



Ecole de Management de Strasbourg



Université de Strasbourg

MASTER MAE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS DE
SANTÉ ET MÉDICO-SOCIALES

MÉMOIRE

« Comment développer et maintenir une
dynamique de contribution dans un réseau
partenarial ? »

Marine PICARD

Sous la direction de
Caroline MERDINGER-RUMPLER

Année universitaire 2022-2023

REMERCIEMENTS

Mes plus sincères remerciements s'adressent tout d'abord à ma responsable, Madame Anne MISBACH, qui m'a donné l'occasion de suivre cette formation et qui m'a encouragé et soutenu tout au long de cette année. Je remercie également mes collègues du COREVIH Grand Est, pour leur infini soutien et l'énergie qu'ils m'ont insufflée.

Je tiens à remercier tout particulièrement mes camarades de promotion, pour leur bienveillance et pour la force qu'ils m'ont apportée. Vous avez illuminé mon cœur et mon esprit, et avez fait de cette formation une expérience aussi enrichissante qu'épanouissante.

Un grand merci à l'ensemble des coordinateurs et coordinatrices des COREVIH qui ont acceptés de participer à cette étude, pour la disponibilité dont ils ont fait preuve, et pour nos échanges si instructifs.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Madame Caroline MERDINGER-RUMPLER, pour ses conseils avisés, et pour avoir toujours répondu présente, tant lors de cette année de master que dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie ma famille et mes amis, pour leur amour qui m'a porté.

Et à toi, qui partage mon quotidien et qui a supporté avec une patience inouïe, mes doutes et mes nombreuses absences durant ces derniers mois. Tu as toujours cru en moi et su trouver les mots justes quand il le fallait. Merci d'être l'extraordinaire personne que tu es.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1 ETAT DE LA LITTERATURE	3
1.1 DEFINITION DES NOTIONS.....	3
1.1.1 Partenariat	3
1.1.2 Réseau.....	4
1.1.3 Dynamique de contribution.....	5
1.2 PROCESSUS D'IDENTIFICATION	5
1.2.1 Théorie de l'identité sociale et action collective.....	5
1.2.2 Coopération communautaire et coopération complémentaire.....	6
1.2.3 L'identification inter-organisationnelle par la proximité.....	7
1.2.3.1 Proximité sociale	8
1.2.3.2 Proximité d'opportunité.....	9
1.3 LE PROCESSUS DE CO-CONSTRUCTION.....	10
1.4 LA COORDINATION	11
2 ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	13
2.1 METHODOLOGIE DE L'ETUDE	14
2.1.1 Justification du choix de la méthode	14
2.1.2 Périmètre et échantillonnage.....	14
2.1.2.1 Terrain d'étude	14
2.1.2.2 Profil des répondants.....	16
2.1.3 Collecte des données	16
2.1.4 Traitement des données	18
2.1.5 Limites	18
2.2 RESULTATS DE L'ANALYSE.....	19
2.2.1 L'adoption par l'organisation coordinatrice d'un positionnement particulier dans le réseau	20
2.2.1.1 La légitimité de l'organisation à être coordinatrice du réseau.....	20
2.2.1.2 La proximité entretenue avec son réseau	22
2.2.1.3 L'horizontalité organisationnelle investie au sein du réseau.....	25
2.2.2 La prise en compte des intérêts individuels	26
2.2.3 L'apport par le réseau d'une plus-value	27
2.2.4 La création de la réflexion commune à l'origine de l'action commune	29
3 DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS MANAGERIALES	32
3.1 Discussions.....	32
3.1.1 La coordination comme activateur de processus via des ressources de médiation	32
3.1.2 L'importance d'une coordination légitime et horizontale.....	35
3.1.3 La structuration du réseau par la coordination	36
3.2 Recommandations managériales.....	37
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE	41

TABLE DES FIGURES

Figure 1 Grille d'analyse de l'effectivité d'une co-construction impliquante 11

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COREVIH : Comité de coordination Régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine

FIR : Fonds d'Intervention Régional

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

PVVIH : Patient Vivant avec le VIH

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat »

ANNAN Kofi, Septième Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, 2001.

Le champ sanitaire, social et médico-social a connu ces dernières années une réelle évolution dans son organisation et son fonctionnement. Déjà, les lois de décentralisation de 1982 et la déconcentration qui y a été associée marquent le premier tournant de cette évolution, puisqu'elles viennent transférer les compétences de l'Etat, dont celle de l'action sociale, aux collectivités locales. Dans ce mouvement de régionalisation et de territorialisation, le territoire est ainsi devenu un échelon incontournable et déterminant dans le développement des politiques publiques (ZARDET V., NOGUERA F., 2013). Ce contexte a favorisé l'apparition de nouvelles démarches et méthodes participatives. En effet, les organisations publiques, privées et les institutions ont dû s'organiser localement pour venir répondre à cette nouvelle organisation (*Ibid*).

D'autres lois ont également participé à ces changements. La loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale ou encore la loi dite HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009 définissant une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale ont favorisé l'émergence des coopérations entre les différents professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en soulignant son importance dans la complémentarité et la continuité de prise en charge des usagers sur le territoire. Satisfaire l'ensemble des besoins de santé, dans une logique de parcours, est une affaire de spécialités (DUMONT R., 2015). Des logiques de réseau et de partenariat se sont alors développés sur nos territoires. Les réseaux de santé ont d'ailleurs fait leur apparition avec la loi dite Kouchner du 4 mars 2002. Ils sont constitués par un très large panel de professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social, et assurent « *une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins* »¹. Rapidement, nous pouvons constater que cette préconisation des pouvoirs publiques à la coopération des acteurs sur le territoire se transforme progressivement en « *une injonction des*

¹ Article L6321-1 du code de la santé publique

pouvoirs publics pour agir sur la structure du secteur » (GRENIER C., GUITTON-PHILIPPE S., 2011, p.100). Ces injonctions poursuivent l'objectif de garantir une offre complète aux usagers, au plus proche de leurs besoins, et ce malgré la complexité des situations individuelles rencontrées.

Les atouts de ces nouvelles formes d'organisation et d'intervention sont nombreux : diversification des activités et mutualisation de compétences, de moyens et de projets (GRENIER C., GUITTON-PHILIPPE S., 2011) ; partage d'expertises et de risques, accès à l'innovation, réduction des coûts et amélioration de la qualité (TREMBLAY G., 2003) en font partie.

En développant *« une offre de services qui dépasse l'approche segmentée par structure pour promouvoir une logique de parcours de vie et de soins dans le cadre de coopérations et d'une approche territorialisée »* (FOURDRIGNIER M., 2016, p.31), cela induit, pour les professionnels ayant chacun des missions et compétences différentes, de travailler ensemble. Si cette tâche peut entraîner certaines difficultés, du fait notamment des différentes organisations et cultures institutionnelles représentées, à cela s'ajoute le fait pour les professionnels d'être *« détachés sur leur temps de travail par leur organisation d'appartenance pour participer aux activités du réseau »*, tout en restant financièrement attachés à leur employeurs respectifs (DUMONT R., 2015, p.28).

Au regard de ces constats, nous nous sommes ainsi interrogés sur ce qui va favoriser la participation des structures et des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social au sein de ces réseaux.

Comment développer et maintenir une dynamique de contribution dans un réseau partenarial ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons exploré les données de la littérature relatives à ce sujet. La première partie de ce mémoire en sera une synthèse.

Puis, il s'agira dans une seconde partie de présenter l'étude qualitative par entretiens semi-directifs que nous avons menée dans le cadre de cette recherche, et d'exposer les résultats obtenus suite à l'analyse de ces entretiens.

Une discussion viendra ensuite confronter nos données empiriques aux données théoriques de la littérature, puis pour finir, s'en suivront quelques recommandations managériales.

1 ETAT DE LA LITTERATURE

Comme évoqué précédemment, le secteur sanitaire, social et médico-social connaît ces dernières décennies de véritables révolutions dans son organisation afin d'optimiser la prise en charge des patients et usagers. Afin de répondre aux besoins de ces derniers, dans une logique de parcours plutôt que de pathologie, la mise en place d'un réseau partenarial est essentielle. Mais comment favoriser et maintenir la contribution des acteurs dans ce type de réseau ? Dans ce premier chapitre, nous tenterons d'y répondre à travers notre revue de la littérature. Il s'agira dans un premier temps de clarifier les termes employés dans notre problématique. Nous évoquerons ensuite deux processus qui favorisent la contribution des partenaires au sein d'un réseau, à savoir celui de l'identification sociale et de la co-construction. Pour finir, nous aborderons la coordination, considérée comme véritable moteur de la dynamique de contribution.

1.1 DEFINITION DES NOTIONS

Afin d'affiner le cadrage de notre problématique, il nous paraît primordial de définir les notions qui la compose, lesquelles offrant des interprétations diverses et pouvant être source de confusion tant leurs frontières sont étroites. Il ne s'agira pas ici de définir les notions via l'élaboration d'un corpus exhaustif, mais simplement d'indiquer au lecteur le sens entendu par le chercheur.

1.1.1 Partenariat

La notion de partenariat a été largement étudiée au cours des différents siècles et ce par une multitudes d'auteurs, que nous ne pourrions répertoriés ici. Sans pouvoir assurer une exhaustivité de la littérature quant à la définition du partenariat, nous tentons d'apporter quelques éléments de réponses quant à cette notion.

D'abord, si l'on s'intéresse à son étymologie, le partenariat renvoie à la notion de « partage ». Emprunté à l'anglais, « partner » signifie « une personne associée à une autre » (DUBECHOT P., 2015). Nous choisissons ensuite, au regard du contexte dans lequel s'inscrit notre problématique, à savoir le champ sanitaire, social et médico-social, de citer trois définitions de la littérature qui sont à notre sens complémentaires.

De manière global, on peut considérer que « *le partenariat résulte d'une entente entre des parties qui, de façon volontaire et égalitaire, partagent un objectif commun et le réalisent en utilisant de façon convergente leurs ressources respectives.* » (Landry, 1994, in TREMBLAY J., 2003, p.194).

Il est défini également comme « *une méthode d'action coopérative interinstitutionnelle fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action – faire autrement ou faire mieux – sur un objet commun – de par sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs -, et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de cadre.* » (DHUME F., 2001).

La notion est aussi considérée comme « *un modèle de relation avec plusieurs composantes : association, entre plusieurs partie (personnes ou institutions), sur la base d'une négociation, dans un ou des objectifs communs, chacun à égalité (de droit, de pouvoir), chacun avec ses caractéristiques propres (et non pas avec des caractéristiques identiques), elles établissent un contrat, qui définit les modalités de leur engagement (méthode, règles).* » (MARAQUIN C., 2015). Un élément nous semble également pertinent d'être partagé, à savoir que le partenariat est une construction, il ne se décrète pas (*Ibid*).

Nous retrouvons de nombreuses similitudes entre ces trois définitions. Le partenariat sera ainsi considéré dans ce mémoire comme un modèle de relation entre différentes parties à la poursuite d'un objectif commun, qui tentent de le réaliser ensemble par l'adoption de comportements divers et de postures spécifiques.

1.1.2 Réseau

Le réseau doit être entendu dans notre travail comme un ensemble de relations entre personnes ou services sans que l'un d'entre eux n'occupe une place centrale (DUBECHOT P., 2015). Il « *n'a d'existence que parce qu'il est le lieu de la communication et de la collaboration entre acteurs aux statuts hétérogènes* » (*Ibid*, p.329), sa structure n'est de fait pas palpable mais fictive. Le réseau repose davantage sur une logique horizontale, et en ce sens rejette le centralisme.

En utilisant le terme de « réseau partenarial », nous faisons ainsi référence à une organisation fictive horizontale dans laquelle des acteurs ou institutions en relation poursuivent un objectif

commun, et tentent de le réaliser ensemble par l'adoption de comportements divers et de postures spécifiques.

1.1.3 Dynamique de contribution

Il faut entendre le termes « dynamique » comme qualifiant ce qui est en cours d'évolution, en mouvement, en activité. Ici, l'évolution doit être entendue comme étant croissante.

Selon le dictionnaire Larousse (2023)², la contribution se définit comme l' « *action de contribuer à quelque chose* », comme la « *part apportée à une œuvre ou à une dépense commune* ». Ainsi, les contributions individuelles de chacun servent une œuvre commune. Associée au réseau partenarial, lequel sous tendant la mise en relation entre les acteurs, la contribution devient alors synonyme de coopération. En effet, la coopération « *dans son sens le plus immédiat, c'est simplement le fait d'agir ensemble en vue d'un objectif commun.* » (DUBREUIL B., 2016, p.19). C'est en ce sens que nous entendrons la notion de contribution dans notre travail.

Nous pouvons également ajouter que c'est l'intensification de cette contribution dans le réseau partenarial qui est interrogée dans notre travail, d'où le souhait d'associer le terme de « dynamique » à celui de contribution, ce dernier reposant déjà sur le fait d'être en action.

1.2 PROCESSUS D'IDENTIFICATION

Nous introduirons cette sous-partie par la théorie de l'identité sociale et son impact sur l'action collective. Nous développerons ensuite les concepts de coopération complémentaire et communautaire, avant d'aborder le rôle des proximités dans le processus d'identification inter-organisationnelle.

1.2.1 Théorie de l'identité sociale et action collective

La théorie de l'identité sociale amène à étudier la manière dont un individu perçoit son appartenance à un groupe social donné (CHEDOTEL F., 2004).

²<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contribution/18924#:~:text=Action%20de%20contribuer%20%C3%A0%20quelque,chacon%20une%20contribution%20aux%20frais.&text=2.,%C3%A0%20l'histoire%20du%20droit> consulté le 14 juin 2023 à 8h36.

L'identification d'un acteur à un groupe se manifeste dès lors qu'il se considèrera lui-même comme un membre d'un collectif, et lorsque l'identité du groupe social est remarquable. Son comportement évoluera ainsi, de sorte à se conformer aux prototypes identitaires du groupe (ingroup) et agira différemment envers les autres groupes (outgroup), poursuivant une logique discriminatoire (ANGIULLI F., 2020). Cette dynamique de discrimination va d'ailleurs concourir au renforcement de la forte identité du groupe. Il aura même tendance à s'engager davantage dans l'ingroup afin de maintenir son image positive, et de renforcer les frontières avec l'outgroup (CHEDOTEL F., 2004). Ces comportements peuvent avoir pour effet de créer des rivalités entre différents groupes sociaux, lesquelles pouvant être dépassées par la construction d'une identification inter-organisationnelle, que nous développerons à la suite.

Les pratiques de coopération entre différents acteurs peuvent être influencées par le degré d'identification au groupe social. En effet plus l'individu va s'identifier à l'ingroup, plus les occasions d'interactions entre les membres se répèteront, et plus il aura tendance à coopérer avec eux. De cette coopération naîtra l'action collective, qui a pour objectif la création d'une culture commune et qui renforcera donc l'identité commune. La coopération peut s'entendre ici comme une action collective finalisée, d'autant plus entreprise par les individus dont leur identification à l'ingroup est forte. La situation contraire est également envisagée, à savoir que plus il y aura de contact avec les membres de groupe, plus l'identification de l'individu à l'ingroup sera forte, et plus il sera enclin à la coopération (CHEDOTEL F., 2004).

1.2.2 Coopération communautaire et coopération complémentaire

Deux types de coopérations développées dans la littérature nous paraissent importantes d'évoquer. La coopération complémentaire et la coopération communautaire sont appréhendées, tant dans leurs différences que dans leurs similitudes, et dans leur influence mutuelle.

Ainsi, la coopération complémentaire se caractérise par la différenciation des coopérants à la recherche de ressources complémentaires. Les relations sociales sont fondées ici sur une approche opportuniste, où le calcul instrumental individualiste prime. La réunion des acteurs s'établie à partir du partage d'une tâche commune, lequel faisant ressortir les compétences et ressources de chacun (DAMERON S., 2002).

