

# CAHIER DE ReCHERCHE

OCTOBRE 1995



N° 81

L'ANALYSE DE RÉSEAU COMME APPROCHE  
DES PROCESSUS D'INTERACTION  
DES ACTEURS SOCIAUX

**Bruno MARESCA**  
**Elisabeth SIÉCA**

**CRÉDOC**

L'ENTREPRISE DE RECHERCHE

# CREDOC

## L'ANALYSE DE RÉSEAU COMME APPROCHE DES PROCESSUS D'INTERACTION DES ACTEURS SOCIAUX

### ÉTUDES DE CAS

#### LES RÉSEAUX DE PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLISME AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL (AUDE, DRÔME, SEINE-SAINT-DENIS)

Bruno MARESCA, Elisabeth SIÉCA

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	2
I- DEUX EXEMPLES D'INVESTIGATION .....	3
II- LA NOTION DE RESEAU.....	4
III- ASPECTS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES.....	6
IV- APPORTS ET LIMITES DE L'ANALYSE DE RESEAUX .....	8
V- LES PARAMÈTRES DESCRIPTIFS DES RESEAUX .....	10
<b>APPROCHE D'UN RÉSEAU PROFESSIONNEL :</b>	
<b>LE RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE DES MALADES ALCOOLIQUES</b> .....	15
<b>Première partie- LE PROTOCOLE D'ANALYSE DU RESEAU DE PRISE EN CHARGE DES MALADES ALCOOLIQUES</b> .....	16
I- UNE ENQUÊTE SUR LA STRUCTURE ET LE FONCTIONNEMENT DES RÉSEAUX DE SOINS À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE .....	16
II- IDENTIFICATION DES MEMBRES DU DISPOSITIF ET CARACTÉRISTIQUES DES DÉPARTEMENTS .....	21
<b>Deuxième partie- MORPHOLOGIE DU RESEAU D'ÉCHANGES</b> .....	28
I- INDICATEURS DE POSITIONNEMENT DANS LE RESEAU.....	28
II- LA CAPACITÉ DE MOBILISATION DU RÉSEAU.....	44
III- LE FONCTIONNEMENT DU RESEAU PROFESSIONNEL.....	75
<b>CONCLUSION</b>	
CONFRONTATION DU RÉSEAU DE COMMUNICATION ENTRE LES INTERVENANTS & DU CIRCUIT DE CIRCULATION DES MALADES ALCOOLIQUES .....	91

## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau n°1	24
Différences entre les départements selon l'importance de l'alcoolisme	
Graphiques n° 1, 2, 3	27
Les modalités de contact entre les acteurs des réseaux	
Tableau n°2	34
Degré de centralité des intervenants de chaque département	
Tableau n° 3	36
Les trois structures les plus centrales	
Graphique n° 4	38
Mesure de la centralité des structures de l'Aude	
Graphique n°5	40
Mesure de la centralité des structures de la Drôme	
Graphique n°6	42
Mesure de la centralité des structures de Seine-St Denis	
Graphe n°7	44
Mesure de l'équivalence dans l'Aude	
Graphe n°8	44
Mesure de l'équivalence des liens dans la Drôme	
Graphe n°9	44
Mesure de l'équivalence en Seine-St Denis	
Tableaux n°4a et 4b	49
Champs d'intervention & types de soins pratiqués par les intervenants de l'Aude	
Tableau n°5	50
Intensité des contacts des intervenants de l'Aude dispensant autant ou moins de soins que ne le requiert leur fonction	
Tableaux n°6a et 6b	51
Champs d'intervention & types de soins pratiqués par les intervenants de la Drôme	
Tableau n°7	52
Intensité des contacts des intervenants de la Drôme dispensant autant ou moins de soins que ne le requiert leur fonction	
Tableaux n°8a et 8b	53
Champs d'intervention & types de soins pratiqués par les intervenants de la Seine-Saint-Denis	
Tableau n°9	54
Intensité des contacts des intervenants de la Seine-Saint-Denis dispensant autant ou moins de soins que ne le requiert leur fonction	
Tableau n°10	55
Taux de contacts dont bénéficient les psychiatres des trois départements	
Tableau n°11	56
Intensité des contacts établis par les psychiatres	
Tableau n° 12	57
Intensité des contacts des intervenants de l'Aude dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction	
Tableau n°13	58
Intensité des contacts des intervenants de la Drôme dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction	
Tableau n°14	59
Intensité des contacts des intervenants de la Seine-Saint-Denis dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction	
Tableau n°15	61
Fréquence des contacts réguliers des différents intervenants avec les médecins de ville	
Tableau n°16	62
Provenance des malades tous intervenants confondus	
Tableau n°17	63
Proportion des trajectoires commençant par un médecin non spécialisé en alcoologie	

Tableau n°18	64
Capacité de dépassement du cadre institutionnel chez les intervenants de l'Aude	
Tableau n°19	66
Capacité de dépassement du cadre institutionnel chez les intervenants de la Drôme	
Tableau n°20	67
Capacité de dépassement du cadre institutionnel chez les intervenants de la Seine-St-Denis	
Tableau n°21	70
Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification dans le réseau de l'Aude	
Tableau n°22	71
Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification dans le réseau de la Drôme	
Tableau n°23	72
Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification dans le réseau de la Seine-Saint-Denis	
Tableau n°24	76
Origine des malades selon les intervenants assurant les prises en charge dans l'Aude	
Graphique n°10	77
Schéma de circulation selon le critère de la provenance des malades dans l'Aude	
Tableau n°25	79
Origine des malades selon les intervenants assurant les prises en charge dans la Drôme	
Graphique n°11	80
Schéma de circulation selon le critère de la provenance des malades dans la Drôme	
Tableau n°26	82
Origine des malades selon les intervenants assurant les prises en charge dans la Seine-Saint-Denis	
Graphique n°12	83
Schéma de circulation selon le critère de la provenance des malades dans la Seine-Saint-Denis	
Tableau n°27	85
Sens de l'orientation des malades de la part des intervenants de l'Aude	
Graphique n°13	86
Représentation des flux de circulation des malades d'après l'orientation pratiquée par les intervenant de l'Aude	
Tableau n°28	88
Sens de l'orientation des malades de la part des intervenants de la Drôme	
Graphique n°14	89
Représentation des flux de circulation des malades d'après l'orientation pratiquée par les intervenant de la Drôme	
Tableau n°29	91
Sens de l'orientation des malades de la part des intervenants de Seine-Saint-Denis	
Graphique n°15	92
Représentation des flux de circulation des malades d'après l'orientation pratiquée par les intervenant de Seine-Saint-Denis	

Reposant sur deux analyses de cas, ce travail est présenté en deux tomes.

Le premier, qui constitue le présent document, est consacré à l'étude des réseaux d'institutions assurant la prise en charge de l'alcoolisme, appréhendés dans le cadre départemental. Il correspond à l'exploitation d'une partie des données collectées au cours de l'étude " " réalisée par le département Evaluation des politiques sociales du CRÉDOC sous la responsabilité de Michel Legros.

L'exploitation des données relatives aux réseaux d'intervenants prodiguant les soins aux malades alcooliques, et leur traitement selon les concepts de l'analyse de réseau, a été conduit par Elisabeth Siéca, chargé d'études et de recherche au CRÉDOC.

Le second tome, à paraître, correspond à l'exploitation de données quantitatives décrivant les relations liant les principales associations de défense de l'environnement en activité, dans deux départements contrastés, la Seine-et-Marne et le Puy-de-Dôme. Cette investigation s'inscrit dans le cadre d'une recherche sur la dynamique du mouvement associatif dans le domaine de l'environnement, commandée par le Service de la recherche du Ministère de l'Environnement.

Menée selon les techniques d'analyses de données dérivées de la théorie des graphes, le traitement des informations collectées par une enquête ad hoc, a été réalisé par Ari Azencot, doctorant de l'EHESS en mathématiques appliquées aux sciences sociales, et stagiaire au CREDOC.

Bruno Maresca, directeur de recherche au CREDOC, a assuré la coordination scientifique de ces deux travaux. Le développement de l'analyse de réseau a bénéficié des conseils de Michel Forsé (OFCE), Emmanuel Lazzega (IRESCO) et Bruno Leclerc (EHESS). Nous tenons à les remercier pour leur contribution.

## INTRODUCTION

Le concept de réseau est sur le plan sociologique un paradigme fort. Il renvoie à une conception structurale des systèmes sociaux qui combine le principe de différenciation des positions et les modalités relationnelles existant entre ces positions. Il emprunte donc à la fois à la perspective "structuraliste" (existence d'un moule qui influe sur la structuration des rapports sociaux) et à la sociologie de l'école de Bourdieu (existence de divers champs dans lesquels fonctionne le jeu des positions sociales).

Parallèlement à l'usage qu'a pu faire de ce concept la sociologie, le réseau est une formalisation mathématique développée à partir de la théorie des graphes. C'est la rencontre entre une perspective classique pour les sciences sociales (les réseaux de parenté, de sociabilité, les systèmes de relation institutionnels) et un développement mathématique relativement récent qui conduit à l'intérêt actuel pour une forme d'analyse plus formalisée, parée surtout de l'avantage quantitativiste. En ouvrant des perspectives séduisantes par la puissance potentielle de la combinatoire mathématique, l'application de l'analyse de réseau à la sociologie du lien social pose de sérieuses questions quant au modèle interprétatif que l'on peut associer à une analyse logique des systèmes relationnels. On retrouve là une question analogue à celle que pose l'usage en sociologie du paradigme de la trajectoire<sup>1</sup>.

De l'analogie de la structure des graphes et des propriétés logiques que l'on en déduit, il peut être hasardeux d'assurer qu'elles produisent du sens sociologiquement parlant. Pour un grand nombre de configurations des liens sociaux, le postulat du principe réticulaire<sup>2</sup>, c'est-à-dire l'idée qu'un système de positions fonctionne comme un espace polarisé dans lequel s'organisent les flux relationnels, est une analogie aisément justifiable : dans ce cas, on peut voir dans l'analyse de réseau un outil de modélisation permettant d'atteindre un degré de complexité plus élevé notamment que l'étude statique des positionnements (au sens des analyses typologiques devenues classiques avec l'analyse de données). Pourtant si rien n'assure au préalable la validité sociologique d'un "fonctionnement en réseau", l'application de l'analyse de réseau ne fera que plaquer une grille logique dont les propriétés déductives ont toutes les chances de fonctionner à vide. Cet écueil est bien visible dans l'analyse des trajectoires<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> B.Maresca, D.Bauer, "Lignes de vie : méthodologie de recueil et de traitement des données biographiques " CRÉDOC 1993

<sup>2</sup> les anglo-saxons notamment accordent au concept de network une grande importance

<sup>3</sup> voir l'examen critique de l'idée de trajectoire par P.Bourdieu

## I- DEUX EXEMPLES D'INVESTIGATION

Les deux exemples d'application qui ont suscité cette recherche sur les structures de réseaux, correspondent à deux situations assez éloignées au regard, d'une part, de la pertinence du paradigme réticulaire, d'autre part de l'application des concepts et des méthodes de l'analyse dite de réseau.

Dans le premier cas, l'approche des intervenants assurant la prise en charge de pathologies sociales, il s'agit ici de l'alcoolisme, part de l'existence avérée d'un tissu de professionnels positionnés dans plusieurs champs (médical, social, associatif, de voisinage) qui, implicitement, entretiennent, ou sont conduits à établir, des relations d'échange : "circulation" des malades, institutionnalisation des rôles de chaque type d'intervenants, partage d'une culture professionnelle. Quand bien même le fonctionnement observé des intervenants ne répond ni à la pure transparence, ni à la généralisation des interactions que véhicule l'idée de réseau, on peut admettre que cette dernière est très présente dans le fonctionnement de ce système professionnel : c'est autant un idéal recherché par les acteurs eux-mêmes pour affirmer leur rôle, qu'un objectif des instances organisationnelles poursuivant l'institutionnalisation du tissu des opérateurs.

Dans le second cas, le monde des associations de défense de l'environnement appréhendé à l'échelle d'un département apparaît comme une collection de groupes locaux (que l'on approche par le biais d'un informateur privilégié) dont il est, au départ, hasardeux de présupposer qu'elle fonctionne "en réseau", c'est-à-dire en formant un tissu structuré. L'idée de réseau est en effet un présupposé fort, qui implique une dynamique relationnelle impliquant tous les individus, quand la métaphore de collection postule simplement l'existence d'un ensemble d'individus a priori comparables.

La présence, dans le département étudié, d'une structure fédérative des associations environnementalistes légitime néanmoins l'interrogation sur la nature du système relationnel. Pour autant, la projection du modèle réticulaire est a priori une hypothèse "maximaliste", le fait que les associations se connaissent les unes les autres apparaissant comme un présupposé trop faible pour postuler un fonctionnement en réseau.

## II- LA NOTION DE RESEAU

L'analyse de réseau se veut une méthode d'observation et un modèle d'analyse de la réalité sociale. A travers l'étude des flux de toutes natures (information, influence, échange..) entre un ensemble de partenaires, elle a pour vocation de construire ou de formaliser des configurations d'échanges sociaux. Pour ce faire, elle procède à une observation systématique d'un ou de plusieurs types de relations dans un champ de l'espace social, au sein d'une institution ou d'un groupe déterminé.

Cette observation nécessite une construction et un découpage de la réalité. Pour engager l'examen des relations d'un ensemble d'individus, le sociologue doit délimiter une collection d'acteurs (qui constitueront, selon la terminologie de l'analyse de réseau, les "sommets" du réseau) et un champ de relations qu'il va clore selon des critères qu'il lui appartient de justifier. Par construction, ce champ est abstrait d'un système de relations beaucoup plus large, et c'est cette "fraction" de l'espace des liens sociaux qui est soumise à l'analyse. L'analyste ne doit pas oublier, en chemin, que le système qu'il a ainsi découpé reste plongé dans la complexité qui naît de l'interaction des divers champs dans lesquels les individus nouent des relations.

Les notions de structures (ou d'entité) sociales et de localité (l'espace concret d'observation) sont donc ici primordiales. Comme le souligne Alain Degenne: "Dans l'observation sociologique localisée, l'individu n'est pas seulement décrit par ses caractéristiques, son appartenance de classe, même son histoire personnelle, il est aussi inséré dans le contexte local. Inséré, c'est-à-dire influencé et actif, adoptant une conduite qui tient compte de ce contexte et qui intervient aussi sur lui et le transforme"<sup>4</sup>. La problématique du local est l'une des dimensions de l'analyse de réseaux, dans la mesure où le concept de structure réticulaire implique l'existence de multiples réseaux en interconnexion, chacun pouvant être a priori intégré dans un réseau plus large.

Dans cette perspective, selon Degenne, relations et interactions deviennent les objets d'études primordiaux que l'on tente d'appréhender à travers différents éléments : les modalités, les lieux et les effets de leur fonctionnement. Le réseau pris comme mode d'observation fonctionnant par découpage du champ social, à différentes échelles d'espace et de complexité, doit permettre de décrire le système d'interaction des différents acteurs que le sociologue choisit de confronter : par exemple l'architecture des flux de communication ou encore la hiérarchie des liens.

---

<sup>4</sup> Alain Degenne, Un langage pour l'étude des réseaux sociaux, Editions du CNRS, Paris 1986.

Dans les sciences sociales, la conceptualisation des réseaux a été développée par l'anthropologie sociale anglaise après la seconde guerre mondiale. A cette époque, des recherches empiriques s'intéressaient, dans des groupes délimités (tribus, groupes professionnels), à la façon dont des systèmes de normes concernant les droits et les devoirs de chaque individu engendraient des comportements attendus. C'est par la dimension de la culture que l'on tentait alors de décrire le système social.

Le besoin d'inventer de nouveaux outils d'analyse a été le fait des anthropologues confrontés à l'étude des flux de migrants quittant leurs villages traditionnels pour des espaces en voie d'industrialisation. Selon l'approche culturaliste de l'époque, on aurait dû observer chez les migrants une perte de repères et des formes de désespoir imputables à la disparition d'un environnement normatif. Les chercheurs découvrirent, au contraire, que non seulement ces migrants constituaient des réseaux d'entraide très complexes, mais que ces réseaux dépassaient le cadre du champ résidentiel et professionnel. De fait, ces migrants conservaient des liens avec leur terre d'origine.

L'analyse sociologique abandonnait l'examen des contenus prescriptifs des cultures d'origine des individus pour se centrer sur l'observation de leurs relations sociales concrètes : on passait ainsi des relations telles qu'elles auraient dû être en fonction des prescriptions normatives aux relations effectives.

Ce n'est que dans les années cinquante que la notion de "densité" est intervenue pour formaliser les structures de réseau. En introduisant la quantification, cette approche a favorisé la comparabilité et suscité la multiplication des études ; l'extension du domaine d'application des analyses de réseaux s'en est trouvé fortement stimulé. Alors que l'anthropologie anglaise s'était beaucoup interrogée sur le contenu des réseaux, la sociologie américaine a exploité les possibilités de la formalisation mathématique pour décrire les formes réticulaires et s'interroger sur l'influence des modèles de relations dans le fonctionnement des systèmes sociaux. La modélisation a conduit à l'élaboration de représentations graphiques par des diagrammes. La formalisation logique, à l'aide de matrices, de l'information décrivant les systèmes relationnels a permis de traiter informatiquement de plus grands nombres d'individus. Quelques logiciels élaborés par des équipes universitaires sont actuellement diffusés<sup>5</sup>. L'analyse de réseau utilise un vocabulaire spécifique (arêtes, sommets, centralité, densité, etc.) issu notamment de la théorie des graphes, qui permet de raisonner sur les structures réticulaires fondamentales. les systèmes sociaux.

---

<sup>5</sup> ces logiciels sont américains (UCINET et STRUCTURE notamment), mais aussi néerlandais

La sociologie des organisations constitue un terrain de recherche privilégié (l'étude des conseils d'administration des entreprises est l'un des sujets les plus étudiés), à côté l'anthropologie des systèmes de parenté. L'analyse de réseau a connu un essor particulièrement important au cours des années soixante-dix, dans les pays anglo-saxons. En France, son développement est plus récent<sup>6</sup>.

Après les études américaines, dites de "réseaux globaux", qui s'intéressaient aux membres de toute une population et dont on a rapidement mesuré les limites (le gigantisme de ces réseaux ne permet que très imparfaitement la connaissance de tous les membres et de toutes les relations pertinentes entre individus), l'analyse de réseaux s'est concentrée sur des objets d'application plus étroits comme les réseaux personnels ("egonetwork"), les réseaux de sociabilité, les réseaux professionnels, etc. Les champs de l'individu, des groupes et des communautés, des institutions et des organisations, limités à des systèmes relationnels de petite taille, souvent inscrits dans des espaces géographiques locaux, sont actuellement les objets privilégiés de l'analyse de réseau.

### III- ASPECTS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES

Traditionnellement, la sociologie consiste à étudier "la structure sociale" en postulant que les individus ayant des attributs similaires se comportent de la même façon en se conformant aux mêmes normes. L'analyse de réseaux, quant à elle, s'intéresse à la structure des relations qui lient les membres des systèmes sociaux. Il faut pour cela procéder au recensement des différentes formes de liens et à la manière dont ceux-ci rendent les membres d'un groupe dépendants les uns des autres. De cette manière on renverse l'approche sociologique traditionnelle : on ne classe pas les acteurs, les catégories sociales, mais on étudie un ensemble de relations. L'analyse consiste alors en une "interprétation des éléments d'un système par la nature des relations entre les parties"<sup>7</sup>.

L'analyse de réseau ne serait pas une simple extension des approches structuralistes ; elle s'en distinguerait par sa manière de privilégier les relations entre des acteurs donnés. Pour Wellman, les approches structuralistes en sociologie "analysent les systèmes sociaux d'abord, à partir des distributions des caractéristiques de leurs éléments -par exemple différenciation, inégalité de

---

<sup>6</sup> l'ouvrage de Michel Forsé et Alain Degenne, L'analyse de réseaux, Dunod, Paris (1994), est le premier essai synthétique français

<sup>7</sup> Barry Wellmann & R.J. Richardson, "Analyse des réseaux sociaux. Principes, développements, productions. Intervention au Séminaire du CESOL, Paris, 5 et 6 février 1987

ressources- puis, à partir de ces distributions, elles dérivent ensuite leurs propriétés relationnelles"<sup>8</sup>.

En croisant et en assemblant les attributs socio-démographiques des individus (âge, sexe, statut socio-économique..), les méthodes de l'analyse des données révèlent des combinaisons de même attributs, mais excluent totalement le système de relations qui déterminent les interactions entre les individus. Pour les tenants de l'étude des réseaux, les analyses sociologiques classiques "tendent à interpréter les comportements sociaux comme induits par les propriétés communes des individus plutôt que par leur insertion dans des relations sociales structurées" (Friedmann cité par Wellmann).

L'analyse de réseaux fait l'hypothèse que les relations structurelles constituent "un principe explicatif plus puissant"<sup>9</sup> que la compilation des attributs personnels des membres d'un groupe. Les échanges entre individus deviennent alors les éléments centraux de l'analyse et non "les représentations" ou les "valeurs" comme c'est le cas pour les écoles structuralistes européennes.

L'hypothèse centrale de l'analyse de réseau consiste à interpréter les comportements individuels en termes de contraintes structurelles pesant sur les activités : elle renverse la vision classique qui veut que les individus optent pour un comportement adéquat par rapport aux buts qu'ils visent, du seul fait de l'intériorisation des normes. Les normes passent du statut de causes de la structuration des positions sociales, à celle d'effets. Sans être niées, elles apparaissent secondaires par rapport aux contraintes et aux opportunités offertes à l'individu par la structure sociale. Le positionnement social de l'individu et les comportements qu'il induit sont, dès lors, saisis à partir du jeu des interactions qui anime la structure des liens sociaux.

De ce point de vue, l'analyse de réseau emprunte considérablement à la sociologie des organisations et plus précisément à l'analyse stratégique qui remet en cause ce qui serait la tendance "naturelle" d'un individu à se conformer à un rôle attendu par ses partenaires. L'analyse stratégique, telle qu'elle est développée par Crozier<sup>10</sup>, fonctionne sur les trois postulats suivants:

(1) chaque individu a ses objectifs propres nonobstant les buts de ses partenaires ou ceux des institutions dont il est tributaire; de fait il ne peut se considérer comme un simple outil à leur service; (2) tout acteur est en mesure de modifier la définition de son rôle (le rôle de l'individu étant vu ici sous l'angle de la liberté et l'autonomie et non sous l'angle de la contrainte); (3) les acteurs ayant leurs stratégies propres, chacun voit l'organisation à travers le prisme de ses objectifs.

---

<sup>8</sup> Wellmann (op.cit)

<sup>9</sup> Wellmann (op.cit)

<sup>10</sup> Crozier Michel, Friedberg Ehrard, L'acteur et le système, Paris Ed. du Seuil, 1977, 445p.

Comme pour la sociologie des organisations, l'analyse de réseau intègre l'idée que le comportement actif d'un individu est défini par des objectifs autocentrés et par les opportunités que lui offre l'organisation dans laquelle il est inséré, plutôt que par le mouvement de la société globale. La notion de stratégie est centrale, et cette dynamique contribue à façonner le réseau. Dans l'analyse de réseau, on approche la stratégie d'un acteur par les régularités de ses comportements en termes relationnels.

#### **IV- APPORTS ET LIMITES DE L'ANALYSE DE RESEAUX**

Il ne faudrait pas conclure, pour autant, que le prisme "réticulaire" opère une révolution heuristique. Le caractère innovant de l'analyse de réseau a même été mise en doute par ceux qui, tel Alexis Ferrand<sup>11</sup>, pensent que privilégier l'objet "relations" n'est pas, en soi, une originalité.

Bien souvent, on le verra notamment à travers l'études du tissu associatif dans le domaine de l'environnement, l'analyse de réseaux travaille sur un objet construit sur mesure par l'observation. La lourdeur des enquêtes qu'elle réclame, dans la mesure où chaque acteur doit être clairement identifié, conduit très souvent à travailler sur des réseaux partiels, tronqués. L'étude de groupes trop limités peut, de la même façon, livrer une représentation simplificatrice des structures sociales.

Plus problématique, l'hypothèse de l'interdépendance des liens est, de par les formes multiples du jeu relationnel, difficile à explorer et donc à conforter : pour l'individu, les liens sont susceptibles d'échapper à la conscience ou tout simplement à la mémoire.

Enfin, la multiplicité, l'incertitude<sup>12</sup> et le caractère pour partie aléatoire des relations entre individus, tous principes constitutifs des formes organisées de l'interaction sociale, rendent l'interprétation et la formalisation des réseaux le plus souvent ardues. Dans la pratique, cette approche est contrainte de réduire la complexité de l'objet "système de relations" et, pour en permettre la lecture, d'en proposer une mise à plat réductrice. Dès lors on peut craindre que le

---

<sup>11</sup> A. Ferrand, "Langage formel, théorie sociologique, méthode d'observation. Quelques impressions sur la sociologie des réseaux sociaux" in Actes du séminaire du CESOL février 1987, Paris.

<sup>12</sup> Notion-clé dans l'analyse stratégique, l'incertitude est "utilisée" par exemple par un individu dans le cadre d'une interaction avec d'autres acteurs pour empêcher ses partenaires de connaître son jeu (Crozier).

passage -sous prétexte d'intelligibilité- de l'architecture d'un système complexe à une trame sommaire ne dénature l'analyse de l'interaction en otant, à celle-ci, ce qui fait sa consistance.

En dernier lieu, il faut remarquer que l'analyse de réseau projette à son insu une vision normative et idéalisée des dynamiques relationnelles : il est frappant de constater qu'elle s'attache préférentiellement à l'inventaire et à la caractérisation des liens "positifs" entre les individus, excluant de fait les liens "négatifs".<sup>13</sup>

La somme de ces critiques indique les limites actuelles de la mise en oeuvre de ce type d'analyse, plus qu'elle ne remet en cause sa perspective.

