, de créativité, de mobilité, etc., le réseau suppose des individus capables de se connecter ponctuellement avec une multiplicité de partenaires pour la conduite de « projets » limités dans le temps. Les liens entre les partenaires du réseau apparaissent ici encore comme labiles, ou tout au moins marqués par la ponctualité et l'absence de véritables contractualisation ou institutionnalisation, même s'ils restent potentiellement réactivables dans l'avenir en cas de besoin ; Boltanski et Chiapello soulignent que « le *projet* est l'occasion et le prétexte de la connexion. Celui-ci rassemble temporairement des personnes très disparates, et se présente comme un *bout de réseau fortement activé* pendant une période relativement courte, mais qui permet de forger des liens plus durables qui seront ensuite mis en sommeil tout en restant disponibles »¹⁷, et que « c'est précisément parce que le projet est une forme transitoire qu'il est ajusté à un monde en réseau : la *succession des projets en multipliant les connexions* et en faisant *proliférer les liens*, a pour effet d'*étendre les réseaux* »¹⁸.

En résumé, plusieurs dimensions constitutives du fonctionnement réticulaire tel que valorisé dans l'entreprise sont soulignées par les deux sociologues : le rejet des hiérarchies formelles et des modes d'organisation centralisés et « rigides », la valorisation du changement permanent, la souplesse des formes de coordination entre unités autonomes, etc. Un tel mode de fonctionnement ne repose plus tant sur des individus dépositaires de compétences professionnelles spécialisées attestées par un diplôme que sur des acteurs dont la valeur réside avant tout dans des traits de personnalité beaucoup plus informels, et par conséquent insaisissables. L'« homme des réseaux », aussi défini comme « coach » ou « leader », se caractérise ainsi avant tout par des qualités utiles à l'« animation » (plutôt qu'à l'« encadrement ») et à la « gestion » (et non plus à la « direction ») telles que l'intuition créatrice, l'adaptabilité, l'autonomie, le permanent désir de se former, la capacité à entretenir des relations personnalisées avec une multitude de partenaires potentiels, l'aptitude à travailler avec des gens très différents et à « communiquer » avec eux, etc. Surtout, et compte tenu de l'importance de la personnalisation des relations et de l'absence de contrôle hiérarchique que suppose le fonctionnement réticulaire, il se doit d'être un individu digne de *confiance* : « La confiance est ce qui unit entre eux les membres d'une équipe, une entreprise à son leader, le coach à celui qui l'accompagne, ou encore les partenaires d'une alliance. La confiance est le signe que la situation est sous contrôle puisqu'on ne l'accorde qu'à quelqu'un dont on sait qu'il n'en abusera pas, qui est prévisible, qui fait ce qu'il dit et dit ce qu'il fait »¹⁹.

Si c'est au sein du monde de l'entreprise que le réseau s'est d'abord imposé comme principe organisationnel, il s'est par la suite rapidement diffusé dans de nombreux autres secteurs de la société²⁰, parmi lesquels ceux de la santé et du travail social. C'est à la présentation de certaines des références au réseau dans le domaine socio-sanitaire que nous allons maintenant nous consacrer.

¹⁶ *Ibid.*, p. 123.

¹⁷ *Ibid.*, p. 157 (souligné par les auteurs).

¹⁸ *Ibid.*, p. 167 (souligné par les auteurs).

¹⁹ *Ibid.*, pp. 129-130.

1.5. Les réseaux dans le secteur socio-sanitaire

1.2.1. L'émergence du travail en réseau

La référence au réseau a accompagné les récentes évolutions et transformations du secteur sanitaire et social. Toutefois, ici encore, l'apparente unanimité des acteurs à considérer le mode de fonctionnement réticulaire comme le plus efficace et le mieux adapté pour répondre à la nouvelle donne socio-sanitaire cache la diversité de ses sens et enjeux. Serge Clément et ses collaborateurs, par exemple, distinguent trois sens différents que peut revêtir le même terme de réseau lorsqu'il est mobilisé par des organismes intervenant dans le domaine de la santé publique : « Le *réseau d'orientation* (...) permet d'informer les personnes rencontrées qu'elles peuvent recourir à d'autres services. Une autre étape est franchie lorsque des associations se rencontrent et se concertent : cela leur permet de "vérifier" que leurs observations se rejoignent et se confortent ou bien qu'elles commettent des erreurs d'appréciation ; ces rencontres peuvent aussi déboucher sur des conventions entre elles, afin de créer un *réseau de concertation*. Enfin, à un autre niveau, la rencontre entre les associations a non seulement pour but de contrôler la fiabilité des opérations de terrain et la pertinence des problèmes qui en découlent, mais aussi de construire collectivement un projet "supporté" par le collectif d'associations : on peut appeler ce troisième type de réseau un *réseau de constitution* »²¹. Plus généralement, le fonctionnement en réseau est dans ce domaine le plus souvent entendu comme un mode de fonctionnement qui « établit des connexions souples entre des partenaires exerçant leurs activités dans des champs divers. Il ouvre des possibilités d'ajustement et de mise en cohérence que la simple juxtaposition de fonctions complémentaires s'avère, désormais, insuffisante à assurer »²².

Pour sa part, Lia Sanicola souligne le caractère largement empirique de la pratique des travailleurs sociaux se réclamant du réseau, et interroge la véritable consistance de celui-ci. Elle souligne que si certains praticiens de la santé ou du social se sont véritablement inspirés d'un modèle théorique préalable pour élaborer une pratique innovante de type réticulaire, d'autres se contentent d'employer le vocabulaire du réseau pour rationaliser et légitimer des activités et un fonctionnement répondant avant tout à des nécessités d'ordre pratique :

« Dans certains cas (...) nous nous trouvons en présence de l'utilisation d'une théorie, par exemple celle des graphes ou la théorie systémique qui, appliquée à une réalité de terrain, développe un mode de faire, l'expérimente et le généralise, donnant forme à un modèle d'intervention cohérent et congruent.

« Dans d'autres cas, nous nous trouvons face à une pratique professionnelle éprouvée dans ses effets et dans le temps, qui en cherchant à rejoindre la théorie, s'approprie des concepts, des clés de lecture et d'interprétation de la réalité, les met en relation avec un mode de faire professionnel déjà en actes, revoyant leur formulation en termes méthodologiques, et opérant des ajustements sur le terrain de façon à obtenir une congruence entre théorie et pratique.

« Dans le premier cas, c'est la théorie qui guide l'expérience méthodologique et l'organise, dans le second cas c'est l'expérience qui se confronte à la théorie et la met en question, afin

²⁰ Boltanski et Chiapello font par exemple remarquer qu'à un capitalisme « en réseau » tendent désormais à s'opposer des mouvements sociaux se concevant eux aussi sur le modèle réticulaire.

²¹ Serge Clément *et al.*, « La santé et la question sociale à l'épreuve de la ville », in Didier Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La découverte, 1998, p. 123.

²² Christine Dourlens, Pierre-A. Vidal-Naquet, « Action collective, engagements privés. La régulation par les chartes », Séminaire MIRE « Produire les solidarités, la part des associations », mars 1999, p. 3.

que celle-ci puisse fournir des instruments de valeur sur le plan scientifique, à comparer avec des hypothèses de travail qui ont été inspirées plus par la réalité sociale que par la théorie »²³.

Plusieurs facteurs peuvent être identifiés comme à l'origine du succès du réseau comme principe d'organisation du secteur sanitaire et social, dont les principaux semblent être l'apparition d'une nouvelle pathologie comme le sida imposant la mise en œuvre de formes innovantes d'accompagnement et de suivi tant médical que social, une aggravation de la précarité des conditions d'existence de certaines couches de la population, ainsi qu'une redéfinition des rapports entre le secteur socio-sanitaire et les pouvoirs publics, ces derniers jouant un rôle de premier plan de promotion de ce type d'organisation et de fonctionnement.

Les réseaux ville-hôpital qui se sont mis en place depuis le milieu des années 80 ont représenté une des premières formes d'application des principes réticulaires dans le domaine de la santé. Leur élaboration est étroitement liée à l'apparition du sida, pathologie inédite qui a imposé de nouvelles formes de pratiques et d'accompagnement dépassant le strict cadre thérapeutique. Il s'agit de dispositifs nés le plus souvent de l'initiative de praticiens de terrain, réunissant en premier lieu des médecins de ville et des médecins des hôpitaux dans la prise en charge de malades infectés par le VIH. Bien que de telles formes de partenariat ne soient pas radicalement inédites au niveau local, ces réseaux se distinguent par la dimension nationale qu'ils ont rapidement acquise, ainsi que par le caractère formel que leur a conféré leur officialisation par une circulaire du ministère de la Santé de juin 1991 et leur institutionnalisation sous forme d'associations à but non lucratif (alors qu'il s'était surtout agi à l'origine de structures informelles)²⁴. Cette démarche a en grande partie été imposée par les spécificités du sida, pathologie qui ne peut faire l'objet d'une prise en charge spécialisée mais impose plutôt une approche médico-sociale globale. Si ils sont le plus souvent fondés sur la collaboration de médecins de ville et de cliniciens hospitaliers spécialistes du VIH, ces réseaux tendent également à associer d'autres acteurs dans l'élaboration et la conduite de programmes de lutte contre le sida pouvant dépasser le seul cadre médical. Didier Fassin fait à ce titre remarquer que la composition et les activités de chaque réseau répondent prioritairement à des dynamiques et à des besoins d'ordre local : « Ces activités semblent résulter des configurations particulières de chaque réseau, de l'origine professionnelle de ses membres, de leur intérêt personnel pour certains thèmes, de leur expérience passée dans des domaines particuliers. Plus qu'à une programmation explicitement établie, elles répondent souvent à une opportunité, telle une proposition de collaboration de la part d'un service hospitalier, ou font suite à un événement, comme le problème posé par un patient qui peut conduire à une action plus large de sensibilisation autour de cette question »²⁵.

Le même auteur fait en outre remarquer que si ces réseaux constituent la meilleure réponse aux multiples difficultés posées par le sida, leur mise en place ne va pas sans tensions, en ce qu'ils imposent à des univers professionnels qui avaient jusqu'à présent peu l'habitude de travailler ensemble de joindre leurs efforts, révélant ainsi l'emprise des rapports de pouvoir et des cloisonnements qui structurent et divisent le secteur sanitaire et social : « La séparation de la pratique hospitalière et de la médecine générale, le cloisonnement entre le médical et le social, l'opposition entre centres de santé et exercice libéral se trouvent ainsi mis en cause par l'existence de dispositifs qui associent praticiens des hôpitaux et médecins de ville, professionnels de santé et

²³ Lia Sanicola, « La problématique des réseaux », *Prévenir*, n° 32, 1997, p. 166.

²⁴ Didier Fassin, « Les réseaux ville-hôpital, agitateurs depuis 1985. Une approche localiste de la prise en charge des malades du sida », *Prévenir*, n° 27, 1994, p. 117.

²⁵ *Ibid.*, p. 120.

travailleurs sociaux, généralistes des secteurs public et privé »²⁶. Parce qu'il impose la réunion de logiques d'action hétérogènes, relevant d'univers de pratique spécifiques et dont les relations mutuelles peuvent être empreintes de rivalité, de concurrence et de rapports de force, le réseau trouve une de ses limites dans l'existence de relations de pouvoir – rapports de pouvoir que son invocation courante tend généralement à négliger ou à sous-estimer. L'extension de ce mode de prise en charge à d'autres pathologies – hépatites, cancer, diabète, alcoolisme, toxicomanie... – constitue toutefois un indicateur de sa capacité de réponse à de réels besoins.

Un deuxième facteur ayant contribué au développement du partenariat réticulaire est la prise en charge des situations de grande pauvreté, notamment dans les banlieues défavorisées. Ici encore, c'est pour faire face à des situations marquées par la complexité, et devant lesquelles les approches sanitaires et sociales traditionnelles marquées par la spécialisation se trouvent relativement inadaptées, que le modèle du réseau s'est développé. Selon Fernando Bertolotto, celui-ci aurait constitué une réponse à la fragmentation des liens sociaux caractéristique de la période contemporaine, imposant la mise en place d'approches transversales adaptées au brouillage des problématiques : « La précarisation croissante de populations de plus en plus nombreuses accompagnée de la défaillance des mécanismes d'élaboration (...) et d'expression sociale (militance politique et syndicale, vie associative, etc.) des difficultés de vie, a fait confluer vers le champ de la santé une nouvelle demande, "atypique", face à laquelle le système dominant apparaissait mal préparé. La gestion du "mal-être" montant et des conduites à risque qui en découlent (toxicomanie, tentatives de suicide, violence, alcoolisme) caractérisent l'une des zones où va se développer le recours aux réseaux de soins »²⁷. Dans ce domaine également, cet auteur signale la difficulté qu'éprouvent fréquemment les partenaires d'un réseau à surmonter les frontières constitutives de leurs approches professionnelles respectives. La constitution de ce qu'il appelle un « référentiel commun », permettant de s'accorder sur des modalités d'un travail véritablement collectif, apparaît de ce point de vue comme un impératif ; le fonctionnement en réseau impose « de créer les conditions pour que les acteurs puissent (re)créer une culture commune (communautaire ?), qui leur permette d'agir. Ceci implique que bien souvent il soit nécessaire de réaliser un véritable travail (au sens socio-psychologique du terme) collectif, qui permette la déconstruction/reconstruction de l'objet commun "santé" (d'une population, d'un territoire) Ce travail permettra aux membres du réseau de (re)trouver un certain sentiment d'appartenance (à une communauté professionnelle, mais aussi sociale), seul moteur de la solidarité »²⁸.

F. Bertolotto signale également le rôle souvent prépondérant que jouent les pouvoirs publics dans la promotion et le développement du réseau, selon lui encouragé pour répondre à des impératifs de gestion et de contrôle des coûts dans le sens d'une plus grande responsabilisation des acteurs de santé dans l'utilisation des moyens qui leur sont alloués²⁹. On peut en effet remarquer que si – comme dans l'exemple évoqué ci-dessus des réseaux ville-hôpital – le fonctionnement réticulaire est généralement marqué, au moins à l'origine, par sa faible

²⁶ *Ibid.*, p. 121.

²⁷ Fernando Bertolotto, « Le recours aux réseaux dans le champ de la santé : un enjeu politique, enjeu de santé publique », *Prévenir*, n° 27, 1994, p. 160. C'est également ce que note un rapport consacré à la manière dont les missions locales et PAIO sont confrontées aux problèmes psychiques des jeunes : « La "souffrance sociale", souffrance liée au contexte actuel de fragilisation du lien social et de "massification" de l'exclusion fait appel à des réponses complexes. Le travail d'insertion oblige à prendre en compte à la fois la question de la souffrance du sujet et celle du lien social. S'il ne s'agit ni de "psychiatriser le social" (...) ni de rendre aux psy une fonction de "super-assistants sociaux", force est de constater qu'il n'est plus possible de répondre seul au mal-être de la population », Christis Demitrides, *La prise en compte de la souffrance des jeunes dans le réseau missions locales et PAIO*, Réseau des missions locales PIAO jeunes de la région Rhône-Alpes, 1999, p. 26.

²⁸ F. Bertolotto, art. cit., p. 161.

institutionnalisation et le caractère empirique de ses conditions d'élaboration, il a au fil du temps été approprié par les pouvoirs publics, lesquels non seulement ont valorisé et favorisé son développement, mais ont aussi tenté de lui donner des contours et une définition plus stables. On trouve une expression de ce phénomène dans une récente circulaire « relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux »³⁰, laquelle donne une définition officielle des réseaux – contribuant ainsi à leur institutionnalisation. Cette définition stipule que

« les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention »³¹.