De son côté, la coopération communautaire se fonde sur la ressemblance des coopérants. Elle se construit ainsi via la notion de groupe dans lequel se développe une identité commune autour d'objectifs communs, dans un espace d'interactions avec d'autres groupes. Ici, les intérêts individuels se fondent dans la poursuite de buts communs (*Ibid*). Le partage d'une tâche commune y est aussi inscrit. On retrouve ici l'existence du processus d'identification sociale, développé auparavant.

Par comparaison, nous pouvons constater que dans le cas de la coopération communautaire, l'individualité de chacun va se noyer dans le groupe (contribuant à le renforcer), tandis que dans le cas de coopération complémentaire, le collectif sera dépendant de l'articulation des individualités (MAISONNASSE J., 2014). Dans les deux cas, ces relations d'interdépendance peuvent être complexes puisque ces deux modes de coopération se structurent sur des logiques contradictoires : articulation des intérêts individuels et partage d'objectifs (coopération complémentaire) et division du travail et appartenance au groupe (coopération communautaire) (*Ibid*). Bien qu'une divergence fondamentale existe dans leur fondement et leur organisation de l'action coopérative, la frontière entre ces deux coopérations n'est pas si évidente (DAMERON S., 2004). En effet, si les relations empreintes d'opportunisme peuvent être à l'origine de la coopération, ces dernières se verront transformées au fur et à mesure que les individus seront installés dans le collectif, laissant place à une démarche d'entraide sans qu'il n'y ait d'intérêt à le faire (*Ibid*). De la même manière, si la dimension identitaire et donc la recherche de ressemblance est à l'origine de la coopération, les interactions entre les membres du groupe laisseront progressivement apparaître le conflit et la différenciation des individus, éléments indispensables à la coopération (*Ibid*).

Si le processus d'identification social conduit à faire émerger le sentiment d'appartenance d'un individu à un groupe, l'identification inter-organisationnelle concerne elle davantage la manière dont une organisation va s'identifier à une autre.

1.2.3 L'identification inter-organisationnelle par la proximité

Trois types de proximité nous semble pertinentes de développer au regard de notre problématique. Elles sont d'autant plus intéressantes qu'elles contribuent, tout en s'influençant entre elles, à l'identification des acteurs au sein d'un réseau partenarial, notamment par le biais de l'identification de leurs organisations à d'autres.

1.2.3.1 Proximité sociale

La proximité sociale se déploie sous trois formes différentes : la proximité géographique, la proximité organisée et la proximité identitaire (ANGIULLI F., 2020).

Nous commencerons tout d'abord par aborder la proximité géographique, entendue ici comme proximité spatiale ou physique. Cette proximité exprime « *la séparation dans l'espace et des liens évalués en termes de distance* » (Gilly et Torre, 2000, in MAISONNASSE J., 2014, p.62). Cette proximité peut être subie ou voulue, permanente ou temporaire (EMIN S., SAGOT-DUVAUROUX D., 2016).

Le territoire est considéré en gestion comme « *un périmètre de vie, de production ou de consommation, représentant une certaine cohésion géographique, sociale, économique et culturelle* » (ZARDET V., NOGUERA F., 2013). Il dispose de ses propres institutions, organisations, acteurs individuels et collectifs, poursuivant des missions diverses et répondant à des enjeux variés. Ils peuvent être amenés à collaborer, malgré leurs différences, pour venir répondre à des problématiques territoriales spécifiques (ZARDET V., NOGUERA F., 2013). La résolution du problème, « spatialement inscrit », pourra l'être par la création de synergies, par une gestion territoriale impliquant les acteurs rattachés au territoire donné, porteurs de compétences et de ressources spécifiques (RAULET-CROSET N., 2021).

La mise en place d'un projet territorial illustre cette idée en cela qu'il va rechercher la mobilisation collective sur un territoire (REGENT B., FAVRE-BONTE V., DA FONSECA M., 2021). Né d'un diagnostic territorial partagé et articulé par une stratégie négociée, le projet collectif aura pour objet d'améliorer une situation localement rencontrée (DUBECHOT P., 2015). Nous nous situons ici dans un espace avec une cohérence, où la réflexion émerge directement du territoire, via la considération de ses particularités (RAULET-CROSET N., 2021). Le territoire en tant qu'espace est donc une ressource précieuse sur laquelle il est essentielle de s'appuyer dans une logique de dynamique de contribution.

Cependant, nous comprenons très rapidement que le territoire ne peut pas être entendu uniquement comme un périmètre géographique. La notion de territoire est ainsi souvent associée à celle de l'ancrage territorial, davantage axée sur la relation qui lie les acteurs d'un territoire, ces derniers s'appuyant sur leur complémentarité pour répondre aux besoins de leur territoire commun (SEBAI J., COURIE LEMEUR A., 2019).

Mais être proches dans un espace donné n'implique pas la systématisation de la mise en relation des différents acteurs. Pour que la proximité géographique soit « *susceptible de jouer un rôle de facilitateur de la coordination* » (Pecqueur et Zimmermann, 2004, in MAISONNASSE J., 2014, p.63), la proximité organisée doit y être associée.

Selon les auteurs, sa dénomination peut varier et ainsi la littérature parlera de proximité organisée, ou proximité organisationnelle, ou encore proximité socio-économique (MASONNASSE J., 2014). Elle est d'essence relationnelle et « *concerne différentes manières qu'ont les acteurs d'être proches, en dehors de la relation géographique* » (Torre, 2009 in ARNAUD C., ANBERREE A., 2021, p.74). Par une logique d'appartenance et de similitude, elle va avoir un impact sur la structuration des interactions inter-organisationnelles (ANGIULLI F., 2020). L'appartenance renvoie à l'idée que les acteurs appartiennent aux mêmes réseaux sociaux ou organisationnels et partagent des règles. De son côté, la similitude peut être entendue de façon cognitive ou culturelle (EMIN S., SAGOT-DUVAUROUX D., 2016), et renvoie au partage de représentations et de croyances, et donc « *d'une même vision du monde* » (MASONNASSE J., 2014, p.64).

La proximité identitaire, enfin, renvoie au partage de valeurs entre les acteurs du même réseau (ANGIULLI F., 2020).

Il est à noter que les classifications et catégorisations de proximité peuvent légèrement varier d'un auteur à un autre, soulignant d'autant plus la manière dont elles s'influencent entre elles et leur complémentarité. Ainsi, Sandrine EMIN et Dominique SAGOT-DUVAUDROUX (2016) proposent une autre typologie des proximités socio-économiques, où la proximité identitaire renvoie à la proximité institutionnelle, dans laquelle elle inclut deux dimensions :

- L'une formelle, qui renvoie à la notion de partage de mêmes normes de comportements, de mêmes lois et règlements, selon une logique d'appartenance à un même système institutionnel.
- L'autre informelle, qui renvoie au partage de mêmes valeurs, de même culture par les acteurs.

1.2.3.2 Proximité d'opportunité

Par définition, la proximité d'opportunité revêt une dimension davantage contextuelle. Ici, les acteurs vont saisir les occasions qui s'offriront à eux par rapport à leurs besoins, leurs objectifs

ou projets poursuivis (ARNAUD C., ANBERREE A., 2021). Elle est perçue par ces auteures comme une première étape à l'activation de la proximité géographique. Cette proximité d'opportunité peut être éphémère, d'autant plus si elle est subie (en ce sens que ce sont les pouvoirs publics qui créés le rapprochement, pour la réalisation d'un projet territorial par exemple). Elle influence également l'activité des proximités socio-économiques, qui sont cette fois catégorisées selon deux logiques complémentaires : celle de l'appartenance (proximité organisationnelle et proximité sociale) et celle de la similitude (proximité cognitive, proximité institutionnelle formelle, proximité institutionnelle informelle et proximité de valeurs) (*Ibid*).

1.3 LE PROCESSUS DE CO-CONSTRUCTION

Le processus de co-construction s'établit par l'organisation d'interactions entre les individus, lesquelles leur permettra au fil du temps d'élaborer des accords relatifs à un changement, un projet ou une méthode de travail. Elle se distingue de la seule participation qui a pour unique but de permettre la confrontation des arguments des acteurs. La co-construction elle, poursuit un objectif de recherche d'un accord par la confrontation des différents points de vue. Elle introduit donc la dimension négociation. En effet, la co-construction n'induit pas l'adoption d'un même point de vue par les acteurs mais la recherche d'un accord en prenant en compte l'ensemble des points de vue partagés, par les interactions. Elles introduiront des effets d'apprentissage et conduiront ainsi à la transformation des représentations (FOUDRIAT M., 2014).

La considération des points de vue des individus est essentielle dans ce processus et il apparaît que plus ils seront considérés, plus ils se sentiront reconnus, « *plus ils attribueront du sens à leur travail et plus ils auront tendance à s'impliquer dans l'organisation* » (*Ibid*, p. 238).

En se penchant sur l'étude de la co-construction démocratique des politiques publiques, COLOMES et CAIRE (2020) identifient des conditions essentielles à son déploiement, à savoir, « *la mise en place d'un processus délibératif, impliquant une variété de parties prenantes, dans le but de travailler ensemble pour construire des politiques publiques répondant aux besoins sociaux. Ce concept délimite également une temporalité en définissant la co-construction comme pertinente à la genèse d'une politique, mais aussi à son évaluation, son examen de suivi ou ses contrôles. Elle précise aussi un public : la société civile et la société politique.* » (COLOMES J., CAIRE G., 2020, p.895). Ces auteurs élaborent ainsi une grille permettant

d'évaluer l'effectivité d'une co-construction de politique publique, autour de trois impératifs (A, B et C) et onze critères.

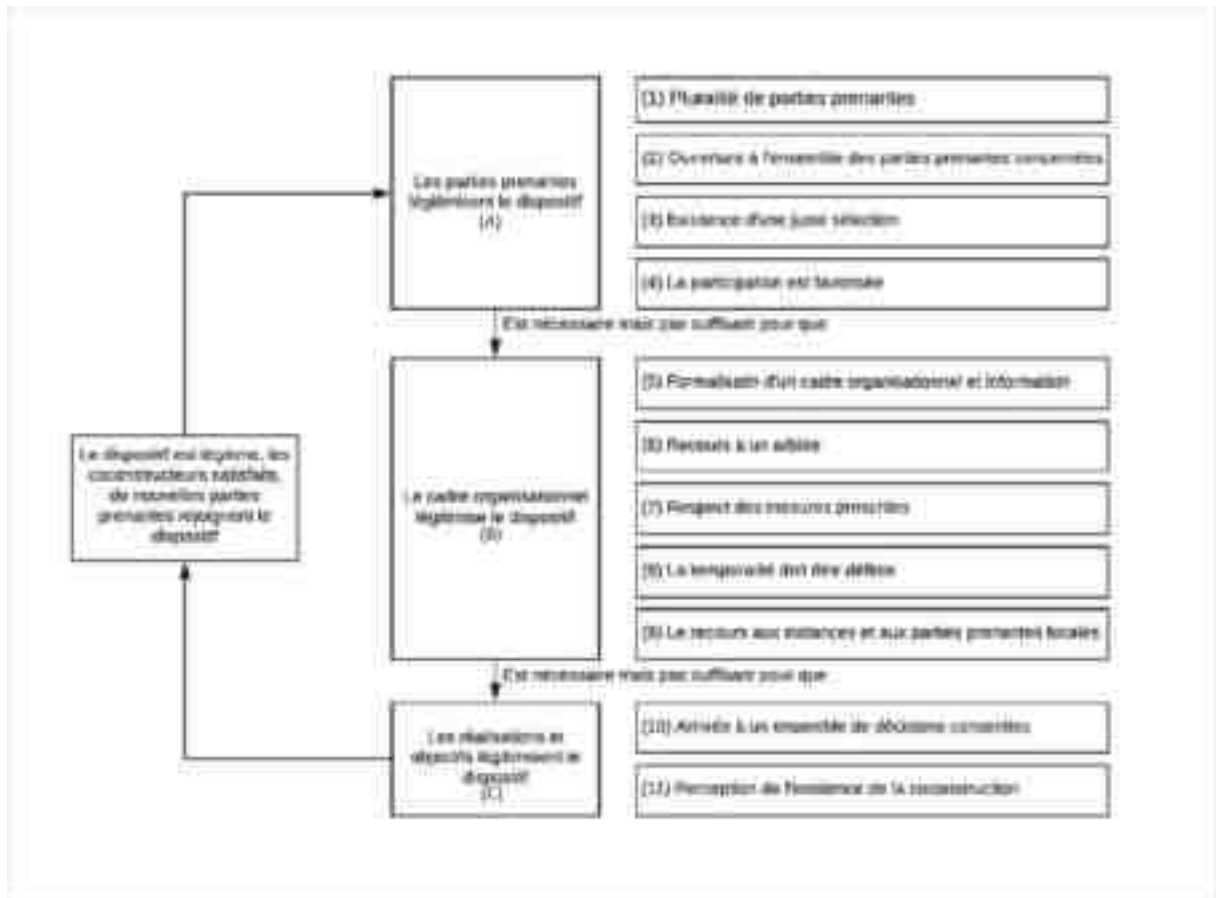


Figure 1 Grille d'analyse de l'effectivité d'une co-construction impliquante
 Source : Colomes (2019), in COLOMES J., CAIRE G., 2020, p. 896

Ces auteurs ont pu mettre en avant que l'interaction entre l'implication des parties prenantes et la légitimité du dispositif est l'élément central de la co-construction, la première facilitant la seconde, et inversement.

1.4 LA COORDINATION

Si nous avons eu l'occasion d'évoquer précédemment les processus d'identification et de co-construction comme favorisant la dynamique de coopération des individus au sein d'un réseau, il semble important d'aborder à présent la question de la coordination entre les différents professionnels, reconnue dans le secteur sanitaire et social comme étant incontournable (DUMONT R., 2015). C'est via un registre de diverses actions ou outils basés sur la coordination, par la mise en relation des savoirs, des compétences et des pratiques, qu'une

dynamique de contribution pourra se dessiner au sein du réseau (GRENIER C., GUITTON-PHILIPPE S., 2011).

La coordination est primordiale en ce sens qu'elle implique une mise en relation constante des acteurs ou institutions du réseau. Par ce biais, cela maintiendra aussi les liens individuels existant entre l'opérateur coordinateur et chaque membre du réseau.

De plus, en créant des espaces inter ou intra-institutionnels permettant les interactions sociales, elle conduira in fine à la production de nouvelles ressources et compétences, facteur mobilisateur des partenaires.

Par exemple, au sujet des proximités développées précédemment, l'importance pour l'émergence des synergies entre acteurs est l'activation des potentiels de proximité (ARNAUD C., ANBERREE A., 2021 ; EMIN S., SAGOT-DUVAUROUX D., 2016). Par un animateur identifié notamment, les dispositifs de mise en connexion entre les acteurs, appelés aussi ressources de médiation, sont nombreux. Ils renvoient à l'idée de tiers lieu, de routines, d'espaces partagés, d'évènement, etc., finalement d'occasions sociales entendues comme la *« création de situation favorisant des rencontres fortuites et les contacts occasionnels entre les salariés appartenant à des fonctions différentes et qui n'ont pas vocation à se rencontrer »* (EMIN S., SAGOT-DUVAUROUX D., 2016, p.540). Au cours de ces occasions sociales, différentes démarches contribuant à la coopération des acteurs dans le réseau peuvent être entreprises : la communication, l'information, la consultation, le dialogue, la concertation et la négociation (TORRE A., 2011).

Les mécanismes de contrôles sont également des outils d'activation des proximités intéressants pour la coordination de la coopération entre acteurs. Ils peuvent être formels, tel est le cas du contrat ou de la convention liant deux ou plusieurs organisations ; ou informels, par la pression sociale et/ou la confiance (ARNAUD C., ANBERREE A., 2021).

Le choix de l'animateur en charge de cette coordination ne doit pas être hasardeux, il est à l'inverse très important. La fonction de coordinateur est chargée de légitimité, et notamment de celle perçue par les acteurs du réseau partenarial. Plus ils seront persuadés de la légitimité de l'opérateur à coordonner le réseau, plus ils seront enclins à coopérer. Le choix de l'opérateur ne doit pas être motivé par un intérêt qui ne serait pas en cohérence avec l'objectif commun poursuivi par les partenaires du réseau (GRENIER C., GUITTON-PHILIPPE S., 2011).