Sur le principe au moins, la complexité peut être largement prise en compte. Sachant que les relations transversales des acteurs d'un réseau à une multitude de cercles sociaux "constituent la trame des systèmes sociaux" (tel que le définissait Simmel dès 1922), l'analyse de réseau parvient à mettre à jour les articulations entre les réseaux interpersonnels et les réseaux interorganisationnels : les premiers forment des sous-réseaux au sein des seconds. L'approche des "réseaux de réseaux" a permis de mettre en évidence l'existence de hiérarchies complexes et d'aller bien au-delà de la simple caractérisation des échelons de pouvoir dans les systèmes étudiés.

Pour Degenne<sup>14</sup>, le prisme qu'offre l'observation des réseaux permet de renouveler l'analyse locale du changement : les découpages qu'opèrent l'observateur pour l'analyse de réseau permettent de croiser différents angles de vue d'un système local, et de reconstruire la dynamique d'action de ce système en décrivant le système d'actions de ses différents acteurs.

Le réseau se présente également, selon Degenne, comme un instrument susceptible d'appréhender les processus de la socialisation. Dans ce cas, il faut coupler la forme sous laquelle se présente le système social, avec les stratégies que mobilisent les acteurs pour s'y intégrer. Pour ce faire, deux aspects sont à prendre en compte. En premier lieu, il faut considérer la forme du réseau dans lequel il y a insertion pour comprendre les stratégies individuelles. En second lieu, il convient d'évaluer la socialisation "subie" par les acteurs insérés dans le réseau où ils ont trouvé place.

---

<sup>13</sup> Un phénomène analogue se rencontre dans la pratique sociologique classique : dans les analyses de sondages d'opinion seules sont prises en compte les opinions majoritaires, comme si les opinions minoritaires ne jouaient aucun rôle.

<sup>14</sup> Alain Degenne (1986)

Il paraît encore prématuré, surtout en France, de tenter la mesure des performances explicatives de l'analyse de réseau : les études concrètes d'envergure sont en nombre trop limitées<sup>15</sup>.

## V- LES PARAMÈTRES DESCRIPTIFS DES RESEAUX

Décrire la structure relationnelle d'un ensemble d'acteurs, c'est d'abord caractériser les liens qui les unissent. L'objet central de l'analyse de réseau est la description des flux relationnels à travers leurs motivations, leurs modalités, leur intensité, leur sens. C'est parvenir, aussi, à discerner les sous-ensembles qui révèlent le système de liens, sous-ensembles qui peuvent être mis en lumière par le biais d'indices comme, par exemple, la densité des relations, ou leur similarité.

### a-Les cercles sociaux ou les sous-ensembles du réseau

Les cercles sociaux peuvent être de petits groupes comme la famille ou des groupes plus grands comme la société, chacune engageant des formes, des règles, des contraintes ... Ces cercles sont "le lieu de production et de fonctionnement de certains ressorts de l'action des personnes qui en sont les membres". Le système d'action d'un individu c'est "l'ensemble de ces ressorts à partir desquels se définit son action".

Un individu est susceptible d'appartenir à plusieurs cercles sociaux. Le réseau de cet individu sera constitué de tous les cercles sociaux auxquels il appartient simultanément et dans lesquels il est actif même s'il s'agit de "scènes" différentes (la famille, le cercle professionnel, la sociabilité, ...). L'idée de réseau ne s'apparente pas à une chaîne de relations inter-individuelles mais "à ce qu'il y a de commun entre deux individus", c'est-à-dire à la totalité des ressources auxquelles deux individus font appel dans leur participation à un cercle social commun. Selon A Degenne, les relations inter-individuelles ne sont qu'une manifestation particulière des cercles sociaux.

---

<sup>15</sup> pour une revue récente des travaux existant, on peut consulter Michel Forsé et Alain Degenne, L'analyse de réseaux, Dunod, Paris, 1994

## **b-Typologie des cercles sociaux**

On peut prendre en compte différents modes de caractérisation, et donc de différenciation, des cercles sociaux :

1- certains cercles supposent une organisation qui exerce une contrainte sur ses membres, tandis que d'autres s'avèrent être des groupements spontanés ; cette distinction introduit la notion de "contrainte de structure" ;

2- un autre mode de distinction tient à la différenciation des statuts ou positions à l'intérieur d'un cercle social ; le type de différenciation qui fonctionne au sein de chaque cercle est une des caractéristiques de ce cercle ;

3 - un troisième facteur de caractérisation réside dans le mode de régulation des liens ; il peut être formel, une règle désignant les personnes de qui on est tributaire ou celles sur lesquelles on a barre ; il peut être de type traditionnel, la dépendance à l'égard des personnes étant le produit d'une histoire commune qui a légitimé des rôles (statut acquis et non formel).

Ces trois angles constituent autant de critères d'analyse des cercles sociaux.

La mise à jour des sous-ensembles s'effectue à partir de concepts tels que la "cohésion" ou la densité des relations entre acteurs<sup>16</sup>. Un sous-ensemble d'acteurs dont les relations réciproques (de toute nature) sont très fortes est appelé "clique" dans la terminologie de l'analyse de réseau.

## **c-Mode d'articulation des cercles sociaux**

On distingue quatre modes d'articulation de ces sous-ensembles entre eux.

1- le mode unifiant, quand la coordination et la fédération des sous-ensembles se fait par entente directe, résultant d'une confrontation directe ;

2- le mode classifiant, qui est caractérisé par un processus de redéfinition permanente des limites et des règles propres à chaque cercle ;

---

<sup>16</sup> Emmanuel Lazega, Analyse de réseaux et sociologie des organisations, *Revue Française de sociologie*, XXXV, 1994, pp. 293-320.

3- le mode d'articulation localisé, de type traditionnel, correspondant à une séparation marquée entre les différentes "scènes" où fonctionnent les cercles ; dans le cas d'études de quartiers par exemple, le lieu d'échange et de reproduction des normes se situe dans la cellule familiale, tandis que le quartier fonctionne comme lieu de leur ajustement à l'espace collectif ;

4- le mode néo-convivial, mécanisme qui assure l'articulation de cercles spontanés, formels, ou bureaucratiques, et qui peut produire une "interconnexion de réseaux".

Ces processus d'articulation ne sont pas spontanés ; ils supposent qu'interviennent deux mécanismes essentiels :

- 1- une transaction, toute relation étant l'objet d'un échange de quelque nature que ce soit,
- 2- une histoire, c'est-à-dire une expérience partagée, une vie commune, etc.

#### **d-Le langage formalisateur permettant la caractérisation des réseaux**

Lemieux opère une distinction entre appareil et réseau<sup>17</sup> : l'**appareil** s'oppose au réseau par son aspect très hiérarchisé, alors que le réseau ne l'est pas. Les liens entretenus au sein de l'appareil sont forts, et le système est clos. Pour les distinguer trois paramètres peuvent être utilisés : le degré de connexité, le degré d'ouverture des frontières, la nature des relations (finalisées ou polyvalentes).

Le **degré de connexité** est défini comme suit:

- on parle de connexité forte lorsqu'entre 2 acteurs du réseau i et j, il existe toujours une réciprocité, c'est-à-dire simultanément un lien de i vers j et un lien de j vers i ;
- la connexité est semi-forte lorsque entre i et j, il existe toujours soit un lien de i vers j, soit un lien de j vers i ;
- on parle de connexité quasi-forte lorsque i et j sont liés parce qu'ils ont au moins un partenaire commun.

Le **degré d'ouverture des frontières** est caractérisé par la diversité de l'ensemble des cercles sociaux auxquels la structure participe. Quant à la **polyvalence des rôles**, elle s'oppose à des systèmes de liens déterminés strictement par un registre précis d'intervention.

---

<sup>17</sup> Lemieux V., Réseaux et appareils. Logique des systèmes et langage des graphes. Paris, Maloine, 1982.

D'autres indices permettent de caractériser les liens entre les acteurs d'un système et, partant de là, la structure des réseaux eux-mêmes.

La **multiplicité** des réseaux caractérise les contextes où il existe plusieurs types de relations entre les acteurs d'un système.

La **fréquence** des relations s'obtient en comptabilisant un nombre de contacts soit par une observation directe, soit par une interrogation de chaque acteur pour qu'ils en livrent une estimation.

La **densité** des réseaux s'évalue par les mêmes méthodes, directes ou indirectes ; elle consiste à mesurer si les membres du système liés à un acteur sont eux-mêmes liés entre eux.

On distingue les **liens forts** et les **liens faibles**. La force des liens est appréhendée de manière diverse, en fonction de la nature des relations : il peut s'agir simplement de la fréquence des contacts ; mais on peut adopter des critères plus exigeants, tels que l'intensité émotionnelle, l'importance des services échangés, le degré d'intimité dans les échanges, etc. Les liens faibles s'opposent en tous points aux liens forts.

Il est admis que les liens forts tendent à être transitifs et de ce fait à créer des systèmes clos qui opposent de la résistance à la pénétration d'informations venant de l'extérieur. Les liens faibles, en revanche, favorisent une plus grande perméabilité et peuvent apparaître, d'un point de vue stratégique, comme des entrées pour jeter des ponts entre les groupes<sup>18</sup>.

La **centralité** enfin, caractérise la position des individus dans le système relationnel. Elle rend compte de la "capacité d'un individu à développer des communications au sein d'un réseau"<sup>19</sup>. Cette capacité s'exprime par le nombre ou la proportion de liens avec son environnement. La centralité dépend également de la capacité d'un individu à contrôler cette communication.

La mesure du rapport de proximité de l'individu vis-à-vis de l'ensemble du réseau peut prendre deux formes complémentaires, quand le mode de caractérisation des liens fait qu'ils ne sont pas nécessairement réciproques. Le nombre de relations que déclare l'individu caractérise son degré de connaissance du réseau, c'est-à-dire un degré d'implication dans le système des échanges. A

---

<sup>18</sup> Mark S. Granovetter, "The strength of weak ties", *American journal of Sociology*, vol. 78, n° 6, pp. 1360-1380.

<sup>19</sup> Degenne, Forsé, Les réseaux sociaux,

l'inverse, le nombre de fois qu'un individu est cité par les membres du réseau exprime plutôt un degré de notoriété. Le cumul des degrés d'implication et de notoriété, et la caractérisation de leur dissymétrie, permet la prise en compte de la complexité des positionnements dans le réseau.

**APPROCHE D'UN RESEAU PROFESSIONNEL :  
LE RESEAU DE PRISE EN CHARGE DES MALADES ALCOOLIQUES**

## Première partie

### LE PROTOCOLE D'ANALYSE DU RESEAU DE PRISE EN CHARGE DES MALADES ALCOOLIQUES

Cette analyse de réseau ne repose pas sur une approche très formalisée, telle que la préconisent les approches fondées sur la quantification et l'application des algorithmes de la théorie des graphes. Elle se veut néanmoins une approche qualitative empruntant à l'analyse de réseau la plus formalisée des outils et des concepts permettant de décrire un système relationnel et des positions d'acteurs fonctionnant "en réseau". Il s'agit en particulier d'éprouver la puissance d'un appareil conceptuel appliqué à une étude de cas qui se présente selon les apparences d'un réseau professionnel classique.

#### **I- Une enquête sur la structure et le fonctionnement des réseaux de soins à l'échelle départementale**

Le CRÉDOC a réalisé de juin à octobre 1994 une enquête sur le réseau de prise en charge des malades alcooliques, étude commanditée par le Réseau National de Santé Publique.

L'objectif de cette enquête était d'éprouver la pertinence du dispositif de soins des malades alcooliques et les stratégies de réseau mises en oeuvre par les intervenants pour prendre en charge ce type de patients. Pour ce faire, il convenait de mettre en évidence le processus de mobilisation du dispositif par les différents intervenants et par là-même leur capacité et leur intérêt à le mobiliser.

Le premier volet de l'étude a consisté à mesurer le capital de relations que mobilise chaque intervenant dans son action de prise en charge des alcooliques et d'en analyser la structure (part respective des médecins spécialisés, des assistantes sociales, des psychiatres, des bénévoles...). Par la même, on approchait les facteurs de différenciation du comportement des intervenants dans leur pratique professionnelle quotidienne et leur relation aux malades. Ces investigations étaient

destinées, principalement, à cerner le mode de structuration du dispositif de soins autour des malades alcooliques.

Un second volet devait permettre d'analyser les trajectoires de soins de 600 malades à travers le dispositif départemental - le département étant pris comme espace géographique de référence. Cette seconde approche a cherché à mettre en évidence la façon dont circulent les malades à l'intérieur du dispositif de soins, puis à confronter les trajectoires effectives des malades aux trajectoires que les intervenants tendent à privilégier et à recommander aux éthyliques. On approche ainsi l'enchaînement des protocoles de soins (à une échelle de temps qui peut être variable) dans un système de santé local, en l'espèce l'échelle d'un département<sup>20</sup>.

On se donnait ainsi le moyen de vérifier l'hypothèse de l'existence d'un tel réseau, mais aussi d'autres hypothèses sur la configuration de ce réseau, son mode de structuration (autour du malade ou selon des impératifs institutionnels), les stratégies des différents services hospitaliers, et la capacité des membres du dispositif à fonctionner effectivement en réseau.

L'analyse de la dynamique interne du dispositif de prise en charge des malades alcooliques a été décomposée selon trois dimensions: la dimension de la pratique (le rapport des intervenants avec les malades qui les consultent), la dimension relationnelle des intervenants entre eux, la dimension du discours (c'est-à-dire l'idée que les intervenants se font du réseau).

La dimension de la pratique s'intéresse aux formes des rapports des intervenants avec les malades : le temps qui leur est consacré, les modalités de rencontre, le mode de suivi et de prise en charge ainsi que la provenance des consultants. Ces aspects de la pratique individuelle des intervenants permettent de poser les questions suivantes : existent-ils des modes de conduites spécifiques au sein du dispositif de soins ? Ont-ils un lien avec la capacité de chaque intervenant à être en réseau ?

La seconde dimension traite des relations entre intervenants, de leur fréquence, de leur intensité, et de la teneur de ces relations. Elle permet de construire des indicateurs de base sur la hiérarchisation des positions dans le réseau. La troisième dimension, vient éclairer la configuration du réseau : le discours des intervenants permet d'explorer le sentiment de réalité du réseau, d'appartenance à ce cercle professionnel, la perception de sa forme et de la place de chacune des structures institutionnelles (plus ou moins centrale ou périphérique).

---

<sup>20</sup> Une telle démarche a été suivie par Philippe Mossé en 1983. Lire à ce sujet l'article de Philippe Mossé: "Alcoolisme et système de soins", HCEIA, Paris, 1983.

L'enquête s'est déroulée dans sept départements de France choisis pour disposer de situations contrastées quant au dispositif de soins (présence ou absence d'un centre hospitalier spécialisé, le CHAA<sup>21</sup>, forte ou faible représentation des associations d'anciens buveurs, etc...), et quant à l'intensité du risque d'alcoolisation (selon les indices de mortalité par alcoolisme et cirrhose du foie, le caractère rural / urbain, la production viticole de ces départements). Dans chaque département, entre 17 et 35 entretiens ont été réalisés auprès des responsables ou acteurs significatifs de terrain des structures et services concernés.

Le guide d'entretien servant de support aux interviews des intervenants était divisé en 6 parties visant à saisir les trois dimensions évoquées ci-dessus :

I - Le rapport aux malades: temps consacré, descriptif des soins ou de l'aide apportée, modalités de contact, travail individuel ou collectif, origine des alcooliques ;

II - Les caractéristiques de la structure d'appartenance de l'intervenant : fonctions principales, histoire, inscription de la structure dans le parcours de l'intervenant.

III - Les activités professionnelles de l'intervenant autour du soin proprement dit : actions de prévention, d'information, participation à des réunions, à des colloques ;

IV - Les partenaires de l'intervenant (selon les différents types de partenaires possibles) : intensité et teneur des relations, origine de ces relations et jugement sur leurs intérêts ;

V - Les appréciations sur la qualité du fonctionnement en réseau : intérêt et nécessité pour ce domaine professionnel, positionnement des personnes ou des structures, représentation simplifiée de la structure des relations, améliorations éventuelles à apporter ;

VI - Les représentations normatives : définitions que donne chacun des intervenants, de l'alcoolisme, d'un alcoolique guéri, des méthodes pour "guérir", sentiment de partager des définitions et des objectifs professionnels communs.

Complétant l'interrogation des acteurs du soin, l'interrogation de 590 alcooliques rencontrés sur les lieux-mêmes de prise en charge (leur approche dans leur environnement quotidien s'étant avérée trop malaisée), a permis de recueillir le point de vue des malades sur les structures de soins.

On a recueilli ainsi des éléments descriptifs sur la trajectoire antérieure de la personne dans le dispositif de prise en charge et sur sa situation sociale, familiale et professionnelle. Ceci avec le

---

<sup>21</sup> centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie

souci de vérifier si les segments de relations établis entre les intervenants, et présentés par eux comme tels, sont effectivement empruntés par les malades, et si les trajectoires des patients sont liées à leurs caractéristiques socio-démographiques. Il s'agit d'examiner si certains services tendent à dériver des patients vers telle ou telle structure en fonction des profils socio-démographiques et s'il existe des trajectoires récurrentes ou bien si chaque parcours est singulier. On veut par là interroger le fonctionnement du réseau pour savoir s'il est conditionné par les patients, parce qu'il s'adapte en permanence aux besoins particuliers de ceux-ci, ou bien par les impératifs des structures disponibles, c'est-à-dire par des logiques institutionnelles. Concrètement, il s'agissait d'observer si des services avaient des stratégies déterminées et dérivait toujours leurs malades vers les mêmes structures<sup>22</sup>.

Nous présentons ici une partie des résultats de l'analyse de réseau, en particulier ceux qui nous permettent de discuter les hypothèses principales suivantes :

1 - l'action des intervenants en matière de soins aux malades alcooliques, et partant la structure relationnelle des intervenants, se construisent à partir de différentes "ressources" du système : les possibilités et les contraintes qui s'imposent à chaque intervenant du fait de sa position dans une institution (règles à respecter, ressources mises à sa disposition, mais aussi relations de travail déjà constituées, partenaires officiels ou obligés), ainsi que sa capacité à développer des liens et des échanges au sein du dispositif de soins et de prise en charge des éthyliques (selon ce que Degenne appelle les "ressorts de l'action individuelle<sup>23</sup>").

2 - le système de soins mis en place autour de l'alcoolique dépend des corpus de principes servant à penser les protocoles de prise en charge de l'alcoolisme ;  
il s'agit de stratégies médicales en ce qui concerne les intervenants spécialistes en alcoologie :  
dans ce cas, il existe des principes d'aiguillage récurrents, certains services dérivant leurs malades toujours vers les mêmes types de prise en charge, voire même orientant les malades d'un même profil socio-démographique toujours vers les mêmes services ;

---

<sup>22</sup> Philippe Mossé a montré que la spécialité était déterminante dans l'établissement d'une stratégie de réseau: "certains services dérivent en quelque sorte les malades du secteur libéral vers le secteur hospitalier: ce sont principalement les services psychiatriques; d'autres services, essentiellement les services de gastro-entérologie, dérivent les malades du secteur hospitalier vers le secteur libéral", in Philippe Mossé, Alcoolisme et système de soins, HCEIA (Haut Comité d'Etudes et d'Information sur l'Alcoolisme), 1983, p. 110.

<sup>23</sup> Degenne, Les réseaux sociaux,

il s'agit d'un discours social pour les intervenants non spécialistes du point de vue médical : "le système de soins est construit comme une réponse aux malades et fondé sur le besoin du malade et l'histoire de sa maladie" ;

3 - les oppositions de cultures et de points de vue professionnels structurant la configuration du réseau, le dispositif de prise en charge des malades alcooliques fonctionne par inter-connexion de cercles restreints (ou cliques) ; leur taille, les interventions et les connexions qu'ils établissent varient selon le type de pathologie et donc de patient ;

4 - le degré et le type d'interactions de ces cliques sont aussi déterminés par la capacité des intervenants à construire des liens avec d'autres structures en sortant des connexions institutionnelles obligées.

## II- Identification des membres du dispositif et caractéristiques des départements

Toute analyse de réseau suppose un inventaire en principe exhaustif des acteurs que l'on pense être en relation. Les conditions de réalisation de l'étude du dispositif de soins des malades alcooliques n'ayant pas permis d'atteindre cette exhaustivité, il a été procédé à un échantillonnage par catégories d'intervenant.

La lutte contre l'alcoolisme bénéficie, de par son histoire et ses caractéristiques, d'un dispositif d'intervenants et de structures pour l'aide et la prise en charge des éthyliques qui est assez diversifié. Nous avons adopté la typologie des acteurs présentée dans la revue de Haut Comité de la Santé Publique consacré à l'alcoolisme<sup>24</sup>, soit cinq grandes catégories d'intervenants ou structures intervenant dans la prise en charge des personnes ayant un problème d'alcoolisme.

1- La partie médicale a priori non spécialisée comporte les médecins libéraux et les établissements hospitaliers.

2- Le dispositif spécialisé est constitué principalement des Centres d'Hygiène Alimentaire et d'Alcoologie (CHAA), des centres de cure et de post-cure et des Comités Départementaux de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA).

3- On regroupe dans une catégorie à part l'ensemble des associations d'anciens buveurs<sup>25</sup>.

4- D'autres partenaires jouent fréquemment un rôle de repérage et d'orientation des malades alcooliques vers des structures adéquates : il s'agit des services de justice, des services sociaux (ou associations du secteur social telles les associations de réinsertion des RMIstes), ou encore les médecins du travail.

5- Enfin, on met à part les services ou hôpitaux psychiatriques qui, dans le domaine médical, ne se situent pas comme structures de prise en charge à proprement parler, mais accueillent de manière ponctuelle ce type de pathologie, spécialement lorsque les patients souffrent de problèmes d'ordre psychiatrique.

---

<sup>24</sup> Actualité et dossier en santé publique, Répondre aux personnes vivant avec un problème d'alcool, Revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique, Dossier 4.

<sup>25</sup> On peut distinguer trois types d'associations: les associations d'obédience nationale - souvent fédérées, elles fonctionnent souvent de manière autonome (ex. Croix Bleue, Vie Libre...); les associations à caractère local (ex: les "Anciens de Marienbronn"), plus présentes dans les régions où l'alcoolisme est jugé plus affirmé; les associations de proches regroupent des personnes proches des éthyliques - époux, épouses - qui souhaitent s'engager dans une action au côté de leur conjoint malade.

Les premiers intervenants retenus comme ayant à voir avec la question étudiée ont été sélectionnés à partir d'annuaires de santé publique<sup>26</sup>. Pour compléter la liste et obtenir un échantillon approchant de la représentativité de la population à étudier, les premières personnes identifiées étaient sollicitées pour compléter cette liste. Une telle procédure exerce une sélection de personnes qui sont a priori en relation, ce qui renforce la cohérence de l'objet "réseau". Elle comporte des biais certains : elle tend à sous-représenter les intervenants fonctionnant à la marge du dispositif, ou sur des aspects jugés secondaires ; elle risque surtout d'ignorer ceux qui interviennent selon des logiques suffisamment différentes pour être occultés par le dispositif "officiel".

La sélection des intervenants considérés comme acteurs du dispositif d'un département, comporte une part d'arbitraire importante dans la mesure où ce type de réseau professionnel ne possède de limite "naturelle", aussi bien en termes de compétence que de localisation géographique. Ne retenir que les acteurs impliqués sur le terrain dans un département, ce qui est le cas dans cette étude, revient à réduire le réseau étudié à la partie strictement opérationnelle et très locale des acteurs qui ont à voir avec la question de l'alcoolisme. Démarche fatalement réductrice, pour une question multiforme, relevant du secteur sanitaire autant que du social, qui induit une grande hétérogénéité des formes de soins et d'aides aux malades.

Trois départements parmi les sept étudiés, l'Aude, la Drôme, la Seine-St Denis, servent de base à cette analyse de réseau. La frontière des intervenants du département est relative, sachant que les personnes interrogées ont des relations avec d'autres intervenants qui peuvent exercer et/ou habiter en dehors des départements retenus.

**Tableau n°1**  
**Différences entre les départements selon l'importance de l'alcoolisme**  
**et le type d'urbanisation**

INDICATEURS	principalement rural	mixte	exclusivement urbain
forte alcoolisation			<b>Seine-St Denis</b>
faible alcoolisation	<b>Aude</b>	<b>Drôme</b>	

<sup>26</sup> Haut Comité de la Santé Publique, Adresses utiles: prévention, traitement, réinsertion", HCSP, 1993; Annuaire POLITI, 1993.

L'**Aude** fait partie des régions françaises où le niveau d'alcoolisme est le plus faible, au moins tel qu'il est appréhendé par les indicateurs sanitaires, alors que c'est un département de production vitivinicole important.

Il n'existe ni CHAA, ni Centre départemental de prévention de l'alcoolisme, ce qui en fait un département a priori peu "équipé" pour cette pathologie. L'association Vie Libre est le seul mouvement d'anciens buveurs répertorié, pour le département, dans l'annuaire 1993 du Haut Comité de la Santé Publique. Toutefois l'association Croix d'Or est également présente sur l'Aude. Enfin, c'est un département où la densité de médecins libéraux, qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes est plutôt élevée, quand on la compare à la moyenne nationale.

Dix-sept intervenants ont été rencontrés dans l'Aude.

**Codes d'identification des personnes interrogées dans l'AUDE**

*(lettre+numéro désigne un informateur, la lettre repérant la catégorie d'intervenant)*

<b>Associations d'anciens buveurs</b>	a1; a2; a3; a4
<b>Intervenants des milieux hospitaliers</b>	b1; b2; b3; b4
<b>Bénévole hors structure</b>	c1
<b>Intervenants sociaux</b>	d1; d2; d3; d4, d5; d6; d7

Le département de la **Seine-Saint-Denis** est un département très urbanisé, qui concentrent les problèmes sociaux. A ce titre, il est fréquemment étudié en matière de politiques sociales.

Les mouvements d'anciens buveurs y sont très actives.

Les CHAA sont nombreux dans le département et leur activité est très développée. Ils ont notamment formé un collectif et les intervenants de ces structures se rencontrent régulièrement.

Par ailleurs, on a rencontré des intervenants de services hospitaliers, non seulement dans le département, mais également dans les départements voisins.

Le nombre des structures de prise en charge spécialisées justifiait l'interrogation d'un plus grand nombre d'acteurs que dans les deux autres départements : au total, trente-quatre intervenants ont été rencontrés.