Cette circulaire met tout spécialement l'accent sur la nécessité d'une coordination des différents partenaires du réseau assurée par un acteur clairement identifiable (et dont l'activité est susceptible d'un financement public), sur l'indispensable élaboration de modes de communication adaptés et efficaces entre les membres du réseau, sur l'action d'animation et de formation des professionnels dont le réseau doit être le lieu ainsi que sur le caractère impératif d'une évaluation des actions menées, devant permettre, à l'aide d'indicateurs appropriés, au réseau de prendre du recul par rapport à son action, cela notamment en rapportant les moyens mis en œuvre aux résultats obtenus. L'objectif affirmé de la circulaire est de favoriser une triple évolution des réseaux existants : passage de réseaux centrés sur les professionnels vers des réseaux centrés sur le patient ; passage de réseaux par pathologies vers des réseaux polyvalents de proximité ; passage des soins vers la prévention, puis vers des actions de santé publique.

Le soutien dont bénéficient les réseaux de la part de pouvoirs publics représente une reconnaissance de leur pertinence et de leur efficacité d'autant plus remarquable qu'il s'agit, on l'a dit, d'un mode de fonctionnement généralement impulsé de manière expérimentale et sur une échelle locale par des acteurs de terrain relativement isolés. Pour autant, la tendance à leur institutionnalisation – dont participe la circulaire dont on vient de présenter les lignes directrices – n'est pas sans susciter quelques inquiétudes. Est notamment exprimée par certains la crainte que l'Etat ne tende par ce travail de définition et d'institutionnalisation à exercer une forme de contrôle sur ces pratiques innovantes. Surtout, est redouté qu'en définissant un modèle officiel du réseau l'administration ne tende à figer et à routiniser un mode de fonctionnement dont la caractéristique majeure est à l'inverse la dimension souple et informelle offrant une bonne capacité d'adaptation aux nécessités et particularités locales. Evoquant les réseaux ville-hôpital, Didier Fassin fait à ce titre remarquer que « la tentative de mise en cohérence des expériences menées en ordre dispersé, mais non sans relations, est ressentie comme une volonté de mainmise des pouvoirs publics et une menace de routinisation de pratiques innovantes.

²⁹ *Ibid.*, p. 160.

³⁰ Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999.

³¹ *Ibid.*, p. 2.

L'institutionnalisation et la reproduction d'expériences localement menées selon des logiques spécifiques en modifient toujours l'esprit et la manière. Aussi compréhensible que soit, de la part de l'administration sanitaire, le double souci de réguler des actions qui concernent l'intérêt public et de généraliser des pratiques qui ont fait leur preuve, il y a donc là un risque pour la suite »³².

1.2.2. Forces et faiblesses des réseaux

Cette volonté des pouvoirs publics de favoriser le développement des réseaux ne se constate pas seulement au niveau de l'administration de la santé, mais également au niveau local, où ce que Didier Fassin a appelé la « municipalisation de la santé publique »³³ prend fréquemment la forme d'un soutien des mairies à la mise en réseau des différents organismes sanitaires ou sociaux de leur ville. Le réseau médico-social de Béziers, dont l'évaluation a été réalisée par Pierre-A. Vidal-Naquet, constitue un exemple typique de cette tendance (par ailleurs favorisée par les politiques de la ville) des communes à modeler leur paysage socio-sanitaire local sous forme réticulaire. L'auteur fait à ce titre remarquer que cette approche participe d'une conception renouvelée, et davantage globale, des besoins sanitaires et sociaux en ce qu'en cherchant à articuler la pratique d'acteurs des secteurs sanitaire, social et administratif, « l'objectif de la Ville était de permettre aux populations les plus démunies d'accéder plus facilement à leurs droits, d'être mieux accueillies et éventuellement prises en charge dans des services de soins, et de promouvoir une "démarche de santé" dans une perspective éducative et préventive. Plus précisément, il s'agissait de passer d'une approche segmentée à une approche globale des besoins sanitaires et sociaux de la personne en difficulté ; et pour ce faire, promouvoir une étroite collaboration entre les différents opérateurs du système de santé »³⁴. Le réseau serait une des meilleures réponses à la tendance à la « scissiparité » d'un appareil sanitaire et social qui a tendu au fil des ans à devenir de plus en plus spécialisé, complexe et indéchiffrable, notamment pour des usagers dont les demandes ont du mal à s'intégrer dans des procédures par trop spécifiques : « La démultiplication des structures ne signifie pas que celles-ci sont aptes à assurer de manière convenable la prise en charge des personnes en difficulté. Fonctionnant, la plupart du temps, "à la norme", chaque structure ne peut accueillir que les populations pour lesquelles elles sont conçues. Dans ces conditions, nombreux sont ceux qui, ayant des profils "atypiques", ne sont reçus nulle part et sont renvoyés de structure en structure »³⁵.

La même étude biterroise avance que face aux carences et difficultés inhérentes à une excessive spécialisation des modes de prise en charge, le réseau présenterait de multiples avantages. Tout d'abord, celui de favoriser une meilleure connaissance de l'environnement institutionnel et associatif, et ainsi de contribuer à un meilleur ajustement de l'intervention au contexte local, tout en pouvant amener certains dispositifs à s'interroger sur leurs missions et éventuellement à les redéfinir. Ensuite, celui de constituer, grâce à la complémentarité des perspectives, une sorte d'observatoire où la confrontation des points de vue et des approches professionnelles permettrait de bénéficier d'une vision étendue de l'évolution des diverses dimensions du problème abordé. Le réseau permet également par ce biais de mettre à jour les carences et dysfonctionnements éventuels dans la

³² D. Fassin, « Les réseaux ville-hôpital », art. cit., p. 124.

³³ Didier Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, op. cit.

³⁴ Pierre-A. Vidal-Naquet, *Le réseau médico-social de Béziers. Evaluation de son animation*, CERPE, 1997, p. 2.

³⁵ *Ibid.*, p. 6.

réponse à un type de problème donné, et surtout de permettre, par une concertation de l'ensemble des partenaires, que la mise à jour de ceux-ci ne débouche sur des tensions ou des conflits. Il peut ouvrir à un accroissement des savoirs professionnels par des processus de transfert de connaissances et de formation croisée, et plus largement contribue à un élargissement du champ d'intervention de chaque partenaire en « déspecialisant » son activité. Enfin, il rompt l'isolement de certains acteurs en leur donnant le sentiment de participer à une pratique collective cohérente, et renforce leur légitimité et le sens de leur action.

Pour autant, une étude d'évaluation telle que celle conduite auprès du réseau biterrois montre que le réseau n'est pas exempt de fragilités. Parce qu'il mise avant tout sur la souplesse et la flexibilité, le réseau est par définition extrêmement labile, fréquemment exposé au délitement lorsque plus rien ne vient réactiver les liens unissant entre eux les différents partenaires. Cette labilité tient en grande partie au fait que le fonctionnement réticulaire s'appuie avant tout sur des relations interpersonnelles faiblement institutionnalisées et contractualisées. On retrouve ici le thème déjà évoqué plus haut de la confiance : le fonctionnement en réseau suppose que l'on connaisse personnellement son partenaire, que l'on sache comment il travaille et que l'on comprenne et approuve sa pratique professionnelle, conditions qui ne peuvent être réunies que dans un contexte de personnalisation directe des relations. A l'inverse, une trop grande formalisation du fonctionnement en réseau est envisagée avec méfiance en ce qu'elle expose à la reproduction de modes d'organisation et de collaboration anciens négativement marqués par leur lourdeur et leur rigidité. Pour autant, la dimension informelle des relations peut à son tour se révéler un obstacle lorsqu'elle expose à voir le réseau se désagréger et perdre sa cohérence dès que pour une raison ou une autre un ou plusieurs de ses éléments se démobilisent ou disparaissent : « Parce que les relations sont électives, le réseau est d'une grande labilité. Sa topographie est versatile. Et elle l'est d'autant plus que les acteurs sont, dans certains sous-secteurs, d'une grande mobilité (...) de sorte que les relations ne sont pas toujours susceptibles de s'inscrire dans la durée »³⁶. Cette difficulté est solidaire de plusieurs autres, telles que l'indécision des frontières du réseau (rendant difficile l'identification des acteurs pertinents et la perception du réseau comme entité dotée d'une existence unifiée), ou encore la tendance à une extension démesurée du nombre des partenaires jusqu'à donner le sentiment d'un trop-plein conduisant au blocage.

Tout réseau se doit donc de trouver un point d'équilibre, c'est-à-dire savoir être suffisamment informel pour permettre souplesse et adaptation rapide aux besoins, mais aussi suffisamment structuré et organisé pour pouvoir se maintenir dans la durée et conserver une cohérence et une unité minimales. Un des outils les plus fréquemment employés pour garantir la stabilité et la cohérence d'un réseau dans le domaine socio-sanitaire est la charte. En énonçant un certain nombre de principes d'action minimaux que l'ensemble des signataires s'engage à respecter et sur lesquels ils peuvent coordonner leur action, la charte constitue une sorte de boussole normative définissant des principes minimaux d'action, sur laquelle baser et orienter la pratique commune. Mais la charte fait plus qu'établir les

³⁶ *Ibid.*, p. 29.

bases contractuelles d'un fonctionnement collectif. Par sa matérialité même, elle tend à donner une forme d'existence objective à ce qui autrement resterait à l'état informel et indéfini ; en établissant une liste des signataires – et même si celle-ci est toujours susceptible de modifications – elle borne les limites d'un regroupement menacé de s'étendre démesurément ou de se dissoudre dans la complète indécision. Autrement dit, « les "chartes de réseau" sont (...) une occasion de donner une certaine consistance à des relations nouées de manière quasi-spontanée, de les consolider en leur conférant une certaine visibilité »³⁷. Pour P.-A. Vidal-Naquet, « l'acte de constitution d'une charte est essentiellement un acte identitaire. Il rassemble des acteurs, ancrés chacun dans des contextes particuliers et qui cherchent à mettre en parole leurs expériences et leurs pratiques et d'en dégager des principes et des orientations. Il est une réponse, somme toute inédite, aux risques de l'insignifiance induits par l'éclatement des pratiques, par la suprématie de l'urgence, par la démultiplication des initiatives »³⁸.

Pour conclure sur ce point, il nous semble qu'une des significations majeures dont est porteur, d'un point de vue sociologique, le développement actuel des réseaux dans les secteurs de la santé et du travail social, est la tendance à un brouillage, ou une dissolution, des frontières professionnelles. Une des principales caractéristiques des nouvelles approches de santé publique en développement en France depuis une quinzaine d'années est en effet de comporter une forte dimension sociale. Parce qu'elles s'intéressent prioritairement à des questions sanitaires locales plus ou moins étroitement liées aux problèmes de précarité (sida, hépatites, toxicomanie, etc.), ces nouvelles approches imposent une appréhension globale des populations les plus exposées et nécessitent la mobilisation d'acteurs ou institutions divers, dépositaires de compétences hétérogènes, mais qui le plus souvent n'avaient jusqu'à présent que rarement l'occasion de travailler de concert. La formule du réseau, permettant une coopération étroite entre ces différents acteurs tout en maintenant la spécificité de leurs approches respectives, est apparue comme la mieux adaptée à ces nouvelles exigences de santé publique, notamment en ce que sa souplesse et sa malléabilité garantissent un ajustement au plus près des exigences du « terrain ». Ces souplesse et malléabilité, conduisant à ce que chaque réseau soit d'une certaine manière unique car adapté à sa configuration locale, ont également conduit à un certain brouillage de la réalité qu'il recouvre. L'idéal-type que nous proposons dans le point suivant permettra d'offrir une délimitation minimale de la notion de réseau sur laquelle pourra s'appuyer la démarche d'enquête.

1.6. L'idéal-type du réseau

³⁷ C. Dourlens, P.-A. Vidal-Naquet, « Action collective, engagements privés », *op. cit.*, pp. 7-8.

³⁸ P.-A. Vidal-Naquet, *Le réseau médico-social de Béziers*, *op. cit.*, pp. 39-40.

La diversité des définitions théoriques comme des applications pratiques du réseau contribuant à en brouiller la signification, il est nécessaire, pour parvenir à une appréhension de l'action des différentes institutions travaillant autour de la souffrance psychique des jeunes, de stabiliser une conception du fonctionnement réticulaire permettant d'orienter notre approche. Pour cela, nous proposons de nous appuyer sur les informations présentées dans les deux points précédents pour construire un *idéal-type* du réseau. Ce concept, forgé au début du siècle par le sociologue allemand Max Weber, désigne un modèle idéal, ne correspondant pas directement à la réalité mais dont il synthétise certains éléments constitutifs, et à l'aune duquel celle-ci peut être comparée : « L'idéal-type est un tableau de pensée, il n'est pas la réalité historique ni surtout la réalité "authentique", il sert encore moins de schéma dans lequel on pourrait ordonner la réalité à titre d'*exemplaire*. Il n'a d'autre signification que d'un *concept limite* (...) purement idéal, auquel on *mesure* (...) la réalité pour clarifier le contenu empirique de certains de ses éléments importants, et avec lequel on la *compare* »³⁹. Le but de notre démarche n'est pas de définir un modèle normatif du réseau auquel le fonctionnement réel des institutions et organismes travaillant sur le thème de la souffrance psychique des jeunes devrait se conformer, mais de retenir certains critères de définition du réseau communément admis pour en établir une synthèse en référence à laquelle leur action pourra être comparée. Le rôle de l'idéal-type est de permettre de mesurer par comparaison des écarts par rapport à un modèle synthétique, lequel ne saurait prétendre au statut de référence normative absolue à laquelle il serait impératif de se conformer.

Dans le domaine socio-sanitaire, le fonctionnement en réseau relève avant tout d'une approche *globale* des besoins des individus pris en charge. Celle-ci suppose tout spécialement un rejet des approches étroitement sectorisées, conduisant soit à favoriser un traitement à partir d'une démarche unique (que celle-ci soit médicale, psychologique, sociale, éducative...) à l'exclusion des autres, soit à la juxtaposition de plusieurs approches distinctes mais sans réelle communication ni articulation les unes avec les autres. A l'inverse, le réseau suppose une *diversité coordonnée* (aussi désignée comme transversalité) des démarches en ce qu'il s'agit de multiplier les points de vue et les angles d'approche d'un même phénomène. Un des éléments constitutifs du réseau réside en effet dans son caractère pluriel, et plus précisément dans le fait qu'il est composé d'acteurs très différents de par leurs statuts et compétences professionnelles, leurs appartenances institutionnelles, leurs pratiques, leurs cadres de références ou encore leur point de vue sur le problème qu'ils ont à gérer en partenariat. Les différents exemples présentés plus haut sont de ce point de vue significatifs : les réseaux de politique publique réunissent des acteurs tant publics que privés, appartenant aux sphères administrative, économique, associative, etc., tandis que les réseaux ville-hôpital visent à une pratique conjointe de médecins libéraux, de cliniciens, de travailleurs sociaux, de volontaires associatifs, etc. Un réseau ne peut donc être que pluridisciplinaire ; a contrario, un groupe d'acteurs de même statut et accomplissant des missions similaires ne constitue pas un réseau.

³⁹ Max Weber, *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Pocket, 1992 [1904], p. 176.

La diversité qui marque les membres du réseau est dite coordonnée au sens où, on l'a dit, il ne saurait s'agir de multiplier des approches distinctes sans communication les unes avec les autres, mais aussi au sens où le but du partenariat n'est en aucun cas de produire un syncrétisme, une homogénéisation et une unification des démarches qui tendraient à « raboter », ou à faire se dissoudre, les spécificités. Chaque démarche professionnelle conserve la plénitude de ses missions et de sa légitimité à l'intérieur du réseau, mais est complétée par la spécificité des points de vue que proposent respectivement ses partenaires et auxquelles elle doit s'articuler. Cette hétérogénéité constitutive, si elle est une des conditions de l'approche globale, ne va pas pour autant de soi. Plusieurs exemples l'ont montré, l'emprise des logiques sociales spécifiques dans lesquelles sont pris les différents partenaires, la diversité de leurs cadres de références et de leurs points de vue, l'irréductibilité de leurs objectifs... peuvent aboutir à des incompréhensions, des difficultés de communication, voire des antagonismes lorsque leurs perspectives respectives sont inconciliables. D'où la nécessité, lorsqu'un réseau fait se réunir des acteurs extrêmement hétérogènes, de se doter d'un *dispositif de coordination* – pouvant être occupé par une personne faisant office de point de référence –, permettant par l'élaboration d'une base d'échange commune aux différents points de vue de s'exprimer de manière compréhensible et acceptable pour tous. Apparaît ici l'importance décisive des processus de *traduction* signalés par M. Callon, permettant l'élaboration de ce que F. Bertolotto désigne comme des *référentiels communs*.