Cette mission attribue une position particulière à l'organisateur, généralement conférée par les autorités institutionnelles. Cette position est essentielle pour distinguer l'opérateur au sein du réseau, mais elle ne doit pas se confondre en une autorité hiérarchique auprès des acteurs, cela afin de maintenir la dimension horizontale propre au réseau. De plus, le maintien d'une certaine indépendance du pilote par rapport aux autorités institutionnelles doit être signifié aux acteurs, lesquelles s'engageraient que modérément dans les délibérations en présence d'une trop grande dépendance (FOUDRIAT M., 2014).

La coordination permet de dépasser « *l'entre-soi professionnel* » (DUMONT R., 2015, p.15). Elle va avoir un impact sur la structuration du réseau, lequel passera d'un réseau dit spontané à un réseau professionnel. Dans le champ sanitaire, social et médico-social, l'organisation et la formalisation du réseau professionnel reliera les acteurs ou institutions, « *les professionnels amenés à intervenir auprès de l'utilisateur dans l'étape de son parcours [...]. Les « trous structuraux » qui existaient entre certains professionnels dans le réseau spontané sont alors comblés et permettent à tous les professionnels susceptibles d'intervenir sur le parcours de l'utilisateur de se reconnaître à partir d'un objectif partagé* » (Ibid, p.18-19). Ce réseau peut être décrété par une instance politique (Ibid) et peut être amené à évoluer sous l'influence de la coordination, par la construction de la diversité pour le collectif, outil au service de l'animateur du réseau (GRENIER C., 2015).

2 ETUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Nous avons dans le précédent chapitre, à travers notre revue de la littérature, développé les processus d'identification et de co-construction, lesquels pouvant contribuer au développement et au renforcement de la coopération des acteurs dans le réseau partenarial, au travers notamment de la création du sentiment d'appartenance et d'espaces d'interactions favorisant le travail en commun. La coordination a également été abordée comme un incontournable pour la réussite de cette mission, en étant à l'origine de la mise en relation des acteurs, au travers d'actions et d'outils divers. Au regard de notre problématique, nous avons souhaité développer une étude qualitative en interrogeant via des entretiens semi-directifs les coordinateurs des Comités de coordination Régionale de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH), ces derniers ayant comme mission

principale la coordination des acteurs œuvrant dans la lutte contre le sida sur un territoire donné. Nous souhaitons au travers de leurs témoignages, identifier ce qui permet de développer et de maintenir la contribution des partenaires membres de leurs réseaux respectifs.

Il s'agira ainsi dans cette seconde partie, d'aborder la méthodologie de l'étude retenue et de présenter les résultats de l'analyse des entretiens individuels réalisés.

2.1 METHODOLOGIE DE L'ETUDE

2.1.1 Justification du choix de la méthode

Au regard de notre sujet, c'est en toute cohérence que nous avons mené cette étude via une approche qualitative. Elle est en effet la plus adaptée pour faire émerger les différentes vues d'un même phénomène, ici celui du développement et du maintien d'une dynamique de contribution au sein d'un réseau partenarial.

Ce choix résulte également du fait que nous disposons pour cette étude d'un petit échantillon de répondants, lié notamment au temps imparti au chercheur pour la réalisation de ce travail.

Afin de faire émaner chez les répondants leurs perceptions, impressions et sentiments concernant notre sujet, c'est à travers une perspective constructiviste et déductive que nous avons mené cette étude. Les entretiens semi-directifs, mode de recueil de données retenu et qui sera développé ci-après, nous a permis de réaliser une analyse comparative et cumulative entre les répondants.

2.1.2 Périmètre et échantillonnage

2.1.2.1 Terrain d'étude

En lien avec la problématique abordée et le domaine professionnel du chercheur, nous nous sommes rapidement orientés auprès des COREVIH. Afin d'améliorer la compréhension pour le lecteur des entretiens retranscrits et des données recueillies, une présentation brève de cette structure nous semble indispensable.

Les COREVIH ont été instaurés en 2005³ et ont comme mission principale de coordonner au niveau régional les actions menées par les acteurs de la prévention et de l'offre de soins dans le champ du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), suivant un objectif d'amélioration d'une part, dans la complémentarité et la cohérence, et d'autre part, de diffusion de bonnes pratiques.

En lien avec les Agences Régionales de Santé (ARS) de leur territoire, les COREVIH sont rattachés à un établissement public de santé, habituellement un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Ils ne sont dotés d'aucune personnalité juridique, et sont financés via les crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

En France, les COREVIH sont au nombre de vingt-trois (annexe 1). Leur territoire de référence correspond à celui de la région (découpage administratif), cependant un découpage infra régional peut être proposé par l'ARS en fonction du contexte épidémiologiques et du nombre d'acteurs présents.

En termes d'organisation, les COREVIH disposent d'une équipe salariée et d'un comité, dont les membres sont nommés par l'ARS pour une durée de quatre ans, respectant la durée même du mandat renouvelable de chaque COREVIH. Le nombre de membres au sein de l'équipe salariée varie en fonction des budgets alloués par l'ARS. Concernant les membres du comité, leur nombre est porté à cinquante, au maximum. Ils sont regroupés en quatre collèges qui reflètent la diversité des acteurs impliqués (professionnels de santé et de l'action sociale, représentants des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, représentants des malades et des usagers du système de santé, personnalités qualifiées). Le COREVIH est administré par un Bureau, dont les membres appartiennent au comité. Le Bureau est une instance délibérative, souvent perçue comme une instance décisionnaire. Son rôle principal est d'assurer le suivi de la mise en œuvre des orientations stratégiques définies par le comité et d'organiser les modalités de collaboration entre les différents acteurs de la prise en charge des Patients Vivant avec le VIH (PVVIH).

Davantage d'informations quant aux missions spécifiques confiées au COREVIH et à leur fonctionnement sont disponibles en annexe (annexe 2).

³ Circulaire N°DHOS/DGS/2005/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Ces structures sont positionnées en région comme des instances en démocratie sanitaire. Les acteurs de leur territoire sont ainsi leurs principaux partenaires dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH et les IST en région, politique qui les concerne directement. La coopération avec ces acteurs, leur réseau partenarial en somme, est donc l'essence même de leur travail. Nous avons ainsi tout intérêt à interroger ce terrain au regard de notre problématique.

2.1.2.2 Profil des répondants

Afin de recueillir des données permettant d'enrichir la question de la dynamique de contribution dans un réseau partenarial, nous avons choisi d'interroger les responsables des COREVIH, les coordinateurs. Bien que les membres salariés des COREVIH varient d'une région à une autre, chaque structure est pilotée par un coordinateur.

En raison de la proximité existante entre les différents coordinateurs, du fait de leur collaboration notamment, l'identité des répondants ne sera pas dévoilée dans cette étude. Il nous a été possible d'interroger neuf coordinateurs, en poste depuis plus ou moins longtemps (entre quatorze ans et quelques mois), issus de parcours professionnels différents.

2.1.3 Collecte des données

Nous avons choisi de conduire des entretiens semi-directifs pour le recueil de données empiriques. La collecte de ces données a été réalisée en quatre étapes que nous distinguerons ci-dessous :

- la réalisation du guide d'entretien
- la sollicitation des répondants
- le passage des entretiens
- la retranscription des données

Afin d'orienter au mieux les répondants lors des entretiens semi-directifs, nous avons procédé à l'élaboration d'un guide (annexe 3). Pour réaliser ce guide, la première démarche du chercheur a déjà été d'identifier les thématiques essentielles qu'il souhaitait aborder avec les répondants, en lien avec la problématique, à savoir notamment la construction de leur réseau partenarial, la

contribution des acteurs au sein de ce réseau et le maintien de la dynamique de contribution. Elles ont permis à la fois d'approfondir le sujet à mesure que l'on avançait dans l'entretien, et à la fois au chercheur d'avoir une ligne directrice pour la conduite de l'entretien. Ce guide d'entretien semi-directif a été construit selon une logique d'entonnoir, proposant au préalable une introduction à l'entretien qui nous a donné l'opportunité de nous présenter, d'expliquer notre démarche, d'assurer l'anonymat dans la retranscription des données et de demander la possibilité d'enregistrer l'échange. C'est à la suite que nous avons procédé au centrage du sujet, puis rédiger quelques questions conductrices renvoyant aux trois thèmes précédemment cités que nous souhaitions approfondir avec les répondants.

Les coordinateurs ont ensuite été sollicités par email le 20 juin 2023 (annexe 4), email qui dévoilait l'objectif de la recherche. Le guide d'entretien semi-directif ne leur a pas été transmis, afin de garder l'authenticité et la spontanéité des réponses données. Sur les vingt-et-un envois (deux postes de coordinateurs étant vacants), neuf coordinateurs ont répondu favorablement à notre sollicitation. Se sentant concernés par l'objet de l'étude, ils ont été ravis de pouvoir contribuer à cette dernière. De plus, les COREVIH seront soumis à une réforme réglementaire dans les mois à venir, qui sera accompagnée du renouvellement de leur mandat, en juillet 2024. Dans ce contexte, c'est avec beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme qu'ils ont participé, n'hésitant pas à nous mentionner leur souhait de lire l'intégralité de ce mémoire une fois terminé.

Les entretiens semi-directifs ont été organisés en individuel en visioconférence via l'outil informatique TEAMS, avec l'allumage de la webcam, afin de maintenir au mieux un espace de convivialité malgré la distance entre les deux participants. En effet, les coordinateurs étant répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain et outre-mer, il ne nous était pas possible de nous déplacer pour aller à leur rencontre dans les différentes régions. Le passage des entretiens s'est déroulé entre le 28 juin et le 18 juillet 2023, leur durée étaient d'environ quarante minutes.

Il nous semble essentiel d'évoquer ici l'étape de la retranscription des entretiens. Afin d'assurer l'anonymat des répondants, nous avons opté pour le codage suivant : les prénoms et noms ont été remplacés par le code « C » pour « coordinateur », suivi du numéro d'ordre de passage. Ainsi, le premier répondant est nommé « C1 ». De plus, il nous a fallu supprimer des retranscriptions le nom des régions, départements et villes citées. En effet, chaque COREVIH ayant un territoire géographique délimité, la reconnaissance par déduction de l'identité des coordinateurs aurait été aisée. Ainsi, les noms des régions, départements et villes mentionnées

ont été remplacés par le codage suivant : « *** [région] », « *** [département] » et « ***[ville] ».

Rapidement, nous avons atteint un niveau de saturation des données qui n'a pas nécessité l'organisation d'entretiens semi-directifs supplémentaires.

2.1.4 Traitement des données

Afin de faciliter le traitement des données qualitatives, chaque retranscription a été copiée sur une feuille dans un tableau Excel (annexe 5). Via une démarche de codage émergent, nous avons réalisé une grille d'analyse des données empiriques qui met en avant :

- les verbatims extraits, en lien avec notre étude
- l'idée principale du verbatim retenu
- la sous-thématique de cette idée
- la thématique principale de l'idée
- le concept rattaché à la thématique

Un code couleur a été attribué aux thématiques émergentes, ce qui nous a permis d'élaborer notre carte mentale relative au développement et au maintien de la dynamique de contribution dans un réseau partenarial (annexe 6). Cet outil nous permet d'avoir une vision globale de l'ensemble des données qualitatives recueillies, et d'identifier instantanément les thématiques émergentes.

2.1.5 Limites

Le réseau des COREVIH est relativement restreint, limitant donc notre possibilité d'interroger au maximum vingt-trois coordinateurs (dans notre contexte, vingt-et-un en raison des deux postes vacants). Il aurait été intéressant d'interroger le réseau partenarial des COREVIH, à savoir des personnes membres du comité, membres du Bureau ou simplement partenaires. Nul doute que cela aurait nourri notre réflexion, mais aurait également rendu notre analyse plus complexe du fait du positionnement différent des répondants au sein du même réseau. Le passage des entretiens et le traitement des données auraient été plus longs, alors que la réalisation de cette étude était limitée dans le temps.

Nous aurions pu également nous intéresser aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, plus communément nommés « plateforme territoriale d'appui »⁴. Ces dispositifs, créés par les autorités sanitaires, ont pour objectif de renforcer la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux qui contribuent à la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, en situation complexe (sur un plan médical, psychologique, économique et/ou social) sur un territoire donné. La coordination de ce dispositif nécessite l'instauration d'un opérateur, pour les patients et pour les professionnels concernés. Ces dispositifs auraient pu être un terrain d'investigation pertinent au regard de notre problématique.

D'un point de vue relationnel, nous pouvons aussi imaginer que l'appartenance du chercheur au terrain et l'existence de liens professionnels entre le chercheur et les répondants (connaissance de cinq répondants sur neuf), a pu entacher l'authenticité des réponses données. Cela dit, nous ne notons aucune différence notable entre les réponses des coordinateurs qui sont connus du chercheur et avec lesquels il peut entretenir une certaine affinité, de celles de ceux qui ne l'étaient pas.

2.2 RESULTATS DE L'ANALYSE

Nous développerons nos résultats au travers des différents phénomènes qui ont émergés lors des entretiens. Nous choisissons de citer la source des verbatims utilisés via le codage suivant : « E1C1 » pour « Entretien 1 Coordinateur 1 », « E2C2 » pour « Entretien 2 Coordinateur 2 », et ainsi de suite. Quatre sujets seront principalement évoqués dans cette partie.

D'abord, l'adoption par l'organisation coordinatrice d'un positionnement particulier dans le réseau. Nous développerons notamment ici la légitimité de l'organisation à être coordinatrice du réseau, la proximité qu'elle entretient avec les membres de son réseau et l'horizontalité organisationnelle qu'elle investit en son sein.

Ensuite, nous aborderons l'importance de la prise en compte des intérêts individuels des acteurs du réseau, avant de porter notre attention sur la plus-value que ce dernier doit apporter.

Enfin, nous évoquerons la création de la réflexion commune à l'origine de l'action commune.

⁴ Créés par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Notre choix s'est porté sur ces sujets car, en plus d'émerger de manière répétitive dans nos entretiens, ils ne sont pas sans nous rappeler certains concepts issus de la littérature.

2.2.1 L'adoption par l'organisation coordinatrice d'un positionnement particulier dans le réseau

Après analyse des résultats, il apparaît très clairement que le positionnement du coordinateur au sein du réseau partenarial a un impact sur la dynamique de contribution des acteurs membres de ce réseau. Ce positionnement peut être volontaire ou subit. Il est abordé sous le prisme de trois critères qui ont été mis en avant lors des entretiens semi-directifs, à savoir : la légitimité de l'organisation à être coordinatrice du réseau, la proximité qu'elle entretient avec son réseau et l'horizontalité organisationnelle qu'elle investit au sein de ce dernier.

2.2.1.1 La légitimité de l'organisation à être coordinatrice du réseau

La question de la légitimité de la coordination a été spontanément abordée par huit des neuf coordinateurs interrogés. Elle peut s'acquérir de différentes manières, tout d'abord par le positionnement politique conféré par les ARS, établissements publics dépendant du Ministère de la santé, en charge de la mise en œuvre de la politique de santé en région. L'un des coordinateurs le mentionne d'ailleurs expressément « *oui, ils nous ont légitimé [en parlant de l'ARS]. Ça veut dire que justement, avec ce plan régional, le fait que l'ARS a dit maintenant c'est sous l'égide du COREVIH, c'est eux les pilotes. Et donc c'est vrai que tout ce qui était animation régionale, c'est nous qui le faisons. Nous, on a accepté d'élargir nos missions à la vie affective et sexuelle [...] Donc le fait qu'on soit positionné sur cette transversalité et au niveau régional nous a légitimé, même par rapport au CPEF, par rapport aux acteurs qui ne nous connaissaient pas. Et cet appui-là a été quand même essentiel.* » (E6C6, p. 47)

C'est bien au travers des missions confiées par l'ARS que les COREVIH ont pu asseoir une certaine légitimité. Ici la mission rend possible la coordination. « *J'allais dire après une autre chose qui nous a beaucoup servi aussi en tant que COREVIH, c'est la coordination des CeGIDD qui nous a été confiée par l'ARS, donc ça fait déjà plusieurs années, ça date de 2017. Depuis l'année dernière, on a commencé à mettre en place des comités de pilotage dans chaque CeGIDD [...] Et puis de fait, ça encre aussi le COREVIH dans ce paysage et voilà, on se positionne aussi à travers ça. En tant qu'acteur régional. C'est vrai que les CeGIDD sont*

identifiés comme acteurs locaux et de fait, leurs partenaires vont aussi plus vers le COREVIH, acteur régional. » (E3C3, p.22).