**Codes d'identification des personnes interrogées dans la SEINE-St DENIS**  
(lettre+numéro désigne un informateur, la lettre repérant la catégorie d'intervenant)

<i>Associations d'anciens buveurs</i>	a1; a2; a3; a4; a5, a6; a7; a8; a9; a10, a11; a12
<i>Intervenants sociaux</i>	b1; b2
<i>Intervenants des CHAA et centres de santé</i>	c1; c2; c3; c4; c5, c6; c7; c8; c9; c10, c11; c12; c13; c14, c15
<i>Intervenant des services hospitaliers</i>	d1; d2; d3; d4; d5

La **Drôme enfin**, est un département que rien ne distingue particulièrement si ce n'est la présence d'un CHAA. Il offre un contexte a priori banal au regard de la prise en charge de l'alcoolisme. Dix-huit intervenants ont été rencontrés pour la Drôme.

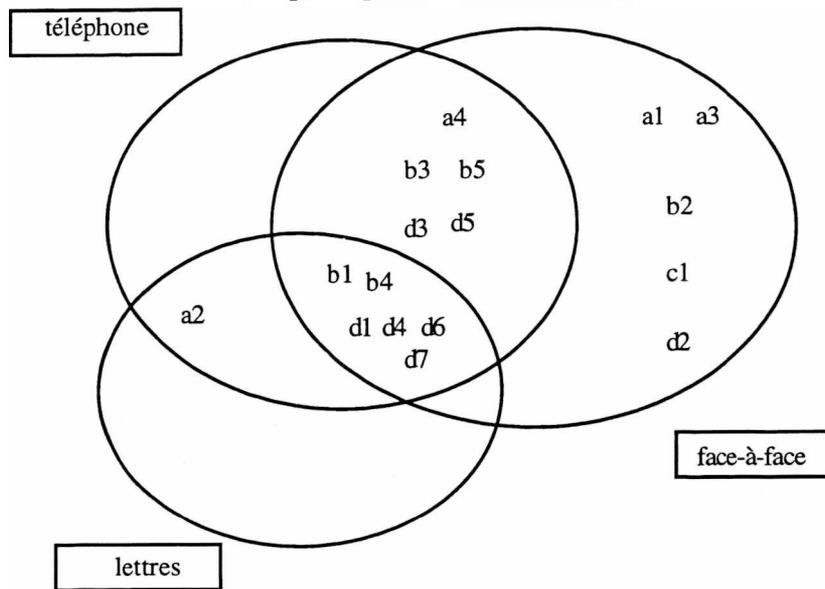
**Codes d'identification des personnes interrogées dans la DRÔME**  
(lettre+numéro désigne un informateur, la lettre repérant la catégorie d'intervenant)

<i>Associations d'anciens buveurs</i>	a1; a2; a3
<i>Intervenants sociaux</i>	b1; b2; b3; b4, b5; b6
<i>Intervenants des CHAA, CDPA, Centres de santé</i>	c1; c2; c3; c4; c5
<i>Intervenants des services hospitaliers</i>	d1; d2
<i>Médecins de ville</i>	e1; e2

## Les modalités de contact entre les acteurs des réseaux

GRAPHE N°1

**MODES DE CONTACTS ENTRE  
INTERVENANTS DE L'AUDE  
(téléphoniques, face-à-face, écrits)**

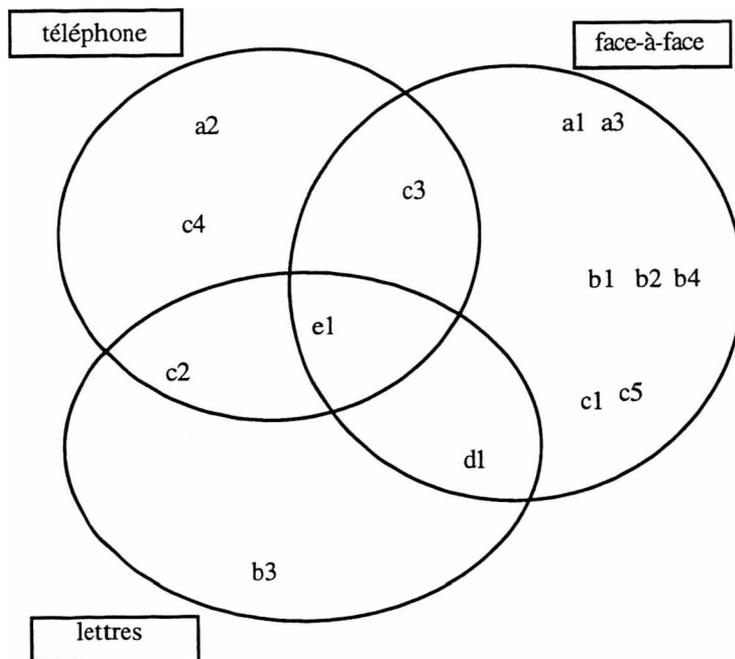


- a Intervenants des associations d'anciens buveurs
- b Intervenants des milieux hospitaliers généraux et psychiatriques
- c bénévole hors structure
- d Intervenants sociaux

## Les modalités de contact entre les acteurs des réseaux

GRAPHE N°2

### MODES DE CONTACTS ENTRE INTERVENANTS DE LA DRÔME (téléphoniques, face-à-face, écrits)



- a Intervenants des associations d'anciens buveurs
- b intervenants des services sociaux
- c intervenants de CHAA, CDPA et centres de santé
- d intervenants des milieux hospitaliers généraux
- e médecins de ville



## Deuxième partie

### MORPHOLOGIE DU RESEAU D'ÉCHANGES

En matière de communication, on dénomme "réseau" l'ensemble des opportunités et systèmes matériels de communication<sup>27</sup>. La structure de communication désigne, par contre, l'ensemble des communications réellement échangées dans un groupe.

Deux niveaux d'analyse sont ainsi considérés: les possibilités relationnelles et la réalité des échanges.

#### I- INDICATEURS DE POSITIONNEMENT DANS LE RESEAU

Un certain nombre d'éléments sur la vocation des structures, sur l'ancienneté de leur implantation dans le dispositif de prise en charge, sur leur localisation dans chaque département, doivent être pris en compte pour interpréter la structuration des réseaux. La centralité et la périphérie des structures sont appréhendées d'abord à travers deux facteurs, essentiels dans le dispositif de soins départemental : la vocation des structures et leur date de création.

Dans un premier temps on cherche à déterminer quelles structures se positionnent en amont ou en aval du dispositif suivant leur vocation et leur insertion dans le dispositif.

##### a-Vocation des acteurs et des structures & périphérie

Dans le domaine de la prise en charge des malades alcooliques, la position des différents acteurs dans le réseau est en partie déterminée par leur fonction : certaines structures occupent, de facto, une position périphérique dans le dispositif de prise en charge des malades dans la mesure où elles effectuent un travail qui relève du repérage des malades plutôt que des prises en charge sociale, médicale ou encore psychologique<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> C. Flament, Réseaux de communication et structures de groupe, Dunod, Paris, 1965.

<sup>28</sup> Jean-Paul Descombey, Alcoolique, mon frère, toi. L'alcoolisme, entre médecine, psychiatrie et psychanalyse,

Il en va ainsi des services de justice et de la médecine du travail, considérés comme partenaires à part entière du réseau mais qui ne constituent pas pour autant des intervenants spécialisés dans le domaine de l'alcoolisme.

Les premiers, par le biais de "l'injonction thérapeutique", orientent des conducteurs en infraction vers des structures de soins et/ou des structures de suivi comme les associations d'anciens buveurs. En principe, les "malades" ne reviennent pas vers eux. On peut donc situer les services de justice en début de parcours, comme une des "portes d'entrée" dans le système de soins et de prise en charge des malades alcooliques.

Les médecins du travail effectuent un travail de dépistage qui les conduit à aiguiller des personnes vers des structures spécialisées. Ils constituent une autre porte d'entrée dans le dispositif, les malades ne repassant théoriquement plus par eux dans leur trajectoire de soins.

On peut considérer que les autres intervenants étudiés sont d'emblée, par leur vocation curative et de soutien, des acteurs plus centraux du dispositif.

### **b-Implantation des structures & positionnement dans le réseau**

L'histoire de l'implantation des structures de soins n'est pas indifférente quant au degré de centralité acquis dans le réseau. Philippe Mossé <sup>29</sup> souligne que les dispositifs de soins existants sont le fruit d'une histoire qui comporte des moments forts, en 1970 ou 1983 notamment.

On aboutit, selon lui, à une stratification de ce milieu professionnel, dans lequel les organismes se construisent une place par vagues successives. Ces phases sont "le résultat d'un jeu de type épistémologique entre les théories médicales qui évoluent et les pouvoirs publics qui retiennent de temps à autre (en fonction des rapports de force internes au corps médical) tel élément de la théorie"<sup>30</sup>.

Ce processus de génération du système dessine des grappes de filières de prise en charge, qui sont marquées par l'esprit de leur époque, tant du point de vue de l'architecture du système de soins que de l'implantation géographique.

---

<sup>29</sup> Philippe Mossé, Alcoolisme et système de soins, CNRS, HCEIA, 1983.

<sup>30</sup> Ibid

Il n'empêche qu'entre des moments historiquement datés où des pans entiers du dispositif se sont élaboré ou renouvelé, de nouvelles structures s'insèrent ponctuellement dans le dispositif : elle viennent combler un manque, et s'intègrent de ce fait, très rapidement, au réseau des contacts fonctionnant entre les partenaires en place. A l'inverse des structures peuvent vieillir, parce que trop marquées par des formes périmées de prise en charge, et tendre à être marginalisées du fait même de cette ancienneté.

Le département de l'**Aude** illustre bien le processus de croissance, par phases successives, de la structuration du dispositif s'offrant aux malades alcooliques. On y distingue :

- 1-des structures jeunes créées il y a moins de cinq ans (une association de réinsertion des RMIstes, des services hospitaliers, la Croix d'Or) ;
- 2-des structures plus installées dont la création se situe dans la deuxième moitié des années quatre-vingt (Vie Libre, des services psychiatriques), ou dans la première moitié (associations d'hébergement) ;
- 3-des structures anciennes qui remontent au moins aux années soixante-dix (CDPA, CAES, Vie Libre).

Dans la **Drôme**, le clivage est très net entre CHAA, - structures très récentes datant de 1991 - et les associations d'anciens buveurs, beaucoup plus anciennes. Ce clivage pourrait expliquer la position périphérique des CHAA dans le réseau, tel que le révèle le système de relations avec les autres partenaires du dispositif. Structures trop récentes, elles ne s'imposent pas aussi fortement que les services hospitaliers qui semblent rester, pour les associations, les interlocuteurs médicaux privilégiés.

Le dispositif de **Seine-Saint-Denis** présente l'intérêt d'être globalement plus ancien: les deux-tiers des intervenants datent la création de leur structure d'au moins 10 ans. Dans ce cas, l'effet de strates décrit par Philippe Mossé se trouve fortement atténué: l'ancienneté des collaborations estompe les clivages originels entre structures.

### **c-Fréquence des contacts & positionnement dans le réseau**

L'étude de la fréquence des contacts entre structures constitue la première étape de toute analyse de réseau. En adoptant le postulat selon lequel les structures bénéficiant du plus grand nombre de contacts décrits par les intervenants interrogés, peuvent être considérées comme occupant une position centrale dans un système de relations, il est possible de donner un premier éclairage sur les positions dans les dispositifs étudiés.

Le concept de centralité illustre, en principe, la capacité d'un individu, ou des membres d'une structure, à développer des relations et à faire fonctionner les communications au sein du réseau considéré : le nombre de liens est l'indicateur de cette centralité. La question du positionnement des structures (plutôt que celle des individus) nous a poussé à opter pour le point de vue inverse : à partir du discours des intervenants on s'est préoccupé d'identifier les structures "bénéficiant" du plus grand nombre de contacts. Cette approche répond au critère de la notoriété.

Le questionnement sur la régularité des contacts permet de distinguer les liens forts (fréquence de contact qualifiée par les informateurs de "régulière") des liens faibles (fréquence "exceptionnelle").

L'analyse des informations collectées dans l'**Aude** qui ne dispose pas de CHAA (cf tableau n°2) met en évidence le caractère central des services sociaux qui comptabilisent le plus de contacts réguliers (15 intervenants sur 17 ont des relations régulières avec ce partenaire), suivis par les services hospitaliers et les associations d'anciens buveurs.

Les médecins de ville et les centres de cure ont une place significative dans le dispositif alors que les médecins du travail et les services de justice occupent une position périphérique dans ce système de relations.

Confirmant la faible intégration des CHAA, les contacts réguliers des intervenants de la **Drôme** vont, en premier lieu, vers les services hospitaliers généraux, les associations d'anciens buveurs, puis les foyers de cure ou post-cure (cf tableau n°2). Les CHAA apparaissent au même rang que les services de justice, après les services sociaux.

Tableau n°2

Degré de centralité des intervenants de chaque département

d'après le taux de contacts jugés "réguliers" avec les différents partenaires du dispositif

Catégorie d'intervenant	Qualification de la fréquence des contacts	AUDE	DRÔME	SEINE-St DENIS
<b>Mouvements d'anciens buveurs</b>				
	régulièrement	76%	83%	79%
	exceptionnellement	6%	6%	12%
	jamais	18%	11%	9%
<b>Médecins de ville</b>				
	régulièrement	65%	55%	62%
	exceptionnellement	6%	39%	20%
	jamais	29%	6%	18%
<b>Médecins du travail</b>				
	régulièrement	29%	50%	50%
	exceptionnellement	18%	33%	15%
	jamais	53%	17%	32%
	ne sait pas			3%
<b>Services hospitaliers non spécialisés</b>				
	régulièrement	76%	89%	67%
	exceptionnellement	18%	11%	18%
	jamais	6%		15%
<b>Services psychiatriques</b>				
	régulièrement	70%	56%	44%
	exceptionnellement	18%	33%	18%
	jamais	12%	11%	38%
<b>CHAA</b>				
	régulièrement	6%	50%	70%
	exceptionnellement		6%	15%
	jamais	94%	44%	15%

Catégorie d'intervenant	Qualification de la fréquence des contacts	AUDE	DRÔME	SEINE-St DENIS
<b>Services sociaux</b>				
	régulièrement	88%	72%	68%
	exceptionnellement	6%	22%	23%
	jamais	6%	6%	9%
<b>Foyers de cure ou de post-cure</b>				
	régulièrement	47%	78%	44%
	exceptionnellement	18%	11%	41%
	jamais	35%	11%	15%
<b>Services de justice</b>				
	régulièrement	41%	50%	36%
	exceptionnellement		17%	24%
	jamais	59%	33%	40%
<b>Autres partenaires</b>				
	régulièrement	29%	22%	47%
	exceptionnellement	12%	17%	16%
	jamais	59%	61%	37%

Dans le cas du département de **Seine-Saint-Denis**, les CHAA supplantent les services hospitaliers parmi les trois structures les plus centrales du dispositif : associations d'anciens buveurs, services sociaux et CHAA sont, dans cette ordre décroissant, les structures les plus sollicitées (cf tableau n°2).

La médecine du travail, les services psychiatriques et les foyers de post-cure ne sont des partenaires réguliers que pour la moitié des intervenants. Et l'on retrouve, comme pour l'Aude, les services de justice en position périphérique.

La centralité des services sociaux dans le dispositif de Seine-Saint-Denis, comme dans celui de l'Aude, peut s'expliquer par le fait que les travailleurs sociaux interviennent à plusieurs stades des trajectoires de soins : ils sont amenés à repérer les malades alcooliques, à les diriger vers des structures de soins, mais aussi à les retrouver pour les aider à régulariser leur situation sociale

souvent difficile. Les services sociaux sont des partenaires utiles aux autres intervenants en amont comme en aval des protocoles de prise en charge.

**Tableau n° 3**

**Les trois structures les plus centrales  
dans les dispositifs de prise en charge départementaux**

<b>Aude</b>	<b>Drôme</b>	<b>Seine-Saint-Denis</b>
1 - services sociaux	1 - services hospitaliers	1 - associations d'anciens buveurs
2 - services hospitaliers	2 - associations d'anciens buveurs	2 - CHAA
3 - associations d'anciens buveurs	3 - foyers de cure et de post-cure	3 - services sociaux

On note que lorsqu'il y a absence de CHAA, ce sont les services hospitaliers qui s'imposent très logiquement comme partenaires privilégiés, dans la mesure où ils constituent un lieu de passage pour les malades qui entrent dans un processus de cure. Le défaut de CHAA mobilise également les services psychiatriques qui arrivent alors en quatrième position. Mais dans les départements où des CHAA sont présents, les services psychiatriques sont nettement moins sollicités.

Dans le cas de la Drôme, la forte centralité des foyers de cure s'explique, en partie, par l'activité des membres de l'association d'anciens buveurs Croix Bleue qui ont développé une politique de contacts systématiques avec les foyers. Celle-ci se traduit notamment par des visites régulières aux pensionnaires des foyers. Cette politique, et la centralité qui en résulte pour l'institution, s'expliquent par le fait que la Croix Bleue possède ses propres foyers sur et hors du département : en tant que gestionnaire elle entretient avec eux, un contact privilégié et régulier.

**d-Représentation de la centralité des structures**

A ce stade de l'analyse de réseau, il est possible de représenter graphiquement un schéma du positionnement des structures dans le réseau, sur la base des taux de contacts réguliers entre intervenants (cf tableau n°2).

Cette représentation permet d'esquisser les premières hypothèses de travail sur la structure des réseaux dans les trois départements considérés, hypothèses que d'autres indicateurs permettront d'étayer.

En considérant uniquement les taux relatifs de contacts réguliers dont bénéficient chaque partenaire du réseau, on construit un schéma basé sur des cercles concentriques (voir graphiques ci-dessous). Le centre du graphique correspond au taux de fréquence de contacts réguliers le plus fort. La fréquence des contacts est de plus en plus faible à mesure que les cercles s'agrandissent. Les graphes sont divisés en quartiers de manière à situer les différentes structures en fonction de leur vocation principale dans le dispositif de prise en charge de l'alcoolisme.

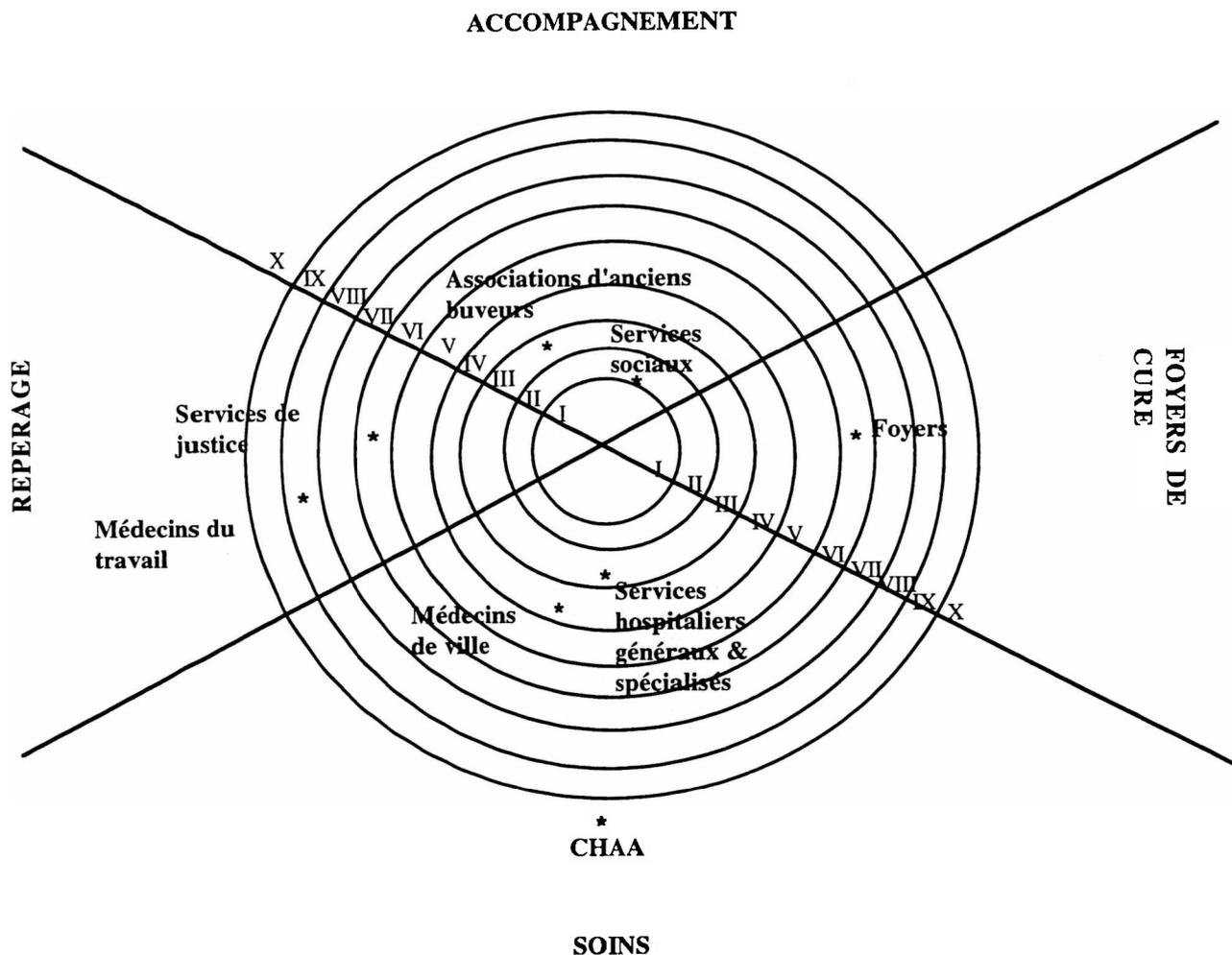
Placées sur les cercles selon le degré de centralité évalué suivant un indicateur simple (la fréquence des contacts réguliers), les différentes structures étudiées dessinent un réseau ordonné. Le schéma permet d'illustrer le degré de différenciation entre centre et périphérie.

Globalement, les réseaux ainsi dessinés se présentent sous une forme plutôt étalée, sans position centrale forte de la part d'une structure. Il ne semble pas exister de pôle organisationnel du dispositif de prise en charge de l'alcoolisme : les structures se positionnent les unes par rapport aux autres selon un processus de différenciation complémentaire des rôles. Le caractère polymorphe des symptômes développés par le malade alcoolique (handicaps sociaux, difficultés psychologiques, symptômes d'altération physique) suscite des modes d'intervention segmentés plutôt que l'émergence de structures polyvalentes susceptibles de traiter toutes les dimensions du problème. C'est le schéma de la spécialisation des intervenants qui l'emporte, respectant en cela une culture bien ancrée dans le système médical.

Cette forme de réseau professionnel suppose que l'activité de communication soit importante et continue, pour que les différents partenaires du dispositif qui interviennent selon des logiques, des techniques, et des objectifs qui peuvent être très différents, parviennent à se coordonner pour faire fonctionner des trajectoires de soins cohérentes. L'absence de hiérarchisation régulatrice du dispositif explique que l'intensité des liens entre structures dessinent des toiles assez différentes d'un département à l'autre. C'est vraisemblablement un atout du point de vue de la capacité d'innovation des dispositifs locaux, et une faiblesse au regard d'une égale efficacité de traitement du problème de l'alcoolisme, vue à l'échelle de l'ensemble des départements.

## Graphique n° 4

MESURE DE LA CENTRALITE DES STRUCTURES DE L'AUDE EN FONCTION DU TAUX DE LEURS CONTACTS REGULIERS AVEC LES DIFFERENTS PARTENAIRES DU RESEAU



### Légende

I = interstice comprenant les structures bénéficiant de 100% à 90% de contacts réguliers de la part des intervenants de l'Aude

II = 89-80%

III = 79-70%

IV = 69-60%

V = 59-50%

VI = 49-40%

VII = 39-30%

VIII = 29-20%

IX = 19-10%

X = 9-1%

On remarque que bien que l'**Aude** ne possède pas de CHAA, ces structures sont citées par certains partenaires. Il s'agit en fait de structures de départements voisins, qui se trouvent logiquement en position périphérique dans le réseau de l'Aude.

### **e-L'incertitude des intervenants quant à l'existence de positions prééminentes**

L'interrogation des intervenants de l'**Aude** sur l'existence d'une personne-clé dans le réseau, ou bien d'une structure qui jouerait un rôle central, confirme l'absence de figure forte qui remplirait un rôle de "méta-coordination" du réseau.

Le questionnement sur les personnalités-clés ne fait sens que pour la moitié des acteurs, et il n'y a pas unité de vue sur l'identité des individualités en position de centralité : si des médecins sont évoqués plusieurs fois, certains voient plutôt des anciens buveurs à cette place.