Une autre caractéristique majeure du réseau est sa dimension *horizontale*. Les différents points de vue, démarches, acteurs, organismes... qu'il réunit entretiennent entre eux des rapports par définition égaux. Le réseau s'oppose diamétralement à l'idée de hiérarchie en ce qu'il envisage des partenaires disposant d'une égale légitimité à s'exprimer et à agir, et dont aucun ne peut se prévaloir d'un ascendant ou d'une autorité sur les autres. L'enjeu est la complémentarité entre approches plurielles pour l'atteinte d'un objectif commun, en aucun cas leur asservissement à un point de vue dominant. Tout membre d'un réseau doit prendre conscience de cette égale pertinence des points de vue, et donc savoir faire preuve de pragmatisme en acceptant, parfois, de voir certains des fondements de sa pratique être bousculés, contestés ou remis en cause par les approches distinctes de ses partenaires. Cette dimension égalitaire – opposée à la structure pyramidale de l'organisation – doit également faire l'objet d'une attention vigilante lorsqu'est défini le rôle du coordinateur du réseau : celui-ci n'est en aucun cas un « chef » ou un « leader », mais avant tout un « facilitateur » dont la mission est de favoriser la communication entre les partenaires et de renforcer l'articulation de leurs actions, mais en aucun cas un rôle de direction ou de contrôle.

Le réseau se définit également par son rejet du centralisme. Même si le coordinateur occupe de fait au sein du réseau une position à l'intersection des lignes d'action des autres membres, la limitation de sa mission à une facilitation des échanges ne lui permet pas de centraliser l'ensemble des informations et par là de se situer véritablement en position de surplomb. De fait, et même s'ils sont par définition unis les uns aux autres, les différents membres d'un réseau bénéficient d'une grande

liberté de connexion, en ce qu'ils n'ont pas à passer par un centre pour faire appel à un ou plusieurs partenaires. L'accent ici encore est mis sur l'autonomie de chaque membre du réseau, lequel lorsqu'il n'est pas en connexion avec ses partenaires conduit son activité conformément à sa logique de pratique propre, sur laquelle les autres ne peuvent se permettre d'intervenir ou de porter un jugement⁴⁰.

On retrouve à ce stade la notion de *projet* dont Boltanski et Chiapello ont montré l'importance dans le fonctionnement réticulaire. Les connexions entre partenaires ne sont pas permanentes, mais se font de manière ponctuelle, en fonction des besoins rencontrés dans le cours de la pratique. Le réseau constitue un ensemble de ressources potentiellement mobilisables en cas de nécessité, mais seulement dans ce cas ; on ne fait pas appel à un membre du réseau si on n'a pas un service à lui demander, un problème à lui soumettre. Se révèle ainsi le caractère nécessairement informel du réseau, lequel n'existe qu'à la condition que soient activées, affermies et consolidées les relations entre ses différents membres. Autrement dit, un réseau qui n'est pas mobilisé, dont les différents membres ne communiquent pas entre eux et ne se connectent pas les uns aux autres, n'existe pas réellement ; un réseau existe avant tout à l'état pratique, en tant qu'il est régulièrement activé. On retrouve ici la notion proposée par N. Dodier de *solidarité de fonctionnement* : le réseau ne « tient » que dans et par l'activation des relations entre ses différentes composantes, la solidarité entre ces dernières se réalise avant tout par la pratique. De ce fait, négliger le travail d'entretien et de consolidation des relations avec les autres membres, se tenir durablement à l'écart, expose à se voir progressivement exclure du réseau.

L'autonomie des membres du réseau est solidaire d'une autre de ses caractéristiques, qui est sa grande labilité. Parce qu'un réseau est une *structure ouverte* qui n'existe qu'au travers du maillage qui unit ses composantes, ses contours sont par définition difficilement délimitables : chaque élément peut en cas de besoin réaliser une connexion sans avoir à passer par un centre organisateur, et par conséquent sans que les autres membres en soient affectés. De même le réseau se définit-il par une grande capacité d'extension et d'adaptation aux nécessités, ce qui lui confère sa souplesse et sa flexibilité particulièrement utiles dans les situations marquées par l'urgence. Il est dans ces conditions le plus souvent vain de prétendre établir une cartographie complète du réseau, une liste finie de ses membres, en ce que le nombre de ces derniers est constamment redéfini dans et par la pratique d'activation des connexions. Les avantages de cette souplesse et de cette aptitude au développement sont indéniables, offrant en particulier des capacités de réaction et d'adaptation rapides, ainsi qu'une grande efficacité dans la mobilisation des ressources nécessitées pour la prise en charge d'une situation donnée. Elles peuvent en revanche se révéler un facteur de blocage lorsqu'une extension démesurée et incontrôlée du réseau suscitent chez certains membres le sentiment d'un brouillage des repères et de perte de cohérence. Devenu insaisissable et ne permettant plus d'identifier rapidement le

⁴⁰ De même un acteur (dans le domaine sanitaire, un patient) peut-il circuler librement à l'intérieur du réseau, sans avoir à suivre, à l'intérieur de ce dernier, un quelconque itinéraire préétabli. Le réseau se distingue sur ce

partenaire le plus compétent pour le traitement de tel type de problème, le réseau s'expose alors à perdre sa consistance, voire son existence, aux yeux de ses membres qui ne peuvent plus distinguer ceux qui sont réellement leurs partenaires – et sur qui ils peuvent véritablement « compter » – de ceux qui ne le sont pas. De même l'augmentation du nombre des partenaires rend-elle plus lourdes et plus difficiles la circulation des informations, l'expression des opinions et avis, et nuit-elle à l'interconnaissance entre les membres.

Contrairement à l'organisation, structurée par un ensemble de règles et de normes prévoyant et codifiant la nature des relations entre ses différentes composantes, le réseau fonctionne en effet grâce à la *personnalisation des liens*. Cette personnalisation rend possible cet appui majeur du fonctionnement réticulaire que nous avons déjà rencontré, qui est la *confiance*. Cette dernière est une des conditions de possibilité de la subversion des frontières institutionnelles, professionnelles ou disciplinaires qu'exige fréquemment l'appel au réseau ; elle permet qu'en dépit des différences d'approches, de références ou de points de vue les personnes qui unissent leurs efforts dans la conduite d'une prise en charge puissent communiquer librement et confronter leurs avis sans risquer de mettre en danger leur partenariat. La personnalisation et la confiance permettent de compenser l'absence de contractualisation et de définition officielles des relations, en conservant les avantages de ces dernières (l'explicitation de leurs rôles et capacités offre une capacité d'anticipation de l'action des partenaires, permettant une coordination efficace avec eux) tout en évitant les inconvénients (la pesanteur des rôles institutionnels, ainsi que des règles et des normes officielles, souvent inadaptés aux exigences concrètes de l'action en train de se faire). Si l'avantage est de ce point de vue l'efficacité permettant d'éviter une déperdition d'énergie et de moyens, le revers de cette personnalisation permettant de subvertir ou contourner les lourdeurs organisationnelles ou institutionnelles réside dans le risque de voir se développer des rapports privilégiés devant plus à des connivences ou affinités interindividuelles qu'à un véritable souci d'efficacité ; des « poches » de rapports personnalisés peuvent ainsi tourner davantage à un « copinage » perdant de vue l'horizon dans la visée duquel le réseau s'était pourtant constitué. Le réseau risque alors de se pervertir en retrouvant le sens péjoratif qu'il possédait il y a une vingtaine d'années, celui d'un ensemble de relations occultes contournant les règles et principes officiels pour favoriser des intérêts essentiellement personnels.

point de la *filière*, laquelle impose une « porte d'entrée » obligatoire (dans les filières de soins, cela peut par exemple être le généraliste) ainsi qu'un parcours dont les étapes successives sont prédéfinies.

2. Pratiques du fonctionnement réticulaire

Ce second chapitre présente les résultats de l'étude conduite auprès de différents organismes ou institutions appelés à rencontrer – de manière tant directe qu'indirecte – la problématique de la souffrance psychique des jeunes. Cette étude sociologique était conçue comme devant permettre, après avoir défini les grands principes du fonctionnement réticulaire, d'appréhender les modalités effectives de l'action des intervenants dans le domaine du soutien psychologique aux jeunes, ceci afin d'évaluer dans quelle mesure celle-ci se rapproche (ou se distancie) d'une action en réseau et, à terme, d'identifier les éléments pouvant contribuer à favoriser ce type de fonctionnement.

Notre propos sera divisé en quatre parties. Un premier temps sera consacré à la présentation de la démarche mobilisée pour cette enquête, ainsi que des difficultés qui ont empêché de réaliser dans sa totalité le programme d'étude initialement prévu. Un deuxième temps évoquera la manière dont les différents organismes qui ont répondu à nos questions (soit en entretien, soit par questionnaire) perçoivent le fonctionnement en réseau et évaluent leurs propres relations de travail en coordination avec leurs partenaires. Le troisième temps présentera les difficultés, voire obstacles, que rencontrent les acteurs dans leur volonté de travail partenarial, ainsi que certaines des limites que rencontre à leurs yeux le fonctionnement réticulaire. Le quatrième et dernier temps se penchera spécialement sur l'outil annuaire, à la fois pour en évoquer les perceptions et usages des personnes interrogées, et pour présenter les résultats de l'analyse des différents documents de ce type que nous avons pu recueillir.

2.1. Méthodologie

La partie empirique de l'étude visait tout d'abord à identifier les principaux intervenants (individuels, associatifs, institutionnels...) dans le domaine de la souffrance psychique des jeunes, ainsi qu'à cerner leurs modes d'approche et de prise en charge de ce type de problème. Cette première phase d'identification était également destinée à délimiter le réseau – réel ou potentiel – que forment ces différents acteurs du monde sanitaire et/ou social.

La notion d'intervenant est ici à prendre au sens large. Il nous a semblé important de ne pas strictement limiter notre enquête à des acteurs ou institutions spécialisés dans la prise en charge des seules difficultés psychologiques des jeunes, mais de nous adresser à un ensemble d'organismes et de structures pouvant, à des titres très divers et plus ou moins directement, être confrontés à cette problématique. Cette extension du périmètre de l'enquête nous a semblé particulièrement important

compte tenu des objectifs de l'étude, centrés non sur les multiples approches préventives et méthodes de traitement de la souffrance psychique des jeunes, mais davantage sur les modalités d'un fonctionnement pluridisciplinaire coordonné apte à mieux prendre en charge les multiples dimensions de ce genre de difficultés. Etendre notre questionnement à des structures n'ayant pas le soutien psychologique ou l'accueil des jeunes parmi leurs principales missions permettait de ce fait d'avoir accès au fonctionnement effectif du réseau en interrogeant les différents acteurs sur les procédures d'orientation et de suivi qu'ils mettent en place lorsqu'ils se trouvent confrontés à un type de demande qui ne correspond pas à leurs prérogatives et pour le traitement duquel ils sont dépourvus de compétences. Une définition large de l'échantillon des interlocuteurs pertinents pour notre enquête nous a en conséquence semblé le seul moyen d'intégrer la pluralité des démarches et angles d'approches dont nous avons vu dans la partie précédente qu'elle était constitutive du fonctionnement réticulaire.

L'échantillon a de fait tenté de rassembler l'ensemble des acteurs et organismes (sanitaires et sociaux principalement) pouvant plus ou moins fréquemment rencontrer des jeunes en situation de détresse psychologique, et plus ou moins aptes à les conseiller, orienter ou prendre en charge. Du fait des délais de l'étude, il ne pouvait bien évidemment s'agir de repérer et d'interroger l'ensemble de ces acteurs en contact avec la thématique de la souffrance psychique sur la région Rhône-Alpes, mais d'interroger un échantillon relativement représentatif au sein duquel se trouveraient des représentants des différentes grandes catégories pertinentes de ce point de vue. Dix grandes catégories d'intervenants ont ainsi été définies en fonction du domaine d'intervention de l'organisme considéré : drogue ; déprime ; exclusion et accès aux soins ; sexualité et contraception ; prévention MST-sida ; information des jeunes ; vaccination et santé ; violence ; travail ; éducation. L'échantillon, comprenant une cinquantaine de structures, a été constitué à partir des différents guides départementaux « Adresses santé jeunes 99 » réalisés par le CRAES (lequel offre pour chaque département une vision d'ensemble de différents acteurs pouvant intervenir auprès des jeunes dans le domaine de la santé), ainsi qu'en mobilisant les contacts fournis par les membres du comité de pilotage. On trouvera en annexe la liste des organismes ayant répondu à l'étude.

La démarche d'enquête initialement proposée prévoyait la réalisation d'une vague d'entretiens, dont l'analyse devait ensuite fournir une base pour l'élaboration du questionnaire. Ce programme n'a pu être assuré du fait des contraintes de délais, et les entretiens ont été conduits dans le même temps qu'était élaboré et envoyé le questionnaire. Il faut signaler ici que le calendrier initialement prévu a largement sous-estimé le temps nécessaire à la complète réalisation des différentes phases de l'enquête. En conséquence, il nous a été impossible de poursuivre jusqu'à son terme le recueil des informations par entretiens, et le nombre de ceux effectivement réalisés (cinq) est inférieur à celui qui avait été planifié (une quinzaine). Les mêmes contraintes ont empêché de complètement accomplir le travail, pourtant nécessaire, de relance des organismes n'ayant pas renvoyé le questionnaire dans les délais demandés. Ceci est d'autant plus dommageable que le taux des non

réponses est relativement important (17 questionnaires retournés – dont un non rempli – sur 46 envoyés, soit un peu plus d'un tiers de réponses). La prise en compte des non réponses est par ailleurs porteuse d'enseignements sur la manière dont, en fonction de leur domaine d'activité, les acteurs se sont sentis ou non concernés par l'objet de l'étude ; dispositifs de prévention MST-sida (CIDAG et associations), médecins libéraux et services de santé scolaire n'ont ainsi renvoyé aucun questionnaire. A l'inverse, les dispositifs de lutte contre l'exclusion et d'accès aux soins ont été les plus nombreux à répondre (quatre réponses sur les cinq organismes de cette catégorie à qui le questionnaire a été envoyé). Deux services d'information jeunesse nous ont par ailleurs contacté pour nous signaler que leurs activités ne s'inscrivant pas dans le domaine de la santé, ils ne souhaitaient pas répondre au questionnaire.

Les entretiens, enregistrés et décryptés, d'une durée d'une demie heure à une heure et vingt minutes, ont été réalisés auprès de responsables l'association lyonnaise d'aide aux toxicomanes A3, des services de santé scolaire de l'Ain, du centre de soins lyonnais de Médecins du Monde, de la mission locale du Bourg-en-Bresse et du Planning familial de Grenoble. Entretiens et questionnaires (cf. le modèle en annexe) portaient globalement sur les mêmes points, à savoir une présentation de l'organisme (activités, public, personnel, financement...), les modalités de rencontre avec la problématique de la souffrance psychique des jeunes, les différentes relations de partenariat entretenues avec d'autres organismes (notamment pour ce qui est de l'orientation de jeunes en situation de détresse psychique), la conception du travail en réseau et l'opinion sur sa pertinence, les perceptions et usages de l'outil annuaire.

Compte tenu de ce qui a été signalé sur l'impossibilité de réaliser dans les délais l'intégralité du travail d'enquête initialement prévu, il conviendra de garder en mémoire, tout au long de la lecture des prochaines pages, le caractère bien évidemment partiel et provisoire des propositions avancées. Toutefois, si celles-ci ne sauraient présenter de caractère définitif, elles n'en constituent pas moins des pistes de réflexion susceptibles d'alimenter le débat sur la pertinence et les limites des réseaux.