De plus, les ARS sont, pour les structures sanitaires, sociales et médico-sociales, représentatives d'un pouvoir de décision et d'autorité en région, et à leur égard. Cela renforce donc la confiance que ces structures peuvent avoir à l'égard de l'ARS. Ce sont majoritairement des structures comme celles-ci qui composent le réseau partenarial des COREVIH, plus spécifiquement celles œuvrant dans la lutte contre le VIH/sida et les IST, et dans le champ de la santé sexuelle. Le travail de collaboration existant entre le COREVIH et l'ARS renforce également la légitimité du COREVIH en tant qu'instance de coordination. *« Donc nous, on a très rapidement, même dans le cadre du plan national de lutte contre le sida, vraiment travailler en collaboration avec l'ARS. [...] On a travaillé avec l'ARS sur un schéma régional. [...] Ce qui est vraiment remarquable ici et ce qui marche bien, c'est qu'on a vraiment une politique avec l'ARS en complémentarité et on travaille en bonne intelligence. » (E6C6, p.47)*

Le fait pour le COREVIH d'être rattaché à une structure étant reconnue sur le territoire, parce qu'ayant un poids politique important et/ou une bonne réputation, lui fera gagner en légitimité. En effet un des coordinateurs interrogés évoque comme avantage *« le fait d'être rattaché au CHU » (E4C4, p.31)*. Pour lui, *« ça donne aussi des possibilités. Tu n'arrives pas de n'importe où, donc ça te donne une espèce de légitimité, tu vois si tu arrives, tu as dû le vivre hein, et y compris dans un établissement pénitentiaire, t'arrives « Bonjour c'est le COREVIH - C'est quoi le COREVIH ? » Alors que quand tu dis « Bonjour c'est le COREVIH, notre siège est rattaché au CHU de *** [ville] - Ah oui, c'est l'hôpital de ***[ville] d'accord ok » (E4C4, p. 31)*. Dans cette même idée, certains répondants mentionnent l'impact positif que peut avoir l'investissement des élus politiques dans leurs travaux auprès du réseau. *« Le fait aussi d'y investir, les élus des villes santé aussi, et pas juste le COREVIH. Ça c'est pareil par rapport au Conseil départemental qui gère les CPEF, par rapport aux structures, ça nous donnait aussi une crédibilité et une légitimité. » (E6C6, p.48)*. Nous pouvons citer un autre exemple qui illustre ce phénomène : *« il existait quand je suis arrivée, ce COPIL ville sans sida. Je ne pense pas à l'initiative du maire de l'époque, hein, parce que ce n'était pas vraiment son truc, le sida et les homos. [...] Mais il avait le mérite d'exister je pense, parce qu'il y a une personne, une personne de la délégation santé qui était intéressée par le sujet, donc ça a perduré si tu veux il y a eu la signature après de *** [ville] et la région, ville sans sida. [...] Du coup on était intégré et on a été d'autant plus avec les nouveaux élus et avec la nouvelle municipalité qui eux sont vachement impliqués. On a régulièrement contact avec l'adjointe à la santé et du coup, là, on*

est plus rentré par ce biais là et maintenant on devient incontournable quoi pratiquement. » (E5C5, p.36-37).

La légitimité de la coordination trouve également sa force dans la représentativité des acteurs du territoire à la fois au sein du Bureau du COREVIH, lequel étant investi d'une mission décisionnaire et de suivi de mise en œuvre des politiques stratégiques du COREVIH, et à la fois au sein du réseau partenarial. *« Après nous, en tout cas, ce que je trouve chouette et qui fonctionne bien sur la région, c'est qu'on a une vraie représentativité dans notre Bureau de l'ensemble des acteurs de la santé sexuelle, [...]. Donc voilà, on couvre assez bien ce champ et cette mixité en tout cas, ce qui permet d'avoir une vue vraiment générale et pas hospitalo centrée ou pas que VIH centré en fait. »* (E7C7, p.55). Cette représentativité se construit en fonction des missions confiées par l'ARS aux COREVIH et en cas de nouvelles missions, cela nécessite pour lui d'identifier sur son territoire les acteurs susceptibles de rejoindre le réseau.

2.2.1.2 La proximité entretenue avec son réseau

Plusieurs types de proximité ont été abordées par les répondants. Tout d'abord, la proximité géographique, dans laquelle certains coordinateurs ont souhaité s'investir. Ces derniers ont pris en compte l'implantation géographique des acteurs du réseau dans le choix de leur propre implantation, ou dans l'organisation de temps d'échanges inter-organisationnels.

« Au niveau de l'équipe, on a décidé d'être répartis territorialement, [...] ce qui fait qu'en termes d'animation, voilà toutes nos réunions se font aussi sur différents sites, ce qui fait qu'on prend en compte aussi les temps de déplacement dans la mise en place de nos journées ou de notre organisation. En plus, on est en proximité des acteurs puisqu'on n'est pas juste au siège et puisqu'on participe aussi à la vie des sites [...]. Donc ça contribue aussi à cette connaissance et cette immersion dans les équipes au niveau territorial. » (E6C6, p.45)

*« Alors on les [les partenaires] rencontre aux Plénières... trois, quatre fois par an, ensuite les réunions de Bureau on essaye à peu près tous les deux mois mais je t'avoue que c'est un peu compliqué et que tout ça s'essouffle. Alors cette année, on fait des plénières délocalisées entre guillemets, moi je trouve que ça avait du sens puisqu'on fait des plénières toujours à *** [ville], donc on a quand même des gens qui sont de *** [ville] ou de *** [ville]. Donc ça fait quand même de la route. Donc on s'est dit bah tiens, on va délocaliser. »* (E5C5, p.39)

A cette proximité géographique s'ajoute ce que nous appellerons la proximité relationnelle, entretenue notamment par ce que nombreux répondants nomment l'« aller-vers », à savoir le fait pour eux d'aller à la rencontre des partenaires membres du réseau.

« J'ai pris mon bâton de pèlerin et je suis allé voir les gens. Aller voir les gens il y a que comme ça que ça marche, tu peux envoyer des mails, tu peux appeler les gens, ils s'en fichent un peu quoi. Il faut aller les voir, t'es qui, tu fais quoi, à quoi tu ressembles, t'as une tête sympa ou pas ? C'est tout ça, c'est aller voir les gens, c'est le plus important en fait. » (E4C4, p.31)

« Ça prend du temps [d'être sur le terrain], mais le jeu en vaut la chandelle parce que vraiment après, il y a ce lien qui est créé et puis en tant que représentante du COREVIH, on est identifié et voilà, on a notre plus-value qui est reconnue. » (E3C3, p.26)

« Alors les éléments clés [d'un partenariat idéal] ce serait déjà de se rencontrer au moins une fois par an. L'assemblée générale c'est pas suffisant. C'est d'aller-vers les gens et de les faire venir aussi vers nous. » (E1C1, p.10)

Comme vu précédemment, en plus de renforcer la légitimité, l'attribution de nouvelles missions concourt à l'agrandissement du réseau partenarial par l'aller-vers. A ce sujet, l'un des coordinateurs explique que *« ça a permis également d'aller ben d'aller trouver d'autres acteurs qui ne sont pas forcément membres mais qui en tout cas interviennent dans tous nos groupes de travail et nos commissions. On est allé les rencontrer en fait en rencontrant des associations diverses et variées, en rencontrant des centres de santé sexuelles, enfin les ex CPEF donc et petit à petit ils ont participé à des temps de formation, des temps de sensibilisation, puis au bout d'un moment ils ont fini par dire, ben moi je veux bien intégrer tel groupe de travail. » (E7C7, p.56)*

Le « aller-vers » peut se formaliser d'une autre manière que la rencontre physique. C'est par exemple le cas d'un COREVIH qui a diffusé des « fiches alertes » auprès des membres de son réseau : *« C'est une question adressée au COREVIH et nous, on fait une réponse, donc ça nous permet de voir vraiment les points de rupture, de réorienter, ça leur permet de nous interpeler sur des situations. Et comme on n'est pas sur l'ensemble du territoire, on met en place cet outil pour que les acteurs nous repèrent et puissent aussi nous signaler des choses, et que l'information circule à ce niveau-là de la coordination. [...] Et par rapport aux fiches alertes, je vois aussi l'amélioration du positionnement du COREVIH dans les sollicitations, ça veut dire qu'on a plus besoin d'aller chercher l'information et c'est super quand l'information t'arrive*

directement parce que les structures ont repéré que t'étais le bon interlocuteur et ça c'est top. » (E6C6, p.51-52).

D'autres approches sont encore évoquées « *on diffuse beaucoup les informations sur notre site* » (E1C1, p.9), « *je ne les ai pas tous le même jour en réunion, donc c'est à moi derrière d'aller vers les acteurs absents pour pouvoir leur communiquer ce qui s'est dit en réunion de travail et de voir ce qu'ils peuvent apporter* » (E8C8, p.65). Finalement, le tout réside dans le fait « *d'avoir des temps d'échange plus réguliers* » (E5C5, p.41), « *c'est de rester à leur écoute, de répondre à leurs attentes et de savoir faire le chemin vers eux, de pas forcément attendre qu'ils viennent vers nous, c'est de garder ce lien alors pas tous les jours, c'est pas le but on a tous plein de choses à faire mais c'est de revenir régulièrement pour savoir où ils en sont, qu'est-ce qu'ils ont besoin, de montrer qu'on est là. Pour moi c'est le lien quel que soit le support utilisé, le lien est important de garder le lien même si c'est que deux trois fois dans l'année. Je pense que c'est ça qui peut maintenir la dynamique de contribution. C'est des échanges assez réguliers.* » (E1C1, p.10).

Quelques préconisations sont faites au sujet du « *lien quel que soit le support utilisé* » cité précédemment. Si « *les applications ZOOM, TEAMS se sont multipliées et on se rend compte qu'on a plus de participants par ce mode de réunion* » (E8C8, p.63), il apparaît aussi que « *les visios c'est bien mais ça remplace pas le petit café de la réunion où t'échanges, le petit repas de midi où tu échanges avec une association. Et ça, on a repris ça et on sent que ça fait du bien. Quand on a fait notre dernière plénière du comité en mai, on était quand même plus de 45[...], les gens viennent, donc tu sens qu'il y a quand même une dynamique et les gens ont envie de venir.* » (E2C2, p.16). La rencontre physique entre l'organisation coordinatrice et les partenaires du réseau semble rester la plus efficace au maintien du lien et donc de la dynamique de contribution.

La question de la proximité peut également s'étendre au territoire, entendue comme le fait pour le coordinateur d'avoir une bonne connaissance de son territoire et de ses enjeux.

« Alors ça ce n'est pas forcément lié à nous mais des vacances de poste donc ben un projet qui voilà qui prend du retard, qui est mis en pause et après pour le raccrocher c'est pas simple. Bon voilà c'est des facteurs qui là nous échappent un petit peu mais il faut en avoir conscience aussi et ça veut dire que si on veut le mener à bien, il faut redoubler d'efforts par la suite pour venir le défendre à nouveau et essayer de le remonter avec les personnes qui reprennent les fonctions. » (E3C3, p.25)

« Ça veut dire qu'au niveau du tissu partenarial il y a vraiment cette dimension-là, cette ruralité qu'il faut vraiment prendre en compte dans l'ensemble des actions qu'on peut mettre en place. Et du coup, on va tisser un maillage territorial, en prenant ça en compte. » (E6C6, p.45-46)

« Les acteurs sont différents, les territoires sont différents. Quand on a envie de faire quelque chose à la limite, tu vois, on va dire Bah tiens ça, ça marche à tel endroit etc. Mais tu ne peux même pas partager ça parce que sur ton territoire ça ne marchera pas forcément. » (E5C5, p.42)

2.2.1.3 L'horizontalité organisationnelle investie au sein du réseau

Un argument avancé lors d'un entretien nous a semblé particulièrement pertinent de retranscrire dans cette partie. « Je pense que les rôles doivent être bien calés, bien cadrés, et que dans le réseau chacun trouve sa place. Se dire qu'on est animateur de réseau plutôt que tête de réseau déjà, car ça donne tout de suite une notion de hiérarchie qui n'existe pas en fait. » (E4C4, p.33). Prôner l'horizontalité organisationnelle du réseau et dans son prolongement, reconnaître l'expertise de chacun de ses membres, est une position défendue par d'autres répondants.

« Reconnaître le CeGIDD comme expert de son domaine, reconnaître telle association comme experte de son domaine. Je pense que ça c'est très important et surtout, je pense qu'il ne faut pas qu'il y ait d'enjeux de pouvoir ou de place ou de mise en concurrence, il faut vraiment qu'on soit dans un profit bénéfique aux structures et pas dans une dynamique ouais je vais tirer le projet de mon côté » (E7C7, p.59).

« J'ai l'impression qu'on pourrait faire des choses sans empiéter en respectant les autres quoi. Enfin je veux dire le but il n'est pas d'écraser quiconque, surtout de la part du COREVIH. Nous on n'a rien à y gagner. [...] Il y a une expertise que chacun pourrait mettre en commun pour justement, voilà, trouver des terrains d'entente ou enfin des terrains de travail collectifs et collaboratifs. » (E5C5, p.38)

Délimiter la place et rôle de chacun à travers « les conventions de partenariats » (E7C7, p.59) officialiserait et cadrerait ce mode d'organisation.

Pour conclure cette sous-partie, nous souhaitons partager un verbatim qui illustre parfaitement la conception de l'horizontalité organisationnelle telle qu'elle doit être investie dans le réseau partenarial des COREVIH : « surtout leur faire comprendre que toi tu n'as pas d'intérêt, parce

qu'en fait quand t'es tête de réseau, tu n'as pas d'intérêt en fait, on a des objectifs qui sont partagés avec tous. Et c'est ça le truc, c'est aussi savoir garder cette objectivité et savoir, entre guillemets, rester à sa place. C'est dire aux gens on travaille tous pour aller là. Alors vous travaillez tous de manière différente d'ailleurs, et peut-être qu'on est là pour mettre un peu de cohérence. Mais il faut savoir rester à sa place et se dire on ne va pas tirer la gloire de ce qui se fait parce que c'est pas nous qui le faisons. On est là pour coordonner, c'est les acteurs qui font le boulot, on est là pour soutenir les acteurs et les mettre en valeur. » (E4C4, p.32)

2.2.2 La prise en compte des intérêts individuels

L'intérêt est manifestement un élément majeur, si ce n'est incontournable, à la contribution des membres du réseau. Les coordinateurs interrogés l'évoquent à de nombreuses reprises.

« Alors ce qui va être facteur de réussite, c'est l'intérêt. Je pense que les gens vont vouloir s'investir sur un projet précis qui leur parle [...] C'est vraiment cette question d'intérêt. S'il n'est pas là, il y n'y a pas d'adhésion quoi. » (E3C3, p.24 et 27). « Si on part dans un truc qui ne les concerne pas il n'y aura pas d'intérêt en fait, on ne va pas les capter. » (E1C1, p.10).

La question de l'intérêt doit être croisée avec celle de la proximité relationnelle. En effet, *« quand le sujet intéresse vraiment les acteurs, ils se mobilisent. Donc c'est un petit peu ce jeu entre à la fois aller chercher les compétences et les centres d'intérêt, donc de les avoir identifiés aussi. » (E3C3, p.23).* Pour pouvoir identifier les centres d'intérêts, il est nécessaire d'interroger les partenaires du réseau et donc d'être un minimum en lien avec eux.