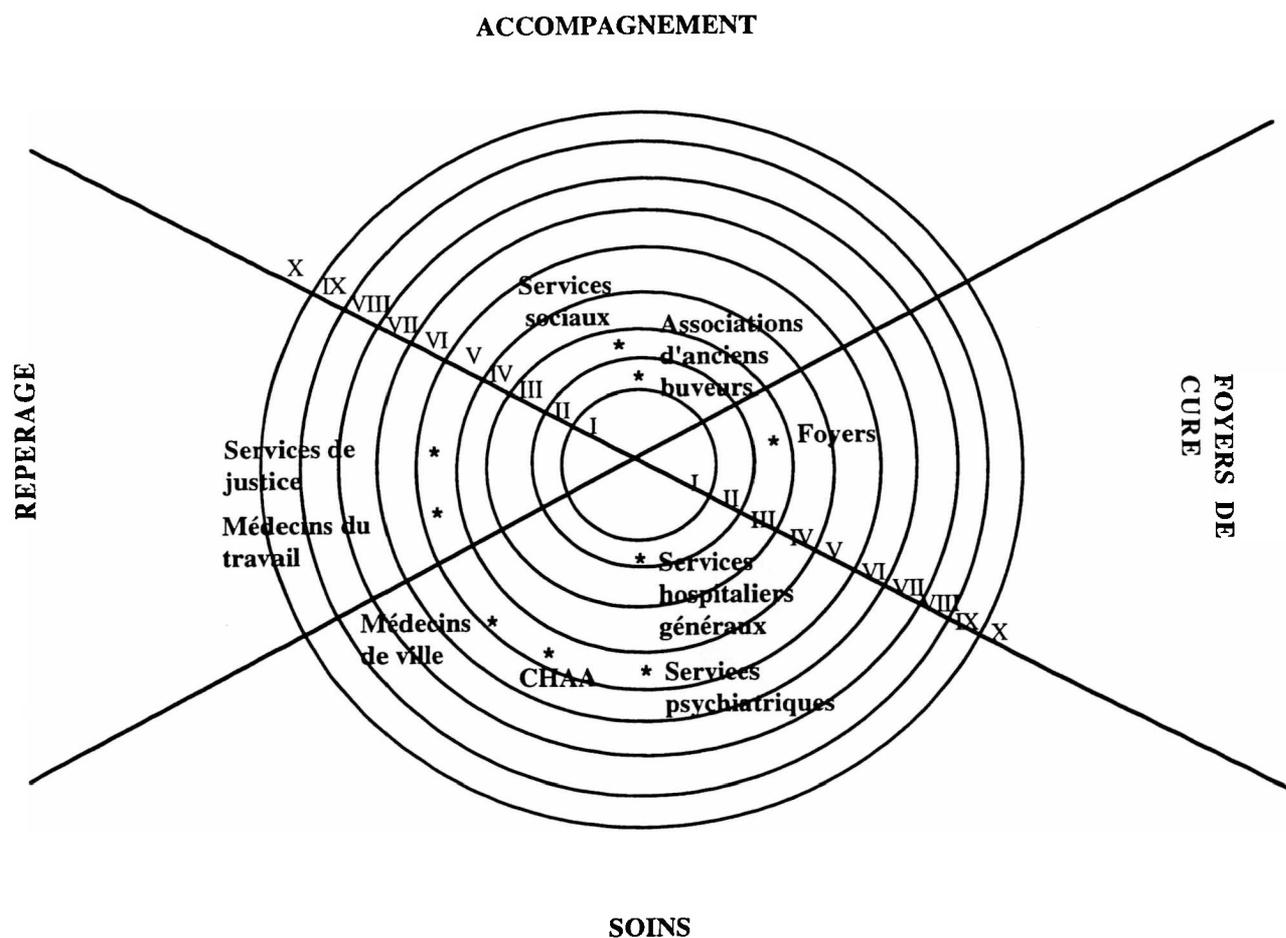
Un peu plus nombreux sont ceux qui pensent qu'une structure ou un lieu de prise en charge a une position plus centrale que les autres, mais là encore il n'y a pas unanimité de choix : des intervenants de milieux hospitaliers s'auto-positionnent à cette place, sinon ce sont des associations d'anciens buveurs qui sont évoquées par les autres acteurs. Quant à ceux qui ne voient pas de centre au dispositif, ils le justifient par le flou caractérisant les articulations entre les partenaires. Pour eux, cette situation explique la débrouillardise qui fait loi dans ce milieu professionnel pour organiser la prise en charge des malades.

Dans le cas de la **Drôme**, le schéma révèle un réseau plus dense que celui de l'Aude. Bien qu'il n'existe pas, là encore, de structure occupant une position prééminente, c'est l'intensité de la communication entre les structures qui apparaît plus forte. Dans cette ensemble, la situation des CHAA est plutôt périphérique, eu égard à leur mission.

Dans le cas de la **Seine-St Denis**, une majorité d'intervenants voient des personnes plus centrales que d'autres dans le réseau, mais là encore les points de vue ne sont pas très convergents : les médecins sont souvent évoqués, mais aussi les travailleurs sociaux, les anciens buveurs ou même l'entourage du malade. Pour les responsables de services hospitaliers, il ne semble pas exister de personnes qui seraient centrales dans le dispositif.

## Graphique n°5

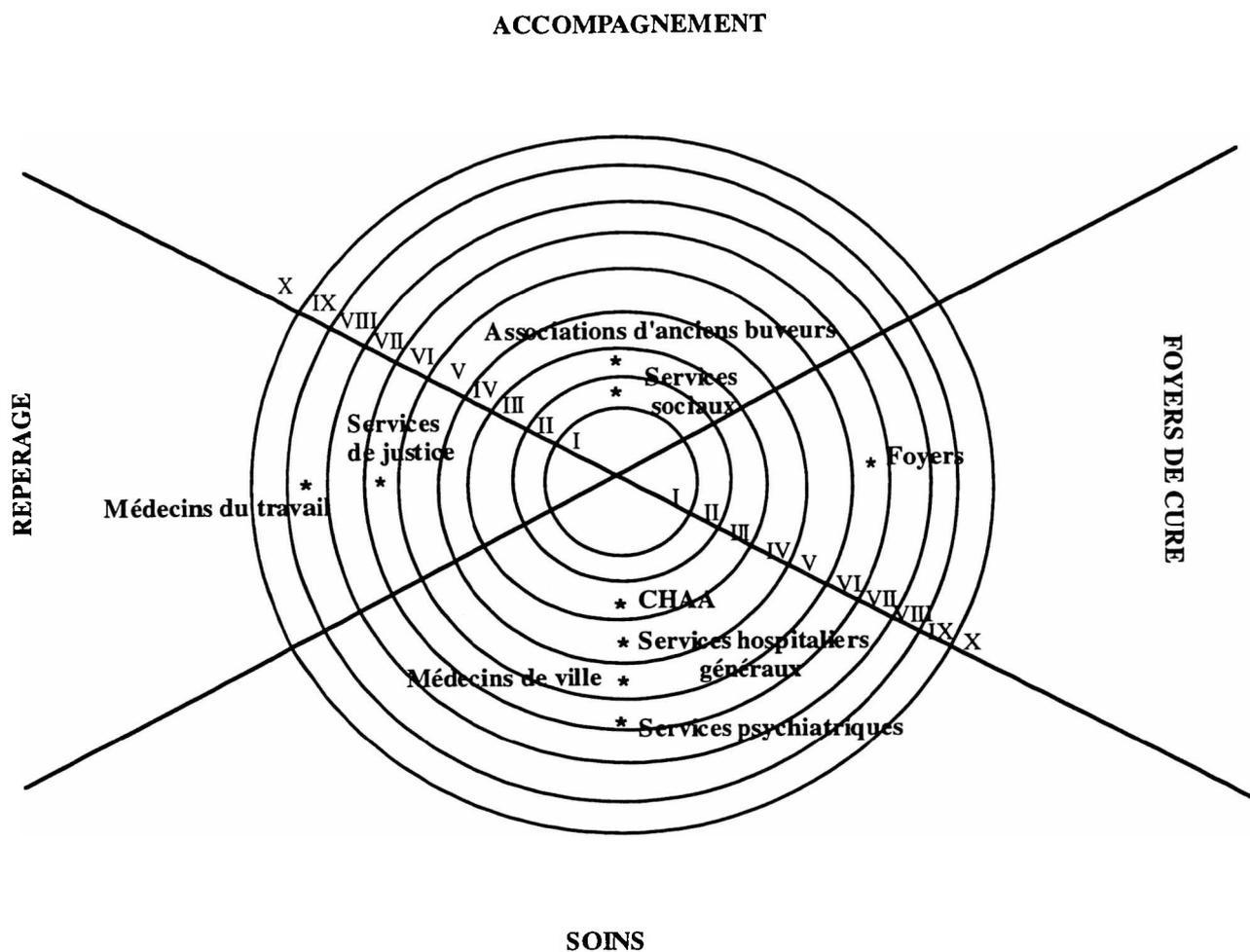
MESURE DE LA CENTRALITE DES STRUCTURES DE LA DRÔME  
EN FONCTION DU TAUX  
DE CONTACTS REGULIERS ENTRE LES DIFFERENTS INTERVENANTS



LÉGENDE (voir graphe précédent)

## Graphique n°6

### MESURE DE LA CENTRALITE DES STRUCTURES DE SEINE-SAINT-DENIS EN FONCTION DU TAUX DE CONTACTS REGULIERS DES DIFFERENTS INTERVENANTS AVEC CELLES-CI



LEGENDE (voir graphe précédent)

Si l'on s'en tient au discours des personnes rencontrées, le dispositif du département de **Seine-St Denis** paraît peu centralisé. Peu nombreuses sont celles qui pensent qu'il existe un lieu de prise en charge prééminent. Toutefois, les CHAA sont, dans ce cas, les structures qui sont les plus souvent citées à cette place.

Aucune structure de Seine-Saint-Denis n'occupe de position centrale forte, et cela de manière plus marquée encore que dans l'Aude. Mais la dispersion du schéma laisse apparaître une certaine hiérarchisation des structures à l'intérieur de chaque groupe d'intervenants : cela est surtout net pour les structures de soins.

### **f-Equivalence & force des liens**

Les caractéristiques des liens entre les partenaires potentiels du dispositif départemental peut être approfondi à partir d'une évaluation de la force des relations pour chaque type d'intervenants.

La force du lien vis-à-vis des différentes structures du dispositif est jugée d'autant plus grande que l'on trouve une répétition systématique d'un même type de lien chez tous les intervenants d'une même catégorie de structures. Cette "répétition" répond, dans l'analyse de réseau, au concept d'équivalence. L'équivalence se définit ainsi: "deux individus sont considérés comme équivalents parce qu'ils sont d'un certain point de vue dans une relation semblable avec les autres membres du groupe"<sup>31</sup>.

Une représentation graphique permet de visualiser la régularité des liens entre structures, et de saisir comment s'organisent les équivalences et leurs objets, c'est-à-dire identifier les partenaires qui sont en relation systématique.

Dans le cas de l'**Aude**, on observe que tous les intervenants issus des associations d'anciens buveurs sont en contact régulier avec les foyers de cure ou de post-cure. Et les intervenants sociaux déclarent tous avoir des liens réguliers avec les associations d'anciens buveurs.

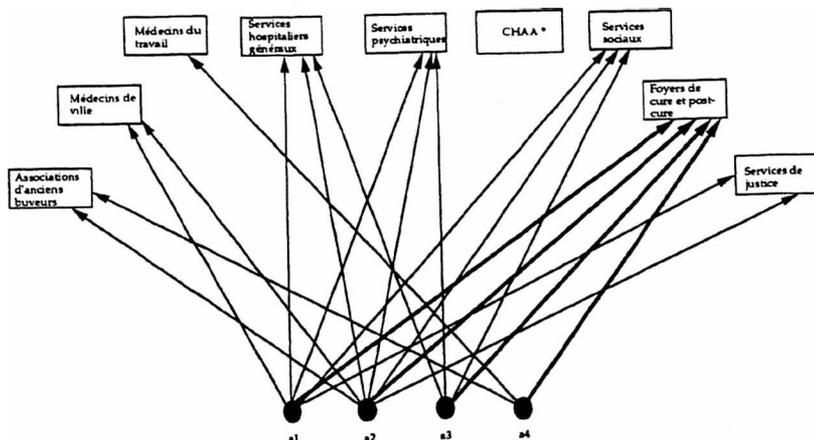
De la même façon, tous les intervenants des services hospitaliers généraux et psychiatriques sont en contact régulier avec d'autres services hospitaliers et les services sociaux.

---

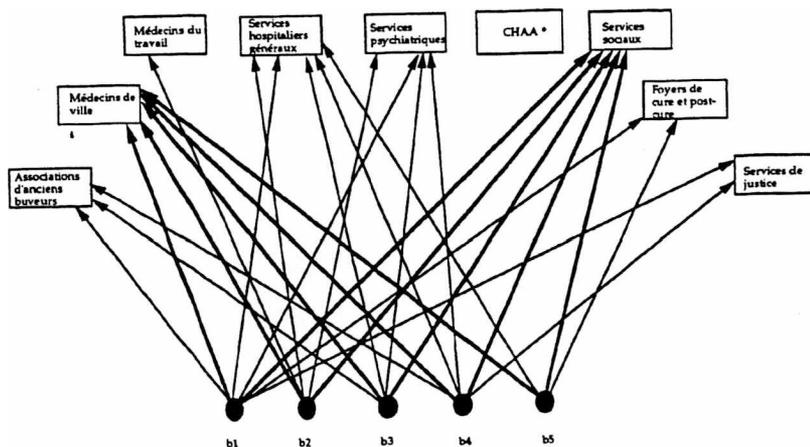
<sup>31</sup> Glossaire

## Graphe n°7

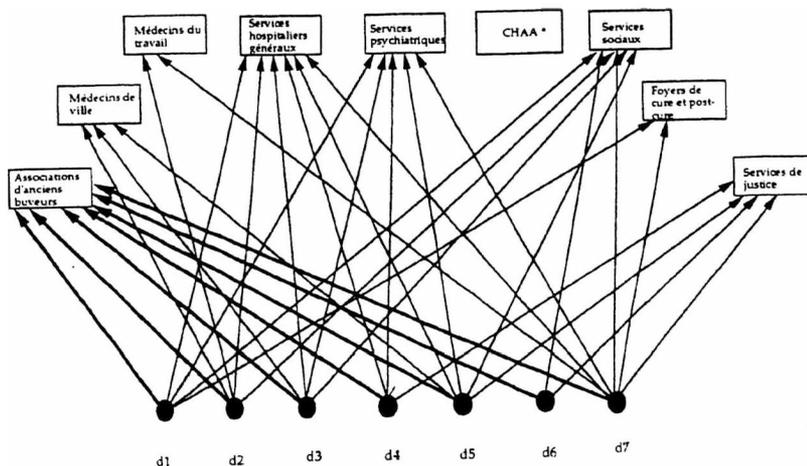
### Mesure de l'équivalence des liens entre intervenants dans l'Aude



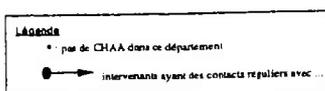
a1 ... a4 : intervenants des associations d'anciens buveurs



b1 ... b5 : intervenants des milieux hospitaliers généraux et psychiatriques

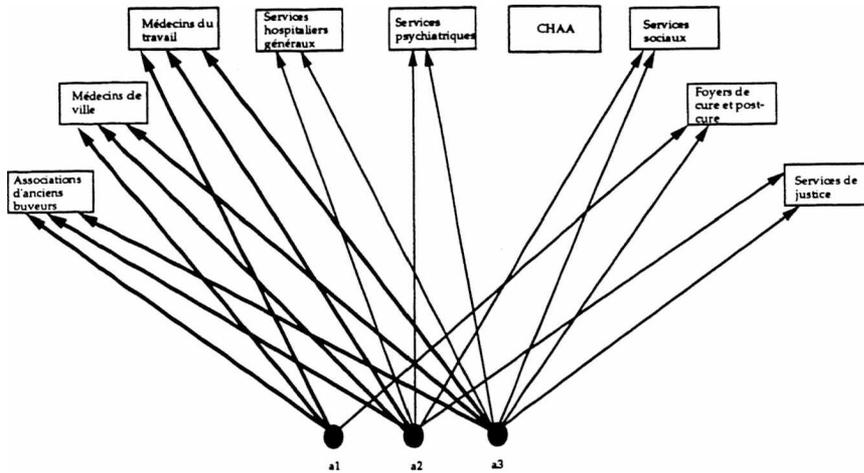


d1... d7 : intervenants sociaux de l'Aude

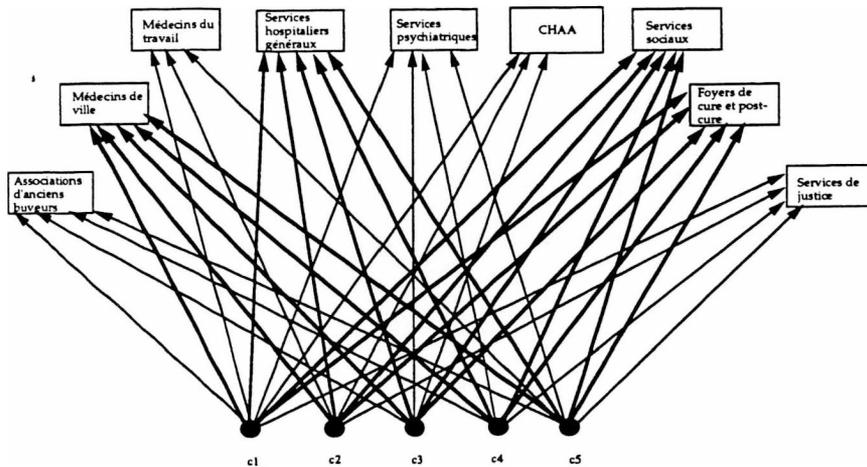


## Graphe n°8

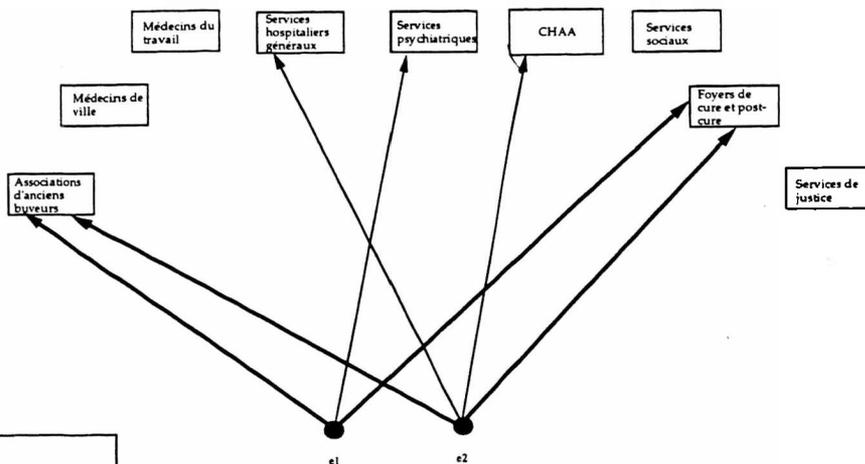
### Mesure de l'équivalence des liens entre intervenants dans la Drôme



a1 ... a4 : intervenants des associations d'anciens buveurs



c1 ... c5 : Intervenants des CHAA

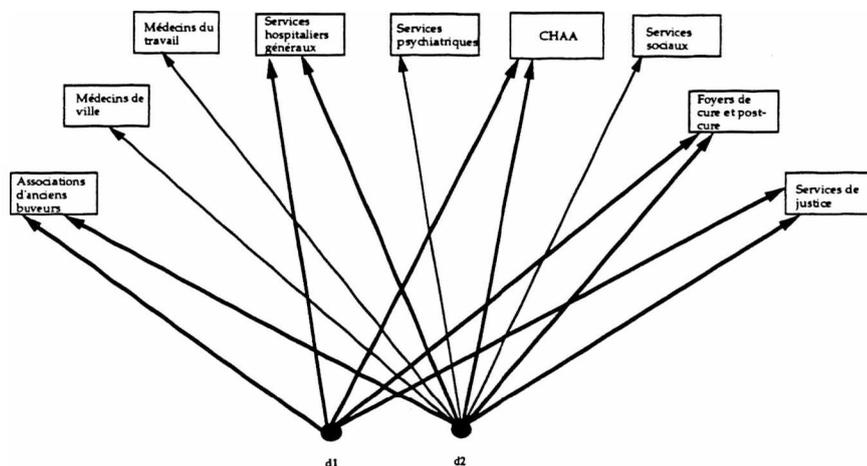


e1, e2 : médecins de ville

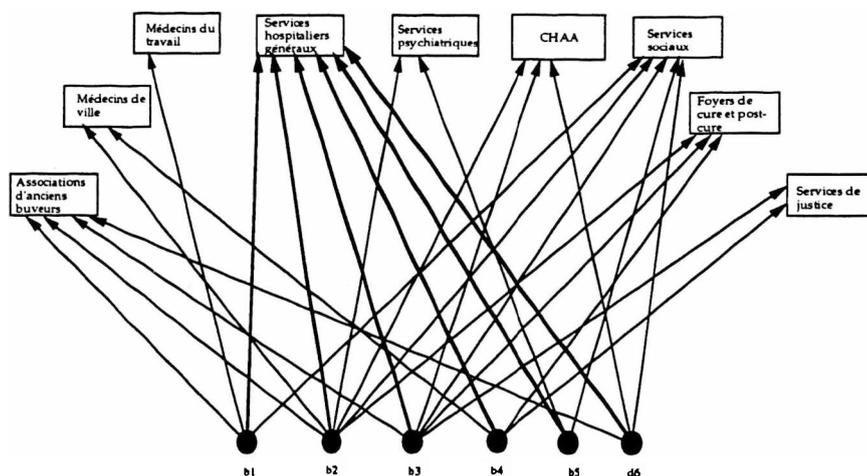
**Légende**

- \* : pas de CHAA dans ce département
- → intervenants ayant des contacts réguliers avec ...

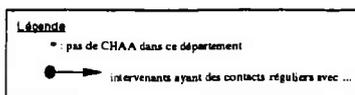
## MESURE DE L'EQUIVALENCE DES LIENS ENTRE INTERVENANTS DE LA DRÔME (suite)



d1, d2 : Intervenants des milieux hospitaliers généraux

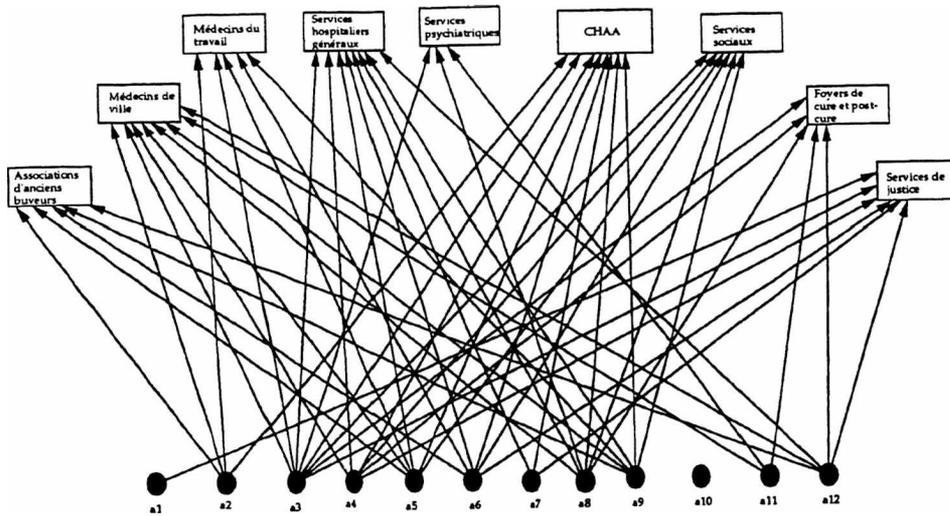


b1 ... b6 : Intervenants sociaux

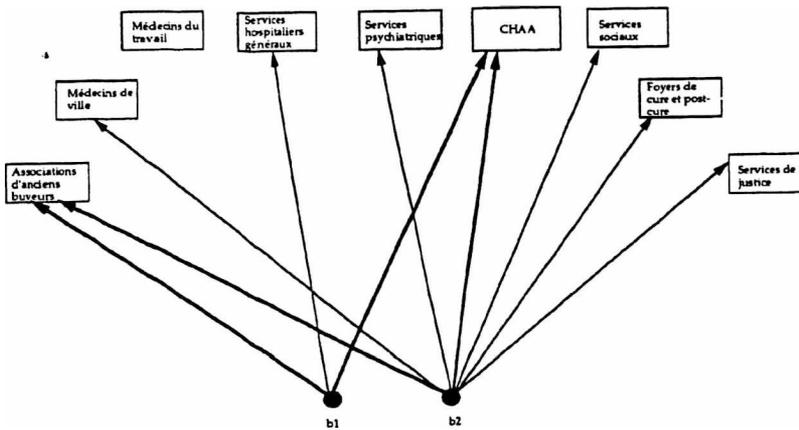


# Graphe n°9

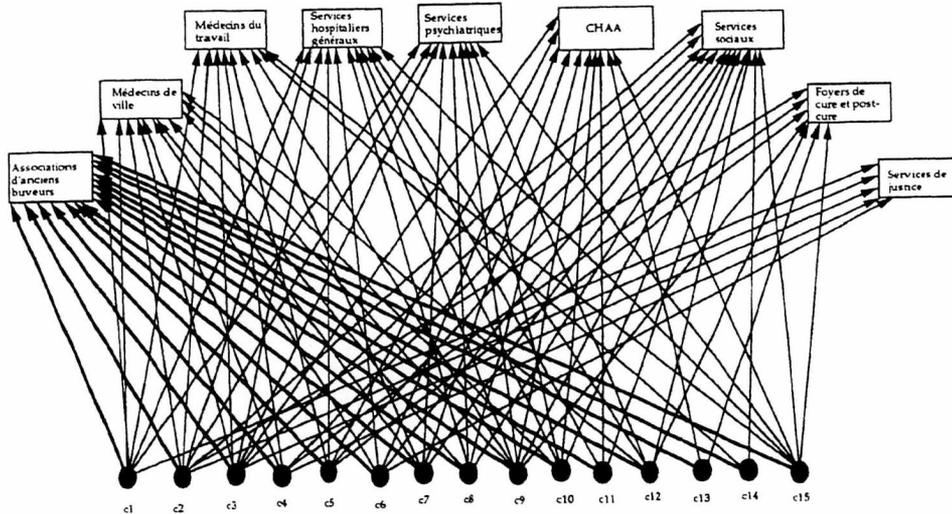
## Mesure de l'équivalence des liens entre intervenants en Seine-St Denis



a1 ... a12 : intervenants des associations d'anciens buveurs



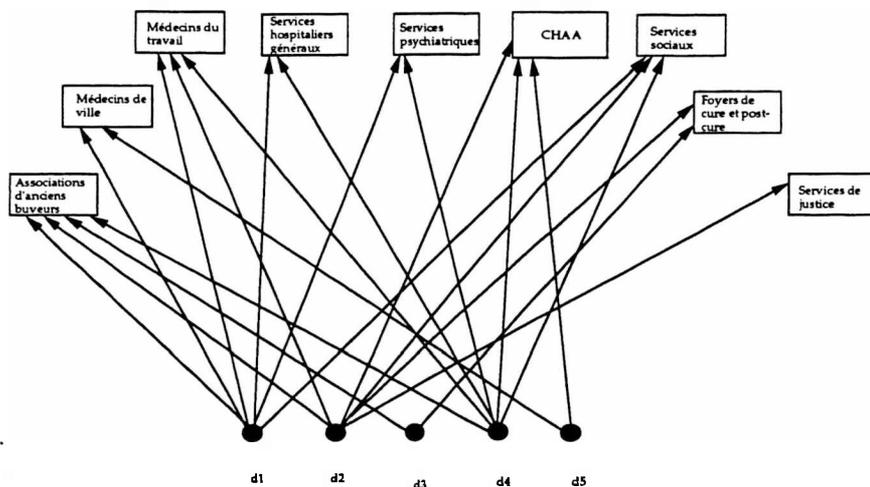
b1, b2 : intervenants sociaux



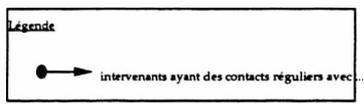
c1 ... c15 : intervenants des CHAA et Centres de santé



**MESURE DE L'EQUIVALENCE DES LIENS ENTRE  
INTERVENANTS DE  
SEINE-SAINT-DENIS (93)**



d1 ... d5 : intervenants des milieux hospitaliers



Le tableau suivant résume les liens identifiés comme les segments forts du réseau de l'**Aude** :

• Associations d'anciens buveurs	----->	• Foyers de cure et de post-cure
• Services hospitaliers généraux et services psychiatriques	----->	• Services hospitaliers généraux
• Intervenants sociaux	----->	• Associations d'anciens buveurs

Légende : ----> tous les intervenants de la structure précédant la flèche sont en contact régulier avec la structure suivant la flèche.