2.2. Pratiques et représentations du réseau

La première partie de ce travail a montré que la notion de réseau, du fait notamment de son apparition récente, est encore relativement vague. Dans ce contexte, il nous a semblé important d'interroger les différents organismes considérés sur la conception qu'ils se font du réseau, sur leur opinion sur ses conditions de fonctionnement, ainsi que sur leur évaluation de leur propre pratique en la matière. Il est sur ce point nécessaire de distinguer les données fournies par les questionnaires de celles recueillies au cours des entretiens : les premières, si elles sont relativement homogènes, témoignent de conceptions relativement générales, et à ce titre assez vagues. Les secondes, sans doute du fait que l'entretien offre davantage de capacités d'expression qu'une réponse écrite, font apparaître

une tension entre deux types de réseaux, que l'on propose de respectivement désigner comme *réseau pratique* et *réseau organisé* (ou *institutionnalisé*).

2.2.1. Le réseau au travers des questionnaires

Seuls deux organismes n'ont pas répondu à la question n° 21, « Considérez-vous que vous travaillez en réseau ? ». Parmi les autres, l'écrasante majorité a répondu positivement ; 10 ont simplement répondu « oui », trois autres ont nuancé ou précisé leur réponse (« oui même si non formalisé », « on essaie ! », « pour les actions de santé publique »⁴¹), une a répondu « travail plutôt au cas par cas », une seule enfin a répondu négativement. Ces réponses témoignent de la légitimité acquise par la référence au réseau dans les secteurs sanitaire et social.

La question n° 22 (« Quelle est votre définition du "travail en réseau" ? ») a été renseignée par l'ensemble des répondants. S'agissant d'une question ouverte, les réponses – de longueur d'ailleurs inégale – ne peuvent être considérées comme une totalité homogène. On retrouve toutefois dans la plupart d'entre elles des éléments déjà repérés dans la partie précédente. Parmi ceux-ci, la *pluralité* des approches, compétences et prérogatives est la plus présente dans les différentes définitions produites :

« Travail avec différents partenaires d'horizons différents ».

« Un travail en partenariat ».

« Travail en lien étroit avec des partenaires sur des projets ou des thèmes communs ».

« Travailler en lien avec les services sociaux en tenant compte de leur mission et de leurs spécificités ».

Tout en mettant également l'accent sur cette pluridisciplinarité, d'autres définitions soulignent davantage telle dimension pratique du fonctionnement en réseau, comme l'orientation ou les aspects financiers :

« Travail avec partenaires d'autres institutions ayant des liens avec notre spécificité et échanges et prises en charge conjointes des patientes ou une orientation spécialisée ».

« Sur une problématique commune, travail en partenariat, utilisation des compétences spécifiques (pluridisciplinarité) avec mise en commun des moyens humains et recherche financière ».

Les relations égalitaires entre membres du réseau sont soulignées par une seule réponse :

« - Aucune structure hiérarchique
- mise en évidence des différences
- mutualiser pour un objectif commun ».

Une définition se distingue de l'ensemble en ce qu'elle met en avant un aspect du fonctionnement réticulaire – l'information – dont on verra plus loin qu'elle constitue un point

⁴¹ Réponse d'un service municipal d'hygiène.

particulièrement « sensible », tout en présentant un point de vue loin d'être partagé par l'ensemble des répondants :

« Partager des informations et parfois le secret professionnel pour un peu de cohérence ».

L'apport d'une démarche pluridisciplinaire est par ailleurs souligné à de très nombreuses reprises dans les réponses à la question n° 24 (« Quels sont selon vous les principaux apports et avantages du fonctionnement en réseau ? »), dont voici quelques exemples :

« Complémentarité des compétences. Echanges de pratique. Actualisation des savoirs. Efficacité accrue ».

« Prise en charge globale ».

« Une pluridisciplinarité avec des compétences complémentaires ».

« Partage d'expériences, confrontation d'idées, mise en commun de moyens ».

La question n° 26 sollicitait précisément l'opinion des répondants sur la coordination entre approches différentes que suppose tout travail en réseau en leur demandant de choisir parmi six opinions celle (ou celles) la plus proche de leur propre opinion. Les six choix possibles étaient rangés dans un ordre allant du jugement le plus négatif (la diversité des approches professionnelles et des cadres de référence est généralement « un obstacle qui bloque l'autonomie de votre démarche ») au plus positif (cette diversité est « une source d'enrichissement pour sa propre pratique »). Ici encore, une quasi unanimité se fait sur la pertinence du fonctionnement réticulaire en ce que l'écrasante majorité des réponses témoigne d'une appréciation positive, quoique nuancée, de cette diversité. Surtout, ce qui est à remarquer est que sur les 15 répondants à cette question, 10 ont choisi les mêmes deux réponses, à savoir « positives mais difficile à mettre en pratique » et « une source d'enrichissement pour sa propre pratique ». Les autres réponses sont dans trois cas « un mode de fonctionnement naturel et qui ne pose pas de problème » et dans un cas la réponse « positive mais difficile à mettre en pratique » seule. Les réponses exprimant des opinions négatives (« un obstacle qui entrave l'autonomie de votre démarche », « une source de blocage et de conflits ») ou indifférentes (« sans influence majeure sur le travail réalisé ») n'ont jamais été choisies par les répondants.

Ces réponses soulignent une nouvelle fois que le réseau se pose en modèle de fonctionnement disposant aujourd'hui d'une grande légitimité et dont tout le monde s'accorde à reconnaître le caractère positif. Pour autant, cette opinion indéniablement positive est nuancée, voire contrebalancée, par les difficultés que les acteurs reconnaissent rencontrer dans sa mise en pratique. La prochaine partie permettra de revenir plus en détail sur ces difficultés.

2.2.2. Réseau pratique vs réseau organisé

Les entretiens, parce qu'ils permettent davantage aux acteurs de s'appropriier – voire de critiquer – la question qui leur est posée, témoignent de conceptions plus complexes de ce qu'est un

fonctionnement réticulaire que les réponses au questionnaire. De fait, ces conceptions – dont il sera prudent de se souvenir qu'elles sont issues d'un très petit nombre d'entretiens – tendent à définir deux types différents de réseau, l'un que nous appellerons réseau pratique et l'autre réseau organisé (ou institutionnalisé).

Le *réseau pratique* est le réseau que les acteurs évoquent spontanément pour désigner l'ensemble des organismes, structures, individus qu'ils peuvent être amenés à rencontrer, à solliciter ou avec qui ils peuvent travailler en partenariat, sans que ces relations soient formalisées. A la différence du réseau organisé, qui doit son existence au fait qu'il a été préalablement pensé et élaboré comme tel, ce réseau n'existe qu'à l'état pratique ; il est d'une certaine manière dépourvu de véritable identité, et le seul point commun qui unit ses membres est d'être tous connectés à un même autre organisme. De la sorte, ce réseau n'a de sens que du seul point de vue de son utilisateur ; le réseau pratique est un réseau personnalisé au sens où il est avant tout le réseau d'un acteur, l'ensemble des autres organismes ou individus avec qui il peut se mettre en connexion, sans que ceux-ci soient nécessairement connectés les uns avec les autres. C'est cette dimension personnelle qu'exprime un agent de la mission locale de Bourg : « Il n'y pas de réseau plus que ça d'établi. C'est nous qui les faisons les réseaux ».

Le réseau se matérialise alors sous la forme du carnet d'adresse, regroupant l'ensemble des « contacts » ou « partenaires » que l'on est amené à rencontrer plus ou moins régulièrement et que l'on peut appeler au besoin. Il est qualifié de pratique en ce qu'il se constitue au travers et par la pratique de l'intervenant qui, au fur et à mesure qu'il est confronté à de nouvelles difficultés, qu'il est amené à rencontrer des problèmes inédits qu'il ne peut prendre en charge seul, se tourne vers de nouveaux partenaires qui s'intègrent ainsi à son réseau (ou qui quittent leur réseau quand le problème auquel ils étaient susceptibles de répondre disparaît). Alors que le réseau organisé est prédéfini, que le moment du choix des divers intervenants (dont il est possible d'établir la liste finie) appelés à en faire partie est constitutif de sa création, le réseau pratique est avant tout informel, et la définition de ses frontières, toujours mouvantes, est une tâche quasi impossible. Le réseau est quelque chose dont l'intervenant seul à la maîtrise – puisqu'il s'agit de « son » réseau – et la connaissance ; celle-ci, non réflexive, est une nouvelle fois essentiellement pratique, et n'a pas besoin de passer (c'est un point important sur lequel il nous faudra revenir) par un quelconque support matériel auquel il serait nécessaire de se référer pour agir. Les intervenants les plus attachés au fonctionnement réticulaire pratique mettent ainsi en avant leur maîtrise de leur environnement partenarial : « On a bien la connaissance de notre réseau » (Médecins du monde).

Ce réseau peut, pour certains intervenants dans un secteur bien délimité, s'imposer en quelque sorte de lui-même : tous les dispositifs actifs dans tel ou tel domaine spécialisé sont nécessairement amenés à se rencontrer lors de réunions thématiques, à suivre (de manière concomitante, conjointe ou consécutive) les mêmes usagers, à être affectés par les mêmes décisions administratives, etc., et ne peuvent d'une certaine manière s'ignorer complètement. C'est ce que résumait la directrice de

l'association A3, spécialisée dans l'accueil des toxicomanes, lorsqu'elle affirmait que « c'est un petit monde, la toxicomanie ». Elle signalait également, comme contribuant à l'existence de ce réseau, le fait que les différentes associations de ce secteur étaient amenées à régulièrement se rencontrer lors de réunions organisées par la DDASS, ainsi que la carrière professionnelle de nombre d'intervenants les ayant amenés à successivement occuper des emplois au sein des différentes structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes⁴².

Concernant ce caractère en quelque sorte « imposé » de certains réseaux, il faut souligner une difficulté rencontrée par plusieurs intervenants qui est, principalement dans certaines zones rurales, la rareté des partenaires – ou membres de réseau – potentiels. Dans ces zones marquées par la faiblesse de leur équipement sanitaire et social, le réseau s'impose au sens où il n'y a pas la possibilité de choisir des partenaires privilégiés. En d'autres termes, il faut « faire avec ce que l'on a », l'activité de définition et d'élaboration de son propre réseau est hors de portée de l'intervenant qui se voit imposer des partenaires, les seuls à être présents dans sa zone d'activité. Ce type de difficulté a, de manière significative, été pointée par des organismes (santé scolaire et mission locale) intervenant dans le même département, celui de l'Ain, qui comporte des zones rurales relativement défavorisées du point de vue de l'équipement sanitaire et social.

« Parce que des structures il n'y en a pas partout. Donc on est déjà limitée par l'implantation géographique des structures (...) C'est assez local finalement. Entre Bourg où il y a quand même pas mal de choses et puis les petits collèges de Bresse par exemple (...) C'est très compliqué pour les familles d'envoyer le jeune en consultation, c'est un isolement » (Santé scolaire).

« A Bourg on est quand même bien placés, on a quand même des réseaux qui fonctionnent bien. Mais où je trouve que c'est difficile de travailler, c'est dans les zones les plus éloignées de la préfecture (...) Par exemple du côté de Montluel, la mission locale de Montluel, il n'y a rien, il y a vraiment peu de choses. On se retrouve un vendredi soir avec une toxicomane qui n'a pas sa dose... » (Mission locale de Bourg-en-Bresse).

Lorsqu'il s'inscrit dans un environnement sanitaire et social suffisamment équipé, le réseau pratique est avant tout basé sur la spontanéité, sur la qualité des relations humaines permettant qu'en dépit des différences de cadres de pratique et d'approches professionnelles, une coordination efficace s'instaure entre les intervenants. Le réseau pratique – et c'est ce qui le différencie le plus radicalement du réseau organisé – n'est pas formalisé, il existe essentiellement par et dans les connexions qui unissent ponctuellement, dans la prise en charge ou le suivi de cas précis, ses différentes composantes. A ce titre, certains organismes rencontrés manifestent une certaine réticence à l'encontre des tentatives d'institutionnalisation de réseaux, dont ils craignent qu'elles ne fassent disparaître cette spontanéité

⁴² « On se rencontre, dans le domaine de la toxicomanie on a souvent des réunions communes. On a eu des réunions à la DDASS pendant très longtemps sur santé sida et toxicomanie. Et puis bon il se met en place souvent des réunions sur un thème précis, et c'est l'un ou l'autre qui organise et puis, bon, ça peut être un travail sur plusieurs temps, ça peut être une réunion ponctuelle. On se connaît tous » (directrice A3).

qui, à leurs yeux, est une des garanties de l'efficacité du travail en réseau. Tel est par exemple le cas de Médecins du monde :

« On est assez spontanés, on n'a pas tellement de protocoles d'accord signés en bonne et due forme, mais ça marche dans la spontanéité et la bonne volonté. Spontanément, comme médecin je mise davantage sur les relations humaines, le besoin, la spontanéité, que l'inscription sur du papier. Mais ça c'est une culture. Je n'ai jamais été dans l'administration, fonctionnaire de base. C'est une culture. Ce qui ne veut pas dire les gens soient de mauvaise volonté, mais c'est une question de culture ».

Le *réseau organisé* partage avec le réseau pratique le fait d'être constitué d'une diversité d'acteurs intervenant à des titres et à partir de démarches hétérogènes. Il s'en distingue radicalement, on l'aura compris en lisant les lignes qui précèdent, en ce qu'il n'est pas issu de la pratique d'un acteur, au gré de ses rencontres et de ses contacts avec différents partenaires, mais est le fruit d'un travail spécifique d'élaboration et d'institutionnalisation. Alors que le réseau pratique n'est en aucun cas planifié (c'est en fonction et au fil des besoins rencontrés qu'il se constitue), le réseau organisé vise dès sa conception à assurer une cohérence maximale au fonctionnement collectif. Cette visée passe par un travail préalable de repérage de l'environnement social et sanitaire, d'identification des dispositifs qui le composent, de leur champ d'activité, de leur démarche et de leurs capacités d'action (travail qui peut notamment prendre la forme d'invitations à des réunions collectives, destinées à faire connaissance avec les différents organismes pressentis et à évaluer leur degré d'implication potentiel). Elle passe également par la définition d'un objectif commun : alors que le réseau pratique, pertinent du point de vue d'un acteur unique, a pour seul enjeu de l'assister dans son travail quotidien, le réseau organisé se constitue autour d'un objectif partagé minimal (qui peut d'ailleurs être relativement général, comme lorsqu'il s'agit par exemple de « favoriser une meilleure lutte contre l'exclusion »).

Ce socle minimal d'objectifs partagés est solidaire de ce qui constitue une autre caractéristique propre au réseau organisé, qui est son *identité*, laquelle le rend repérable dans le paysage sanitaire et social. Les différents membres sont unis par un même sentiment d'appartenance à quelque chose qui, bien davantage que le réseau pratique, est de l'ordre du collectif. La mise en commun des compétences, la complémentarité des approches, sont ici véritablement des appuis pour un travail coordonné dont la responsabilité revient à l'ensemble du groupe. Cette assise identitaire du réseau, outre qu'elle fournit la base pour une forme de solidarité professionnelle entre les intervenants, peut s'appuyer sur des dispositifs ad hoc tels que les chartes. Celles-ci, ainsi qu'on l'a vu dans le chapitre précédent, n'ont pas uniquement pour mission de définir une base d'action commune organisée autour de règles de fonctionnement que l'ensemble des membres s'engagent à respecter, mais aussi de lui donner une assise identitaire, d'être un point d'entre-reconnaissance entre acteurs unis par cette appartenance commune. De là découle un autre trait du réseau organisé le distinguant du réseau pratique : alors que ce dernier, du fait de son caractère informel, a des limites indéfinies, le réseau organisé, par le biais de la ratification de la charte, voit la liste de ses membres clairement arrêtée. Cette limitation, tout comme l'engagement que constitue la ratification de la charte ; jouent dans ce

contexte un rôle de mise en confiance, en instaurant un accord sur une base commune de principes d'action.