Bien que l'investissement des membres du réseau ne donne pas lieu à une rémunération dans le fonctionnement des COREVIH, certains évoquent toutefois l'intérêt financier qui pourrait exister : *« par rapport au financement qu'on touche, c'est aussi leur dire que le budget que le COREVIH touche par l'ARS, on va le mettre au service des acteurs, par exemple en ayant un chargé de mission qui va les aider à développer des choses, à les accompagner sur la mise en place d'action. Ça peut leur permettre de déployer davantage leur activité, ou mettre en valeur ce qu'ils font » (E4C4, p.32). « Dans le cadre de la semaine de santé sexuelle, il y a des enveloppes et là ils peuvent demander des soutiens financiers des fois sur des actions de terrain. Ça les motive tu vois. J'ai demandé à faire des bannières, des oriflammes, des t-shirts, des chasubles et ça motive aussi. » (E8C8, p.66).*

Si d'un côté l'intérêt individuel des acteurs ou structures est pointé, de l'autre, rechercher l'intérêt commun qui favorisera la contribution des différents membres, appartenant à diverses structures et poursuivant donc des intérêts potentiellement différents, a aussi son importance. Cela nécessite une fois de plus que le coordinateur ait une bonne connaissance de ses partenaires. *« Voilà il faut trouver l'intérêt commun. En fait c'est bateau que de dire ça mais quelquefois ce n'est pas simple à trouver. Mais je crois que c'est ça le truc c'est de trouver l'intérêt commun, là où les gens vont avoir intérêt à s'investir. »* (E4C4, p.31)

2.2.3 L'apport par le réseau d'une plus-value

« Toutes ces assos et tous les membres, ils existent sans le COREVIH. Ils sont au COREVIH parce qu'à un moment ils se sont dit que c'était bien d'y être et que ça allait apporter quelque chose dans leur travail. Mais ils continueront d'exister si le COREVIH disparaît, ils continueront à faire leurs actions. » (E5C5, p.40).

Après avoir abordé la question de l'intérêt, c'est maintenant celle de la plus-value d'appartenir au réseau partenarial qui sera abordée. Ces deux dimensions sont intimement liées puisque la deuxième étant la réponse à la première. La plus-value doit être clairement identifiée par les acteurs du réseau, ce dernier devant être perçu comme étant une organisation ressource pour chacun. Ici, la coordination va jouer un rôle important.

D'abord elle va permettre la création de liens entre les acteurs du réseau, *« faire du lien entre les acteurs eux-mêmes, entre les acteurs de ton réseau, [...] permettre la rencontre entre les acteurs, faire du lien, connaître les missions des uns et des autres, pour élargir le réseau et savoir orienter les usagers ou publics que l'on suit dans le réseau. Ça permet aussi de dépasser certaines représentations qu'on peut avoir d'autres structures, en se disant qu'on a peut-être intérêt à aller voir ce qu'ils proposent. »* (E4C4, p.32). La coordination est facilitatrice en ce sens, *« moi je vais les mettre en lien. Je vais dire, vous pouvez contacter telle structure par exemple. Enfin voilà, j'ai une connaissance globale de la région donc je peux les réorienter. »* (E3C3, p.25), elle contribue au façonnage du réseau. *« Nous c'est vrai qu'il y a beaucoup de partenariats qui se sont fait sur des journées organisées, c'est à ce moment-là que les acteurs se sont rencontrés, ils ont échangé leurs numéros etc. je pense que c'est vraiment la rencontre qu'on leur apporte, le fait qu'ils se croisent et qu'ils se voient sur des temps d'échanges. »* (E2C2, p.16). Cela nécessite une vraie disponibilité de la part des coordinateurs : *« après il faut*

du temps humain quoi pour mettre les gens en réseau, pour les faire travailler ensemble. Entre les différentes structures, qui sont sur des thématiques différentes, il faut aussi trouver sa place dans le réseau. On doit faire un peu le lien avec des gens qui sont de culture différentes quoi. » (E9C9, p.72).

Au-delà de la culture différente, réunir plusieurs acteurs différents au sein d'un même réseau induit qu'ils n'ont pas forcément les mêmes connaissances et compétences. Là encore la coordination joue un rôle crucial, *« en tant que COREVIH il faut savoir se rendre aussi un peu incontournable pour qu'ils puissent faire appel à nous et montrer qu'on a une réelle plus-value, des réelles compétences à leur apporter et qu'il ne faut pas hésiter à faire appel à nous s'ils ont la moindre question. »* (E3C3, p.25). Certains des coordinateurs interrogés proposent des temps de formation aux partenaires, *« on était en charge de l'augmentation des compétences à travers la mise en place de formations pilotées par le COREVIH »* (E6C6, p.47), *« avec l'élargissement des missions des COREVIH, on a fait des webinaires de formation pour que nos acteurs soient davantage formés »* (E9C9, p.72), *« je pense que ce qui les amène [à contribuer] déjà, c'est qu'on leur apporte de l'information, même si c'est pas de la vraie formation. C'est en tout cas plein de choses et des échanges qu'ils n'ont pas forcément dans leur structure, qui les ouvrent à d'autres choses. »* (E2C2, p.16).

Les temps de formation vont également permettre la mise en relation des acteurs, développée plus haut : *« le réseau on le tisse aussi par le biais des formations. [...] l'idée c'est de faire du lien de cette manière-là aussi. »* (E1C1, p.6), tout comme l'organisation de journées partenariales qui permettront, au-delà de la mise en relation des acteurs, des temps de partage de pratiques. *« Aujourd'hui, on arrive à avoir des temps d'échange régionaux entre CeGIDD, des temps d'échanges de pratiques sur un thème particulier, chacun se donne son tuyau, pareil sur la PreP, donc je pense qu'il y a cette plus-value d'aller voir ce qui se fait chez les autres de diffuser ce qu'on vient de faire. »* (E7C7, p.57)

Certains des coordinateurs interrogés mentionnent le fait que les membres du réseau gagnent en visibilité sur le territoire à travers la coordination mise en place. *« On a une bonne vision des acteurs de terrains, qu'ils n'ont pas forcément. Donc dire à un acteur sur un département, bah vous pourriez faire ça avec cet acteur là quand même ça marcherait bien. Et du coup ben ça fonctionne ça. »* (E9C9, p.72). L'un d'entre eux évoque même la création d'un organigramme, *« ce document permet de positionner l'ensemble des acteurs et qu'il y ait de la visibilité sur qui fait quoi sur le territoire. »* (E6C6, p.50). Cette visibilité permettra aux

structures à la fois d'être valorisées dans le réseau et sur le territoire, mais surtout aura un impact sur le maillage territorial qui in fine, permettra de renforcer la prise en charge sanitaire et sociale des usagers concernés, dans une logique de parcours.

La réponse aux attentes et besoins des différents membres du réseau est également une plus-value que le réseau va apporter. Si les coordinateurs évoquent d'abord le fait de questionner individuellement les acteurs du réseau afin d'identifier leurs attentes et besoins (qui est en lien avec la proximité relationnelle abordée précédemment), indispensable au recueil d'une « *sacrée base de données* » (E3C3, p.23), cette démarche conduira à l'élaboration d'un plan d'action à travers le réseau. « *On a vraiment réussi à partir des constats de terrain pour élaborer une stratégie. Ça c'était aussi quelque chose à laquelle j'étais attachée, c'est à dire vraiment de ne pas négliger cette étape-là de terrain, pour vraiment partir de ce qu'il est parce que c'est quand même un facteur d'adhésion non négligeable.* » (Ibid). « *Quand on répond aux besoins des acteurs, la dynamique elle reste. Donc je pense que ça c'est à réinterroger régulièrement.* » (E7C7, p.58).

2.2.4 La création de la réflexion commune à l'origine de l'action commune

Le travail en commun relève une dimension importante selon les répondants. La plupart de leurs COREVIH ont mis en place des groupes de travail, appelés aussi groupes projets ou commissions, auxquels les acteurs sont associés et dans lesquels ils peuvent contribuer. « *Par des groupes de travail en fait [en parlant du mode de contribution], il y a plusieurs groupes de travail, les personnes y sont associées. Tout le monde peut venir à tout moment on diffuse beaucoup les informations sur notre site* » (E1C1, p.9).

Ces espaces d'échanges et de réflexion permettent la prise de décision en prenant en compte l'avis, l'expérience, les connaissances et compétences de chaque acteur. Cette méthode est d'autant plus intéressante qu'elle donne lieu à des décisions qui les concerne directement, notamment à la mise en place de stratégies ou politiques de santé publique.

« *Chez nous les feuilles de route et les projets sont discutés. On a encore fait une réunion fin d'année dernière sur les projets à venir, ce qu'on allait mettre en place, etc donc avec les membres COREVIH qui voulaient donc les assos qui sont venues en disant Bah oui nous on a envie de faire ça, faire ça etc.* » (E5C5, p.38).

« Et donc on travaille en Commission et bah c'est ce qui me motive les acteurs. [...] Alors on se met d'accord sur un communiqué de presse. On essaie d'avoir le même discours sur le message qu'on souhaite donner. » (E8C8, p.65)

« On a fait deux journées, on a regroupé plus de quatre-vingt acteurs pour définir les objectifs et ça a donné lieu au plan régional en santé sexuelle. » (E6C6, p.50)

Ces groupes de travail sont pilotés soit par le coordinateur, soit par un membre du Bureau du COREVIH, soit par un membre du réseau partenarial. Au-delà de la prise de décision, les acteurs sont donc associés au pilotage du groupe et à son évolution. « Alors, une fois que les membres ont été nommés, il y a eu une journée de travail, où tous les membres étaient invités. Et puis ils ont travaillé en petits groupes et en gros on a défini quelles thématiques on souhaitait prioritaires dans le COREVIH, quels objectifs on donne à ces thématiques-là, qu'est ce qui nous semble important, et c'est de là d'où sont parties nos différentes commissions : vaccination, promotion de la santé, etc. Donc voilà, et puis pour chaque groupe de travail, il y a eu un appel à candidature, des membres du comité mais pas que, voilà de personnes qui souhaitaient contribuer à ces groupes-là. Donc les objectifs étaient fixes et les pilotes de ces groupes de travail sont des membres du Bureau, alors soit seul soit en binôme. Et puis ces groupes de travail on les a agrémentés au fur et à mesure des rencontres qu'il y a eu. Et après ben les objectifs se refixent au fur et à mesure en fait soit des actualités, soit de l'avancée des travaux et de ce qu'on s'était fixé. C'est se questionner sur c'est quoi notre priorité ? Mais ça part toujours des membres du groupe. » (E7C7, p.55).

A ces espaces de réflexion s'ajoute le fait pour les acteurs de développer et réaliser une action commune. Généralement, ces actions font suite aux décisions prises au sein des groupes de travail. Ce que rapporte l'un des coordinateurs en est une belle illustration. « On a un groupe de travail qu'on appelle coordination du déploiement des actions. C'est avec lui qu'on met en place un petit peu toutes les actions autour du 1er décembre et les actions qui sont autour de la semaine de santé sexuelle et puis surtout, en juin, on a notre semaine qui arrive de dépistage et c'est vrai que les gens qui font des actions avec les partenaires dans ce cadre-là, ben souvent on les rajoute à notre liste et c'est comme ça qu'on les rencontre aussi parce que ils ont fait une action avec eux. » (E2C2, p.14-15). Ici le répondant évoque même que les actions collectives entre membres du COREVIH et non membres permettent aux non membres d'intégrer le groupe de travail à la suite. L'action collective génère ainsi ici l'agrandissement du réseau, en plus de

concourir à la contribution des acteurs au sein du réseau. « *Malgré tout, quand il y a des actions qui sont très pratico pratiques de terrain, la mobilisation, on l'a.* » (E5C5, p.40).

La notion de culture commune apparaît également lors d'un entretien, comme ayant été indispensable au travail en commun : « *pour chaque groupe de travail thématique, on a réuni deux jours les acteurs de terrain, on a écrit le plan avec les objectifs donc c'est les objectifs que tu reprends et du coup on a une approche populationnelle et 3 thématiques. Voilà donc pour chaque groupe en fait, il y a un pilote qui est désigné, un pilote régional. Donc moi en tant que coordinatrice je vais accompagner les pilotes. Et forcément pour la structuration des objectifs on a dû faire un gros travail sur la culture commune, puisqu'on réunissait des acteurs différents.* » (E6C6, p.50). Il nous paraît ici intéressant de citer un autre verbatim qui aborde cette fois l'identité commune, comme facteur favorisant la coopération : « *alors ce qui nous permet de travailler ensemble aussi c'est que dans le cadre de la semaine de santé sexuelle, il y a des budgets. L'ARS nous a demandé l'année dernière avec ce budget là de créer une identité commune qui s'appelle « *** » et donc c'est encore une autre dynamique dans laquelle les acteurs s'identifient, donc c'est le collectif des acteurs engagés en santé sexuelle. Et du coup, depuis l'année dernière, on travaille aussi beaucoup là-dessus pour faire vivre cette identité, qu'elle soit reconnaissable du public, avec un logo par exemple.* » (E8C8, p.64). Ces deux exemples ancrent davantage l'idée que ce qui facilite la coopération des membres, au-delà des réflexions et actions communes, c'est aussi l'instauration d'une culture ou identité commune.

D'après les répondants, il apparaît clairement que l'existence et le maintien d'une dynamique de contribution au sein d'un réseau partenarial sont multifactorielles. D'abord, nous pouvons constater qu'elle dépend du positionnement que va adopter l'organisation coordinatrice au sein du réseau. En étant légitime, en relation régulière avec les partenaires et enclin à investir une horizontalité organisationnelle, le pilote favorisera la contribution des membres dans le réseau. L'intérêt que ces derniers auraient à coopérer au sein du réseau est également un facteur incontournable qui doit être pris en compte, comme la plus-value qu'ils pourraient en retirer. Le réseau partenarial doit être ainsi une organisation ressource pour ses membres. Enfin, la réflexion et l'action commune sont abordées par les professionnels comme étant des moteurs de contribution. Ces différents facteurs semblent indissociables et s'influencent mutuellement. Ils doivent donc être envisagés non pas séparément mais dans leur complémentarité.

3 DISCUSSIONS ET RECOMMANDATIONS MANAGERIALES

Nous avons pu jusqu'ici élaborer une revue de la littérature au regard de notre problématique et recueillir un certain nombre de données via la réalisation d'entretiens semi-directifs. Il s'agira dans cette dernière partie discussion de tenter de mettre en relation le contenu de la littérature avec les données empiriques collectées.

Pour rappel, notre interrogation initiale est la suivante : « Comment développer et maintenir une dynamique de contribution au sein d'un réseau partenarial ? »

Nous confirmerons tout d'abord comment la coordination, à travers la mise en œuvre de divers outils et actions, permet d'activer les processus d'identification et de co-construction, favorisant ainsi la contribution des membres au sein du réseau partenarial. Puis, nous évoquerons la légitimité et l'horizontalité comme éléments de bases sur lesquels doit se fonder la coordination. Cette dernière a également un rôle à jouer dans la structuration du réseau, cette structuration ayant elle-même un impact sur les dynamiques de contribution au sein du réseau.

Pour clôturer notre étude, nous suggérerons quelques recommandations à destination des managers qui pourraient être intéressés par cette question.

3.1 DISCUSSIONS

3.1.1 La coordination comme activateur de processus via des ressources de médiation

La proximité géographique et la proximité relationnelle, entreprises par la coordination du réseau et développées lors des entretiens semi-directifs, ont un impact sur les processus d'identification et de co-construction que nous avons évoqués en première partie de cette recherche.

D'abord, s'agissant du processus d'identification. A travers les différentes réponses des coordinateurs, nous comprenons qu'il est évident qu'un acteur du réseau partenarial qui s'identifie à ce réseau aura davantage envie d'y contribuer. Dans notre étude, nous constatons

que ce sentiment d'appartenance va croître au fur et à mesure des interactions que les acteurs auront avec les autres membres du réseau. La coordination joue ici un rôle essentiel puisque c'est elle qui va permettre ces interactions, par la mise en place d'un certain nombre d'outils, que l'on retrouve sous le terme de « ressources de médiation » dans la littérature, à savoir tiers lieu, routines, espaces partagés, événements etc, l'ensemble représentant des occasions sociales (ARNAUD C., ANBERREE A., 2021 ; EMIN S., SAGOT-DUVAUROUX D., 2016).