Le réseau de la **Drôme**, en terme d'équivalence des liens, présente les segments forts suivants :

• Associations d'anciens buveurs	----->	• Associations d'anciens buveurs
• Associations d'anciens buveurs	----->	• Médecins de ville
• Associations d'anciens buveurs	----->	• Médecins du travail
• Intervenants sociaux	----->	• Services hospitaliers généraux
• CHAA	----->	• Services hospitaliers généraux
• CHAA	----->	• Services sociaux
• CHAA	----->	• Foyers de cure & post-cure

\* Intervenants des services hospitaliers généraux et médecins de ville interrogés sont trop peu nombreux pour que l'on puisse juger de manière significative de la force du lien qui les unit aux autres partenaires.

Dans le département de la Seine-Saint-Denis tous les intervenants des CHAA sont dans une relation semblable -en terme de fréquence de contacts- avec les associations d'anciens buveurs. C'est le seul segment fort qu'offre ce département :

• CHAA	----->	• Associations d'anciens buveurs
--------	--------	----------------------------------

On peut remarquer que les différentes catégories de structures n'entretiennent pas, dans ces trois départements, des liens forts avec les mêmes types de partenaires. Néanmoins, il est notable que les hôpitaux s'inscrivent dans un lien d'équivalence fort avec des partenaires institutionnels, tels les CHAA, les services de justice ou d'autres services hospitaliers.

Tandis que les associations tendent à mettre en place des liens équivalents avec des partenaires moins institutionnalisés, médecins de villes ou foyers de cure notamment. Les services sociaux s'inscrivent eux aussi dans des rapports institutionnels, comme le montre leur relation forte aux services hospitaliers non spécialisés.

## II- LA CAPACITÉ DE MOBILISATION DU RÉSEAU

Chaque acteur occupe une position originale dans le champ considéré. Cette position, nous l'avons évoqué, résulte d'une dynamique d'inscription des acteurs dans un système professionnel dont la principale caractéristique est de s'imposer d'emblée comme un espace pluri-institutionnel. Des facteurs comme la fonction, la technicité, l'ancienneté dans le champ, modèlent les positionnements relatifs des intervenants et le sens de leurs interactions. La fréquence des contacts avec les autres partenaires, que l'on exploite comme indicateur de la dynamique réticulaire, n'est finalement que le révélateur qui permet de fixer sur une carte la place et la notoriété de chaque acteur. Mais elle n'est que la résultante du travail permanent des interactions entre professionnels, maintenu en mouvement par cette sorte d'énergie circulante que constituent, à leur insu, les malades alcooliques entrant dans une trajectoire de soins.

Dans ce cas, comme dans la plupart des études similaires, l'analyse de réseau parvient surtout à fixer un état des lieux, en proposant une représentation équivalente à une carte du ciel. Ce résultat peut faire oublier que la réalité décrite est avant tout un système dynamique, mu par une circulation d'échanges (communication, collaborations, irrigation financière, rapports de force, etc.). Décrire les "lois" du mouvement de cette configuration est un objectif que l'analyse de réseau ne permet pas d'atteindre directement. L'analogie avec la description du mouvement des planètes est assez parlante : si les astrologues ont pu, par l'observation, fixer le mouvement relatif des étoiles, il a fallu recourir aux modèles mathématiques des astrophysiciens pour révéler les lois du mouvement des astres.

Il faut donc voir l'analyse de réseau comme une investigation de base, visant la cartographie des systèmes d'interaction, perspective qui renouvelle les études de morphologie des positions et des relations sociales des débuts de l'école durkheimienne (voir particulièrement l'oeuvre de ). Deux situations sont possibles : ou bien les lois qui régissent les échanges dans un système de rapports sociaux sont connues (ce peut -être le cas d'organisations hiérarchiques très contrôlées, de

systèmes de parenté très codifiés, etc.) et dans ce cas l'analyse de réseau offre une synthèse globale des positions occupées par les membres de ces "sociétés" ; ou bien les principes de fonctionnement du réseau étudié ne sont pas connus au préalable et, dans ce cas, l'analyse a pour vertu d'en passer par une exploration systématique des inter-dépendances entre acteurs. Une telle démarche, en même temps qu'elle plonge dans la complexité des interactions, permet de poser les questions et de proposer les hypothèses pouvant guider l'analyse des structures sociales dans une perspective dynamique.

Revenons au réseau des acteurs de la prise en charge des malades alcooliques. L'analyse de la régularité des contacts entre les intervenants aboutit à deux conclusions principales : ce réseau d'acteurs n'est pas hiérarchisé, pas plus qu'il n'est centré autour d'un acteur qui remplirait une fonction d'aiguillage des alcooliques ; parallèlement, la prise en charge des malades supposant des parcours de soins passant par plusieurs institutions, les contacts réguliers s'imposent d'eux-mêmes et sont donc importants.

De ces deux constats il découle une conclusion : si les intervenants ont une connaissance d'ensemble des professionnels les plus directement impliqués dans le soin et le soutien aux alcooliques, ils n'ont des liens privilégiés qu'avec certaines structures et le sens de ces relations est déterminé par l'enchaînement des étapes que parcourent les malades. Le système n'étant pas fortement intégré du point de vue organisationnel, chaque intervenant a une réelle latitude à opérer des choix stratégiques. Ces choix peuvent aller soit dans le sens d'un accroissement de la spécialisation des réponses apportées aux malades (et cela dans le registre médical, comme dans l'aide sociale, ou l'approche psychologique) soit, à l'inverse, dans le sens d'interventions couvrant plusieurs dimensions de la pathologie (service assurant le soutien social et psychologique, cure offrant des services polyvalents, etc.).

Comme on l'a déjà souligné, ce potentiel stratégique peut être productif sur le plan de la capacité d'innovation des acteurs, du moins tant que le système n'entre pas dans la hiérarchisation des structures ou le développement hégémonique d'une dimension de la prise en charge sur les autres. Les tendances qui consistent à se positionner comme "spécialiste" d'une forme de soin ou, au contraire, comme "polyvalent" des réponses qui peuvent être apportées à l'alcoolisme, peuvent être appréhendées comme un effet de la dynamique des acteurs mobilisant les ressources du réseau.

L'analyse de la capacité de l'intervenant à mobiliser les ressources du dispositif, en d'autres termes, à élaborer ou conforter sa position professionnelle à partir du capital disponible dans ce champ

(compétences, moyens, synergies, etc.), permet d'avancer vers une compréhension plus fine des interactions entre structures.

Pour explorer cette question, on a exploité l'information livrée par les informateurs des trois départements, sur les missions de base de leur structure d'appartenance et sur l'étendue de l'activité qu'ils développent eux-mêmes concrètement. Le but étant d'évaluer les distances existant entre la définition théorique du champ d'intervention de l'intervenant et la réalité pratique des types de soins ou d'aides apportés aux malades qui le consultent.

Pour différencier les vocations principales des structures, on adopte un découpage disciplinaire simple : l'action sociale, les soins médicaux, l'aide psychologique.

Le registre de l'action sociale recouvre, bien évidemment, des dimensions multiples : il couvre les réponses apportées aux malades aussi bien sur l'hébergement, que sur l'insertion socio-professionnelle, l'orientation, la formation, mais aussi la mobilisation des travailleurs sociaux pour l'élaboration de politiques sociales, de prévention ou de suivi, spécifiques à l'alcoolisme.

L'aide sociale, le soin médical et l'aide psychologique sont les principales "entrées" qu'évoquent les intervenants pour qualifier les réponses qu'ils apportent aux malades qui les consultent. S'y ajoute toutefois une "entrée" supplémentaire, l'aide morale, souvent évoquée en complément des formes plus professionnalisées.

La confrontation des deux séries d'informations recueillies (sur les structures et sur la pratique des intervenants eux-mêmes) permet de juger dans quel registre l'intervenant se contente d'effectuer la tâche définie par sa fonction et son statut au sein d'une structure, et sur quels aspects sa pratique le mène à élargir son champ théorique d'action auprès du malade.

A défaut de pouvoir entrer dans l'examen de la rationalité de chaque individu et de son degré d'adhésion aux normes produites par son institution d'appartenance, notre approche fait l'hypothèse que les individus ont une conduite professionnelle rationnelle. Dès lors, la capacité à se spécialiser ou à étendre ses registres d'intervention n'est vue que comme la conséquence à mobiliser le réseau en fonction de la position occupée par rapport aux autres intervenants. L'adaptation des compétences est pris ici comme l'effet direct d'une interaction.

**Tableaux n°4a et 4b**  
**Champs d'intervention & types de soins pratiqués**  
**par les intervenants de l'Aude**

Tableau n° 4a  
**Champ d'intervention théorique des différentes structures d'appartenance dans l'Aude**

	Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Associations d'anciens buveurs</b>			
a1	X		
a2	X		X
a3			X
a4			
<b>Milieux hospitaliers et psychiatriques</b>			
b1		X	
b2		X	
b3		X	X
b4		X	X
b5		X	X
<b>Bénévole hors structure</b>			
c1	X		
<b>Intervenants sociaux</b>			
d1			
d2	X		
d3			
d4	X		
d5	X		
d6	X		
d7	X	X	

Tableau n° 4b  
**Combinaison de soins apportés aux consultants par les différents intervenants de l'Aude**

	Aide psych.	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux	Autre
<b>Associations d'anciens buveurs</b>					
a1		X	X		
a2		X	X		
a3					
a4		X	X		
<b>Milieux hospitaliers et psychiatriques</b>					
b1	X	X	X	X	
b2					Bilan somatique
b3	X	X	X	X	
b4	X			X	
b5	X			X	
<b>Bénévole hors structure</b>					
c1	X	X			
<b>Intervenants sociaux</b>					
d1					Prise de conscience
d2					
d3		X	X		
d4					
d5			X		Prise de conscience
d6			X		
d7		X	X		

Action sociale = hébergement, insertion professionnelle, orientation, prévention, formation, élaboration de politiques sociales, suivi des malades.

### **a-Forte spécialisation de l'intervenant & degré de mobilisation du réseau**

On a cherché, dans une première étape, à tester l'hypothèse de travail suivante: la forte spécialisation de l'intervenant en termes de soins prodigués au malade alcoolique, est facteur de mobilisation du réseau car elle nécessite une relève de la part d'autres intervenants pour des prises en charge complémentaires.

Si l'hypothèse est vérifiée, on peut admettre que le fait de devoir se connecter à d'autres partenaires dans le cadre des parcours de soins, serait un facteur d'amplification des relations.

On s'intéresse ici à des intervenants ne dispensant qu'un seul type de soins, ou tout au moins des types de soins qui ne vont pas au-delà de ce que requiert sa fonction.

Il est intéressant de constater que certains intervenants des services hospitaliers de l'Aude conçoivent leur pratique comme une combinaison de soins médicaux et de soutien psychologique (cf. tableau n°4).

Pour discuter la capacité des intervenants à mobiliser le réseau, on s'intéresse à ceux qui dispensent moins ou autant de soins que ce que requiert leur fonction, et on examine le nombre de structures avec lesquelles ils disent être en contact régulier.

**Tableau n°5**  
**Intensité des contacts des intervenants de l'Aude**  
**dispensant autant ou moins de soins que ne le requiert leur fonction**

<b>AUDE</b>	<b>Nbre de soins dispensés effectivement</b>	<b>Nbre de champs d'interventions théoriques</b>	<b>Nbre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier</b>
<b>Moyenne: tous intervenants confondus</b>	<b>3</b>	<b>1,1</b>	<b>5,1</b>
a2	2	2	4
b2	1	1	5
b4	2	2	6
b5	2	2	5
<b>moyenne</b>	<b>1,75</b>	<b>1,75</b>	<b>5</b>

**Tableaux n°6a et 6b**  
**Champs d'intervention & types de soins pratiqués**  
**par les intervenants de la Drôme**

Tableau n° 6a  
**Champ d'intervention théorique des différentes structures d'appartenance de la Drôme**

	Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Associations d'anciens buveurs</b>			
a1 x b79	X		X
a2 x b80	X		X
a3 x b81	X		X
<b>Services sociaux</b>			
b1 RMI 83	X		
b2 foyer 85	X		
b3 DDASS 112			
b4 insertion 35	X		
b5 action sociale 36	X		
b6 post cure 84	X		
<b>CHAA + CPDA + Centres de santé</b>			
c1 82	X	X	X
c2 méd 86	X	X	X
c3 CDPA 87	X		
c4 CHAA 89	X		X
c5 psy 118			
<b>Hôpitaux généraux</b>			
d1 111	X	X	
d2 CRHA 88	X	X	X
<b>Médecins de ville</b>			
e 1 109			
e2 110			

Tableau n° 6b  
**Combinaison de soins apportés aux consultants par les différents intervenants de la Drôme**

	Aide psychologique	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux
<b>Associations d'anciens buveurs</b>				
a1 x b79				
a2 x b80	X		X	
a3 x b81		X	X	
<b>Services sociaux</b>				
b1 RMI 83				
b2 foyer 85	X	X	X	
b3 DDASS 112				
b4 insertion 35		X		
b5 action sociale 36	X	X		
b6 post cure 84	X	X	X	
<b>CHAA + CPDA + Centres de santé</b>				
c1 82	X			X
c2 méd 86				
c3 CDPA 87				
c4 CHAA 89	X	X	X	
c5 psy 118	X			
<b>Hôpitaux généraux</b>				
d1 111	X			X
d2 CRHA 88	X		X	
<b>Médecins de ville</b>				
e 1 109	X			X
e2 110	X			

Action sociale = hébergement, insertion professionnelle, orientation, prévention, formation, élaboration de politiques sociales, suivi des malades.

Si un seul des intervenants (b4, intervenant de milieu hospitalier) comptabilise plus de contacts réguliers que la moyenne des acteurs de l'Aude, les autres se situent au même niveau que la moyenne. Dans ce cas, la spécialisation médicale n'est pas un facteur induisant nettement un renforcement de la nécessité à entretenir des liens nombreux dans le dispositif du département.

Il en va autrement dans le cas de la **Drôme**.

Dans les hôpitaux de ce département comme dans ceux de l'Aude, on observe que la conception de l'intervention des praticiens hospitaliers est plus large que l'on pourrait la prévoir a priori.

**Tableau n°7**  
**Intensité des contacts des intervenants de la Drôme**  
**dispensant autant ou moins de soins que ne le requiert leur fonction**

<b>DRÔME</b>	Nbre de soins dispensés effectivement	Nbre de champs d'interventions théoriques	Nbre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier
<b>Moyenne:tous intervenants.confondus</b>	<b>1,78</b>	<b>1,5</b>	<b>5,8</b>
b4	1	1	4
c1	2	3	9
d2	2	3	9
<b>moyenne</b>	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>	<b>7,3</b>

Deux des trois intervenants de la Drôme concernés (un intervenant des CHAA et un intervenant des services hospitaliers), ont développé des contacts réguliers avec un nombre de partenaires du réseau nettement plus important que la moyenne. Dans leur cas, la spécialisation étroite des compétences va de pair avec une forte capacité de communication, et l'on peut penser que cette spécialisation du soignant implique la nécessité de construire des relais et de les entretenir.

Un tableau plus complet que dans les autres départements a pu être établi pour la **Seine-Saint-Denis**, tous les intervenants du département ayant répondu à ces questions.

Tableau n° 8a  
 Champ d'intervention théorique des différentes structures d'appartenance d'Seine St Denis

	Action sociale	Soins	Aide psychologique
<b>Associations d'anciens buveurs</b>			
a1	X		X
a2	X		
a3	X		
a4	X		
a5	X		
a6	X		
a7	X		
a8	X		
a9	X		X
a10	X		
a11	X		
a12	X		X
<b>Services sociaux</b>			
b1	X		
b2	X		
<b>CHAA + Centres de santé</b>			
c1	X	X	
c2	X	X	
c3	X		
c4		X	
c5	X	X	
c6		X	
c7	X		
c8	X	X	
c9		X	
c10	X	X	
c11	X	X	
c12	X		
c13	X		X
c14	X		X
c15	X		
<b>Hôpitaux généraux + spécialisés (psychiatrie, alcoologie)</b>			
d1		X	
d2		X	X
d3	X	X	
d4		X	
d5	X	X	

Tableau n° 8b  
 Combinaison de soins apportés aux consultants par les intervenants de Seine St Denis

	Aide psychologique	Aide sociale	Aide morale	Soins médicaux
<b>Associations d'anciens buveurs</b>				
a1	X		X	
a2			X	
a3			X	
a4	X	X	X	
a5	X		X	
a6	X	X		
a7			X	
a8			X	
a9	X		X	
a10			X	
a11			X	
a12	X		X	
<b>Services sociaux</b>				
b1				
b2				
<b>CHAA + Centres de santé</b>				
c1				X
c2				
c3				X
c4	X			X
c5				X
c6	X	X		X
c7				
c8	X	X		X
c9				
c10	X	X		X
c11		X	X	
c12			X	X
c13	X		X	
c14	X			
c15				
<b>Hôpitaux généraux + spécialisés (psychiatrie, alcoologie)</b>				
d1	X			X
d2	X	X	X	X
d3				X
d4				X
d5	X	X	X	X

Action sociale = hébergement, insertion professionnelle, orientation, prévention, formation, élaboration de politiques sociales, suivi des malades.

Tableaux n°8a et 8b  
 Champs d'intervention & types de soins pratiqués  
 par les intervenants de la Seine-Saint-Denis

Tableau n°9

**Intensité des contacts des intervenants de la Seine-Saint-Denis dispensant autant ou moins de soins que ne le requiert leur fonction**

SEINE-St DENIS	Nbre de soins dispensés effectivement	Nbre de champs d'interventions théoriques	Nbre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier
<b>Moyenne:tous intervenants.confondus</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	<b>5</b>
c1	1	2	7
c14	1	2	4
d3	1	2	2
<b>moyenne</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4,3</b>

Le constat est plus contrasté que dans le cas de l'Aude. Parmi les trois intervenants retenus (deux en CHAA et un en service hospitalier), seul l'un d'eux est en contact avec un plus grand nombre de partenaires que la moyenne de ses collègues du département. Dans la mesure où il s'agit d'un directeur de CHAA, on peut supposer que c'est son statut plus que sa spécialisation qui font de lui un élément mobilisateur et dynamisant de la communication dans le réseau de Seine-Saint-Denis.

Pour les deux autres intervenants, la forte spécialisation (il s'agit d'une psychologue en CHAA et d'un médecin hospitalier) tend à les enfermer dans leur institution.

**b-Exclusivité de la compétence & degré de sollicitation dans le réseau**

Si à présent on s'intéresse moins au nombre de compétences des intervenants qu'au caractère pointu de la spécialisation, on peut tester l'hypothèse que plus un intervenant exerce une spécialité rare plus il est en mesure d'être sollicité, et donc de bénéficier d'une notoriété forte dans le réseau.

De ce point de vue, ce sont les psychiatres qui disposent du degré de spécialisation le plus affirmé parmi les différents types d'intervenants interrogés.

**Tableau n°10**

**Taux de contacts dont bénéficient les psychiatres des trois départements**

	AUDE	DRÔME	SEINE-St DENIS
Taux de contacts dont bénéficient les psychiatres	70%	56%	44%
Position des psychiatres en terme de contacts dans le dispositif (parmi 9 structures)	4ème	5ème	7ème

Dans l'Aude et la Drôme, les psychiatres sont assez fortement sollicités. Dans l'Aude, où il n'existe pas de CHAA, les services psychiatriques semblent prendre cette place habituellement occupée par les CHAA dans les autres départements.

Plus les services psychiatriques sont anciens (par ordre croissant d'ancienneté, on trouve ceux de l'Aude, de la Drôme, de la Seine-Saint-Denis), plus ils ont une position périphérique en terme de notoriété. Il pourrait, comme on l'a évoqué en première partie, être l'illustration de la tendance à la marginalisation des structures les plus anciennes.

La notoriété des spécialistes de psychiatrie les conduit à entretenir un plus grand nombre de relations professionnelles régulières que la moyenne des intervenants. Au vu du nombre de structures des dispositifs départementaux avec lesquelles ceux-ci se trouvent en contact, on peut dire que les psychiatres paraissent plus dynamiques en matière de communication, du moins dans les cas de l'Aude et de la Seine-Saint-Denis (aucun intervenant des services psychiatriques n'a pu être interrogé dans la Drôme).

**Tableau n°11**  
**Intensité des contacts établis par les psychiatres**

	<b>Nombre de structures avec lesquelles le psychiatre a des contacts réguliers</b>	<b>Moyenne des contacts réguliers, tous intervenants confondus</b>
<b>AUDE</b>		<b>5,1</b>
b1	7	
b3	5	
b4	6	
<b>SEINE-SAINT-DENIS</b>		<b>5</b>
d1	5	

**c-L'autonomie résultant de la polyvalence des soins & le degré de mobilisation du réseau**

Par rapport à l'évaluation des effets de la spécialisation, on peut former des hypothèses inverses concernant les intervenants dont l'autonomie est assurée par une capacité à intervenir sur différents registres des soins ou de l'aide aux malades.

On essaie donc de vérifier que plus un individu dispense de soins différents (du fait de son institution ou par stratégie personnelle), moins il est enclin à faire appel aux autres structures du dispositif et montre de ce fait un capital relationnel faible. La multiplicité des soins dispensés serait un facteur d'isolement (phénomène d'autosuffisance) et de pauvreté relative du capital relationnel.

Pour tester cette hypothèse, on isole les intervenants pratiquant plus de soins que leur fonction ne le requiert.

Dans le cas de l'**Aude**, deux intervenants sont dans ce cas : il s'agit de deux médecins des milieux hospitaliers et psychiatriques.

Tableau n° 12

**Intensité des contacts des intervenants de l'Aude dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction**

AUDE	Nbre de soins dispensés effectivement	Nbre de champs d'interventions théoriques	Nbre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier
<b>Moyenne: tous intervenants confondus</b>	<b>3</b>	<b>1,1</b>	<b>5,1</b>
b1	4	1	7
b3	4	2	5
<b>moyenne</b>	<b>4</b>	<b>1,7</b>	<b>6</b>

Dans ce département, la multiplicité des soins ne provoque pas d'isolement (en terme de capital relationnel) : alors que l'un ces deux intervenants possède un capital de contacts identique à la moyenne générale, pour l'autre il lui est nettement supérieur.

Ces acteurs, tous deux médecins psychiatres en service hospitalier, sont nettement plus actifs que la moyenne, tant en matière de soins qu'en ce qui concerne l'activation des contacts entre structures. A l'opposée de l'hypothèse de départ, on peut dire que leur surinvestissement à l'égard des alcooliques les conduit à développer un tissu de relations, motivé par le souci de maîtriser des registres de la prise en charge des malades dont ils ne sont pas spécialistes (en matière d'aide sociale notamment).

Concernant la situation des intervenants les plus polyvalents, la situation de la **Drôme**, est plus contrastée. La multiplicité des soins maintient deux des intervenants dans un certain isolement. Il s'agit d'un chef de service de centre de santé (b5) et d'un directeur de centre de post-cure (b6).

A l'opposé, deux autres développent des contacts dans le dispositif, plus nombreux que la moyenne. Ces intervenants qui cumulent plusieurs compétences et une forte activité relationnelle sont un directeur de foyer (b2) et une assistante sociale de CHAA (c4).

Ainsi bien qu'appartenant tous à la catégorie des "intervenants sociaux", ces quatre acteurs ont développé des stratégies divergentes, notamment les trois qui occupent des positions hiérarchiques élevées (b5, b6, c4). Il faut donc admettre que ce sont des stratégies individuelles qui peuvent

expliquer les fortes variations de la capacité relationnelle plutôt que des contraintes ou des opportunités fonctionnelles.

**Tableau n°13**  
**Intensité des contacts des intervenants de la Drôme**  
**dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction**

<b>DRÔME</b>	Nbre de soins dispensés effectivement	Nbre de champs d'interventions théoriques	Nbre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier
<b>Moyenne: tous intervenants confondus</b>	<b>1,78</b>	<b>1,5</b>	<b>5,8</b>
b2	3	1	8
b5	2	1	3
b6	3	1	4
c4	3	2	7
<b>moyenne</b>	<b>2,75</b>	<b>1,7</b>	<b>5,5</b>

En **Seine-Saint-Denis**, comme pour l'Aude, l'hypothèse initiale se trouve plutôt infirmée: parmi les cinq intervenants dispensant plus de soins que ce qui est requis par leur institution, quatre ont plus de contacts que la moyenne des partenaires du dispositif. Il s'agit d'un intervenant d'association d'anciens buveurs (a4) et de trois médecins de CHAA et de milieu hospitalier.