Outre la charte, la réunion apparaît comme un des instruments clé du réseau organisé. Son premier avantage est de permettre une interconnaissance entre les différents membres et une personnalisation des liens. Elle permet de débattre des modes d'action afin d'assurer leur meilleure coordination, et d'échanger sur les pratiques respectives de chacun. Elle constitue également, de manière plus officieuse, un indicateur de l'investissement de chacun des partenaires : des absences répétées sont un indice d'un désengagement ou d'un manque d'intérêt pour le travail collectivement réalisé. Ces vertus de la réunion sont toutefois contrebalancées par une série d'inconvénients. Sans anticiper sur ce que nous dirons plus loin, signalons que plusieurs acteurs ont pointé le fort investissement en temps que représente ce type de dispositif – l'enjeu paraissant se cristalliser autour de la régularité de ces réunions. Un deuxième problème tient à la complexification des procédures et à l'allongement des délais de prise de décision ; parce que plus un réseau comporte de membres différents, plus il est difficile d'obtenir une unanimité sur certaines questions devant donner lieu à des décisions, ce type de procédure peut se traduire par des pesanteurs parfois dommageables. Une troisième difficulté tient à l'organisation des réunions (qui sera l'instance invitante ?) et, plus largement, au rôle du coordinateur du réseau. Celui-ci, on l'a vu précédemment, est particulièrement sensible. Nécessaire sinon indispensable au réseau organisé, il est toujours suspect de tirer profit de sa position stratégique pour se poser (y compris à son corps défendant) en « chef de réseau ». Cet aspect est d'autant plus prégnant lorsque l'instance invitante et initiatrice ou organisatrice du réseau est une institution (DDASS ou Sécurité sociale, par exemple), car cette position – étroitement liée au statut, dans bien des cas, d'organisme financeur – complique les relations et expose au soupçon de velléités de contrôle ou de mise sous tutelle. Une des parades à ce risque, adoptée par certains réseaux, est d'instaurer une rotation des invitations (les différents membres du réseau se chargent chacun à leur tour d'organiser la prochaine réunion), ce qui permet de sauvegarder la dimension anti-hiérarchique constitutive du fonctionnement réticulaire.

La présence au sein du réseau ou, pire encore, le rôle d'impulsion joué par certaines institutions exposent tout particulièrement au soupçon – exprimé par les organismes les plus attachés au « réseau pratique » – de « bureaucratisation ». Ici encore, c'est la pesanteur supposée inhérente à la formalisation des relations entre les membres qui pose problème, en ce qu'elle risque de constituer une entrave à la spontanéité des rapports et, à terme, de nuire à la rapidité et à l'efficacité attendues du fonctionnement en réseau. Chez les plus critiques, cette crainte s'exprime sous forme d'une interrogation sur l'utilité de formaliser – « bureaucratiser » – ce qui est présenté comme un mode de fonctionnement tout à fait efficace sans cet équipement jugé procédurier et superflu.

2.2.3. Conditions du fonctionnement en réseau

Il ne pouvait s'agir dans ce travail de seulement présenter l'opinion que les acteurs se font du fonctionnement en réseau, mais il était également nécessaire de mettre en rapport ces perceptions avec la présentation que les personnes interrogées offrent de leur pratique concrète. Ce travail, qui aurait nécessité une analyse approfondie des réponses au questionnaire, ne pourra malheureusement être totalement réalisé du fait des délais de restitution de ce rapport. Pour autant, nous présenterons ici ce qui nous semble être les points saillants des différents discours recueillis, en nous centrant sur ce que les personnes interrogées estiment être les principales conditions nécessaires à un fonctionnement en réseau.

Parmi ces conditions, une est étroitement liée à la pluralité des approches professionnelles. Ainsi qu'on l'a signalé, le fonctionnement réticulaire, fondé sur la diversité, ne vise pas à produire une démarche ou un point de vue unifiés, une sorte de syncrétisme dans lequel les différences seraient comme rabotées ou niées, mais respecte la spécificité de chaque cadre de pratique en valorisant la complémentarité et l'enrichissement qu'apportent la confrontation et la coordination. Ceci se traduit dans la pratique par deux injonctions : tout d'abord savoir respecter l'opinion et des conceptions d'autrui, et accepter de voir limiter ses prétentions à un point de vue de surplomb ou valable en dernière instance (ce que signale une réponse à un questionnaire, pointant comme difficulté que rencontre le fonctionnement en réseau « la rigidité de certains »). Ensuite, savoir autolimiter son rôle et ses capacités d'action ou, autrement dit, ne pas outrepasser les missions dont on est investi. Savoir « tenir sa place » et « se tenir à sa place » apparaissent de fait comme des exigences s'imposant aux autres comme à soi-même. Les responsables de la santé scolaire de l'Ain pointent ainsi que leur action dans le domaine de la souffrance psychique des jeunes est soumise à l'exigence de rester dans leur « champ de compétence » : « C'est-à-dire qu'on ne fera pas de thérapie, ça c'est sûr. Ce n'est pas du tout notre domaine, en tout cas en ce qui concerne les infirmières ». Une même préoccupation de savoir s'en tenir à son rôle propre est exprimée à la mission locale de Bourg-en-Bresse :

« J'ai pas mal de toxicos, j'ai pas mal de... De gens qui ont tellement été malmenés dans la vie qu'ils ne savent pas trop ce qu'ils valent, ils n'ont plus confiance en eux, enfin c'est difficile de faire émerger tout ça. Ils le constatent, mais le dire... Moi je ne suis pas non plus professionnelle dans ce sens, je suis éducatrice spécialisée, donc j'ai des méthodes d'entretien, j'ai un contact avec les jeunes, mais je ne suis pas professionnelle de, ce n'est pas mon rôle, ce n'est pas mon travail. Il ne faut pas s'amuser à jouer les apprentis sorciers. Mais bon c'est vrai qu'on peut être, on peut drainer, enfin on peut être un rassembleur, et puis dispatcher après. Les missions locales elles ont été créées pour ça, repérer les problèmes des jeunes, et pas s'en laver les mains bien sûr, mais renvoyer vers... »

De même la directrice d'A3 souligne-t-elle le rôle que peuvent jouer les médecins généralistes dans le domaine de la toxicomanie, tout en soulignant que pour ces derniers, « la prise en charge globale ils ne peuvent pas l'assumer, un médecin généraliste il assume le médical, il faut qu'il soit à sa place et pas à une autre ».

Une autre condition nécessaire au fonctionnement en réseau – et plus spécialement au réseau pratique – est la capacité de l'organisme à être repéré et identifié comme un partenaire possible. Le sentiment de ne pas toujours être connu et reconnu comme un acteur pouvant être mobilisé et jouer un rôle dans le traitement de certains problèmes est de fait exprimé le plus souvent par les organismes relativement institutionnels et se situant un peu en marge du dispositif de soutien psychologique officiel (tel que l'Education nationale ou la Protection judiciaire de la jeunesse). A l'inverse, d'autres soulignent qu'une de leurs forces est d'être reconnus pour leurs compétences dans tel ou tel domaine, ce qui conduit nombre d'autres organismes à les considérer comme des partenaires potentiels. Cela est par exemple le cas du Planning familial de Grenoble, reconnu pour le rôle spécifique qu'il peut jouer auprès des jeunes en détresse : « Ce n'est pas officiel. On est repérés comme le lieu de parole par les autres institutions, on est repérés comme lieu accueillant beaucoup d'adolescents et donc susceptible de leur envoyer éventuellement des gens ». C'est également le cas de l'association A3, qui se félicite que des établissements scolaires prennent contact avec elle pour engager un partenariat : « Les écoles c'est un peu au coup par coup. Bon, il y a eu une infirmière qui nous téléphone par exemple et puis qui veut reprendre contact, ou bien qui a entendu parler de, un proviseur c'est pareil. Au Salon de l'étudiant il se trouve qu'il y avait un prof qui était passé, une conseillère d'éducation a téléphoné, ensuite le proviseur, il voudrait qu'on se rencontre, qu'on puisse savoir ce qu'on fait ». Pour cette question de la repérabilité, l'édition et la diffusion de documents (plaquettes, brochures...) permettant de faire largement connaître son organisme et les services qu'il propose jouent un rôle important. La capacité à être identifié est toutefois problématique pour les services marqués par un important turnover de leur personnel, ce qui entrave la stabilisation et la personnalisation des relations partenariales (dont on verra bientôt l'importance) :

« Je crois qu'il faut que les équipes soient stables, nous on avait repéré ça comme un gros problème quand les médecins et infirmières changent régulièrement de secteur, non seulement elles n'arrivent pas à avoir une bonne compréhension de leur population scolaire, mais en plus toutes ces personnes relais qui peuvent aider à constituer la trame qui va aider l'adolescent ou l'enfant, ben il faut du temps. Donc si les équipes ne sont pas stables... C'est vrai que chez nous, nous ne garantissons pas des équipes très stables. Comme dans tout personnel vacataire, chez les médecins, en grande proportion... Ce qui ne simplifie pas la tâche » (santé scolaire de l'Ain).

Connaître son environnement est le pendant symétrique de cette exigence de repérabilité. Si une bonne connaissance des différents organismes aptes à apporter leur contribution à la résolution d'un problème est un des principaux critères de définition du bon professionnel⁴³, il n'en reste pas moins que certaines réponses au questionnaire soulignent le manque de lisibilité de certains niveaux de compétences institutionnels, en l'occurrence, le plus souvent, le niveau régional. Il est également à noter que certains organismes militent pour une définition large des partenaires potentiels, en incluant

⁴³ A la question n° 18 – « Estimez-vous avoir une connaissance de votre environnement associatif ou institutionnel insuffisante/moyen/satisfaisante » – 7 organismes ont répondu « moyen », 8 ont répondu « satisfaisante », aucun n'a répondu « insuffisante ».

les familles parmi ces derniers, tout en soulignant la difficulté qu'il y a souvent à les intégrer à une démarche partenariale :

« Là par contre où il y a peut-être une méconnaissance de ce qu'on peut offrir, c'est de la part des familles qui ne nous voient pas forcément comme ça. Pour eux, ça reste la santé scolaire qui fait les visites médicales et l'infirmière qui va donner le cachet d'aspirine. Elles ne voient pas toujours qu'on peut aussi aller plus loin par rapport à leurs enfants. Donc parfois il y a de l'incompréhension, lorsqu'on les contacte parce que ça fait quelques temps qu'on voit leur jeune, autour de la relation d'aide en fait, plutôt sur cet ordre là, qu'on les appelle, "non mais de quoi je me mêle ?" Qu'on les appelle pour une entorse ils le voient très bien, mais qu'on les appelle parce qu'ils sont pas bien en ce moment, parce qu'il semblerait qu'il y ait un problème de communication avec eux, etc., parfois ils ont du mal à comprendre que ça puisse être dans notre champ. Alors après lorsqu'ils voient qu'on est plutôt dans le domaine de l'aide, de l'accompagnement et qu'on n'est pas, parce que parfois ces familles là souvent accumulent quand même pas mal de choses et ont un rapport à l'école qui est parfois négatif. On n'a pas arrêté de leur renvoyer dans la figure que leur gamin ça ne va pas, qu'il ne réussit pas à l'école, qu'il perturbe les autres, ils sont convoqués parce que ça se passe mal, etc., donc ils ont une relation à l'école qui n'est pas toujours facile. Et là nous on veut essayer d'avoir une approche autour de l'aide parce qu'on a un souci de partager avec eux, autour de l'enfant, eh bien il faut un petit peu du temps pour qu'ils comprennent ça, qu'ils puissent être dans autre chose que "votre gosse il nous pose des problèmes, ça ne va pas du tout" » (Médecine scolaire de l'Ain).

Une autre condition, essentielle, au fonctionnement en réseau, est la personnalisation des relations. Cet aspect, dont a déjà signalé l'importance dans le premier chapitre, est plusieurs fois revenu dans les entretiens. Connaître personnellement l'interlocuteur, savoir ce qu'il fait et comment il le fait, apparaissent comme les conditions d'une orientation ou d'une prise en charge commune réussies. La personnalisation permet notamment, en sachant « à qui on a affaire », d'adapter sa demande aux capacités d'action du partenaire ; elle permet d'accéder à une connaissance fine – pouvant inclure des informations à caractère plus ou moins officieux – de ce qu'on peut et ne peut pas lui demander : « Quand on connaît la personne on peut mieux envoyer les jeunes, bien sûr » (mission locale de Bourg-en-Bresse). Cette opinion est partagée par l'association A3 :

« Il y a aussi la connaissance des praticiens les uns les autres qui fait aussi beaucoup de travail. Je crois que c'est hyper important, quand on adresse quelqu'un vers un service de connaître les gens et de savoir exactement où on adresse. L'accompagnement a toutes les chances de marcher dans ce cas-là. Que si on ne sait pas ce que c'est... »

La personnalisation des relations permet également d'informer au préalable la personne orientée ou prise en charge sur les conditions de son accueil par le partenaire. Cette personnalisation peut en revanche poser problème lorsque l'interlocuteur privilégié disparaît – ce qui impose de recommencer tout le travail de mise en relation et de prise de connaissance – ou lorsqu'il est ponctuellement absent en ce que ses collègues, avec qui les relations sont moins fréquentes et moins riches, ne peuvent offrir les mêmes services ou réponses : « Si je ne suis plus là par exemple, les collègues ont du mal à se débrouiller, c'est sûr. Je ne dis pas que je connais tout, mais ils ont tellement l'habitude : santé, on m'envoie » (mission locale de Bourg-en-Bresse).

On l'a dit, le réseau s'est imposé comme une référence absolue, un modèle d'action dont chacun doit s'inspirer ou auquel il doit se conformer. Les éléments que les différents acteurs rencontrés nous ont livrés sur leur pratique confirment que le réseau n'est pas seulement un mot d'ordre invoqué pour paraître se conformer à la modernité sanitaire et sociale, mais un mode de fonctionnement effectif. Pour autant, cette application des principes réticulaires n'est pas exempte de difficultés et d'obstacles, que nous allons à présent aborder.

2.3. Difficultés et limites du réseau

Le travail en réseau, s'il est appréhendé positivement par tous, ne va pas pour autant de soi. Les entretiens comme les réponses au questionnaire laissent transparaître de multiples difficultés, tenant soit aux conditions de sa mise en place (adopter un fonctionnement véritablement conforme aux principes réticulaires s'avère complexe et difficile), soit à ce qui apparaît comme des inconvénients inhérents à une pratique collective (le réseau apparaît comme porteur d'effets pervers). Ce sont ces difficultés, éprouvées par les acteurs dans le cadre de leur pratique, que nous allons maintenant évoquer, tout d'abord en présentant les informations fournies par les réponses au questionnaire (§ 1), puis en abordant les problèmes inhérents à la plus ou moins grande distance séparant les approches professionnelles réunies dans le réseau (§ 2), ceux qui se cristallisent autour de la diffusion de l'information (§ 3), puis enfin en examinant les motivations qui amènent certains à refuser le fonctionnement réticulaire (§ 4).

2.3.1. Les inconvénients du réseau au travers des questionnaires

Les difficultés inhérentes au travail réticulaire étaient essentiellement abordées au travers de la question n° 25, demandant aux répondants ce qui leur paraît être les principaux inconvénients du fonctionnement en réseau. Quatre questionnaires sur les 17 retournés ne comportaient pas de réponse à la question. S'agissant d'une question ouverte, les réponses recueillies ne peuvent faire l'objet d'une quantification, d'autant plus que la plupart des répondants ne se sont pas limités à une seule réponse. Il est toutefois possible de repérer plusieurs thèmes de préoccupation majeurs au travers de la diversité des réponses.