Nous retrouvons dans le fonctionnement du réseau du COREVIH le concept de la proximité sociale avec sa triple dimension géographique, organisée et identitaire développée dans la littérature.

Lorsque nous avons abordé la proximité géographique, il a été question d'envisager le territoire comme étant à la fois un espace géographiquement identifié et un périmètre représentant une cohésion géographique, sociale, économique et culturelle (ZARDET V., NOGUERA F., 2013). Pour faire naître cette cohérence, une coopération doit s'installer entre acteurs différents, qui viennent répondre à des problématiques territoriales spécifiques (ZARDET V., NOGUERA F., 2013). Le réseau des COREVIH illustre particulièrement bien cette construction et l'idée du projet territorial qui recherche la mobilisation collective sur un territoire (REGENT B., FAVRE-BONTE V. DA FONSECA M., 2021). Sur notre terrain d'étude, le réseau du COREVIH est nommé par l'ARS et délimité géographiquement et regroupe en son sein des acteurs différents poursuivant des missions diverses mais ayant en commun le devoir de répondre à une problématique spatialement inscrite, ici la lutte contre le VIH et plus particulièrement la prise en charge des PVVIH (dans sa dimension sanitaire, sociale et médico-sociale). Ils sont ainsi proches si l'on se place dans une logique d'appartenance et de similitudes dans la poursuite de leurs objectifs, avec a priori un partage de valeurs (proximité identitaire) du fait du même public pour lequel ils travaillent. Cependant, leur seule inscription dans ce réseau ne suffit pas à leur coopération. Pour pouvoir répondre à cette problématique ils doivent être en relation (proximité organisée selon Torre, 2009 in ARNAUD C., ANBERREE A., 2021, p.74).

L'identification par la proximité d'opportunité, identifiée dans la littérature comme première étape de la proximité géographique et des proximités socio-économiques, se confirme également sur notre terrain. En effet les membres du réseau du COREVIH semblent s'inscrire dans une coopération complémentaire (DAMERON S., 2002). En partant du principe que les membres du réseau ont pour objectif de répondre à ce qui pourrait être assimilé à un projet

territorial comme vu précédemment, nous nous retrouvons bel et bien dans la construction d'une coopération complémentaire, caractérisée par la réunion d'acteurs établie par le partage de tâche commune, faisant ressortir les compétences et ressources de chacun (*Ibid*). Dans cette approche, plus il y aura d'interactions entre les membres, plus l'identification au groupe sera forte, et plus il y aura contribution. Cela nous a été confirmé dans nos entretiens semi-directifs.

La coordination va permettre ce rapprochement des membres au sein du réseau, à travers la proximité relationnelle, c'est-à-dire le fait d'être en lien constant avec ses acteurs, dans une démarche d'aller-vers. D'après nos données empiriques, cet aller-vers pourra être physique (rencontres bilatérales ou organisation de rencontres multi partenariales) ou pourra prendre la forme d'échanges réguliers. Ces différentes formes d'aller-vers sont des ressources de médiation, mises en œuvre par la coordination.

Cette proximité va permettre d'identifier les intérêts individuels des différents acteurs, à la recherche de ressources complémentaires. Ces ressources complémentaires seront apportées par le biais de la coordination, qui doit, d'après les répondants, apporter une plus-value aux acteurs, ce qui les amènera de fait à contribuer au sein du réseau. Ces ressources peuvent s'entendre comme en la création de liens entre les acteurs, en l'apport de nouvelles connaissances et compétences via l'organisation de formations, en une meilleure visibilité des acteurs sur le territoire. Ces ressources peuvent naître des échanges de pratiques générées par les rencontres multi partenariales organisées par la coordination, et doivent surtout venir en réponse aux attentes et besoins des acteurs du réseau.

Dans la coopération complémentaire, en poursuivant l'idée que plus il y a de contacts entre les membres du groupe, plus l'identification au groupe est forte, plus il y a coopération (CHEDOTEL F., 2004), la littérature nous indique que celle-ci sera à l'origine d'actions collectives qui contribueront à la création d'une culture commune et qui renforcera l'identité commune. Nous pouvons le constater à travers les propos recueillis lors des entretiens, et notamment à travers la mise en place des groupes de travail au sein des COREVIH. Si nous devons résumer notre propos, les acteurs, en lien avec l'organisation coordinatrice, vont souhaiter s'investir par intérêt dans un groupe de travail, proposé par la coordination qui aura préalablement identifié leurs besoins et attentes. Le groupe formé va conduire à la multiplication des interactions entre ses membres, qui viendront s'identifier au groupe. Cette démarche favorisera leur coopération. Sur la question du passage de la coopération complémentaire à la coopération communautaire, les propos recueillis ne nous permettent pas

de valider ou non cette théorie, il serait intéressant d'étudier davantage cette piste et de poursuivre cette analyse.

S'agissant maintenant du processus de co-construction. En associant les partenaires à la réflexion, à travers l'organisation de temps d'échanges spécifiques et d'événements régionaux ou par la mise en place des groupes de travail, la coordination active aussi le processus de co-construction. Pour rappel, la co-construction correspond en un ensemble d'interactions entre les individus qui leur permettent au fil du temps d'élaborer des accords relatifs à un changement, un projet ou une méthode de travail (FOUDRIAT M., 2014). Cette méthode a clairement été développée par les répondants lors des entretiens semi-directifs (considération des points de vue de chacun des membres du groupe ou du réseau et négociation pour trouver un accord), même si le terme de co-construction n'a que très rarement été formulé. Les interactions à la base de cette réflexion commune, permettant la confrontation des points de vue, organisée par la coordination, produisent des effets d'apprentissage et conduisent à transformer les représentations de chacun.

Nous retrouvons dans la méthode de co-construction décrite par certains des répondants, les différents critères et impératifs permettant l'effectivité d'une co-construction impliquante, mis en avant dans la littérature (*voir figure 1*), notamment dans la co-construction démocratique des politiques publiques.

Ainsi, nous pouvons confirmer que la coordination, par la mise en lien des acteurs du réseau partenarial via des ressources de médiation diverses, conduit à la mise en lien des savoirs, des compétences et des pratiques, et de fait est à l'origine de l'activation des processus de co-construction et d'identification. Ces derniers, qui s'influencent mutuellement, favorisent la contribution des acteurs au sein d'un réseau partenarial.

3.1.2 L'importance d'une coordination légitime et horizontale

Le positionnement légitime et horizontal de l'organisation coordinatrice du réseau partenarial, abordé dans la littérature comme étant des éléments contributifs à la coopération des membres du réseau, a été confirmé par les répondants. Le fait d'être perçu par les membres du réseau comme une organisation légitime à coordonner ce même réseau apparaît très clairement comme

un indispensable, permettant d'asseoir l'organisation coordinatrice dans ses fonctions. L'objectif commun entre les partenaires et le pilote du réseau se situe ici principalement dans l'amélioration et l'effectivité de la prise en charge d'un public spécifique au niveau du territoire, à savoir les PVVIH et personnes vulnérables à l'infection au VIH et aux hépatites, pour lesquels une politique de santé publique sera co-construite. Il existe de fait une cohérence dans le choix du coordinateur, dont les missions sont établies par voie réglementaire et par l'intervention de l'ARS. Ces autorités institutionnelles concourent à attribuer de la légitimité au COREVIH, mais aussi une position particulière dans le réseau. Selon les répondants, il appartient ainsi ensuite au COREVIH de s'engager dans une organisation horizontale, que l'on retrouve d'ailleurs dans la définition même du réseau (DUBECHOT P., 2015), afin d'éviter toute sorte de hiérarchie avec ses partenaires. La reconnaissance de l'expertise de chacun est identifiée par les professionnels comme un élément fort contribuant à leur coopération dans le réseau. Les entretiens laissent parfois entendre qu'une relation de collaboration étroite existe entre les COREVIH et leurs ARS respectives. Il aurait été intéressant d'interroger les professionnels sur la manière dont les membres de leur réseau perçoivent l'indépendance de la coordination par rapport à l'ARS, au regard de cette collaboration étroite. En effet selon la littérature, une trop grande dépendance pourrait avoir un impact sur leur degré d'engagement dans les délibérations au sein du réseau (FOUDRIAT M., 2014).

3.1.3 La structuration du réseau par la coordination

Si par définition le partenariat ne se décrète pas mais se construit, nous pouvons en dire autant du réseau à la suite de nos différentes lectures et des réponses recueillies auprès des coordinateurs interrogés.

Il est vrai que sur notre terrain de recherche, le réseau partenarial du COREVIH est décrété par l'ARS. Les membres sont nommés au sein du réseau, constitué sur la base de la proximité territoriale des acteurs et de la problématique qui les relie (la lutte contre le VIH, les hépatites et les IST), cette dernière étant spatialement inscrite. Comme évoqué précédemment, le fait que les acteurs soient géographiquement proches n'impliquent pas automatiquement leur coopération. Les coordinateurs mentionnent d'ailleurs à plusieurs reprises que nombreux des acteurs sur leur territoire et au sein du même réseau ne se connaissent pas, et n'ont pas connaissance de leurs missions respectives.

Dans notre contexte, le réseau n'est pas spontané mais subit, puisque créé par l'intervention d'une autorité supérieure. En faisant intervenir la coordination, créatrice de lien entre les acteurs du réseau, ce dernier sera davantage structuré et cohérent. En effet la coordination aura un impact sur « les trous structureaux » évoqués dans la littérature (DUMONT R., 2015), qui pourront être comblés pour plus de cohérence et de complémentarité dans la prise en charge sanitaire et sociale des publics cibles. La création de lien est d'autant plus importante quand l'organisme de coordination se voit attribuer de nouvelles missions, lesquelles impliquant l'élargissement du réseau. Les répondants en font état. L'entre-soi professionnel comme conséquence du réseau spontané ou dans notre cas, du réseau subi, est ainsi dépassé par la recherche de nouveaux acteurs susceptibles d'intervenir dans le parcours de l'utilisateur. L'objectif étant d'inclure ces nouveaux acteurs dans le réseau partenarial. Nous sommes ici dans ce que la littérature appelle la construction de la diversité pour le collectif (GRENIER C., 2015), démarche opérée par de nombreux coordinateurs répondants, à travers l'aller-vers notamment.

La coordination, par la (re)structuration de son réseau partenarial, va permettre d'apporter davantage de cohérence au sein du réseau, par la mise en lien des acteurs qui permettra d'éviter les trous structureaux, pour un meilleur accompagnement des usagers dans leurs parcours. Cette cohérence pourra répondre aux intérêts individuels des structures partenaires mais servira surtout l'objectif commun partagé par les membres du réseau partenarial. C'est en ce sens que la structuration du réseau peut favoriser la coopération des acteurs au sein du réseau partenarial.

3.2 RECOMMANDATIONS MANAGERIALES

A travers notre recherche, nous ne pouvons qu'affirmer que le lien entre un coordinateur et les membres du réseau partenarial qu'il pilote doit impérativement être constant et régulier. Notre première recommandation s'attache ainsi à ce que les managers de réseaux partenariaux puissent multiplier les moyens assurant ce que nous avons nommé la proximité relationnelle. Cela peut se traduire par exemple en la création d'outils spécifiques. Ces outils doivent pouvoir faciliter la diffusion d'information au sein du réseau, sans pour autant remplacer l'aller-vers physique, qui lui est essentiel. L'idéal serait encore de pouvoir associer les partenaires à la construction de ces outils, afin d'identifier les modes de diffusion et de communication les plus pertinents par rapport à leurs différents fonctionnements. L'intérêt de multiplier les outils ou moyens de mise en lien réside dans le fait que chaque structure du réseau peut avoir un mode

de fonctionnement différent, laquelle sera plus en phase avec l'utilisation d'un outil plutôt qu'un autre. Ces outils peuvent prendre différentes formes, comme par exemple la mise en place d'un site internet par le coordinateur, la diffusion de « fiches alertes » aux membres du réseau (outil décrit lors d'un entretien), la création d'une page spécifique sur un réseau social, type LinkedIn, la diffusion d'une revue périodique aux membres du réseau tel un « journal interne » etc. Dans l'optique d'un travail de co-construction entre les membres du réseau, il existe également des applications qui sont des outils de gestion de projet en ligne. C'est une alternative aux simples échanges d'emails, permettant et facilitant la co-construction à distance. Ce type d'application, tout comme les réunions en visioconférences, ne doivent pas se substituer aux rencontres en présentiel, mais sont des outils complémentaires et parfois des alternatives efficaces lorsque la distance géographique entre le pilote et les partenaires du réseau limite la possibilité de rencontres régulières.

Un point de vigilance doit toutefois être souligné. En effet ces divers outils peuvent engendrer un coût financier pour l'organisation coordinatrice, de par leur simple création (site internet par exemple) ou utilisation (maintenance nécessitant des moyens humains supplémentaires, utilisation payante de certaines application...). A l'heure où les budgets des structures sanitaires, sociales et médico-sociales sont restreints, il semble important d'identifier dans le réseau quels sont les modes de communication et de diffusion d'information les plus efficaces, et de privilégier l'utilisation d'outils qui ne génèreraient que peu ou aucun coût.

Au-delà des outils, il peut aussi s'agir de définir d'un mode de fonctionnement particulier avec les membres du réseau, comme par exemple le fait de convenir d'un minimum de rencontres en présentielles, selon une temporalité définie (mensuelle, semestrielle, annuelle...). Les possibilités du manager pour maintenir un contact régulier avec les membres de son réseau sont donc nombreuses. Le tout étant de faire vivre le réseau partenarial, de le rendre visible, de lui donner une dynamique.

Evoquons à présent la question des conventions partenariales. Le fait d'établir une convention de partenariat entre l'organisation coordinatrice et l'un de ses partenaires ou plusieurs de ses partenaires du réseau permet d'assurer le maintien de leur contribution au sein du réseau. Ce type de convention permet en effet de clarifier les objectifs et missions de chacun, et officialise davantage l'engagement des parties prenantes et leur relation partenariale. Elle permet également de maintenir les identités professionnelles des partenaires, dans un réseau où elles sont susceptibles de se confondre, à travers l'apparition de la culture commune notamment. Si

ces conventions sont un moyen supplémentaire à la dynamique de contribution, elles sont également un mécanisme de contrôle qui peut avoir un impact négatif sur la confiance qui existe entre les partenaires. Nous préconisons ainsi une utilisation modérée de ce moyen, d'autant qu'il pourrait également conduire, dans le cas d'une utilisation massive, à une forme de hiérarchisation du réseau.