Le seul qui soit très peu mobilisé par l'activité relationnelle (d5) est un chef de service en milieu hospitalier. Là encore, l'effet paraît devoir être imputé à un comportement individuel.

Globalement, sur les trois dispositifs étudiés, on peut dire que les intervenants qui mettent en pratique plusieurs compétences développent un réseau relationnel fort. On est donc conduit à renverser l'hypothèse de départ : les acteurs qui débordent leurs missions institutionnelles sont plutôt des "activistes" de la prise en charge des alcooliques, et leur engagement professionnel les amène à multiplier des connexions fortes avec les autres acteurs. Leur centralité dans le dispositif est de ce fait élevée.

**Tableau n°14**  
**Intensité des contacts des intervenants de la Seine-Saint-Denis**  
**dispensant plus de soins que ne le requiert leur fonction**

<b>SEINE-SAINT-DENIS</b>	Nbre de soins dispensés effectivement	Nbre de champs d'interventions théoriques	Nbre de structures avec lesquelles l'intervenant est en contact régulier
<b>Moyenne: tous intervenants confondus</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>	<b>5</b>
a4	3	1	6
c6	3	1	6
c10	3	2	7
d2	4	2	7
d5	4	2	2
<b>moyenne</b>	<b>3,4</b>	<b>1,6</b>	<b>5,6</b>

Loin de répondre à une logique institutionnelle ou d'être portés par une position de pouvoir, ces professionnels "suractifs" doivent être regardés comme des individualités, qui s'identifient sur le terrain à une quasi fonction d'animateur du dispositif. C'est vraisemblablement grâce à eux que chaque dispositif trouve une dynamique qui lui est propre, voire développe une architecture plus ou moins originale des circuits de prise en charge.

En comparaison, l'impact relationnel de l'investissement des intervenants les plus spécialisés est de prime abord plus difficile à établir. Par rapport à l'hypothèse posée au départ, on trouve autant de cas qui l'infirmement que de cas qui la confirment. La position des psychiatres dans les dispositifs éclaire néanmoins la question.

On doit admettre qu'il existe une hiérarchie implicite des spécialités, qui s'impose de l'extérieur aux institutions : les positions les plus élevées sont tenues par les psychiatres, suivi par les médecins de services hospitaliers, les travailleurs sociaux occupant des positions nettement moins fortes.

Or, si l'on se limite aux acteurs dont les spécialités entraînent un effet de notoriété, on note que la plupart de ceux qui ont des interventions plus pointues que la moyenne ont aussi une activité relationnelle plus active et plus large.

L'effet de notoriété couplé au statut de "spécialiste" donnent une position de prééminence qui fait de ces acteurs des noeuds, au sens de passages obligés, dans les activités d'échanges des intervenants.

A leur niveau l'hypothèse de départ paraît confirmée ; néanmoins s'il sont plus communicants que les autres acteurs, ce n'est pas tant parce qu'ils ont besoin de se connecter à d'autres intervenants que parce qu'ils sont en position de notoriété.

Finalement, de cette approche des acteurs les plus singuliers quant à leurs modes d'intervention, se dégage une conclusion générale. Il y a deux positionnements qui génèrent une mobilisation plus active des ressources du réseau professionnel : la spécialisation intervenant sur la dimension psychologique de l'éthylisme, et la polyvalence des prises en charge associant le soin médical et l'aide sociale. Si le premier se situe plutôt du côté des services de la médecine spécialisée, le second est autant le fait de médecins que de travailleurs sociaux (y compris gestionnaires de foyers, de centres de cure, ...). Les intervenants de CHAA apparaissent souvent dans le positionnement de type "polyvalence", ce qui peut s'expliquer par la jeunesse de ces structures spécialisées qui ont vocation à aborder l'alcoolisme dans la globalité de ses implications.

Cette conclusion dessine clairement les principes de stratégie qui pourraient guider une réflexion sur les formes d'organisation à préconiser pour les dispositifs d'intervention en matière de traitement de l'alcoolisme, mais aussi de bien d'autres pathologies ayant des implications tant sociales que sanitaires. L'articulation, et le maintien d'une synergie équilibrée, entre "référents" très spécialisés et "animateurs" très polyvalents, paraît être la condition pour que la dynamique de prise en charge bénéficie d'une articulation forte des intervenants. Une telle imbrication des rôles peut éviter la nécessité d'une hiérarchisation institutionnelle, et gagner ainsi en capacité d'innovation et d'adaptation.

Dans cette optique le réseau est un vecteur d'activation des acteurs qui répond bien à la définition proposée par le CESOL : "un champ de contraintes et d'opportunités pour des acteurs mûs par des stratégies multiples" <sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Un niveau intermédiaire: les réseaux sociaux, Actes du séminaire organisé par le Centre d'Etudes des Solidarités Sociales (CESOL), IRESO-CNRS, Paris, Février 1987.

#### **d-Non spécialisation & stratégie de rétention**

Dans les discours recueillis auprès des informateurs sollicités sur les trois sites étudiés, il revient de manière récurrente un jugement critique sur le fonctionnement des médecins de ville, et leurs options concernant l'aiguillage des alcooliques.

Ce discours tend à donner des médecins de ville l'image de points de "filtrage", voire de rétention, dans le processus d'orientation des patients alcooliques vers les différentes structures de traitement. Ce discours, qui a déjà été relevé par des études sur la structuration des systèmes de soins concernant l'alcoolisme<sup>33</sup>, cherche à distinguer les "bons médecins" des "mauvais médecins".

Les premiers n'hésiteraient pas à orienter les patients vers des services, des structures spécialisées en informant le malade de la cause réelle des divers symptômes qui l'ont amené à les consulter. Les seconds ne signifieraient pas au malade son problème et continueraient de soigner les symptômes (souvent nombreux) liés à l'éthylisme, en préférant conserver ce type patient "au long court" (l'intérêt économique est partie prenante de cette dénonciation).

Ce mythe du médecin "intéressé", répugnant à se concerter avec des spécialistes, est un mythe persistant alimenté par un certain nombre d'intervenants, quand ils décrivent le fonctionnement des flux de malades orientés vers eux par des médecins de ville.

**Tableau n°15**  
**Fréquence des contacts réguliers des différents intervenants**  
**avec les médecins de ville.**

	<b>Aude</b>	<b>Drôme</b>	<b>Seine-Saint-Denis</b>
<i>Nbre total des intervenants</i>	17	18	34
Nbre d'intervenants ayant des contacts réguliers avec les médecins de ville	11	10	21
<b>en pourcentage</b>	64%	55%	61%

<sup>33</sup> Cf. Philippe Mossé, op. cit.

Pour interroger cette question, on a analysé la fréquence des relations avec les médecins de ville des intervenants des trois départements .

Dans les départements de l'Aude et de la Seine-Saint-Denis, les médecins de ville arrivent en quatrième position du point de vue de l'intensité des relations avec les acteurs du dispositif : les deux-tiers des intervenants sont en contacts réguliers avec les médecins de ville. Dans les trois départements, ces relations consistent principalement en échanges d'informations sur les malades.

En ce qui concerne la provenance des malades, les intervenants qui assurent les prises en charge donnent les médecins de ville en seconde position après les services sociaux, et cela dans les trois départements.

**Tableau n°16**  
**Provenance des malades tous intervenants confondus**  
*classement des trois partenaires les plus souvent citées*

<b>Aude</b>	<b>Drôme</b>	<b>Seine-Saint-Denis</b>
Travailleurs sociaux	Travailleurs sociaux	Travailleurs sociaux
Médecins traitants	Médecins traitants	Médecins traitants
Services de justice	Services hospitaliers	Services hospitaliers

Enfin, la description des flux des malades ou plus précisément des trajectoires empruntés par eux à travers le dispositif de soins permet de voir que les médecins non spécialisés en alcoologie constituent, dans tous les départements, le premier contact des malades.

La rétention de malades ne semble pas être une stratégie majoritaire chez les médecins de ville des trois départements considérés. Pour autant, l'existence de stratégies clientélistes de la part de médecins généralistes ne peut être totalement écartée. Au vu des informations livrées par les acteurs des dispositifs, elle reste vraisemblablement minime, contrairement aux rumeurs que certains professionnels font circuler.

**Tableau n°17**  
**Proportion des trajectoires commençant par un médecin**  
**non spécialisé en alcoologie**

	<b>Aude</b>	<b>Drôme</b>	<b>Seine-Saint-Denis</b>
<i>Total des trajectoires étudiées</i>	101	58	85
<b>% des trajectoires débutant par</b>			
<b>- un médecin non spécialisé</b>	<b>38%</b>	<b>40%</b>	<b>37%</b>
- un médecin spécialisé	26%	8%	28%
- une association d'anciens buveurs	13%	24%	13%
- une autre structure (CHAA, hôpital, foyer)	22%	28%	22%

**e-Capacité à dépasser les frontières institutionnelles & amplification de l'activation du réseau**

En matière de politique d'intervention, chaque institution a ses frontières, même s'il est entendu qu'il n'existe pas de frontières strictes en matière de relations institutionnelles. La capacité des intervenants à élargir leurs relations avec l'extérieur de manière à repousser les limites habituelles de leurs interventions, sont une façon d'éprouver la dynamique des ressources offerte par le réseau.

La mesure de ce dépassement peut déboucher sur une double lecture des potentialités d'innovation des dispositifs : en premier lieu, elle permet d'appréhender la capacité d'"invention" des acteurs , c'est-à-dire leur capacité à trouver de nouveaux partenaires et à échapper aux habitudes des modes de prise en charge les plus classiques ; elle permet également d'évaluer la marge de liberté offerte aux intervenants par les institutions respectives.

**Tableau n°18**  
**Capacité de dépassement du cadre institutionnel**  
**chez les intervenants de l'Aude**

	Assoc. anc. buv.	Med. de ville	Med. travail	Serv. Hosp.Géné.	Serv. psy.	CHAA	Serv. soc.	Foyer	Serv. de just.	Autres part.	éven.
<b>Associations d'anciens buveurs</b>											
a1	S			1	1		1	1	1		S
a2	S						S				
a3				1	1		S				
a4	S		S	S			S				
<b>Milieux hospitaliers et psychiatriques</b>											
b1	S	S		S	1		1	S			S
b2		S	1	S	1		1	S			
b3	S	S		S			S				
b4	1	1		1	1		1		1		
b5		S		1		1		S			S
<b>Médecines hors structures</b>											
c1	S	S	S		S		S				
<b>Services sociaux</b>											
d1	1			S	1		S	1			
d2	S	S	S	S			S				
d3				S	S		S				
d4	1			1	1		1		1		
d5		S		S	S		1		S		
d6	S			S	S		S	S	S		
d7	S			1	1	S	S	S	1		S

1 = Relations institutionnelles

S = relations spontanées

## Capacité de dépassement des frontières institutionnelles

Appelés à définir l'origine de la mise en place de leurs contacts, les intervenants ont été amenés à distinguer deux processus : une origine "institutionnelle", qui est le résultat de relations à caractère obligatoire, induisant une certaine régularité, et une origine "spontanée" qui naît d'une démarche propre à l'acteur, fruit de l'exercice d'un certain libre arbitre professionnel. Dans ce dernier cas, la relation est épisodique voire ponctuelle, tant qu'elle n'entre pas dans une forme d'institutionnalisation.

Dans le cas du réseau de l'**Aude** les liens jugés à caractère spontané l'emportent sur les liens dits "institutionnels".

Dans ce département, ce constat s'explique par le faible nombre de structures qui font de l'alcoolisme leur domaine d'activité principal. Malgré les associations d'anciens buveurs, l'absence de CHAA dans le département fait que les relations entre acteurs ne sont pas canalisées vers un interlocuteur institutionnel.

L'institutionnalisation, néanmoins, n'est pas absente dans la mesure où les liens les plus anciens ont pris un cours plus systématique. C'est le cas des services psychiatriques, et des services de justice, partenaires avec lesquels les relations sont vite rattrapées par le caractère institutionnel. Cela n'exclut pas que les responsables des services psychiatriques ne considèrent pas ces relations comme rigides, dans la mesure où ils les ont eux-mêmes mises en place et que ce sont eux qui les entretiennent. Avec les autres structures, la prise de contact spontanée est le plus souvent la règle.

Il en va de même pour les intervenants de la **Drôme**.

Les liens spontanés sont surtout le fait des associations d'anciens buveurs, des travailleurs sociaux et des intervenants des CHAA et centres de santé. Les intervenants des milieux hospitaliers ont moins de liberté : ils agissent sur le plan relationnel en fonction de liens institutionnels pré-établis.

Les quelques éléments fournis par les médecins de ville, laissent penser qu'ils ont la capacité de contacter spontanément des partenaires fonctionnant de manière très informelle (les associations d'anciens buveurs particulièrement), comme, bien évidemment, avec institutions médicales dont le cadre est bien défini.

**Tableau n°19**  
**Capacité de dépassement du cadre institutionnel**  
**chez les intervenants de la Drôme**

	Assoc. anc. burv.	Med. de ville	Med. travail	Serv. Hosp.Géné.	Serv. psy.	CHAA	Serv. soc.	Foyer	Serv. de just.	Autres part. éven.
<b>Associations d'adultes âgés</b>										
a1 x 79										
a2 x b80	S			S	I					
a3 x b81	S			S	S					
<b>Services sociaux</b>										
b1 RMI 83									S	
b2 foyer 85	I	S		S	S	I		S		
b3 DDASS 112										
b4 insertion 35										S
b5 act soc 36										
b6 post cure 84										
<b>CHAA + CPBA + Centres de santé</b>										
c1 82	S								S	
c2 med 86										
c3 CDPA 87	S									
c4 CHAA 89	I	I			S		S	I		S
c5 psy 118										
<b>Hospitiaux généraux</b>										
d1 111										
d2 CRHA 88		I	I	S		I	I	I		
<b>Médicins de ville</b>										
e1 109										S
e2 110	I									

I = Relations institutionnelles

S = relations spontanées

**Tableau n°20**  
**Capacité de dépassement du cadre institutionnel**  
**chez les intervenants de la Seine-St-Denis**

	Assoc. anc. buv. d'anciens buvards	Med. de ville	Med. travail	Serv. Hosp. Génér.	Serv. psy. QHAA	Serv. soc. Foyer	Serv. de just.	Autres part. éven.
a1		S			S			
a2	S	S			I		S	
a3			S		S	S		S
a4		S			S	S		
a5		S		S	I	I	I	
a6	S				S	S		S
a7	S		S		I	I		S
a8				S	I		I	
a9		S		I	S			
a10		I		S		I		
a11	S							
a12	S	S			S			
<b>Services sociaux</b>								
b1	I			S	I	I	I	S
b2	I			I	I			
<b>CHAA + CPDA + Centres de santé</b>								
c1	S	I	S		S		I	I
c2	I				I	I	I	
c3	I			I	S	S	I	I
c4	S		S		I	S	S	S
c5	S		S		I	I	I	I
c6	S	I			S			
c7	S		I		S		S	
c8	S			S	I	I		S
c9				I	S	S		S
c10				S	S	S		I
c11	I	S		S	I	S		
c12		I			I	I	S	
c13	S			S	I		S	
c14								
c15	S		I		I	S		I
<b>Hopitaux généraux + spécialisés (psychiatrie, alcoologie)</b>								
d1	S	S			S	S	I	I
d2								
d3	I	I			I	I	I	I
d4		I	I	I	S	S	S	
d5				S	I	S	S	

1 = Relations institutionnelles

S = relations spontanées

Dans le cas de la **Seine-St-Denis** les deux systèmes de mise en relations ont tendance à s'équilibrer.

Les rapports les plus systématiquement spontanés sont le fait des liens entre les associations d'anciens buveurs et les autres partenaires. Elles sollicitent les autres partenaires du dispositif ou sont sollicités par eux pour le suivi de malades, dans des cas particuliers. Les relations sont plutôt informelles et s'établissent aisément.

Avec les CHAA, les relations établies par les associations ont un caractère souvent plus institutionnel. Les CHAA étant de création récente, leur démarrage a donné lieu à des prises de contact très officielles. Les médecins ont tendance à privilégier ces centres pour aiguiller leurs malades. On note qu'entre tous les CHAA, l'instauration de rencontres systématiques officialisent les rapports réciproques, et il en va de même entre les CHAA et les services hospitaliers.

Les relations nouées par les intervenants de CHAA et les responsables de services hospitaliers soient tantôt présentées comme spontanées, tantôt comme des liens institutionnels.

Les relations des associations avec les services sociaux peuvent aussi être institutionnalisées. C'est le cas, par exemple, quand il y a gestion d'appartements-relais destinés à accueillir des malades temporairement ; c'est le cas aussi quand des assistantes sociales participent aux réunions d'anciens buveurs.

Vis-à-vis des services de justice, les CHAA ont une mission très cadrée, puisque les personnes ayant été sanctionnées pour cause d'alcoolisme sont invités à leur rendre visite. A l'heure actuelle, un Juge d'Application des Peines tente de mettre en place une convention entre le tribunal et les CHAA pour régir ces relations.

#### **f-Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification du réseau**

A partir de l'évaluation des modes relationnels, on peut formaliser la capacité des acteurs à élargir ou non le champ d'action de leur structure d'appartenance. On postulera que plus les liens se trouvent être majoritairement institutionnels, plus l'intervenant se limite au sous-groupe dont il fait partie dans le réseau, et a ainsi tendance à conforter des sous-groupes clos.

Par contre, plus un intervenant est en mesure d'ajouter à des relations institutionnelles des relations spontanées, plus il est en mesure d'élargir le réseau auquel il appartient<sup>34</sup>.

On peut ainsi distinguer les partenaires les plus aptes à amplifier les relations existantes et des partenaires moins en mesure de contribuer à la dynamique du réseau parce qu'ayant un fonctionnement institutionnel avant tout.

Par convention, on adopte les définitions suivantes :

1-lorsque les capacités d'un intervenant à jeter des ponts entre lui et les autres acteurs restent faibles, c'est-à-dire lorsque celui-ci est en relation uniquement avec des partenaires institutionnels, on considère qu'il joue un rôle de "filtre" dans l'amplification du réseau ;

2-un intervenant est qualifié de "relais simple" s'il entretient des relations majoritairement institutionnelles, mais sans exclure l'existence d'une relation spontanée au moins ;

3-un "amplificateur semi-fort" est un intervenant ayant un ou plusieurs partenaires institutionnels et plus de deux partenaires spontanés au sein du dispositif ;

4-un "amplificateur fort" est un intervenant qui entretient exclusivement des relations spontanées suivant le besoin avec les différents partenaires du dispositif.

---

<sup>34</sup> M.S. Granovetter, The strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*, 1973, 68: 1360-1380.

**Tableau n°21**  
**Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification**  
**dans le réseau de l'Aude**

	Filtre	Relais simple	Amplificateur semi-fort	Amplificateur fort
<b>Associations d'anciens buveurs</b>				
a1		X		
a2				X
a3		X		
a4				X
<b>Milieux hospitaliers et psychiatriques</b>				
b1			X	
b2			X	
b3				X
b4	X			
b5			X	
<b>Bénévoles hors structures</b>				
c1				X
<b>Services sociaux</b>				
d1		X		
d2				X
d3				X
d4	X			
d5			X	
d6				X
d7			X	
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>

Filtre = intervenant ayant exclusivement des partenaires institutionnels  
 Relais simple = intervenant ayant des partenaires institutionnels + un partenaire spontané  
 Amplificateur semi-fort = intervenant ayant des partenaires institutionnels + plus de 2 partenaires spontanés  
 Amplificateur fort = intervenant ayant exclusivement des partenaires spontanés

**Tableau n°22**  
**Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification**  
**dans le réseau de la Drôme**

	Filtre	Relais simple	Amplificateur semi-fort	Amplificateur fort
<b>Associations d'anciens patients</b>				
a1 X b79				
a2 X b80			X	
a3 X b81				X
<b>Services sociaux</b>				
b1 RMI 83				X
b2 foyer 86			X	
b3 DDASS 112				
b4 insertion 35				
b5 act ion sociale 36				X
b6 post cure 84				
<b>CHAA - CPDA - Centres de santé</b>				
c1 82				X
c2 med 86				
c3 CDPA 87				X
c4 as CHAA 89			X	
c5 psy 118				
<b>Hôpitaux généraux</b>				
d1 111				
d2 CRHA 88		X		
<b>Médecins de ville</b>				
e1 109				X
e2 110				X
<b>TOTAL</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

Filtre = intervenant ayant exclusivement des partenaires institutionnels  
 Relais simple = intervenant ayant des partenaires institutionnels + un partenaire spontané  
 Amplificateur semi-fort = intervenant ayant des partenaires institutionnels + plus de 2 partenaires spontanés  
 Amplificateur fort = intervenant ayant exclusivement des partenaires spontanés

**Tableau n°23**  
**Mesure des mécanismes de diffusion et d'amplification**  
**dans le réseau de la Seine-Saint-Denis**

	Filtere	Relais simple	Amplificateur semi-fort	Amplificateur fort
<b>Associations d'anciens élèves</b>				
X d'or 9				X
VL 13			X	
VL 19				X
VL 16				X
VL 123			X	
VL 12				X
VL 1			X	
VL 2		X		
que dois-je 25			X	
les coeurs 8		X		
X bleue 5				X
X bleue 21				X
<b>Services sociaux</b>				
DDASS 3		X		
DDASS 11		X		
<b>CHIA: Centres de santé</b>				
direct 18			X	
direct 24		X		
direct 15			X	
direct 122			X	
respons 23			X	
médecin 121			X	
médecin 22			X	
médecin 4			X	
médecin 10			X	
médecin 120			X	
méd alcool 132			X	
méd alcool 131		X		
psych 124			X	
psych 125				X
diététic 17			X	
<b>Médecins généraux - spécialistes (psychiatres, alcoologie)</b>				
psych 14			X	
médecin 6	X			
médecin 7		X		
médecin 20			X	
chef service 130			X	
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>7</b>

Filtere = intervenant ayant exclusivement des partenaires institutionnels  
 Relais simple = intervenant ayant des partenaires institutionnels + un partenaire spontané  
 Amplificateur semi-fort = intervenant ayant des partenaires institutionnels + plus de 2 partenaires spontanés  
 Amplificateur fort = intervenant ayant exclusivement des partenaires spontanés

Deux intervenants de l'**Aude** semblent jouer plutôt un rôle de filtre : le médecin inspecteur de la DDASS (d4), qui très logiquement ne s'inscrit que dans des relations d'ordre institutionnel, et un psychiatre travaillant dans une clinique, pour lequel la plupart des relations envisagées sont établies de longue date.

Les autres intervenants ne se signalent pas par un mode relationnel très régulier, et il est difficile de tirer des conclusions plus générales dans la mesure où il n'y a pas de corrélation nette entre le type d'intervenant et son mode de fonctionnement relationnel.

Les intervenants des services hospitalier non spécialisés de la **Drôme** ont une faible capacité à mettre en place des liens spontanés et donc à élargir le réseau institutionnel dans lequel ils ont leur place.

Bien que le nombre d'informations collectées soient faibles, on peut avancer qu'une majorité d'acteurs tendent à établir des relations spontanées au coup par coup, en fonction de leurs besoins ou celui de leurs malades, et non à se contenter de relations au sein d'un système clos fixés par des normes institutionnelles.

Les membres des associations d'anciens buveurs sont les intervenants les plus enclins, dans le département de la **Seine-Saint-Denis** à amplifier le réseau dans lequel ils sont intégrés, suivis par les intervenants des CHAA que l'on pourrait qualifier d'amplificateurs "semi-forts".

Bien que, comme nous l'avons mentionné précédemment, le dispositif de prise en charge des malades alcooliques de la Seine-Saint-Denis soit ancien, on peut noter, au vu du tableau ci-dessus, un dynamisme fort de l'ensemble des intervenants dans la mise en place de nouveaux liens.

Ces indicateurs restent malgré tout sommaires, car ils ne donnent pas d'informations sur l'usage que les intervenants font des contacts et le profit qu'ils en tirent. Il serait pourtant utile de pouvoir approfondir ces dynamiques, notamment pour les deux catégories que l'on a distingué plus haut : les intervenants ayant une pratique fortement spécialisée, et ceux qui multiplient les niveaux d'intervention auprès de leurs malades.

### III- LE FONCTIONNEMENT DU RESEAU PROFESSIONNEL

Nous avons jusque là centré l'exploration du réseau sur la densité des liens de communication existant entre les intervenants engagés dans les dispositifs de traitement de l'alcoolisme. Ce critère central permet d'éprouver la réalité et l'intensité des relations régulières qui se sont tissées au cours du temps. Par cette approche, on confirme la réalité et les caractéristiques d'un fonctionnement en réseau, et l'on définit les positions relatives des acteurs considérés, plus ou moins centrales ou périphériques dans les dispositifs.

A ce stade, on a principalement établi le champ des positions, c'est-à-dire une carte des acteurs, en tant qu'elle manifeste un système professionnel dont la cohésion est le produit d'interactions multiples. L'image reste toutefois statique, même si elle hiérarchise les degrés de centralité, et révèle une partie des facteurs qui favorise la prééminence de certains acteurs.

Une seconde étape de l'analyse de réseau peut être abordée, en appréhendant le fonctionnement du système d'un point de vue plus dynamique, plus particulièrement en cherchant à déterminer le sens des relations qui rend le système cohésif de proche en proche.

Pour ce faire, on aborde ce qui justifie l'existence même de ces réseaux, à savoir la circulation des malades dans des dispositifs destinés à les prendre en charge et à les soigner. Deux indicateurs symétriques permettent d'interroger le sens de ces flux entre les "noeuds" du réseau (chacun des intervenants interrogés est assimilé à un noeud du système).

En premier lieu, le critère de la provenance des malades permet de déterminer comment s'organise le fonctionnement du dispositif vu comme un flux venant de l'extérieur vers chaque intervenant : il s'agit de caractériser les acteurs sous l'angle de la réception de malades. De ce critère on peut déduire les portes d'entrée du réseau, c'est-à-dire les noeuds qui ne sont pas en position de réception.