L'inconvénient le plus souvent signalé est le caractère « chronophage » du réseau. Celui-ci est notamment inhérent aux rencontres régulières dont on vient de voir l'importance pour assurer une véritable interconnaissance et une personnalisation des relations entre les membres. Se déclarant déjà souvent surchargés de travail, certains intervenants pointent le coût que représente pour eux le fait de se rendre fréquemment à des réunions qui, si ils en reconnaissent les avantages et bénéfices potentiels, leur apparaissent aussi productrices de lourdeurs (on retrouve ici la critique de la dérive

« bureaucratique » dont serait porteur le réseau organisé). Voici certaines des réponses signalant des inconvénients de ce type :

« La mise en place du réseau est consommatrice de temps, et nous sommes tous surchargés par le travail ».

« Lourdeur de la mise en place ».

« Demande un important investissement en temps ».

« L'énergie dépensée pour se rencontrer et réguler ».

« L'allongement des délais de prises de décisions ».

« Lourdeur. Difficultés organisationnelles ».

Un deuxième inconvénient signalé par plusieurs répondants – et sur lequel nous reviendrons plus longuement bientôt – est le risque de perte de confidentialité : en instaurant une prise en charge collective de certains cas ou de certains problèmes, le réseau suppose un partage d'information dont l'extension incontrôlée peut s'avérer dommageable pour le respect du secret professionnel. Pour certains répondants, les inconvénients majeurs du réseau sont ainsi :

« Un risque de dérapage vis-à-vis du secret professionnel ».

« Risque de non garantir la confidentialité ».

« Problème du secret professionnel. Quelle garantie de la confidentialité ? »

Enfin, parmi les inconvénients moins fréquemment cités, on retrouve les tensions consécutives à une concurrence entre approches professionnelles différentes (« difficultés à s'accorder » ; « tensions quand plusieurs partenaires veulent mettre en œuvre une action identique » ; « la rigidité de certains »), ainsi que les inégalités d'investissement des différents membres (« l'adhésion de chaque partie peut fluctuer avec le temps » ; « implication différente d'une structure à l'autre »). Une réponse enfin signale le risque de mise sous contrôle dont peut être porteuse l'institutionnalisation du réseau (« construction sur injonction des tutelles »), tout en y ajoutant les risques de « ségrégation des populations », de « mise en place d'une médecine à deux vitesses », ainsi que celui de limiter le réseau à « un simple carnet d'adresse ».

2.3.2. Des approches trop différentes ou trop similaires

Les entretiens signalent de manière plus développée que les réponses au questionnaire la tension pouvant résulter de la réunion, au sein d'un même réseau, d'intervenants hétérogènes. Il ne faudrait pas pour autant croire que les difficultés ne surgissent que de la confrontation entre démarches ou approches par trop différentes, voire contradictoires. Si celles-ci existent véritablement, il ne faut

pas non plus sous-estimer les difficultés pouvant à l'inverse résulter d'une trop grande proximité entre intervenants.

Concernant le premier aspect, une difficulté relève de ce que nous pourrions appeler, à la suite de M. Callon cité dans le premier chapitre, des problèmes de traduction. Même si ils ne sont pas nécessairement contradictoires ou antagonistes, des cadres de pratique ou conceptions hétérogènes peuvent éprouver des difficultés à se coordonner du fait que les différents partenaires ne parlent pas le même langage, ne désignent pas la même réalité par les mêmes mots, ou plus globalement inscrivent leurs perceptions et conceptions des problèmes que le réseau s'est donné pour tâche de prendre en charge dans des cadres de références par trop différents. Ces difficultés communicationnelles – qui révèlent également des différences de méthodes professionnelles – sont par exemple pointées par la mission locale de Bourg-en-Bresse, laquelle estime qu'un effort devrait être accompli par les intervenants en psychiatrie pour rendre leur jeu de langage, par trop technique voire ésotérique, davantage accessible :

- « C'est vrai qu'il faut (...) traduire. Surtout, on dit toujours que la psychiatrie fait beaucoup d'efforts pour sortir les gens de cette impasse (...) C'est vrai que ça s'ouvre de plus en plus mais les psys ils ont toujours un langage très fermé.
- C'est au niveau du langage que ça se pose ?...
- Oui, et puis aussi des méthodes. C'est quand même assez difficile de communiquer avec eux ».

Cette dimension de l'accessibilité à autrui de son cadre de référence et des enjeux de ses méthodes s'ajoute à ce que l'on a dit plus haut sur l'exigence, inhérente au fonctionnement réticulaire, d'accepter que son point de vue ne se trouve pas en position de surplomb, mais au même niveau que les autres. S'exprimer de manière à être compris par tous, c'est aussi donner les moyens à ses partenaires de saisir, de s'approprier et éventuellement de critiquer sa propre démarche. Se révèle également dans cette question de la traduction entre langages professionnels différents la dimension égalitaire du réseau : s'accorder sur un langage commun ou sur des procédures de traduction est indispensable pour que tous les partenaires puissent disposer d'une égale information. A l'inverse, un ésotérisme de langage entrave l'efficacité du réseau en faisant de certains éléments de compréhension des situations traitées le privilège de ceux qui maîtrisent en quelque sorte le « code » permettant d'y avoir accès.

Mais les tensions ne surgissent pas toujours d'une trop grande distance entre cadres de références, méthodes et jargons professionnels. Elles peuvent aussi être causées par une trop grande proximité, source de mise en concurrence. Des dispositifs intervenant par exemple auprès d'une même population peuvent de ce fait se disputer celle-ci, et se reprocher mutuellement de viser à s'assurer le monopole de sa prise en charge. Ces logiques concurrentielles tendent alors à s'appuyer sur les différences existantes pour les accentuer et en faire un principe d'évaluation hiérarchisée. Des dispositifs intervenant auprès de la même population pour lui proposer des services sensiblement proches voire équivalents, pourront être tentés de s'engager dans une querelle de légitimité, visant à

contester au concurrent la légitimité à « marcher sur ses plates-bandes ». C'est une telle situation, entravant le développement d'un travail en réseau, que rencontrent par exemple les conseillères conjugales du Planning familial dont l'absence de véritable reconnaissance professionnelle est mobilisée à leur encontre par certains professionnels du soutien psychologique s'estimant concurrencés :

« Peut-être aussi parce qu'il y a la concurrence dans les corps de métier. Je lisais encore des articles sur qui peut s'instaurer psychothérapeute, qui pas, etc., parce que c'est tous ces trucs là... Comment on investit notre mission en tant que conseillères conjugales, et jusqu'où on peut aller, et on prend la place de qui, et bon les autres, les autres métiers psys c'est pareil, qui fait quoi. Mais c'est particulier aussi au statut de conseillère conjugale, c'est-à-dire que nous n'avons pas de statut, ce n'est pas reconnu comme une profession, et c'est ça peut-être qui fait qu'on a du mal à s'institutionnaliser comme partenaire à part entière dans ce registre là, des difficultés existentielles ou des difficultés psychiques à l'adolescence ».

C'est un même risque qu'exprime, de manière en quelque sorte inversée, la directrice de l'association A3, qui explique que les différences d'approches et d'objectifs qui la séparent d'autres associations intervenant auprès de la même population des toxicomanes évite précisément que se développent des rapports de concurrence, nuisibles pour le travail en coordination : « On ne fait pas la même chose, donc ça ne gêne pas. On travaille, on ne fait pas du tout la même chose, nous on est carrément dans le soin, bon. Eux ils sont, les uns et les autres (...) c'est ce qu'on appelle l'accueil bas seuil ». La pluralité constitutive du travail en réseau apparaît de ce point de vue non seulement comme témoignant d'un souci d'efficacité par une complémentarité des perspectives et des méthodes, mais également comme une condition de ce mode de fonctionnement ; un réseau faisant se réunir des organismes aux méthodes, objectifs et publics trop proches s'expose à un blocage rapide causé par le développement de relations de concurrence.

2.3.3. L'information, point sensible

Les éléments recueillis par questionnaire que nous avons présentés plus haut ont déjà montré que la confidentialité et, plus globalement, la diffusion et le contrôle des informations, constituaient un point particulièrement délicat pour le fonctionnement en réseau (cette question avait d'ailleurs été très tôt soulevée et discutée au sein du comité de pilotage de l'étude). Les entretiens confirment l'importance de ce problème, et montrent combien il s'agit d'un vif sujet de préoccupation pour les intervenants. Cette préoccupation s'exprime selon deux facettes inversées : d'abord une vigilance de chacun pour ne pas diffuser des informations inutiles ou pouvant se révéler dommageables à la personne prise en charge, ensuite la difficulté à obtenir les informations dont il est ressenti le besoin pour la pratique de la part de partenaires peu disposés à partager ce qu'ils savent.

Veiller à limiter l'information transmise aux partenaires au strict minimum utile apparaît ainsi comme une exigence éthique, destinée à ne pas nuire à la qualité et à la pérennité de la prise en charge.

Elle relève de ce que l'on a dit plus haut de l'exigence, qui s'impose à chacun des membres du réseau, de savoir « rester à sa place » et de ne pas s'engager dans un registre de pratique qui n'est pas le sien et où il n'y a rien à gagner, mais au contraire tout à perdre. C'est ce qu'exprime significativement cette éducatrice de la mission locale de Bourg-en-Bresse lorsqu'elle précise, immédiatement après avoir dit que la police pouvait être comptée au titre des partenaires éventuels, que « nous ne sommes pas des indics ». Si cet exemple est en quelque sorte extrême – et de ce fait très parlant –, il n'en souligne pas moins que la définition de l'information pouvant être partagée avec les partenaires est le fruit d'une sélection délicate et vigilante.

Pour autant, une conception trop restrictive des informations pouvant faire l'objet d'une diffusion peut se révéler une source de blocage. Des intervenants confrontés à des partenaires qui refusent de leur communiquer des données sur les personnes faisant l'objet d'une prise en charge commune se trouvent de fait en difficulté pour accomplir celle-ci de manière véritablement efficiente. Une réticence à communiquer certaines des informations que l'on a en sa possession est le plus souvent signalée chez les professionnels de la santé prompts à se retrancher derrière le secret professionnel :

« Par exemple si le centre psychiatrique nous envoie un jeune pour le mettre au travail, on n'a aucun, on n'est pas du tout soutenus, non pas qu'on veut avoir vue sur son dossier médical, c'est pas là la question, mais il nous faut quand même quelques éléments. Si on connaît ces éléments là, c'est quand même mieux. Mais ça on ne les a pas (...) Il y a des organismes qui font des rétentions d'informations volontaires (...) Secret professionnel. Alors que nous nous sommes soumis aussi au même secret » (mission locale).

Cette rétention d'information peut se révéler particulièrement frustrante lorsque plus aucune nouvelle n'est donnée par un organisme après qu'on lui ait adressé un jeune. Hormis la satisfaction, essentiellement personnelle, de savoir que tel jeune que l'on a orienté a effectivement été pris en charge et va mieux, ce retour d'information se révèle important pour l'évaluation de la pertinence de l'orientation. Savoir si, oui ou non, le jeune a été bien accueilli, si le mode de prise en charge qui lui a été proposé lui a convenu... sont des éléments importants à prendre en compte, permettant de savoir si ce type d'orientation pourra être réédité à l'avenir, ou s'il faudra à l'inverse trouver un autre organisme mieux adapté.

L'équilibre à trouver entre informations pouvant ou non être transmises à un partenaire est un point signalé par la quasi totalité des intervenants rencontrés. Il s'agit en fait d'identifier quelles informations sont nécessaires au partenaire pour qu'il puisse remplir sa mission dans de bonnes conditions – et devront de ce fait lui être communiquées – et de les distinguer de celles qui lui seront inutiles ou dont la diffusion est problématique sur le plan éthique : « Ce n'est pas non plus toujours nécessaire que l'on sache tout. Mais par contre on nous demande de placer le jeune, on nous demande de le mettre à l'emploi sans tout connaître, donc on a quelquefois des difficultés » (mission locale). Certains intervenants rencontrés signalent ainsi qu'ils n'ont pas besoin de « tout savoir » sur les personnes qu'elles sont amenées à prendre en charge, et soulignent les risques de dérive inhérents à la

tentation de vouloir tout connaître d'elles. Cette dérive potentielle est bien exprimée par les responsables de la santé scolaire de l'Ain, qui reconnaissent qu'il s'agit d'une tentation dont nul ne peut être totalement à l'abri :

« – C'est vrai qu'on n'est pas obligées de savoir tous les détails. Si on sait qu'il y a une prise en charge et que les choses avancent, ça peut suffire. C'est vrai que de temps en temps on a peut-être envie d'en savoir un petit peu plus.

« – Dans la structure scolaire c'est une chose sur laquelle il faut vraiment être vigilant parce que effectivement il y a toujours tendance à vouloir savoir, "mais qu'est-ce qu'il a ce jeune ?", ça vient assez vite ça, soit du chef d'établissement, soit des enseignants... »

La récurrence, tant dans les questionnaires que dans les entretiens, de cette question épineuse de la confidentialité des informations transmises (ou non) aux partenaires du réseau amène à la considérer comme une des plus centrales dans toute réflexion sur le fonctionnement réticulaire. Elle doit surtout conduire les organismes ou acteurs membres d'un réseau à s'interroger sur le type ou la nature des informations pouvant ou non être communiquées, ainsi que sur les procédures de définition des informations pertinentes pour chacun d'eux. C'est bien cette dimension des réseaux que soulignaient les responsables de la santé scolaire de l'Ain :

« – Il faut un partage des renseignements qui ne trahisse pas le secret professionnel ou la confidentialité, mais qui est nécessaire aussi pour aider à la compréhension du comportement du gamin et l'aider. Je crois qu'il y a un minimum de données à partager, il faut les choisir.

« – Il faut aussi je pense réfléchir à ce dont a besoin un professionnel pour faire son métier. Il est enseignant, il a besoin de savoir ça pour être pertinent auprès de ce jeune ».

2.3.4. Le refus ou l'impossibilité du réseau

On vient de voir que le travail en réseau comporte, en dépit de ses avantages reconnus par l'ensemble des acteurs interrogés, un certain nombre d'inconvénients. Si ces derniers constituent des freins, parfois importants, au travail collectif coordonné, ils sauraient toutefois le remettre complètement en cause. Les difficultés que nous allons maintenant aborder sont plus sérieuses en ce qu'elles tendent à dissuader les intervenants de s'engager dans une action coordonnée avec des partenaires. Certaines de ces difficultés amènent à considérer que le réseau doit être rejeté parce que les inconvénients qu'il présente sont supérieurs à ses éventuels avantages, tandis que d'autres induisent plutôt une impossibilité pratique du fonctionnement réticulaire.

Le rejet volontaire du réseau peut être motivé par des considérations que l'on pourrait qualifier de « politiques » (en prenant ce terme dans un sens très large). Un organisme peut dans ce cas explicitement refuser de se joindre à un réseau organisé en ce qu'il considère que cela pourrait induire pour lui une perte de marge de manœuvre, notamment dans des situations critiques, en le liant trop étroitement à d'autres ne partageant pas nécessairement ses opinions. L'appartenance à un réseau représenterait dans ce contexte une perte d'autonomie. Ce n'est sans doute pas un hasard si cette réticence a principalement été exprimée par une association à l'identité militante aussi forte que le

Planning familial, lequel « ne désire pas être repéré (...) On a envie de garder notre marge de manœuvre (...) On est politiquement investies pour essayer de faire bouger des choses, mais c'est vrai que si on est trop dans des réseaux, ça peut être ennuyeux par rapport à la défense de positions qui ne seraient pas suivies par les autres ».