Enfin, il nous paraît essentiel pour l'organisation coordinatrice d'avoir identifié les différentes étapes récurrentes dans le processus de co-construction, qui comme nous l'avons constaté, est un processus favorisant la contribution des acteurs au sein d'un réseau. A partir de nos lectures et des données empiriques collectées, nous proposons ci-dessous ce qui nous apparaît comme étant les cinq étapes indispensables à la réussite de la co-construction :

- Etape 1 : état des lieux, diagnostic partagé, concertation et génération d'idées
- Etape 2 : délibération, négociation dans la priorisation des projets à mener, définition des modalités de la co-construction
- Etape 3 : validation des objectifs et des propositions, élaboration d'une feuille de route ou plan d'action, détermination des moyens
- Etape 4 : mise en œuvre du plan d'action et suivi
- Etape 5 : élaboration du bilan commun et évaluation partenariale

La mise en œuvre effective de ces différentes étapes nécessite pour l'organisation coordinatrice de devoir prendre le temps. La planification des différents projets à co-construire est une méthode à ne pas négliger de la part du coordinateur, et peut même être envisagée comme étant l'étape 0 de la co-construction.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons souhaité interroger les dynamiques de contribution au sein de réseaux partenariaux, notamment dans leur développement et dans leur maintien. L'intérêt de ce sujet réside dans le fait que depuis la fin du XXème siècle, le secteur sanitaire, social et médico-social subit une réelle évolution dans son mode d'organisation : regroupement, partenariat, coopération, réseau sont devenus les termes privilégiés des pouvoirs publics à ce sujet. D'après les données recueillies via notre revue de littérature, il apparaît que le processus d'identification sociale et inter-organisationnelle ainsi que le processus de co-construction

favorisent les dynamiques de coopération au sein de ces réseaux. A ces processus vient s'ajouter la coordination, identifiée comme activateur des processus du fait de son incontournable rôle de mise en relation des professionnels. L'analyse des données empiriques de son côté a mis en évidence la dimension multifactorielle des dynamiques de contribution. Elles sont fonction du positionnement adopté par l'organisation coordinatrice : légitimité, proximité et horizontalité organisationnelle ont particulièrement été évoquées. L'intérêt des professionnels à contribuer aux activités du réseau et la plus-value qu'ils en retirent ont également été identifiés comme moteur de leur contribution, tout comme la réflexion commune à laquelle ils sont associés, elle-même créatrice de l'action commune. Nos résultats empiriques valident ainsi les éléments théoriques issus de la littérature. En effet les ressources de médiation (largement développées lors des entretiens) utilisées par la coordination la positionnent comme l'activateur des processus d'identification et de co-construction. Les caractéristiques de la coordination mentionnées dans la littérature, à savoir sa légitimité et son inscription dans une horizontalité organisationnelle, sont également des aspects considérés comme impactants pour les répondants. Enfin, a aussi été confirmée que la (re)structuration du réseau, par l'action de la coordination, favorise la contribution des professionnels aux activités du réseau.

D'autres phénomènes mériteraient d'être étudiés dans la continuité de ce travail. La place de l'intelligence collective dans le réseau partenarial par exemple, et l'impact qu'elle pourrait avoir sur les dynamiques de contribution des professionnels. Approfondir le sujet de la confiance dans les relations partenariales serait également intéressant. En effet, cette dernière, évoquée à de nombreuses reprises dans nos entretiens, semble avoir un impact non négligeable sur la coopération.

BIBLIOGRAPHIE

Articles et ouvrage

ANGIULLI François, « Comment un projet d'innovation inter-organisationnel peut aider à construire des représentations communes tout en permettant un maintien des identités professionnelles ? », *Projectics / Proyéctica / Projectique*, 2020/HS (Hors Série), p. 191-215.

ARNAUD Charlène, ANBERREE Alice, « Dynamiques de proximité et politiques publiques territoriales : quels effets de la proximité d'opportunité ? », *Management & Avenir*, 2021/5 (N° 125), p. 69-95.

CHEDOTEL Frédérique, « Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération », *M@n@gement*, 2004/3 (Vol. 7), p. 161-193.

COLOMES Jérémie, CAIRE Gilles, « Vers une institutionnalisation de la co-construction des politiques publiques en économie sociale et solidaire ? L'exemple de la Nouvelle-Aquitaine », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 2020/5 (Décembre), p. 887-908.

DAMERON Stéphanie, « La dynamique relationnelle au sein d'équipes de conception », *Le travail humain*, 2002/4 (Vol. 65), p. 339-361.

DAMERON Stéphanie, « Opportunisme ou besoin d'appartenance ? La dualité coopérative dans le cas d'équipes projet », *M@n@gement*, 2004/3 (Vol. 7), p. 137-160.

DHUME Fabrice, « Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales », Edition ASH, 2001, 206 pages.

DUBECHOT Patrick, « Partenariat et réseau professionnels », dans : Stéphane Rullac éd., *Dictionnaire pratique du travail social*. Paris, Dunod, « Hors collection », 2015, p. 325-331.

DUBREUIL Benoît, « Qu'est-ce que coopérer ? », *Sciences Humaines*, 2016/6 (N° 282), p. 19-19.

DUMONT Régis, « Principes et concepts », dans : Philippe Dumoulin éd., *Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en intervention sociale*. Paris, Dunod, « Santé Social », 2015, p. 1-48

EMIN Sandrine, SAGOT-DUVAUROUX Dominique, « L'émergence de dynamiques coopératives : l'exemple d'un réseau d'entreprises créatives co-localisées. Une approche par l'économie des proximités », *Géographie, économie, société*, 2016/4 (Vol. 18), p. 525-550.

FOUDRIAT Michel, « La co-construction. Une option managériale pour les chefs de service », dans : Maxime Delaloy éd., *Le management des chefs de service dans le secteur social et médico-social*. Paris, Dunod, « Guides Santé Social », 2014, p. 229-250.

FOURDRIGNIER Marc, « Les coopérations, de nouvelles transactions dans le travail social ? », *Pensée plurielle*, 2016/3 (n° 43), p. 23-35.

GRENIER Corinne, GUITTON-PHILIPPE Sandra, « La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? », *Management & Avenir*, 2011/7 (n° 47), p. 98-113.

GRENIER Corinne, « Construire la diversité des acteurs pour innover. Le cas d'un réseau de santé », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 2015/1 (n° 15, vol. 4), p. 66-84.

MAISONNASSE Julien, « Construire la coopération au sein des réseaux territoriaux d'organisations : une analyse à partir de l'Economie de la Proximité et de la Sociologie de la Traduction », Thèse en sciences de gestion, Université Aix-Marseille, 2014, 291 p.

MARAQUIN Carine, « Le partenariat c'est quoi ? », dans : *Handicap : pratiques professionnelles à domicile*. sous la direction de MARAQUIN Carine. Paris, Dunod, « Santé Social », 2015, p. 113-122.

RAULET-CROSET Nathalie, « La question du territoire en sciences de gestion – Point de vue sur le territoire comme ressource pour les organisations », *Question(s) de management*, 2021/3 (n° 33), p. 33-36.

REGENT Benoît, FAVRE-BONTE Véronique, DA FONSECA Marie, « Le management stratégique comme clé de lecture du développement des projets de territoire », *Gestion et management public*, 2021/2 (Volume 9 / n° 2), p. 9-30.

SEBAI Jihane, COURIE LEMEURE Aline, « Dynamique territoriale et fonctionnement en réseau : le cas de la PTA 94 ouest », *Management & Avenir Santé*, 2019/1 (N° 5), p. 31-52.

TORRE André, « Les processus de gouvernance territoriale. L'apport des proximités », *Pour*, 2011/2-3 (N° 209-210), p. 114-122.

TREMBLAY Gaëtan, « Les partenariats : stratégies pour une économie du savoir », *Distances et savoirs*, 2003/2 (Vol. 1), p. 191-208.

ZARDET Véronique, NOGUERA Florence, « Quelle contribution du management au développement de la dynamique territoriale ? Expérimentation d'outils de contractualisation sur trois territoires », *Gestion et management public*, 2013/4 (Volume 2/n°2), p. 5-31.

Site internet

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contribution/18924#:~:text=Action%20de%20contribuer%20%C3%A0%20quelque,chacon%20une%20contribution%20aux%20frais.&text=2.,%C3%A0%20l'histoire%20du%20droit> consulté le 14 juin 2023 à 8h36.



Ecole de Management Strasbourg



Université de Strasbourg

MASTER MAE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS DE SANTÉ ET
MÉDICO-SOCIALES

ANNEXES

« Comment développer et maintenir une
dynamique de contribution dans un réseau
partenarial ? »

Marine PICARD

Sous la direction de
Caroline MERDINGER-RUMPLER

Année universitaire 2022-2023

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 - LISTE DES COREVIH SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS	3
ANNEXE 2 - INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH).....	4
ANNEXE 3 - GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	13
ANNEXE 4 - MAIL DE SOLLICITATION ENVOYÉ AUX COORDINATEURS	14
ANNEXE 5 – EXTRACTION D'UNE PARTIE DE LA GRILLE D'ANALYSE DES DONNÉES EMPIRIQUES	15
ANNEXE 6 - CARTE MENTALE.....	18

ANNEXE 1 - LISTE DES COREVIH SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS

COREVIH Arc Alpin

COREVIH Auvergne/Loire

COREVIH Bourgogne Franche-Comté

COREVIH Bretagne

COREVIH Centre Val de Loire

COREVIH Grand Est

COREVIH Guadeloupe/Saint-Martin/Saint-Barthélemy

COREVIH Guyane

COREVIH Hauts de France

COREVIH Ile de France Centre

COREVIH Ile de France Est

COREVIH Ile de France Nord

COREVIH Ile de France Ouest

COREVIH Ile de France Sud

COREVIH Lyon Vallée du Rhône

COREVIH Martinique

COREVIH Normandie

COREVIH Nouvelle Aquitaine

COREVIH Océan Indien (couvrant les territoires de la Réunion et de Mayotte)

COREVIH Occitanie

COREVIH PACA Est

COREVIH PACA Ouest Corse

**ANNEXE 2 - INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 DU 5
AVRIL 2018 RELATIVE A LA COMPÉTENCE TERRITORIALE
ET AU FONCTIONNEMENT DES COMITÉS DE
COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET LE VIRUS DE
L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (COREVIH)**



Ministère des solidarités et de la santé

Direction générale de la santé

Sous-direction Santé des populations et prévention
des maladies chroniques
Bureau des infections par le VIH, les IST, les
hépatites et la tuberculose (SP2)

Personne en charge du dossier : Dr D Faury
tél : 0140566708
Didier.faury@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau Prises en charge post aigües, pathologies
chroniques et santé mentale (R4)

Personne en charge du dossier : Gérald Astier
Tél : 0140565891
Gerard.astier@sante.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de
santé

Copie :

Mesdames et Messieurs les directeurs
des établissements de santé
Mesdames et Messieurs les présidents
de COREVIH

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP2/2018/94 du 5 avril 2018 relative à la compétence territoriale et au fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

Date d'application : immédiate

NOR : SSAH1809568J

Classement thématique : Etablissements de santé – organisation

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP le 30 mars 2018 - Visa CNP 2018-17Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaires.gouv.fr : oui

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Mots clés : Agence Régionale de Santé (ARS) ; comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) ; personne vivant avec le VIH (PVVIH)

Résumé : La présente instruction a pour objet le décret du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). Outre le cadre général, elle vise à apporter aux ARS des précisions sur l'extension du champ d'action et des missions des COREVIH aux IST dans une approche globale de santé sexuelle. La présente instruction vise également à préciser les modalités de la gouvernance régionale, les moyens financiers alloués ainsi que le rapport d'activité d'un COREVIH.

Textes de référence : Décret n° 2017-682 du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine

Arrêté du 6 juillet 2017 modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006 modifié relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine.

Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

Circulaires abrogées : Circulaire N°DHOS/DGS/2005/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Circulaire N°DHOS/DGS/2005/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Circulaire N°DHOS/E2/DGS/SD6A/2007/25 du 17 janvier 2007 relative aux modalités de mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH)

Diffusion : Les établissements de santé sont destinataires de cette instruction par l'intermédiaire des ARS.

La réforme des COREVIH est rendue nécessaire par la réforme territoriale entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016¹, et par l'évolution des enjeux de la lutte contre le VIH et des IST.

Le nouveau cadre juridique est défini par le décret du 28 avril 2017 relatif à la coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). Il précise la place des COREVIH en tant qu'acteur majeur dans la coordination régionale de la prévention et de l'offre de soins dans le champ du VIH et des autres IST.

[La stratégie nationale de santé sexuelle](#) (SNSS) fixe le nouveau cadre stratégique national: Lancée en mars 2017 dans une démarche globale et positive d'amélioration de la santé sexuelle, elle vise à garantir une vie sexuelle autonome, satisfaisante et en toute sécurité, avec la liberté et la capacité de concevoir ou non des enfants. Elle affiche une ambition forte à l'horizon de 2030 notamment avec zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au Sida et zéro discrimination et l'objectif que les personnes vivent avec le VIH longtemps et en bonne santé, avec une qualité de vie optimale. Il s'agit aussi d'éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique. Le périmètre de la SNSS est plus large que celui des COREVIH, ceux-ci devront contribuer notamment aux priorités des axes suivants de la stratégie :

- axe II : « Améliorer le parcours de santé en matière d'IST: prévention, dépistage, prise en charge » ;
- axe IV : consacré aux réponses aux besoins spécifiques à apporter aux populations les plus vulnérables aux VIH et IST ;
- axe VI consacré à la prise en compte des spécificités de l'outremer pour mettre en œuvre l'ensemble de la stratégie de santé sexuelle.

¹ loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) et le transfert de compétence du national vers

Les COREVIH doivent contribuer à ce que l'épidémie de sida cesse d'ici 2030 et faire en sorte qu'au moins 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, qu'au moins 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH reçoivent un traitement antirétroviral et qu'au moins 95% des personnes sous traitement aient une charge virale durablement indétectable d'ici 2020.

Il s'agit de prendre en compte, dans une approche globale de santé sexuelle, les enjeux suivants :

- la lutte contre l'épidémie cachée du VIH ;
- la prévention diversifiée ;
- la réduction des inégalités dans l'accès, le recours et le maintien aux soins ;
- la qualité de vie, de la prévention et de l'accompagnement dans un parcours de soins, des comorbidités et du vieillissement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- la lutte contre les discriminations, les stigmatisations, les violences liées au genre, des PVVIH et des personnes vulnérables à ce virus et aux IST.

I. LES ENJEUX DE LA MOBILISATION COLLECTIVE POUR EN FINIR AVEC L'EPIDEMIE DU SIDA D'ICI 2030 ET ELIMINER LES EPIDEMIES D'INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN TANT QUE PROBLEMES MAJEURS DE SANTE PUBLIQUE

Les défis qui restent à relever pour enrayer l'épidémie et réduire la morbidité / mortalité liées au VIH sont immenses au niveau national et dans les territoires y compris les territoires ultramarins. Il s'agit de réduire les infections non diagnostiquées, les diagnostics tardifs du VIH, les retards de soins, source d'initiation trop tardive du traitement antirétroviral, ainsi que les ruptures dans le parcours de santé, source de non observance au traitement et de nouvelles contaminations. Il s'agit également de réduire les nouvelles infections, notamment pour les populations clés.

La territorialisation en matière de lutte contre le VIH et les IST est organisée comme suit :

1. L'ARS est responsable de la programmation stratégique

Le projet régional de santé (PRS) est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour cinq ans. Les priorités de la stratégie de santé sexuelle ont vocation à être déclinées au niveau régional, en prenant en compte les spécificités des territoires, dans le cadre du schéma régional de santé, sur la base du diagnostic territorial partagé réalisé par l'ARS. Il s'agit de :

- Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive ;
- Améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales ;
- Répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.

Par ailleurs, l'ARS est chargée de la programmation stratégique, de la coordination, du suivi et de l'analyse des activités des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD). Elle peut confier la mise en œuvre opérationnelle des missions de coordination, de suivi et d'analyse des activités à un CeGIDD, à un COREVIH ou à un autre organisme compétent.

2.L'extension du champ d'action et des missions des COREVIH aux IST dans une approche globale de santé sexuelle

La réussite de la mission de coordination repose sur le respect des principes suivants :

- le COREVIH représente équitablement l'ensemble du territoire de référence et l'ensemble de ses membres sans se substituer à l'un ou l'autre de ceux-ci ;
- il ne doit pas y avoir, au sein du COREVIH, de positionnement hiérarchique d'un ou de l'autre des acteurs ;
- le COREVIH doit effectuer l'ensemble des missions définies par l'article D. 3121-35 du code de la santé publique qui sont détaillées ci-après.

1.1 Mission 1 (coordination)

Les COREVIH répondent en premier lieu aux enjeux actuels de la lutte contre l'épidémie à VIH et des IST en :

- adaptant l'organisation des parcours de santé aux caractéristiques de l'épidémie ;
- améliorant l'organisation du dépistage pour faire baisser « l'épidémie cachée » ;
- favorisant l'égal accès à la prise en charge sur l'ensemble du territoire de référence ;
- améliorant le parcours de soins des personnes vivants avec le VIH (PVVIH) dans la prise en charge de l'ensemble des facteurs de risque cardio-vasculaires, des cancers, du tabagisme et de l'hypertension artérielle ;
- améliorant la prise en compte des besoins des PVVIH et des populations clés ;
- participant à la diffusion des actions de marketing social en partenariat avec Santé Publique France

Le COREVIH n'est pas un opérateur direct auprès des usagers. Il coordonne les actions menées par les différents acteurs afin d'en améliorer la complémentarité et la cohérence et afin d'assurer la diffusion des bonnes pratiques.