En second lieu, il s'agit d'éclairer la manière dont les intervenants orientent leurs patients, information qui peut être confrontée aux éléments que fournit l'étude, par ailleurs, sur les trajectoires des malades dans le dispositif. Par ce critère de l'orientation des malades, on décrit les noeuds sous l'angle de leur activité d'émission. De ce point de vue, les entrées du dispositif sont

les intervenants qui ne fonctionnent que comme émetteur. A l'inverse les prises en charge trouvent leur terme, dans les institutions qui se révèlent être surtout des récepteurs.

La confrontation de ces deux critères permet finalement de décrire le processus de transmission d'une structure à une autre. C'est ce processus qui représente ce que l'on pourrait assimiler à une "énergie circulatoire" responsable de la structuration du flux des échanges. Le processus de transmission dessine à la fois des chemins, du point de vue des trajectoires des malades, et des circuits en ce qui concerne la communication entre les intervenants.

### **a-Les portes d'entrées des malades dans le dispositif des prises en charge**

Chaque intervenant a été amené à décrire, aussi précisément que possible, de quelle manière les personnes ayant un problème d'alcoolisme parvenaient jusqu'à lui. Signalons, au passage, que cette fonction réceptrice globalise, sans que l'on ait eu les moyens de les dissocier, la fonction de référent de l'intervenant et la fonctionnalité de la prise en charge de son institution d'appartenance.

Les sources possibles, telles qu'elles ont été suggérées aux intervenants, sont principalement les structures de prise en charge et les professionnels assurant une fonction de dépistage et d'orientation primaire (médecin, assistante sociale, juge, etc.). S'y ajoutent des modes d'entrée dans le dispositif de soins résultant d'une dynamique propre au malade alcoolique ou à son entourage : l'initiative du malade, le conseil d'un ami ou d'un membre de la famille, l'information (prévention) et la publicité qui dans certains départements semblent avoir un impact significatif pour des structures spécialisées comme les CHAA et les associations d'anciens buveurs.

Parmi toutes les origines possibles, les relations familiales et amicales constituent, dans l'Aude, le processus d'orientation primaire des malades le plus répandu. Les travailleurs sociaux arrivent en seconde position (cités par 10 intervenants sur 17), et les médecins traitants en troisième (évoqués par 7 intervenants).

Si l'on met de côté les portes d'entrées non institutionnelles (entourage de l'alcoolique), les trois structures du réseau assurant la première entrée vers le dispositif de prise en charge sont, dans l'ordre, les services sociaux, les médecins traitants et les services de justice. C'est en s'appuyant principalement sur eux que le dispositif peut organiser la fonction de dépistage et d'information.

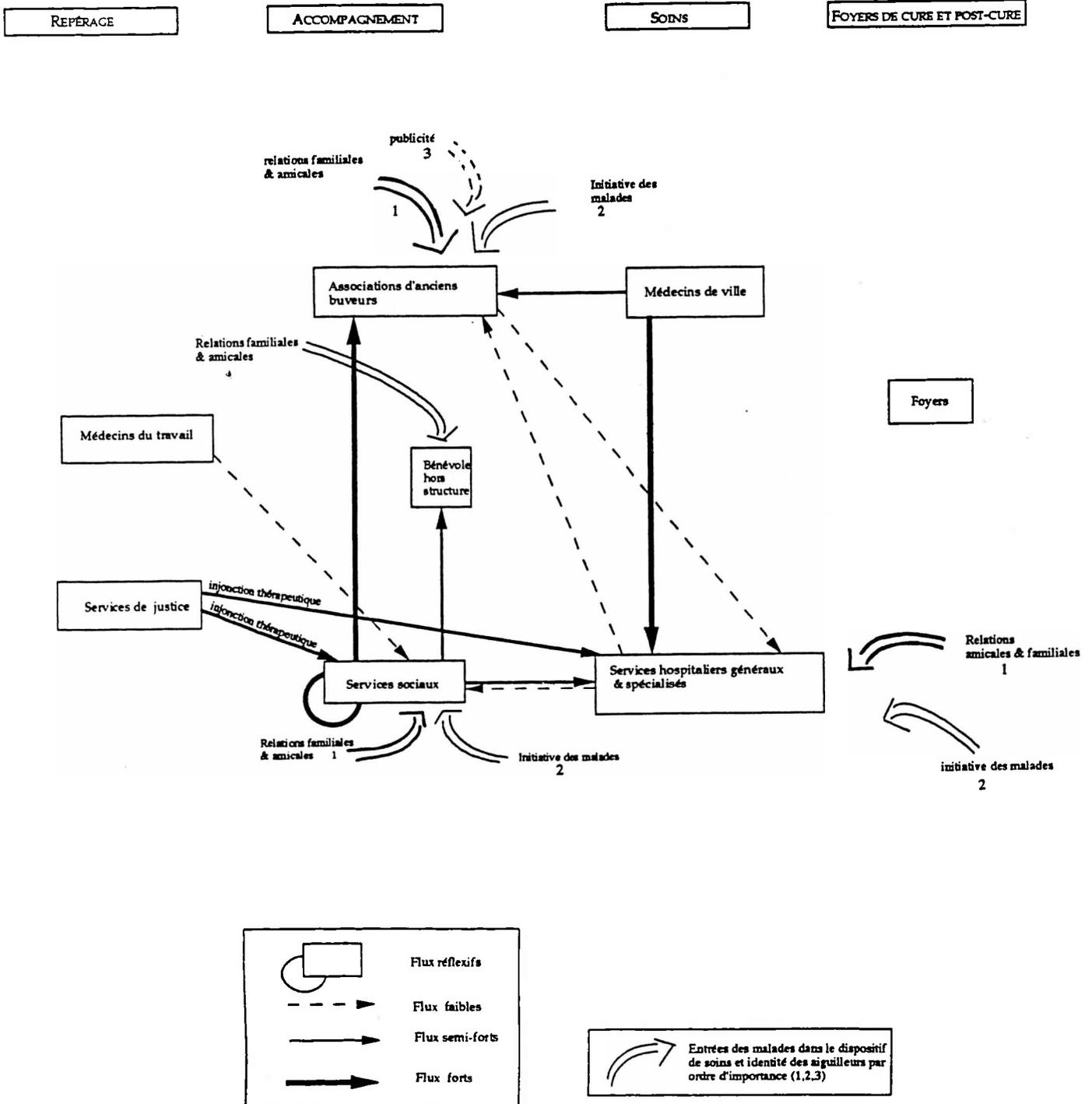
tableau n°24

Origine des malades selon les intervenants assurant les prises en charge dans l'Aude

	De leur fait	Rel. fam/am	Trav. soc.	Méd. trait.	Med. trav.	Med. spéc.	Foyer cure	Ass. anc. buv.	Justice	Hôpital	Publicité
<b>Associations à vocation humanitaire</b>											
a1		X	X	X		X					
a2	X	X	X	X							
a3		X								X	
a4	X	X	X								X
<b>Milieu hospitalier et psychiatrique</b>											
b1	X	X	X	X	X					X	
b2		X		X					X		
b3		X	X	X							
b4		X		X				X	X		
b5	X			X							
<b>Milieu hospitalier itinérant</b>											
c1		X	X								
<b>Intervenants sociaux</b>											
d1									X		
d2											
d3	X	X	X						X		
d4											
d5			X								
d6		X	X								
d7		X	X							X	

graphique n°10

Schéma de circulation selon le critère de la provenance des malades dans l'Aude



Le rôle déterminant de l'entourage pour amener les alcooliques au circuit des soins reflète bien l'état d'un réseau assez faiblement structuré, ne disposant pas de centre identifié et donc vis-à-vis duquel le bouche-à-oreille est essentiel.

Par voie de conséquence, l'activité des associations d'anciens buveurs et des services hospitaliers est alimenté en nouveaux cas par des canaux très divers. Les médecins généralistes orientent de manière significative leurs patients vers le dispositif, surtout vers les services hospitaliers. Quant aux structures intervenant sur les aspects sociaux, leur "recrutement" est plutôt alimenté directement par l'entourage des malades et les signalements des travailleurs sociaux de secteur.

En ce qui concerne les intervenants de la **Drôme**, les malades leurs sont envoyés principalement par les travailleurs sociaux, puis les médecins traitants et enfin l'hôpital. Le rôle de l'entourage, et l'initiative propre des malades, ont un rôle peu significatif dans l'orientation des malades vers les intervenants.

Par contre, les circuits d'information, les services de justice, les associations d'anciens buveurs sont des canaux non négligeables pour amener les malades vers les structures de prise en charge. A l'inverse, les foyers de cure, se situent plutôt à l'aval des trajectoires de soins : ils n'apparaissent comme structure émettrice.

Enfin, confirmant la place peu centrale du CHAA dans ce département, l'hôpital se révèle être un faible pourvoyeur de malades pour les services de CHAA.

Pour la **Seine-Saint-Denis**, les sources des flux de malades sont similaires à ce qui a été observé pour l'Aude : les trois sources principales sont les travailleurs sociaux, les médecins traitants et le milieu d'origine des patients (intervention des amis ou de la famille). La médecine du travail, les canaux d'information (prévention, publicité) et les associations d'anciens buveurs interviennent de manière plus secondaire.

Les associations d'anciens buveurs soulignent cette éclatement de l'orientation primaire. Les intervenants des CHAA estiment, eux, que la majorité des malades viennent de leur propre mouvement, sans être envoyés par un professionnel ou par le conseil d'un proche.

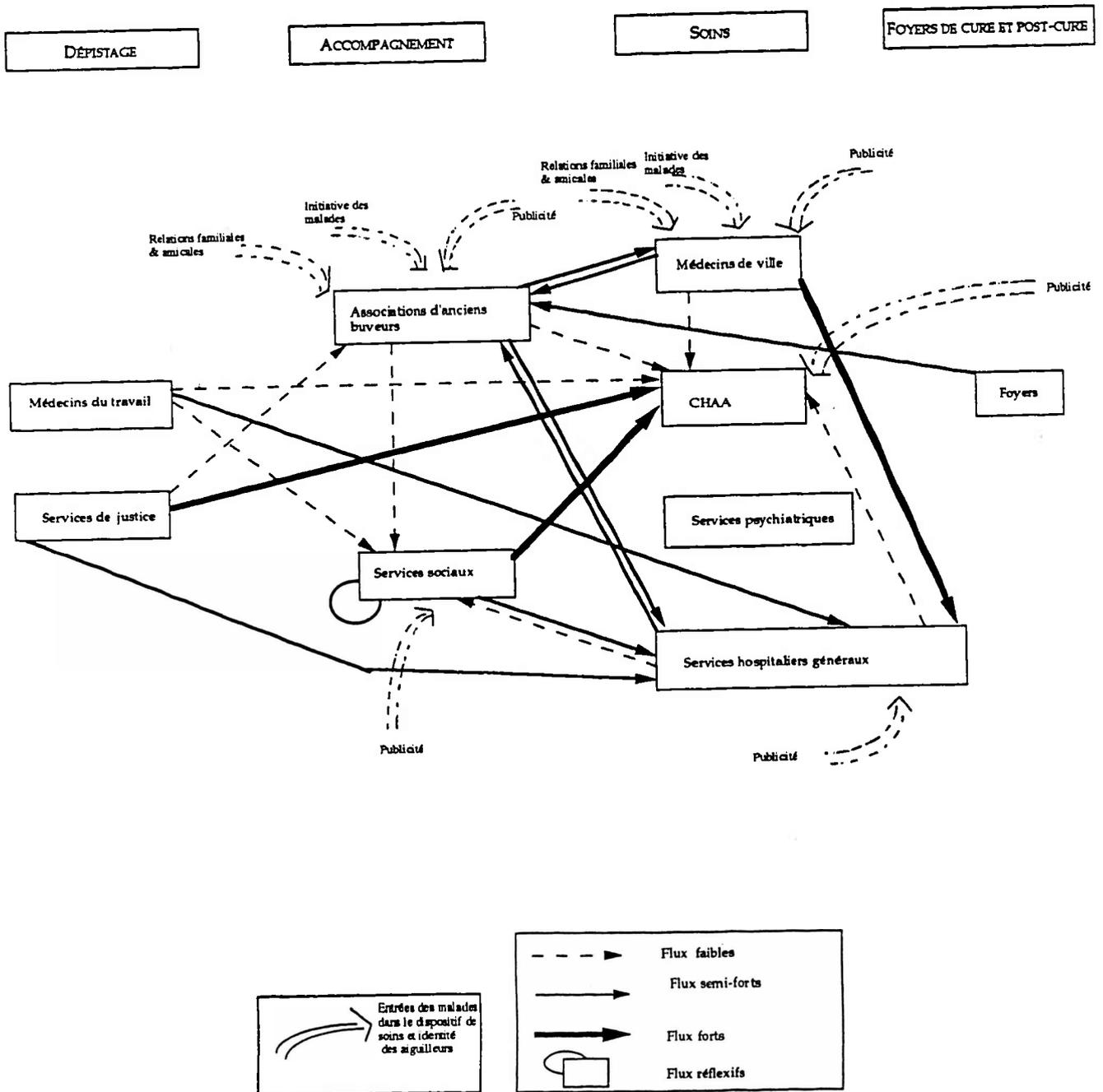
tableau n°25

Origine des malades selon les intervenants assurant les prises en charge dans la Drôme

	Trav. soc.	Méd. trait.	Hôpital	Publicité	Justice	Ass. anc. buv.	Med. trav.	De leur fait	Rel. fam/am	Foyer cure	Med. spéc.
<b>Associations d'anciens baux</b>											
a1		X			X					X	
a2		X	X	X						X	
a3			X					X	X		
<b>Services sociaux</b>											
b1											
b2			X								
b3											
b4	X			X							
b5	X	X					X				
b6	X		X	X			X				
<b>CHAA + CPBA + Centres de santé</b>											
c1	X		X		X						
c2	X				X		X				
c3											
c4	X	X			X						
c5	X	X	X	X							
<b>Hospitals généraux</b>											
d1		X			X		X				X
d2	X	X		X							
<b>Médecins de ville</b>											
e1								X			
e2									X		

graphique n°11

Schéma de circulation selon le critère de la provenance des malades dans la Drôme



Néanmoins travailleurs sociaux et médecins traitants interviennent dans un nombre de cas qui n'est pas négligeable, et avec les services hospitaliers, ce sont les principaux "orienteurs" assurant l'aiguillage des malades à l'intérieur du dispositif de soins.

Les services de justice, les foyers, la médecine du travail, ne sont très faiblement mentionnés par les intervenants. Parmi tous les services spécialisés pouvant assurer une fonction de dépistage des malades, les médecins traitants et les travailleurs sociaux de secteur semblent être les seuls à jouer un rôle significatif.

En fait, dans le cas de la Seine-Saint-Denis, les principaux partenaires rencontrés paraissent s'alimenter très peu mutuellement. Seuls, parmi les professionnels médicaux, les services hospitaliers envoient de manière significative des malades aux autres intervenants.

Il semble que chacun des intervenants travaille "en indépendant" et qu'il n'existe pas de trajectoires de prise en charge qui mène régulièrement d'un médecin traitant à un CHAA, puis dans un foyer de cure ou un service d'alcoologie et enfin vers une association d'anciens buveurs.

Si les associations d'anciens buveurs évoquent fréquemment les médecins traitants, les travailleurs sociaux et l'entourage des alcooliques, l'hôpital leur transmet néanmoins un certain nombre de malades, mais dans une proportion qui n'est pas supérieure à la publicité peut le faire. En fait, l'entourage des alcooliques et le bouche-à-oreille seraient pour bien des malades les vecteurs les plus déterminants pour accéder aux structures de prise en charge. Dans le contexte de la Seine-Saint-Denis, qui bénéficie d'un réseau mobilisant un grand nombre d'acteurs, les phénomènes de réputation des services ou de notoriété de certains intervenants semblent beaucoup plus prégnants que dans les autres départements.

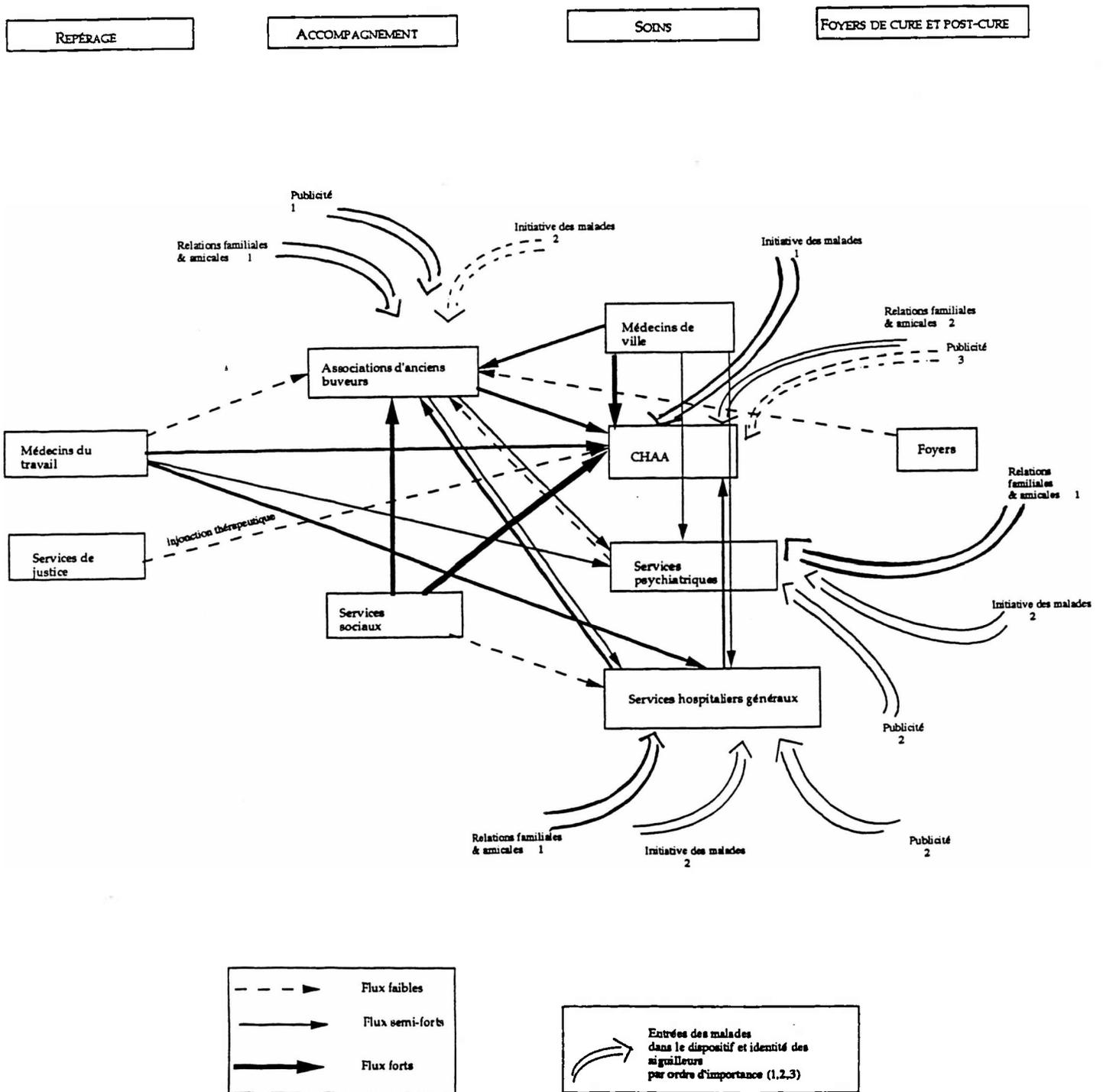
La densité même du réseau, et la forte visibilité qui en résulte, explique vraisemblablement l'impression de dispersion des cheminements empruntés par les personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. On peut admettre que bien souvent c'est dans l'annuaire que celles-ci choisissent un intervenant ou une institution pour trouver une entrée au circuit des soins spécialisés.

tableau n°26

Origine des malades selon les intervenants assurant les prises en charge dans la Seine-Saint-Denis

	Trav. soc.	Méd. trait.	Rel. fam/am	De leur fait	Hôpital	Med. trav.	Publicité	Ass. anc. buv.	Med. spéc.	Foyer cure	Justice
<b>Associations d'anciens buveurs</b>											
a1		X		X			X		X	X	
a2		X		X	X		X				
a3		X			X						
a4	X										
a5	X	X	X						X		
a6	X	X	X		X						
a7	X	X			X						
a8	X	X	X		X						
a9	X	X	X				X				
a10	X	X	X			X	X				
a11	X	X	X			X	X				
a12	X				X	X	X				
<b>Intervenants médicaux</b>											
b1											
b2											
<b>CHAA + Centres de santé</b>											
c1	X	X		X		X		X			
c2		X				X					
c3	X			X		X					
c4	X		X	X				X			
c5			X	X	X			X			
c6	X		X	X	X			X			
c7				X	X						
c8	X	X	X	X							X
c9	X		X								
c10	X	X									
c11		X	X	X			X				
c12		X	X		X						
c13		X		X	X						
c14	X	X	X	X							
c15	X	X		X							
<b>Hôpital généraux + spécialités (psychiatrie, alcoologie)</b>											
d1		X		X		X			X		
d2		X	X								
d3					X		X			X	
d4	X					X		X			
d5			X			X		X			

**graphique n°12**  
**Schéma de circulation selon le critère de la provenance des malades**  
**dans la Seine-Saint-Denis**



## **b-Le processus d'orientation des malades**

L'information concernant la manière dont les intervenants orientent les malades qu'ils reçoivent a été déduite des réponses à la question "quelle est la teneur de vos relations avec les différents partenaires potentiels du réseau ?". Cette information a été obtenue, selon les cas, soit de manière spontanée (compte tenu du caractère très ouvert de la question), soit elle a été induite par l'enquêteur (celui-ci pratiquant, le cas échéant, un certain nombre de relances).

Les réponses concernent à la fois l'orientation en amont (des structures vers l'intervenant interrogé), c'est-à-dire la fonction de "récepteur", et l'orientation en aval (de l'intervenant interrogé vers les autres structures du dispositif), ou fonction d'"émetteur". Elles permettent de dresser, pour chaque département, un tableau de l'orientation des malades entre les différents intervenants. Bien que partielles, ces données nous permettent de repérer le sens des principaux flux.

Cette information est confrontée aux résultats de la question sur l'origine des malades, qui a permis de différencier les noeuds du réseau fonctionnant comme émetteur. L'orientation des malades devrait fournir une représentation plus fine du flux des malades et donc enrichir la compréhension du fonctionnement du réseau.

Pour l'**Aude**, on a dressé un tableau (cf. tableau n°27 ) qu'il convient de lire comme suit : sur l'axe horizontal on a porté les partenaires potentiels du dispositif de prise en charge de l'Aude (axe A), tandis que l'axe vertical indique les informateurs, c'est-à-dire les intervenants qui ont été interrogés.

Dans ce département, on note que les associations d'anciens buveurs orientent leurs malades vers les foyers plus fréquemment que ceux-ci ne leur renvoient. Il en va de même pour les milieux hospitaliers généraux et psychiatriques à l'égard des foyers. Par contre le flux entre services hospitaliers est plus nettement réflexif. Les services sociaux seraient surtout des pourvoyeurs de malades, vers les services hospitaliers et les associations d'anciens buveurs.

Les médecins du travail et les services de justice jouent un rôle marginal dans l'orientation des malades, et seulement dans le sens d'un "approvisionnement" des autres partenaires, ce qui confirme le constat établi plus haut.