Mais le plus souvent une certaine réticence – ou vigilance – à l'égard du réseau, pouvant amener à son évitement (ou, plus exactement, à une forme atténuée de son usage), est rapportée à des considérations d'ordre éthique, tenant principalement à l'exigence de laisser le patient libre dans ses choix d'orientation. Il ne saurait s'agir, selon ce point de vue, de diriger le jeune accueilli vers un partenaire privilégié en ce que cela reviendrait à lui « forcer la main », à lui dénier son autonomie de décision. Il s'agit plutôt de laisser le jeune « s'approprier la démarche », de lui laisser les moyens d'être véritablement acteur de sa démarche ; cet aspect est présenté comme décisif en ce qu'une orientation n'accordant pas une autonomie suffisante risque d'être perçue comme une contrainte et d'aboutir à l'échec. L'importance de respecter l'autonomie de décision et le rythme des personnes accueillies et orientées est, selon plusieurs intervenants rencontrés, particulièrement importante s'agissant de jeunes, souvent prompts à adopter une attitude oppositionnelle.

« Ce qui me semble très important c'est de ne pas faire prendre en charge la personne en sorte qu'elle ne soit plus acteur. Mais toujours le faire avec elle, et l'accompagner dans son histoire, mais qu'elle reste acteur » (A3).

« Tout dépend de ce qui existe, et il n'y a pas partout des structures (...) Et puis à partir de tout ça que les enfants, enfin les ados, puissent choisir et s'y sentir bien – autre problème » (santé scolaire).

« On n'a pas vraiment d'emprise sur le jeune. On ne peut pas, ça reste très personnel. Donc des réseaux il y en a, des gens à qui parler il y en a, faut-il que la personne... A moins que la personne soit tellement dépendante qu'on puisse faire la démarche avec elle, donc ça nous arrive de prendre des rendez-vous, ou même d'aller avec la personne, c'est possible ça (...). Mais c'est quand même la personne qui va décider si oui ou non elle va suivre notre prescription » (mission locale).

« Je suis une de celles qui ont du mal à donner des noms aux personnes, parce que... D'abord parce que bon, par principe, on n'est pas là pour alimenter le libéral. Et puis je pense que c'est plus utile, la démarche de commencer à se poser des questions et de savoir, qui je pourrais aller voir, comment ça peut se passer, c'est vachement important que la personne se l'approprie elle-même et qu'on ne lui mâche pas le boulot » (Planning familial).

De fait, la conception que l'intervenant se fait de son rôle consiste davantage à suggérer, ou à induire, une orientation, plutôt qu'à la définir a priori et sans concertation avec le patient :

« Tout notre travail, parce que ça fait partie de notre mission aussi, c'est d'amener la personne à prendre conscience que deux ou trois entretiens ça ne va pas suffire pour démêler son mal de vivre, et que ça serait judicieux qu'elle accepte entre guillemets d'être suivie, qu'elle prenne elle-même j'allais dire son destin en main et qu'elle accepte d'être suivie ailleurs » (Planning familial).

Seule exception à cette règle, les situations d'urgences, qui appellent une orientation immédiate. Dans la plupart des cas (et principalement lorsqu'il y a un risque de tentative de suicide), celle-ci se fait en direction de services hospitaliers d'urgence : « Ca arrive que par exemple l'infirmière ait un entretien avec un jeune et dise "je ne peux pas le lâcher parce qu'il serait capable de faire soit une fugue, soit une TS, soit une bêtise, un acte de violence ou autre". Mais elles arrivent à le sentir ça, elles ne peuvent pas le lâcher, et elles font une hospitalisation en urgence. Avec le médecin quand c'est possible » (santé scolaire).

D'autres situations difficiles entraînent une impossibilité pratique du travail en réseau. C'est notamment le cas lorsque la personne accueillie a visiblement besoin d'une prise en charge urgente que l'organisme ne peut (par exemple parce que ce type de problème ne relève pas directement de ses compétences) assurer, mais refuse d'être orientée vers un autre dispositif davantage spécialisé. Dans ces conditions, marquées par la nécessité de ne pas laisser la personne livrée à elle-même sans aucun soutien (et cela d'autant plus que les troubles ou problèmes qu'elle présente semblent graves), certains organismes se voient contraints à prendre en charge des personnes alors que ce type de soutien ne relève pas directement de leurs prérogatives. Se charger d'un suivi alors que celui-ci ne fait pas officiellement partie de ses missions, voire ne relève pas de ses compétences, apparaît de l'ordre de l'exigence éthique lorsqu'on sait qu'une proposition d'orientation vers une structure davantage spécialisée ne rencontrera pas un accueil favorable et risque plutôt d'interrompre le contact. Ce type de problème est d'autant plus prégnant s'agissant de la question très spécifique de la souffrance psychique des jeunes, la crainte d'être étiqueté comme « fou » parce que l'on est orienté vers une structure à l'identité psychiatrique marquée agissant comme un dissuasif puissant contrevenant à la réalisation de certaines orientations. Dans ce cas, il est préférable d'assurer un suivi minimal – dont il est espéré qu'il permettra d'induire chez la personne un désir de prise en charge plus spécialisé – plutôt que la laisser « partir dans la nature » sans aucun suivi :

« Parfois on travaille en réseau, c'est-à-dire qu'on essaie d'orienter les jeunes filles que nous on conseille sur quelque chose d'un peu plus suivi, enfin une équipe carrément, quand on les sent en danger, psychique. Mais parfois ben non, on les suit parce que c'est le seul point d'ancrage où elles vont parler un petit peu d'elles (...) Des gens qui avaient déjà fait des TS par exemple, et qui avaient vraiment besoin d'une prise en charge et où on a arrêté le processus très rapidement parce que sinon on les perdait, elles partaient dans la nature, il était hors de question qu'elles soient suivies » (Planning familial).

Cette situation est principalement rencontrée par des organismes identifiés par les jeunes comme pouvant jouer un rôle d'écoute et de soutien psychologique, mais sans comporter une identité psychiatrique, ni même psychothérapeutique, trop marquée :

« Dans la mesure du possible on essaie de faire comprendre aux gens, d'abord qu'on n'est pas forcément fou parce qu'on a besoin de parler un peu de soi, et que si c'est pas le moment c'est pas le moment, mais que ça serait peut-être bien d'envisager de faire une démarche, puisque nous on peut pas les suivre ici (...) Ensuite on passe le relais, mais il y a des fois où ce n'est pas évident, justement les cas que je précisais, où c'est important de ne pas les lâcher, de ne pas lâcher quelqu'un dans la nature » (Planning familial).

On conçoit de ce point de vue tout l'intérêt qu'il y a à ne pas adopter une délimitation trop stricte ou trop spécialisée de l'ensemble des structures appelées à appartenir à un réseau. Des organismes pouvant apparaître comme relativement marginaux, ou dont les missions ne relèvent qu'indirectement du domaine que le réseau entend prendre en charge, peuvent eux aussi avoir accès à un ordre de connaissance, et jouer un rôle décisif, dans la résolution de certaines questions. De manière quelque peu paradoxale, les difficultés de l'ordre de celles que l'on vient d'évoquer soulignent les bénéfices qu'apporte la pluridisciplinarité qui se trouve au cœur de la démarche réticulaire.

2.4. L'outil annuaire

Il est apparu nécessaire de compléter notre travail sur les différents intervenants dans le domaine de la souffrance psychique des jeunes par une étude de la pertinence de l'outil annuaire, en ce que celui-ci est fréquemment présenté comme un instrument clé pour le fonctionnement en réseau. Le travail de type réticulaire exige en effet une connaissance fine et une maîtrise de son environnement associatif et institutionnel, permettant de s'y orienter – et d'orienter les personnes prises en charge – de la manière la plus efficiente possible. C'est précisément ce type de connaissance que l'annuaire est destiné à apporter ; en offrant sur un support maniable une vision d'ensemble et systématiquement organisée du secteur sanitaire et social, il est supposé permettre aux différents acteurs de choisir les éventuels partenaires les plus compétents pour la prise en charge du problème auquel ils se trouvent confrontés. De fait, l'élaboration d'un annuaire apparaît bien souvent comme la réponse la plus immédiate – et, parfois aussi, la plus simple – pour pallier les manques de coordination entre les différents acteurs d'un même secteur d'activité, comme l'instrument au pouvoir quasi magique dont la mise à disposition permettrait à elle seule d'instaurer un fonctionnement en réseau.

L'image positive dont bénéficie cet outil a été contestée par certains, tels Pierre Larcher (spécialiste des réseaux à la Direction générale de la santé), qui a émis de sérieuses réserves sur la pertinence des annuaires regroupant l'ensemble des professionnels ou structures susceptibles de travailler ensemble en réseau. Dans bien des cas, selon lui, « non seulement l'annuaire avait toute chance d'être déjà périmé au moment de sa parution, mais toute la démarche se trouvait figée à un moment où, ensemble, les professionnels ne s'étaient pas encore questionnés sur les améliorations susceptibles d'être apportées : ce genre de réseau n'a jamais duré bien longtemps »⁴⁴. La démarche de l'URCAM, posant en préalable à l'édition d'un éventuel répertoire une évaluation de sa pertinence auprès de ses utilisateurs potentiels relève de ce point de vue d'une attitude prudente et pragmatique.

⁴⁴ Pierre Larcher, « Quelle politique pour les réseaux ? », *THS La revue*, n° 2. 1999, p. 33.

Ce sont certains des présupposés de l'engouement pour les annuaires que nous avons tenté de questionner dans cette partie de l'étude en sollicitant les personnes interrogées sur leur utilisation des annuaires déjà à leur disposition et sur leur sentiment d'une éventuelle carence en outil de ce type dans le domaine de la souffrance psychique des jeunes. Plus largement, nous avons soumis les annuaires à plusieurs interrogations : sont-ils véritablement utilisés dans le choix des partenaires potentiels, ou ceux-ci sont-ils choisis en fonction d'autres critères ? L'information est-elle véritablement ce qui fait le plus défaut aux organismes intervenant dans tel ou tel secteur spécialisé ? Les répertoires permettent-ils une vision d'ensemble du secteur d'activité considéré et, si oui, celle-ci est-elle véritablement la garantie d'un véritable fonctionnement réticulaire ? Les annuaires sur support papier constituent-ils un instrument toujours d'actualité, ou tendent-ils à apparaître comme dépassés face aux innovations technologiques actuelles (et notamment au développement d'internet) ?

2.4.1. Les annuaires dans les réponses au questionnaire

La pertinence des outils de type annuaire était abordée en plusieurs points du questionnaire. La question n° 27 avait pour objectif de cerner le rôle que jouent les répertoires d'adresses dans la constitution du réseau de partenaires de chacun des organismes sollicités dans l'enquête. Elle demandait aux répondants de hiérarchiser en les numérotant les différents modes de constitution ayant été prédominants dans la constitution de leur réseau. Sept choix possibles étaient offerts, parmi lesquels « organisme dont les coordonnées ont été trouvées dans un annuaire ou répertoire professionnel ». Parmi ceux qui nous ont été renvoyés, deux questionnaires ne contiennent pas de réponse à cette question, tandis que neuf répondants n'ont pas classé ce choix. Six répondants ont signalé qu'il leur arrivait de recourir à des annuaires professionnels pour identifier des partenaires, mais en classant cet instrument parmi les moins fréquemment mobilisés (3 répondants l'ont classé en 4^e position, trois autres l'ont classé en 5^e position). Ces réponses témoignent, sinon d'une faible utilisation des annuaires, du moins de leur rôle secondaire, voire marginal, pour la constitution des réseaux. A l'inverse, les réponses qui ont le plus fréquemment été classées en première position par les répondants témoignent de l'importance des relations personnalisées préalables entre membres d'un même réseau, puisque neuf répondants ont classé en première position la réponse « organisme avec qui préexistaient des contacts » (trois ont choisi la réponse « organisme déjà connu de réputation » et trois autres « organisme avec qui un partenariat est officiellement recommandé ou imposé »).

La question n° 29 interrogeait directement sur l'utilisation des annuaires, en demandant aux organismes de l'échantillon s'ils utilisaient les répertoires de ressources pour réaliser des orientations ou solliciter des partenaires « très souvent », « souvent », « parfois » ou « jamais ». Ici encore, les réponses témoignent du rôle secondaire des annuaires, puisqu'on compte deux réponses « jamais », sept « parfois », quatre « souvent » et une « très souvent ». La préférence pour le réseau pratique plutôt que pour le réseau organisé (dont relève l'outil annuaire) est par ailleurs exprimée par un répondant

qui n'a choisi aucune des réponses proposées mais a écrit sous la question : « nous avons nos propres agendas ».

La question n° 30 était une question ouverte, demandant aux répondants quels sont à leurs yeux les principaux avantages et inconvénients de ce type d'outil. Quatre questionnaires renvoyés ne comportent pas de réponse à cette question. Parmi les avantages, c'est le caractère pratique de l'outil et son efficacité qui sont le plus souvent évoqués, comme en témoignent les réponses suivantes : « rapidité et précision » ; « disponible et facile à consulter » ; « accès facile ». D'autres répondants sont plus réservés sur cet aspect, et soulignent que l'usage de l'annuaire ne va pas toujours de soi, et exige une certaine maîtrise : « nécessité d'une bonne connaissance de l'outil pour une bonne utilisation ». Parmi les avantages, l'appréhension et la connaissance globales de l'environnement associatif et institutionnel que permet l'annuaire sont également relevés : « vision synthétique des actions menées par les autres partenaires ». En ce qui concerne les inconvénients, un répondant reproche aux annuaires leur caractère « très impersonnel », témoignant ainsi de l'importance, signalée déjà à plusieurs reprises, des relations personnalisées dans le travail en réseau. Mais l'inconvénient majeur, signalé par huit répondants, est le caractère statique, et par conséquent vite dépassé, de l'annuaire : « vite incomplets et mise à jour pas toujours existante » ; « vite dépassé » ; « pas suffisamment à jour » ; « vieillit mal, information vite caduque » ; « mise à jour irrégulière » ; « nécessite des mises à jour régulières »... Cette quasi unanimité invite à porter de sérieuses réserves sur la pertinence de l'outil annuaire, en ce que, seulement capable d'offrir une photographie à un moment donné d'un paysage associatif et institutionnel, il se révèle inapte à intégrer les transformations que le temps fait inévitablement subir à ce dernier. Les acteurs ne peuvent en conséquence lui apporter qu'une crédibilité de plus en plus réduite au fur et à mesure qu'il vieillit.

L'objet de la question n° 31 était une évaluation de la pertinence d'un annuaire spécialement consacré à la prévention et au traitement de la souffrance psychique des jeunes. Les réponses à cette question sont quelque peu paradoxales en ce qu'elles tendent à contredire l'impression de faible pertinence de l'outil annuaire qui ressort des questions 27 et 29. Une majorité de répondants accueille positivement cette proposition, trois estimant qu'un tel répertoire est « indispensable et urgent » et sept le jugeant « très utile », tandis que trois le considèrent comme « peu utile » et un seul comme « complètement inutile ». Il n'est pas anodin de constater que les trois répondants qui attendent l'élaboration d'un annuaire avec le plus d'impatience ont tous répondu à la question n° 18 qu'ils estimaient avoir une connaissance de leur environnement associatif ou institutionnel « moyenne » ; leur attente en ce qui concerne le domaine particulier de la souffrance psychique des jeunes ne fait sans doute que refléter un sentiment de carence en informations plus général.

Cinq questionnaires renvoyés ne comportent pas de réponse à la question n° 32, « quelles autres sources d'information utilisez-vous ? ». Ceux qui ont effectivement répondu ont le plus souvent signalé les collègues, « les relations », le « réseau des partenaires », ou encore « l'habitude du travail en commun ». D'autres ont signalé l'annuaire téléphonique, un répertoire associatif départemental,

ainsi que les revues professionnelles du secteur social. Sont particulièrement intéressantes les réponses de deux organismes signalant, de manière quelque peu inattendue, comme source d'information les usagers eux-mêmes (l'une des réponses avance ainsi que « c'est souvent à travers le parcours des personnes que nous découvrons certaines structures »), dont l'expérience pratique du secteur sanitaire et social peut être mise à profit.