1.2 Mission 2 (la qualité et de la sécurité de la prise en charge)

Cette mission s'attache à l'ensemble du parcours de santé tant des PVVIH que des personnes vulnérables à ce virus et/ou aux autres IST.

Le COREVIH veille à l'égalité d'accès au parcours de santé et de soins, sur l'ensemble de son territoire. Il s'appuiera, notamment sur :

- les priorités définies par la SNSS ;
- les recommandations du rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH (ainsi que les recommandations européennes et internationales) et participera à la diffusion et à l'appropriation par les acteurs de ces recommandations ;
- les données et travaux produits par les différentes agences et instituts nationaux : l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS), l'INSERM, Santé publique France, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), la Haute autorité de santé (HAS), Expertise France, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) ;
- les données et travaux de la CNAM, des CPAM, des observatoires régionaux de santé (ORS) ;
- toutes autres données épidémiologiques et études concernant le territoire de référence du COREVIH.

2.3. Mission 3 (Recueillir et analyser l'ensemble des données épidémiologiques)

Le décret du 28 avril 2017 apporte une nouveauté sur ce point : l'article D. 3121-36, 2ème alinéa, du code de la santé publique permet désormais aux COREVIH de recueillir des données médico-épidémiologiques auprès des professionnels et laboratoires de ville volontaires, en coordination avec les délégations de Santé publique France en région (CIRE).

La mission vise, en coordination avec les CIRE², à faciliter le recueil d'indicateurs au niveau régional, départemental et infra-départemental, pour servir de base à la construction de stratégies de prévention diversifiée mieux ciblées, en combinant différentes approches (surveillance pérenne, enquêtes ponctuelles, modélisations).

Pour réaliser ces missions, le COREVIH veille à l'adhésion des professionnels de santé à la déclaration obligatoire du VIH/sida, via e-DO, dans le but d'améliorer son exhaustivité. Seule une bonne exhaustivité permet de produire des indicateurs clés, tels que l'incidence ou l'épidémie cachée, aux niveaux géographiques les plus fins. Concernant les IST, le COREVIH s'assure de la participation des professionnels de santé aux réseaux de surveillance volontaires existants, notamment au réseau de cliniciens RésIST.

Le COREVIH veille également au recueil et au contrôle qualité des données médico-épidémiologiques des établissements de santé sur l'infection à VIH afin qu'elles soient transmises au niveau national à raison d'une fois par an à la FHDH-ANRS CO4, selon les procédures préconisées et permettant la production d'un rapport national standardisé.

Le recueil de ces données régionales est notamment fait par les techniciens d'études cliniques (TEC) dont le rôle au sein des comités reste essentiel.

L'analyse de ces données régionales, constitue un des éléments d'aide à la décision pour les ARS dans leur politique de lutte contre les IST dont l'infection à VIH.

2.4 Mission 4 (Concourir par son expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation)

L'ARS est responsable de la programmation stratégique et du pilotage de la lutte contre le VIH et les IST et de l'élaboration du parcours de santé des personnes vivants ou vulnérables au VIH et aux IST en s'appuyant sur les acteurs du territoire, en particulier les COREVIH, et sur la base d'un diagnostic territorial partagé.

Les COREVIH y participent dans le cadre de leurs missions prévues par l'article D. 3121-35 du code de la santé publique,

Les COREVIH pourront être consultés du fait de leur expertise par les autres instances de démocratie sanitaire en région : la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), les conseils territoriaux de santé et les commissions de coordination des politiques publiques.

Les COREVIH seront amenés à renseigner les indicateurs de la SNSS qui relèvent de leur champ, sur leur territoire.

2 Conformément au décret n°2016-523 du 27 avril 2016, les productions de données régionalisées de surveillance (notamment celles de la déclaration obligatoire du VIH/sida et de la surveillance des IST) relèvent des missions de Santé publique France

II. UNE REFORME DE LA GOUVERNANCE

1. La gouvernance régionale : composition et fonctionnement du COREVIH

1.3 La région est le plus souvent le territoire de référence

Le décret du 28 avril 2017 introduit des nouvelles modalités dans le dispositif. En raison de sa proximité et de sa connaissance des populations cibles, le niveau régional apparaît comme le plus à même de procéder au redécoupage des zones géographiques dans les nouvelles régions.

Toutefois, en fonction du contexte épidémiologique et du nombre des acteurs, un découpage infra régional peut être proposé. S'il n'y a qu'un COREVIH dans une région, l'ARS, en lien avec le COREVIH, et sur la base d'un diagnostic des besoins, peut proposer une implantation territoriale d'antenne en dehors de l'établissement siège.

Ce découpage doit s'appuyer sur la consultation des comités et des acteurs qui concourent à leurs travaux. Toutefois, les synergies dégagées, notamment sur les fonctions support doivent permettre des regroupements, et ce, d'autant que la réforme territoriale de janvier 2016 a instauré des régions de plus grande taille. En fonction des besoins locaux, les directeurs généraux d'ARS peuvent être amenés à regrouper des COREVIH actuels ou transformer certains d'entre eux.

1.4 Les membres du COREVIH

Les modalités de composition du COREVIH sont précisées dans l'article D.3121-37 du code de la santé publique. Leur nombre est désormais porté à 50. Il s'agit d'un nombre maximum. Les directeurs généraux des ARS sont invités à tenir compte des particularités territoriales pour déterminer le nombre définitif de chaque comité. Celles-ci tiennent à la géographie, à la prévalence de l'épidémie et à l'incidence des infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'au tissu représentatif local des acteurs (nombre d'associations de malades ou d'usagers ou institutionnels...).

La durée du mandat d'un membre du COREVIH est de 4 ans renouvelables. Cette durée permet d'assurer une bonne connaissance des acteurs et du terrain, et favorise l'alternance utile à ce type de coordination.

1.5 Le fonctionnement

- Le bureau

La composition du bureau doit désormais obligatoirement intégrer deux personnes de chacune des quatre catégories d'acteurs mentionnées à l'article 3121-37 du Code de la Santé Publique, et intégrer à la fois des membres du secteur hospitalier et de celui de l'extra hospitalier.

Toutefois, en ce qui concerne les membres du collège 4 et afin de faciliter le fonctionnement des comités et des bureaux, la règle suivante pourra être mise en œuvre. Dans le cas particulier où aucune personnalité du 4^{ème} collège ne souhaite être désignée commemembre du bureau, le bureau peut n'être constitué que des membres des 3 autres collèges cités dans l'article D.3121-37 du Code de la Santé Publique. Le constat de cette situation est consigné dans un procès-verbal de carence rédigé pour cette occasion par le président du COREVIH et transmis à l'ARS.

Chaque renouvellement de COREVIH donne lieu à une nouvelle élection d'un bureau.

Le bureau du COREVIH doit être identifié, localisé et disposer d'un secrétariat. Il organise les modalités de collaboration entre les différents membres et formalise ses relations au travers du règlement intérieur et de protocoles.

- Réunions plénières

Trois réunions plénières par an doivent être organisées dont une réunion de l'ensemble des membres du COREVIH en présence du (ou des) directeur ARS concernés ou de leurs représentants.

A l'occasion de ces réunions, le programme d'activité de l'année N+1, présenté par le bureau est présenté et discuté en réunions plénières. Sont également évoqués les freins et leviers à la prise en charge des patients dans le territoire de référence.

Ces réunions sont l'occasion de présenter l'actualisation des données médico - épidémiologiques pour le territoire du COREVIH concerné, les modalités de prévention, de dépistage et de prise en charge des patients.

Vous vous assurez que ces réunions soient organisées en lien et en cohérence avec les ARS.

- Règlement intérieur

Le décret du 28 avril 2017 cite désormais les points principaux qui doivent être précisés dans les règlements intérieurs des comités :

- les modalités d'élection du bureau, du président et du vice-président ;
- les missions du président et du vice-président ;
- les modalités de délibération des membres du bureau et des membres du comité ;
- les modalités de rendu des expertises du bureau ;
- les principaux sujets devant être mis en délibération au sein du bureau d'une part et par les membres du comité de l'autre. »

Les règlements intérieurs des comités doivent aussi définir les modalités opérationnelles des missions telles que définies à l'article D.3121-37 du Code de la Santé publique

Les règlements intérieurs pourront également statuer sur :

- la perte de la qualité de membre, notamment en cas de départ de la structure au titre de laquelle il a été nommé ;
- le renouvellement partiel des membres ou du bureau en cours de mandat ou de poste vacant

Les ARS veilleront à la mise en œuvre de ce règlement intérieur.

2. Les moyens et le rapport d'activité

Pour rappel, les moyens financiers alloués aux COREVIH sont inclus dans les crédits FIR (Fonds d'Intervention Régional) depuis l'exercice 2013, le décret du 28 avril 2017 n'apporte pas de nouveautés sur ce point. Les ARS fixent les montants des crédits attribués au(x) COREVIH de la région considérée, unique ou pluriel suivant le découpage territorial retenu en tenant compte des éléments de modélisation figurant à titre indicatif dans le guide méthodologique des MIG de la circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013.

Afin de mieux valoriser l'activité des COREVIH, le rapport d'activité dématérialisé mis en place en 2012-2013 est amené à évoluer par des travaux qui auront lieu en 2018. Il s'agit notamment d'améliorer la partie épidémiologique quantitative du rapport national, établie à partir de la base FHDH (french hospital data base on HIV) qui recueille les données envoyées par les centres participant aux différents COREVIH, à l'Unité INSERM en charge de cette base.

III.DEFINITION ET ROLE DU GROUPE D'INTERFACE NATIONAL DES COREVIH

Un groupe d'interface national est chargé du suivi national des nouvelles modalités introduites par le décret du 28 avril 2017. Ce comité de suivi est un lieu de concertation et de suivi des politiques définies au niveau national dans leurs déclinaisons régionales. Il s'agit d'une instance d'information, de concertation et d'échanges sur les problématiques pouvant être soulevées à l'occasion des mises en œuvre de ces politiques. Les membres sont désignés par la DGOS/DGS.

Pour la ministre et par délégation



Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation



Annaick LAURENT
Secrétaire Générale par intérim
des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation



Jérôme SALOMON
Directeur général de la santé

ANNEXE 3 - GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

INTRODUCTION

Bonjour.

Tout d'abord, je vous remercie pour avoir accepté d'échanger par visioconférence. Comme j'ai pu vous l'indiquer dans mon mail, je suis chargée de mission au COREVIH Grand Est, depuis 2018, et cette année j'effectue un Master 2 en Management des organisations de santé et médico-sociales. C'est dans le cadre de la réalisation de mon mémoire pour cette formation que je vous ai sollicité. Je réalise une étude et interroge les différents coordinateurs des COREVIH afin de recueillir des données empiriques en lien avec ma problématique qui est « comment développer et maintenir une dynamique de contribution dans un réseau partenarial ? »

Si vous m'y autorisez, notre entretien sera enregistré. Je devrai par la suite le retranscrire mais l'ensemble des données seront anonymisées.

CENTRAGE DU SUJET

Pouvez-vous me donner quelques éléments de contexte de votre COREVIH ?

QUESTIONS

Au-delà de la nomination par l'ARS des membres du Comité, comment s'est construit votre réseau partenarial sur le territoire ? Qu'est-ce qui fait ce que sont ces acteurs-là dans votre réseau ?

Quelles sont les principales problématiques rencontrées au niveau de votre réseau partenarial ?

Selon vous, qu'est-ce qui amène vos partenaires à contribuer aux projets de votre COREVIH ?

De manière très concrète, comment les différentes structures de votre territoire contribuent-elles aux projets de votre COREVIH ?

Selon vous, quels sont les facteurs de réussite et d'échec dans la mobilisation des acteurs du territoire ?

Qu'est-ce qui participe au maintien de la dynamique de contribution ?

Quel serait pour vous les éléments clés d'un partenariat idéal ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

ANNEXE 4 - MAIL DE SOLLICITATION ENVOYÉ AUX COORDINATEURS

Bonjour,

En tant que chargée de mission au COREVIH Grand Est, je me permets de vous contacter ce jour dans le cadre de mon Master en Management des organisations de santé et médico-sociales, que j'effectue cette année à l'Ecole de Management de Strasbourg.

Dans le cadre de cette formation, je réalise un mémoire dont la problématique est la suivante : comment développer et maintenir une dynamique de contribution au sein d'un réseau partenarial ?

Mon étude se porte notamment sur les différents COREVIH de notre territoire, ainsi j'aurais souhaité pouvoir vous interroger à ce sujet en organisant un entretien par visioconférence. La durée de cet entretien est estimée entre 30 et 40 minutes maximum, il fera l'objet d'une retranscription écrite anonyme venant enrichir mon travail.

Je me permets d'ores et déjà de vous adresser quelques dates afin de planifier ce rendez-vous :

Vendredi 23 juin entre 12h et 15h

Lundi 26 juin matin, et après-midi partir de 16h

Mercredi 28 juin journée

Jeudi 29 juin après-midi

Mardi 4 juillet journée

Jeudi 6 juillet matin

Vendredi 7 juillet après-midi

Lundi 10 - Mardi 11 – Mercredi 12- Jeudi 13 juillet journée

Dans l'espoir que vous répondrez favorablement à cette sollicitation, je vous remercie par avance et me tiens à votre disposition pour définir d'un temps d'échange.

Bien cordialement,

Marine PICARD

**ANNEXE 5 – EXTRACTION D’UNE PARTIE DE LA GRILLE
D’ANALYSE DES DONNÉES EMPIRIQUES**

A.	B.	C.	D.	E.	F.
1.	2.	3.	4.	5.	6.
7.	8.	9.	10.	11.	12.
13.	14.	15.	16.	17.	18.
19.	20.	21.	22.	23.	24.
25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.
37.	38.	39.	40.	41.	42.
43.	44.	45.	46.	47.	48.
49.	50.	51.	52.	53.	54.
55.	56.	57.	58.	59.	60.
61.	62.	63.	64.	65.	66.
67.	68.	69.	70.	71.	72.
73.	74.	75.	76.	77.	78.
79.	80.	81.	82.	83.	84.
85.	86.	87.	88.	89.	90.
91.	92.	93.	94.	95.	96.
97.	98.	99.	100.	101.	102.
103.	104.	105.	106.	107.	108.
109.	110.	111.	112.	113.	114.
115.	116.	117.	118.	119.	120.
121.	122.	123.	124.	125.	126.
127.	128.	129.	130.	131.	132.
133.	134.	135.	136.	137.	138.
139.	140.	141.	142.	143.	144.
145.	146.	147.	148.	149.	150.
151.	152.	153.	154.	155.	156.
157.	158.	159.	160.	161.	162.
163.	164.	165.	166.	167.	168.
169.	170.	171.	172.	173.	174.
175.	176.	177.	178.	179.	180.
181.	182.	183.	184.	185.	186.
187.	188.	189.	190.	191.	192.
193.	194.	195.	196.	197.	198.
199.	200.	201.	202.	203.	204.
205.	206.	207.	208.	209.	210.
211.	212.	213.	214.	215.	216.
217.	218.	219.	220.	221.	222.
223.	224.	225.	226.	227.	228.
229.	230.	231.	232.	233.	234.
235.	236.	237.	238.	239.	240.
241.	242.	243.	244.	245.	246.
247.	248.	249.	250.	251.	252.
253.	254.	255.	256.	257.	258.
259.	260.	261.	262.	263.	264.
265.	266.	267.	268.	269.	270.
271.	272.	273.	274.	275.	276.
277.	278.	279.	280.	281.	282.
283.	284.	285.	286.	287.	288.
289.	290.	291.	292.	293.	294.
295.	296.	297.	298.	299.	300.

ANNEXE 6 - CARTE MENTALE