La pertinence d'un abandon du support papier au bénéfice des nouvelles technologies de communication électronique est évaluée à partir des réponses à la question n° 33 (« utilisez-vous des sources d'information électronique (internet) ? Si oui, quels avantages et quels inconvénients ce type de support représente-t-il par rapport aux supports papier ? »). Les résultats indiquent que le règne d'internet n'est pas encore établi, et que le papier bénéficie d'un sursis. Sur les quatorze questionnaires où figure une réponse, sept signalent une non utilisation de ce type de source d'information (un répondant précisant qu'il n'est pas équipé de manière à pouvoir l'utiliser). Les sept autres réponses indiquent que cette utilisation est balbutiante ou encore à l'état de projet, tout en signalant certains des avantages attendus, tels qu'une réactualisation plus fréquente des données (« vieillit mieux ») et de plus grandes rapidité, liberté et facilité de recherche. Les inconvénients évoqués sont un développement encore insuffisant et la maîtrise technique exigée pour une utilisation efficace.

2.4.2. Usages et perceptions de l'annuaire dans les entretiens

La plupart des avis émis dans les questionnaires sont partagés par les personnes rencontrées au cours des entretiens. Il en est ainsi, tout spécialement, de la relativement faible utilisation des annuaires professionnels dans le cours de la pratique quotidienne. Si la plupart des personnes rencontrées ont une opinion favorable sur ce genre d'outil, c'est généralement pour signaler qu'elles-mêmes n'y ont pas, ou peu, recours. De ce point de vue, il semble que l'annuaire soit conçu comme l'instrument dont ont besoin ceux qui n'ont pas une complète maîtrise de leur pratique et de leur environnement ; à l'inverse, le professionnel confirmé est celui qui dispose d'une connaissance suffisamment fine du paysage sanitaire et social au sein duquel il évolue pour pouvoir s'en dispenser ; d'une certaine manière, il n'a pas besoin des informations apportées par l'annuaire car il en a déjà pris connaissance dans le cours même de son activité quotidienne. S'exprime dans ces réponses ce que l'on peut considérer comme l'expression de principes d'évaluation propres au secteur professionnel, plaçant le réseau pratique – ensemble des partenaires que l'on s'est constitué dans et par sa pratique – au-dessus du réseau organisé. D'où l'affirmation d'inutilité (pour soi-même) de ce genre d'outil au profit du répertoire personnel constitué au fil du temps et des besoins rencontrés :

« On a bien la connaissance de notre réseau (...) On l'a notre annuaire, on l'a fait » (Médecins du monde).

« R – C'est plus une question de connaissance, du tissu...

L – Vous avez votre propre répertoire d'adresses...

F – Oui, oui c'est ça.

L – Que vous vous êtes constitué...

F – Avec le temps, oui. Et c'est vrai que je suis Mme santé ici, alors évidemment depuis le temps que je le fais j'ai acquis beaucoup de... Je connais certaines choses, est-ce que je connais tout, je ne sais pas » (Mission locale).

A l'inverse, les intervenants qui, telle la conseillère conjugale du Planning familial que nous avons rencontrée, reconnaissent travailler peu en réseau sont ceux qui accueillent le plus positivement la proposition d'édition d'un annuaire spécifiquement consacré au domaine de la prévention et du traitement de la souffrance psychique des jeunes. Pour autant, cet accueil favorable s'accompagne d'une attente de grande précision des informations que pourrait contenir celui-ci, de manière à ce que les orientations se fassent en toute confiance et avec une pleine connaissance des spécificités de l'organisme vers lequel le jeune est dirigé :

« Ca serait bien effectivement que ça soit regroupé dans un annuaire... De façon à ce qu'il n'y ait pas des ratés non plus dans les orientations. Les adolescents sont tellement spontanés, ils veulent tout tout de suite, et si on se rate, on se rate. Et moi j'ai souvent été un peu échaudée parce que justement on travaille peu en réseau etc., pas de manière formalisée, et que j'ai envoyé des gamines qui allaient très mal, des ados qui allaient très mal dans des lieux (...) quand c'est la 3^e qui dit "oh lala, je suis tombée sur quelqu'un qui ne m'a pas dit un mot pendant une demie heure", alors que bon ça va pas, c'est gênant (...) Si ça n'a pas marché ils n'y retourneront pas. Non, je pense que ça serait bien. Avec peut-être plus qu'un, je dirais presque, un descriptif pas de ce que ça traite, mais tout au moins les spécificités quand même des pratiques. Moi je parle presque d'obédience ou de religion, mais ça aussi c'est important. Nous un problème auquel on a été confrontées ici (...) de ne pas envoyer sur des lieux ou des personnes qui ne prennent pas en compte le fait que ces gens qu'on leur envoie, ils ont besoin de soutien » (Planning familial).

Tout se passe comme si, pour des intervenants se tenant (de façon volontaire ou non) quelque peu à l'écart des « réseaux » préexistants, l'annuaire devait permettre d'accéder au type d'information disponible grâce aux relations personnalisées qui se déploient à l'intérieur de ceux-ci. Dans cette perspective, l'annuaire présentant une telle précision d'information ne serait pas tant un outil permettant d'intégrer le réseau qu'un moyen pour ceux qui ne souhaitent pas pleinement s'engager dans un fonctionnement réticulaire de bénéficier de certains des avantages que propose celui-ci sans avoir à payer ce qui leur apparaît comme les principaux inconvénients. L'annuaire, support du réseau organisé, serait l'outil pertinent non seulement de ceux qui ne se sont pas encore constitué un réseau pratique, mais également de ceux qui souhaitent préserver leur indépendance et leur marge de manœuvre. Pour autant, il apparaît quelque peu difficile de répondre à ce type d'attente en ce que, précisément, le réseau et les relations personnalisées qu'il offre, permettent d'accéder à un type d'informations pouvant revêtir un caractère officieux (telles l'« obédience » ou la « religion » des psychothérapeutes, voire la « souplesse » ou la « rigidité » à l'égard de certaines normes encadrant officiellement la pratique d'intervenants des secteurs sanitaire ou social), et à ce titre difficilement publicisables dans un document écrit et largement diffusé. En dépit des espoirs parfois émis en ce

sens, il n'est pas sûr que, sur ce point, l'annuaire puisse se révéler un outil suffisamment précis pour permettre de pallier certaines carences en informations.

Terminons ce point en évoquant une nouvelle fois la manière dont les intervenants perçoivent les supports d'information électronique. Dans les entretiens comme dans les questionnaires, la perspective d'un proche abandon des répertoires papier au profit de l'ordinateur est accueillie avec réticence. Les personnes rencontrées justifient leurs réserves soit par leur faible équipement en matériel informatique (« On vous répondra dès qu'on sera équipés »), soit par leur manque de maîtrise de ce type d'instrument (« Moi je n'y connais pas grand chose (...) Il faudrait que je sache vraiment ce qu'on peut y trouver ») – faible maîtrise de l'informatique qui peut dans quelques cas s'accompagner d'une certaine réticence face à l'envahissement technologique qu'accompagne un attachement au support papier : « Moi j'aime le papier, les bouquins (...) L'ordinateur je m'en sers pour faire du traitement de texte, voilà. Je m'arrête là. Ce genre de choses je ne supporte pas. J'ai besoin du papier, des bouquins... ».

2.4.3. Evaluation des annuaires existants

L'étude demandée par le comité de pilotage au CRAES comportait un volet de repérage, de collecte et d'analyse des annuaires existant dans le domaine de la santé des jeunes, et plus précisément de leur santé psychique. Ce volet n'a pu être conduit jusqu'à son terme pour deux raisons principales. La première est la faiblesse des réponses aux demandes de communication des annuaires connus ou détenus par les associations départementales d'éducation pour la santé, lesquelles ont été les principales sollicitées, avec les CPAM, pour cette étape de l'enquête. Peu de documents nous ont été transmis, et de manière très inégale selon les départements, ce qui a empêché d'accéder à une vision d'ensemble des outils de ce type de supports produits dans la région. Le second obstacle à cette étude des annuaires existants a été la brièveté des délais impartis pour l'étude, qui a empêché non seulement de réaliser un travail d'investigation plus poussé, mais également de conduire une véritable analyse de ceux que nous avons pu nous procurer.

Tout d'abord, il nous semble important de distinguer deux types de documents disponibles, les répertoires à destination des professionnels et ceux à destination des jeunes eux-mêmes. Les premiers comportent généralement des informations très détaillées sur les différentes structures répertoriées, telles que – outre les adresses et numéro de téléphone ou de fax – les services proposés, horaires, zone de compétence, composition du personnel, nom des responsables, etc. Leur volume est dépendant de la mise en page et de l'aire géographique prise en compte – pouvant aller d'une cinquantaine de pages pour un répertoire local à près de 200 pour un annuaire régional. Certains sont composés de fiches mobiles, ce qui offre une possibilité de réactualisation régulière. Ils sont le plus souvent imprimés, et le format alors adopté est celui d'un ouvrage ; certains rendant compte de dispositifs locaux ou départementaux sont photocopiés et sont de format A4. Le souci qui prévaut à leur organisation

interne est celui de l'efficacité ; quel que soit le mode de classement adopté (généralement par secteur d'intervention des organismes répertoriés), la présentation est relativement austère et vise avant tout à une exposition systématique des informations. La plupart d'entre eux sont édités par des institutions (DRASS, DDASS, CPAM...) ou des collectivités locales (conseil général, mairie...), avec la collaboration d'organismes de statut associatif.

Les annuaires à destination des jeunes eux-mêmes sont de formes beaucoup plus hétérogènes. Certains sont de simples fiches photocopiées de format A4 tandis que d'autres sont des cahiers ou brochures de petit format. Ils témoignent le plus souvent d'un souci d'être attrayants, notamment par des illustrations, un usage de la couleur, ou une mise en page conviviale ou humoristique. La présentation des informations témoigne ici aussi d'un souci de systématique (par une organisation thématique des adresses), mais celui-ci est nuancé par cette volonté de séduire le public jeune. Les informations présentées sont plus lacunaires que dans les annuaires à destination des professionnels, limitées le plus fréquemment au nom du service, à son adresse et à son numéro de téléphone. Leur aire de pertinence est le plus souvent limitée à la ville ou (plus rarement) au département, dont ils présentent le paysage institutionnel et associatif (ce qui ne veut pas dire que des organismes d'autres villes ou départements en soient absents). Il faut souligner, parmi ces répertoires à destination spécifique des jeunes, la position centrale occupée par le document « Adresses santé jeunes » édité pour chaque département de la région par le CRAES et la Fondation de France, que de nombreux interlocuteurs nous ont présenté comme un document de référence. Le fait que certains professionnels nous aient signalé avoir recours à ce document dans le cadre de leur pratique comme le constat de sa présence dans le bureau de certaines personnes interviewées semblent des indicateurs du succès qu'a rencontré cette formule.

Cette évocation des différents documents de type annuaire que nous avons pu recueillir est bien trop lacunaire pour permettre de tirer de véritables conclusions. Il nous paraît simplement possible, compte tenu de ce que semblent indiquer (avec les limites inhérentes au nombre restreint de répondants) les informations recueillies tant par questionnaire que par entretiens, que les annuaires professionnels ne font pas partie des principaux modes d'acquisition des informations nécessaires au fonctionnement en réseau (on se rappelle qu'ils sont classés loin derrière les contacts et relations avec les partenaires), et que le sentiment d'une réelle utilité pratique de ce type d'instrument n'est pas le plus partagé. Si les répondants reconnaissent dans leur grande majorité la validité des documents de cet ordre, ils sont aussi nombreux à affirmer ne pas, ou peu, s'en servir. Pour ce qui est des répertoires destinés aux jeunes, là encore nos données sont trop partielles et insuffisamment représentatives pour permettre de tirer des conclusions. Il nous semble cependant – mais il conviendrait de le vérifier – qu'une trop grande multiplication (plusieurs organismes tendant à parallèlement produire le leur à destination de leur public spécifique) des outils de ce type peut nuire à leur identification et à leur utilisation efficace. Là réside peut-être le succès du document « Adresse santé jeune » qui semble présenter la qualité majeure d'être très identifiable (par sa forme originale et l'ampleur de son aire de

référence, celle du département), complet et synthétique, sans souffrir d'être une production d'un organisme partie prenante du dispositif associatif et institutionnel qu'il vise à décrire.

Conclusion

Cette étude, il peut être prudent de le dire une nouvelle fois, est éminemment partielle, et les données présentées dans ce rapport exigeraient d'être complétées par une investigation complémentaire avant de pouvoir prétendre à une complète validité. Pour autant, il nous semble possible en guise de conclusion non de présenter des résultats fermement établis, mais de signaler certains des déplacements par rapport à la demande initiale qui sont apparus dans le cours de ce travail.

La demande originale de l'URCAM consistait en une interrogation, préalable à la définition et à la conduite d'une intervention en faveur de la prévention et du traitement de la souffrance psychique des jeunes, sur la pertinence de la notion de réseau et sur l'utilité du développement d'un instrument de coordination de type annuaire. Au terme de cette étude et après plusieurs discussions au sein du comité de pilotage, il nous semble que l'attention gagne à se déplacer vers des enjeux d'ordre davantage pratique. Ce que nous semblent en effet révéler les informations recueillies auprès des différents acteurs interrogés, ce n'est pas la confirmation – ni, d'ailleurs, l'infirmité – de la validité du fonctionnement réticulaire (dont les côtés positifs sont reconnus par la quasi totalité des intervenants nous ayant répondu), mais davantage un ensemble de difficultés rencontrées dans le cours de la pratique quotidienne de ces derniers. Sans doute une orientation de l'attention de l'URCAM vers des difficultés pratiques – par exemple sous forme d'organisation d'ateliers où il serait possible aux associations et institutions d'en débattre collectivement – pourrait-elle constituer un véritable apport, certes plus indirect, à un travail en réseau dans ce domaine.

Parmi ces difficultés, une des principales, on l'a vu, tient à la diffusion des informations entre les divers partenaires d'un même réseau. Certains craignent « d'en dire trop » et ainsi de manquer à l'exigence de respect du secret professionnel, tandis que d'autres regrettent de « ne pas en savoir assez », que ne leur soient pas communiquées les informations dont ils ont pourtant besoin pour mener leur mission à bien. Cette question est bien évidemment complexe et délicate ; elle exige une concertation entre les différents acteurs impliqués afin que soient mises en place des procédures de communication des données aptes à la fois à sauvegarder la confidentialité et à permettre le travail efficace de chacun. C'est aux modalités pratiques d'élaboration de cette concertation qu'il nous semble urgent de réfléchir.

Une autre pierre d'achoppement du travail en réseau tient à la difficulté qu'éprouvent certains organismes, dans le cas notamment de jeunes en situation précaire et marqués par une faible autonomie, à suivre ceux-ci après qu'ils les aient orientés vers une autre structure (ce que d'aucuns appellent le problème de la « traçabilité » des jeunes accueillis ou pris en charge. Certains acteurs évoquent la nécessité que puisse être identifié au sein du réseau un acteur référent, apte à coordonner

et suivre le parcours du jeune, et ainsi à éviter que celui-ci ne « disparaisse dans la nature » ou ne renonce à poursuivre une prise en charge. La question de la définition de cette fonction de référent est là encore complexe. Elle n'est pas éloignée des tensions dont est porteuse la fonction de coordinateur de réseau dont la position stratégique est parfois appréhendée avec suspicion. Elle pose également le problème de la légitimité de certains intervenants – on pense particulièrement à ceux relevant du secteur social – à assurer sur la durée une prise en charge dans le secteur sanitaire ; les propos cités plus haut d'une éducatrice de mission locale signalant le manque d'accessibilité du langage utilisé par les psychiatres et leur propension à la rétention d'information, s'ils ne doivent bien évidemment pas être généralisés, nous semblent exemplaires de ce type de difficultés. Ici encore, l'organisation de débats entre professionnels de ces différents secteurs pourrait sans doute permettre d'avancer dans la compréhension de ces obstacles au travail en réseau et dans l'élaboration de moyens aptes à les surmonter.