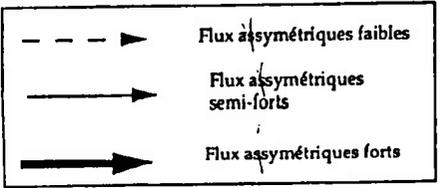
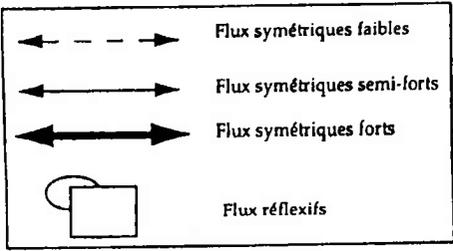
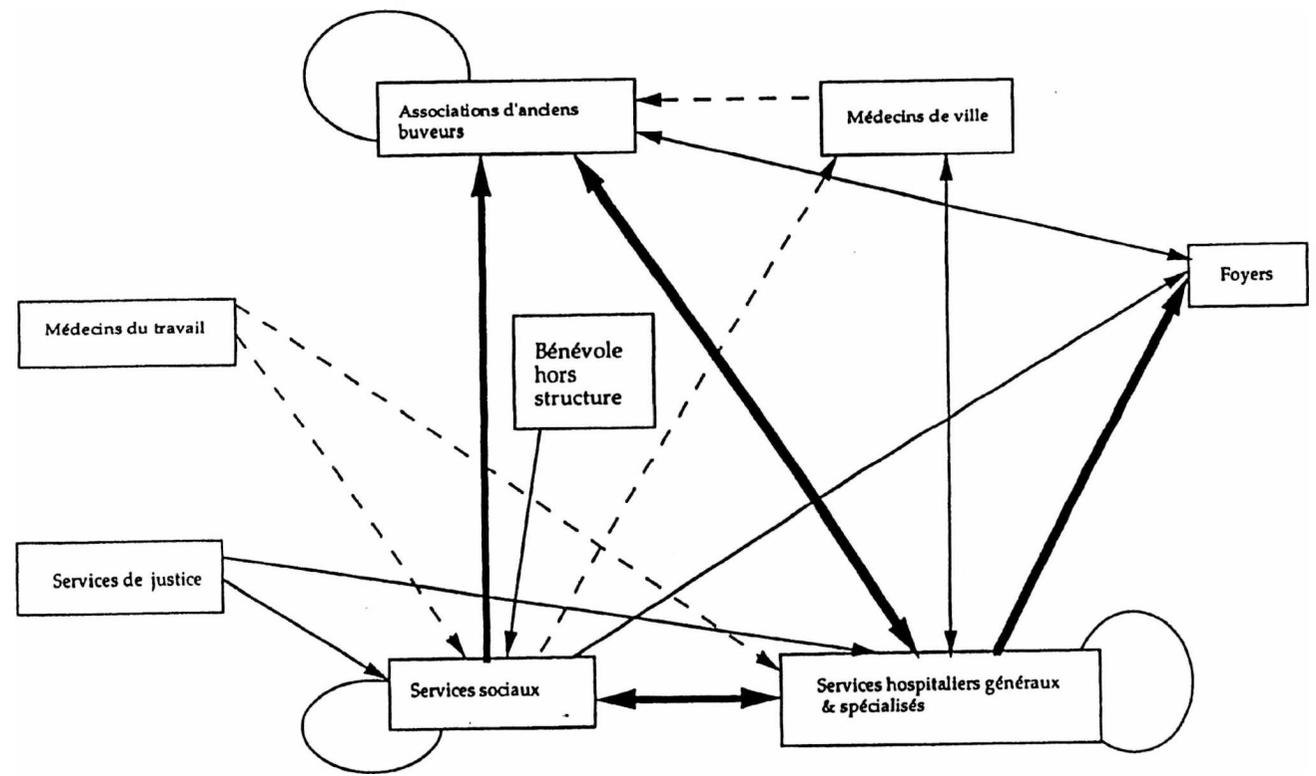
tableau n°27

Sens de l'orientation des malades  
de la part des intervenants de l'Aude

	Assoc. anc. buv.	Med. de ville	Med. travail	Serv. Hosp.Géné.	Serv. psy.	CHAA	Serv. soc.	Foyer	Serv. de just.	Autres part. éven.
<b>Associations d'anciens buveurs</b>										
a1				AB			BA	AB		ABA
a2	ABA	BA						BA		
a3								BA		
a4				BA						
<b>Milieux hospitaliers et psychiatriques</b>										
b1	BA	AB		BA	AB		AB	BA	AB	
b2			AB	AB	ABA		AB	BA		
b3				ABA				BA		
b4	ABA			ABA			AB	BA	AB	
b5		ABA		AB			ABA	BA		
<b>Régionales hors structures</b>										
c1							BA			
<b>Services sociaux</b>										
d1					BA		ABA			
d2	BA									
d3	BA									
d4										
d5	BA	BA		ABA	BA		ABA		AB	
d6	BA			BA	BA					
d7		ABA		ABA				BA	AB	

AB désigne une orientation des malades de la structure considérée (ex. : médecin de ville) vers l'informateur interrogé (ex.: b1)  
 BA désigne une orientation des malades de l'informateur (ex. : a2) vers la structure considérée (ex.: médecin de ville)  
 ABA indique que des orientations ont lieu dans les deux sens

DÉPISTAGE                      ACCOMPAGNEMENT                      SOINS                      Foyers DE CURE ET POST-CURE



**Guide de lecture du graphique:**

- flux forts: 50% à 100% des intervenants ont cité ce flux
- flux semi-forts: 25 à 49% des intervenants ont cité ce flux
- flux faibles: moins de 25% ont mentionné l'existence de ce flux

Représentation des flux de circulation des malades  
 graphique n°13  
 d'après l'orientation pratiquée par les intervenant de l'Aide

Du fait de l'absence de foyers dans l'Aude , il est difficile d'obtenir des informations sur leur place dans le dispositif. Ils sont manifestement occultés dans les discours, alors que les intervenants font appel à ceux qui existent à l'extérieur du département.

La représentation graphique du sens de l'orientation des malades (cf.graphique n°13) synthétise l'information . Il ne faut le prendre que comme un schéma indicatif, sa précision étant limitée en l'absence d'informations permettant de quantifier les flux indiqués par les intervenants.

Dans la **Drôme** (cf. tableau n°28 ), les flux les plus importants convergent vers les CHAA : services de justice, médecins de ville, médecins du travail sont les pourvoyeurs des malades pris en charge par es CHAA . Ils remplissent manifestement la fonction de réponse à l'injonction de soins.

CHAA et services hospitaliers fonctionnent selon une forte réciprocité, un flux quasi-équivalent de malades passant des uns aux autres. Cette réciprocité est également remarquable entre les services sociaux et les services hospitaliers.

Alors même que ses intervenants n'ont pas paru occuper une position de forte centralité dans le réseau (cf.plus haut), les CHAA s'affirment comme principaux émetteurs et récepteurs de malades. Eu égard à cette position de passage obligé en ce qui concerne les trajectoires de soins, la relative faiblesse du degré de centralité des intervenants de CHAA dans le réseau relationnel des acteurs pose question.

Rappelons qu'ils se situent au même niveau que les médecins de ville, c'est-à-dire en position nettement plus périphérique que les intervenants des services hospitaliers.

L'analyse de réseau révèle ici une contradiction qui nécessiterait une investigation complémentaire spécifique.

tableau n°28

Sens de l'orientation des malades  
de la part des intervenants de la Drôme

	Assoc. anc. buv.	Med. de ville	Med. travail	Serv. Hosp.Géné.	Serv. psy.	CHAA	Serv. soc.	Foyer	Serv. de just.	Autres part. éven.
<b>Associations d'anciens buveurs</b>										
a1 x 79								BA		
a2 x b80	BA	AB			BA			BA		
a3 x b81	BA		AB	BA			ABA	AB		
<b>Services sociaux</b>										
b1 RMI 83	ABA			BA						
b2 foyer 85								ABA		
b3 DDASS 112										
b4 insertion 35		BA		ABA				ABZ	AB	
b5 act soc 36		AB								AB
b6 post cure 84	ABA			AB	BA	AB	AB			
<b>CHAA + CPDA + Centres de santé</b>										
c1 82	BA	AB	AB	ABA	AB		ABA	BA	AB	
c2 med 86			AB				AB	AB	AB	
c3 CDPA 87	BA			BA		BA		BA		
c4 CHAA 89	ABA	AB	AB	AB	BA		AB	BA	AB	
c5 psy 118		AB	AB	BA	ABA				AB	
<b>Hopitaux généraux</b>										
d1 111	BA			ABA	ABA	ABA		BA		
d2 CRHA 88		AB	AB		BA	AB	BA	AB	AB	
<b>Médecins de ville</b>										
e1 109										
e2 110	BA							BA		

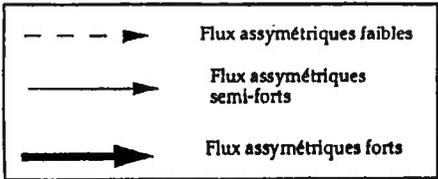
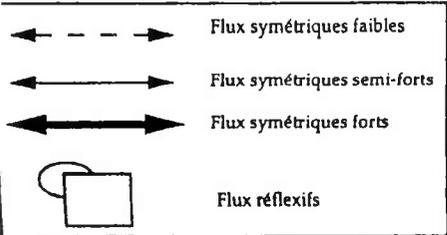
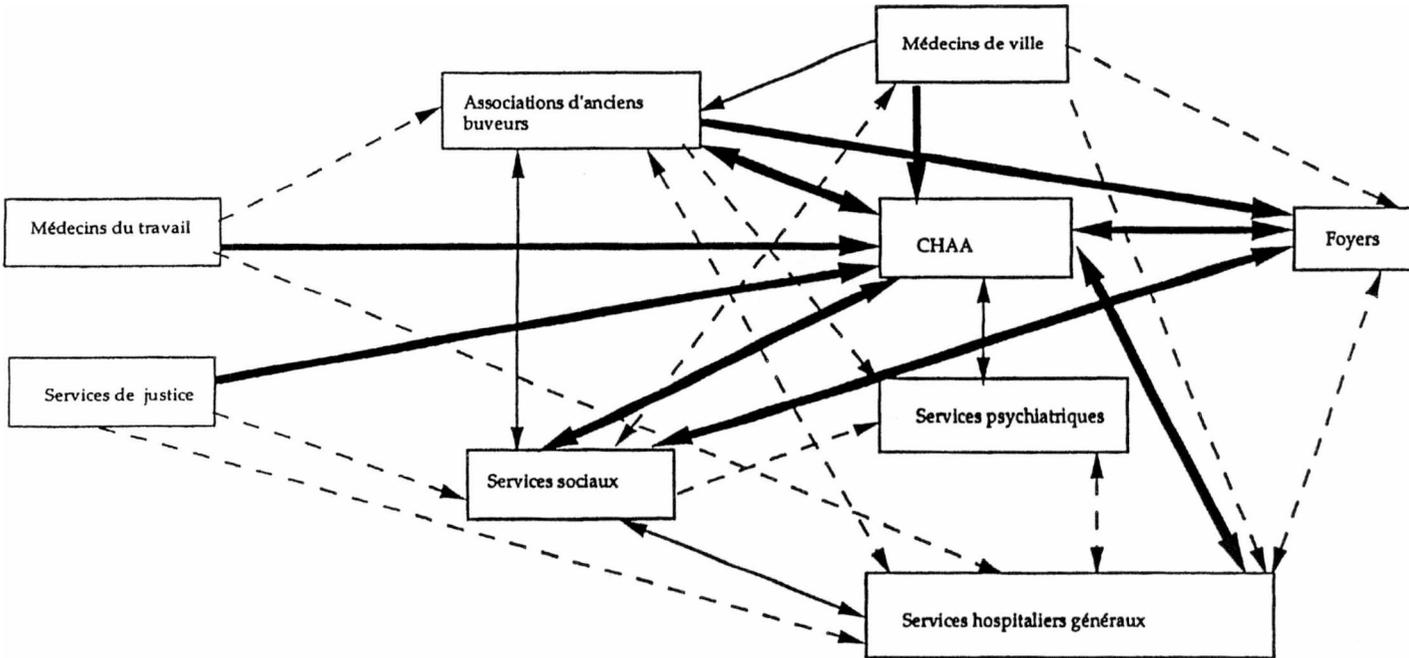
AB désigne une orientation des malades de la structure considérée (ex. : médecin de ville) vers l'informateur interrogé (ex.: a2)  
 BA désigne une orientation des malades de l'informateur (ex. : a2) vers la structure considérée (ex.: association des anciens buveurs)  
 ABA indique que des orientations ont lieu dans les deux sens

DÉPISTAGE

ACCOMPAGNEMENT

SOINS

FOYERS DE CURE ET POST-CURE



Guide de lecture du graphique:

- flux forts: 50% à 100% des intervenants ont cité ce flux
- flux semi-forts: 25 à 49% des intervenants ont cité ce flux
- flux faibles: moins de 25% ont mentionné l'existence de ce flux

graphique n°14  
 Représentation des flux de circulation des malades  
 d'après l'orientation pratiquée par les intervenant de la Drôme

En **Seine-Saint-Denis**, les flux de circulation des malades répondent à des logiques qui se dégagent nettement.

Très logiquement, les médecins de ville, la médecine du travail et les services de justice sont des partenaires strictement émetteurs : ils envoient des malades vers les autres intervenants mais n'en reçoivent pas en retour. A l'opposé, aucun partenaire n'apparaît en position de strict récepteur : comme le laissait prévoir la diversité des entrées dans le dispositif, on peut dire que celui-ci est, pour les malades, ouvert à une grande variété de parcours possibles.

Les associations, les services hospitaliers, les services psychiatriques, les CHAA, les foyers de cure et de post-cure ont tous une double fonction d'aiguillage et de prise en charge des malades. Ces types de structures, simultanément émettrices et réceptrices, constituent le coeur du dispositif. Leur nombre explique que le réseau soit caractérisé par une densité plus forte que dans le cas des deux autres départements.

Les associations d'anciens buveurs orientent leurs malades vers les CHAA et réciproquement. Cette relation réflexive existe également entre les associations d'anciens buveurs et les foyers. Si un échange de patients intervient entre les CHAA et les foyers, il apparaît moins fréquent en sens inverse. Les CHAA dirigent une part de leurs patients vers les services psychiatriques, et l'inverse s'observe également. Enfin, les services psychiatriques orientent leurs consultants vers les foyers mais pas l'inverse.

Il est intéressant de noter que CHAA et services hospitaliers non spécialisés n'ont pas de relations d'échange directes en ce qui concerne les flux de patients, comme s'il s'agissait de deux circuits de prise en charge alternatifs.

L'ensemble des échanges de patients entre les partenaires du réseau de la Seine-Saint-Denis peut être représenté par le graphe suivant .

tableau n°29

Sens de l'orientation des malades  
de la part des intervenants de Seine-Saint-Denis

	Assoc.anc.buv.	Med. de ville	Med. travail	Serv.Hosp.Géné.	Serv. psy.	CHAA	Serv. soc.	Foyer	Serv. de just.	Autres part. éven.
<b>Associations d'anciens buveurs</b>										
a1					BA			BA		AB
a2		AB	AB		ABA	BA		BA	AB	
a3					ABA	BA	ABA	ABA		
a4		AB	AB	ABA		ABA		ABA		
a5		AB								
a6			AB	AB		AB		ABA		
a7						AB			AB	
a8					BA	BA		AB		
a9			AB							
a10										
a11		AB			BA	BA	ABA	ABA		
a12	AB	AB						ABA		
<b>Services sociaux</b>										
b1								BA		
b2										
<b>CHAA + Centres de santé</b>										
c1		AB					ABA	ABA	ABA	BA
c2		AB	AB		BA					
c3			AB	BA				BA	AB	BA
c4	ABA				BA			BA		
c5			AB						AB	BA
c6				AB					AB	
c7					ABA			ABA		
c8			AB		ABA			BA	AB	
c9			AB		ABA		ABA	BA		
c10	BA			AB	ABA	BA	AB			
c11		AB		BA			BA			
c12		AB								
c13								BA	AB	
c14										
c15			AB		ABA			BA		
<b>Hôpitaux généraux + spécialistes (psychiatrie, alcoologie)</b>										
d1	BA	BA	AB	ABA			ABA			ABA
d2			ABA		ABA			BA		
d3						BA		BA		ABA
d4	ABA			AB	AB		ABA	BA		

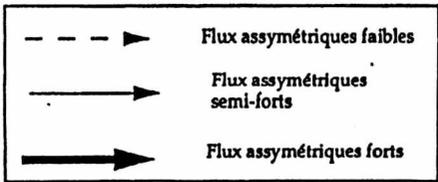
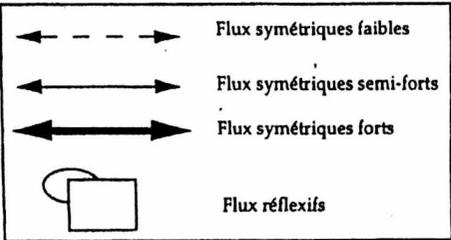
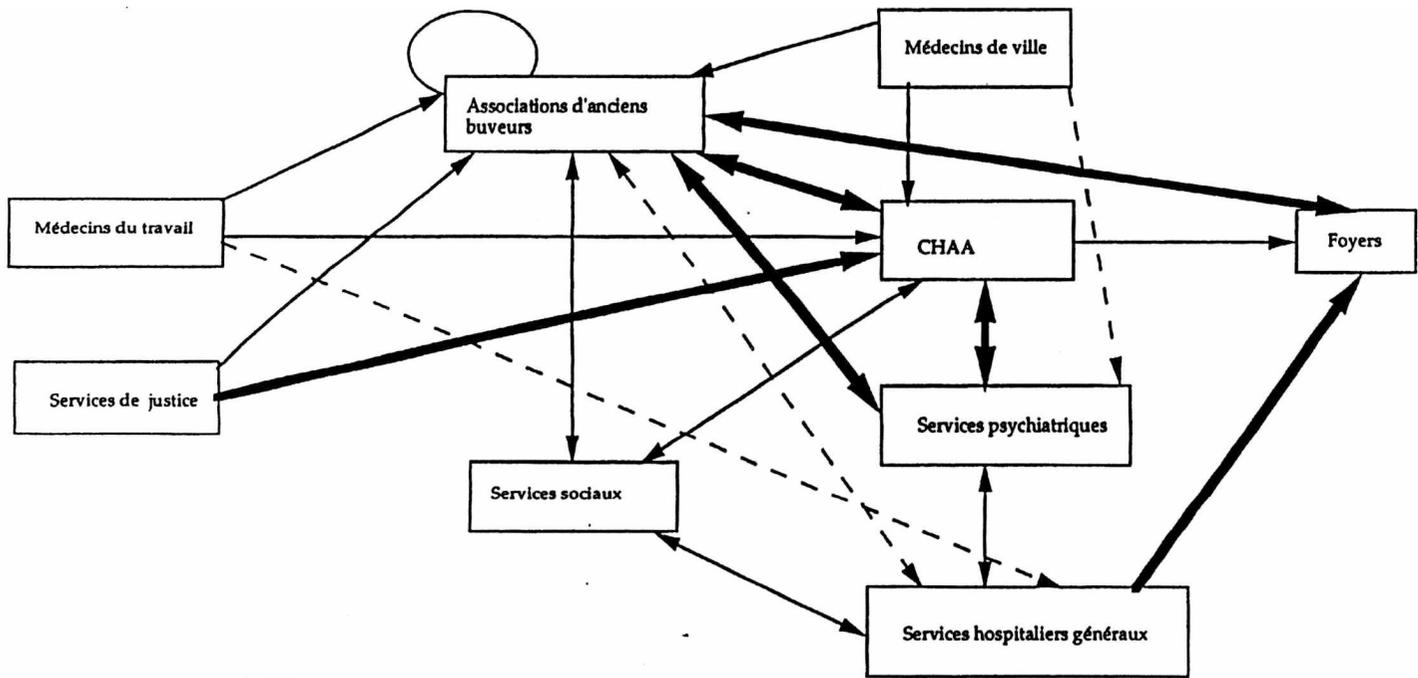
AB désigne une orientation des malades de la structure considérée (ex. : médecin de ville) vers l'informateur interrogé (ex.: a2)  
 BA désigne une orientation des malades de l'informateur (ex. : a1) vers la structure considérée (ex.: services psychologiques)  
 ABA indique que des orientations ont lieu dans les deux sens

DÉPISTAGE

ACCOMPAGNEMENT

SOINS

FOYERS DE CURE ET POST-CURE



Guide de lecture du graphique:

- flux forts: 50% à 100% des intervenants ont cité ce flux
- flux semi-forts: 25 à 49% des intervenants ont cité ce flux
- flux faibles: moins de 25% ont mentionné l'existence de ce flux

graphique n°15  
 Représentation des flux de circulation des malades  
 d'après l'orientation pratiquée par les intervenant de Seine-Saint-Denis

## CONCLUSION

### CONFRONTATION DU RÉSEAU DE COMMUNICATION ENTRE LES INTERVENANTS & DU CIRCUIT DE CIRCULATION DES MALADES ALCOOLIQUES

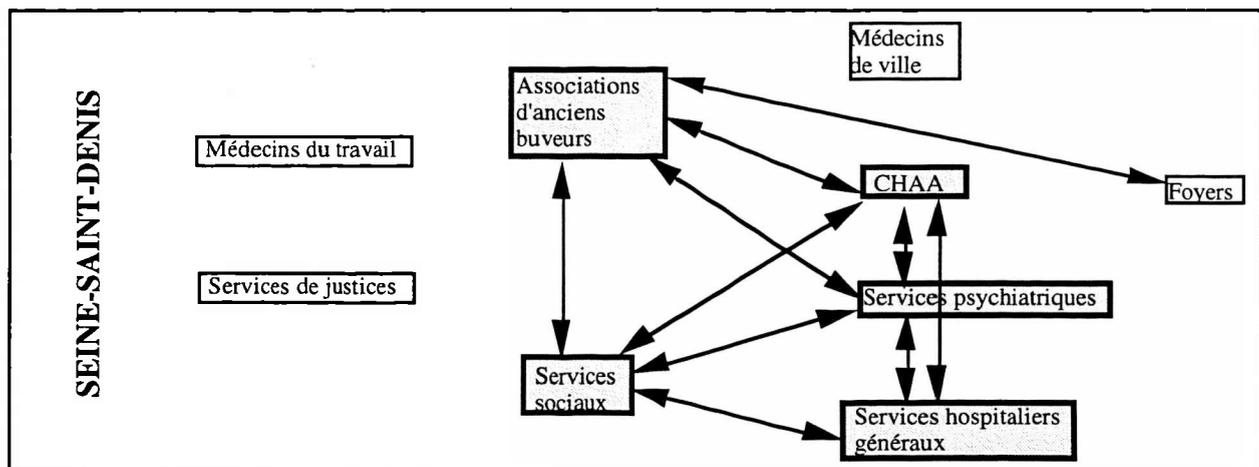
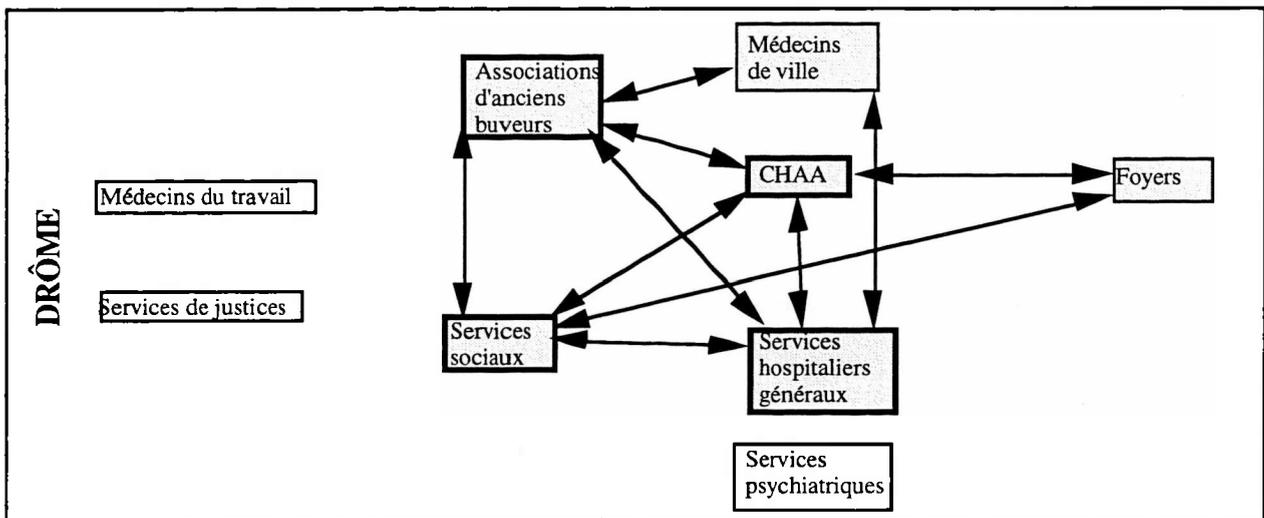
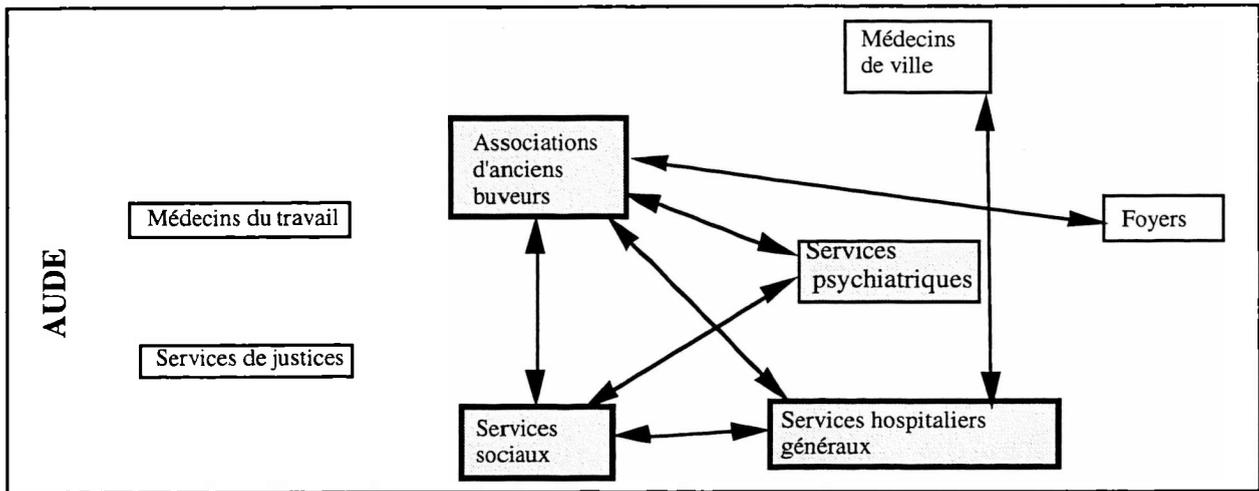
Au terme de ce travail, on a pu formaliser, pour chacun des trois départements, deux types de réseaux : un réseau relationnel - ou réseau de communication des intervenants entre eux - et un réseau de circulation des malades - qui est plus exactement un système d'aiguillage des patients mis en place par les intervenants.

Entre le circuit de prise en charge des alcooliques et le système relationnel des intervenants, les noeuds du réseau sont les mêmes (ce sont les professionnels de la prise en charge et leurs partenaires) mais les flux d'échanges n'ont pas nécessairement la même intensité et le même sens, et n'empruntent pas les mêmes chemins. Selon la terminologie de l'analyse de réseaux, on peut dire de ces deux systèmes qu'ils possèdent les mêmes sommets mais ne révèlent pas la même architecture de segments (l'existence de liens entre intervenants).

L'exemple des médecins de ville est, ici, éclairant. Ils entretiennent des contacts réguliers avec les associations d'anciens buveurs pour se tenir informé sur les formes de traitement, les différents registres de prise en charge, les circuits les plus adaptés en fonction du "profil" des alcooliques. Mais en termes d'orientation, ils privilégient l'envoi des malades dans les hôpitaux.

La superposition des deux systèmes permet d'approcher la représentation du réseau professionnel des dispositifs de prise en charge de l'alcoolisme, et de dégager un certain nombre de caractéristiques de son fonctionnement. En réalisant la confrontation de tous les liens réciproques entre structures, en termes de fréquence de contacts et d'aiguillage de malades, on établit, pour chaque département, un graphe synthétique de la structure des dispositifs (cf graphique n°16).

Les structures-pivots des trois dispositifs départementaux



↔ relations symétriques fortes de toute nature (contacts réguliers, provenance et orientation des patients)

▭ Structures dont des représentants ont été interrogés

▭ Structures pivots

De la confrontation du circuit relationnel décrit dans la première partie avec les circuits de circulation des malades, on peut déduire le rôle de pivot joué par certaines structures de ces dispositifs.

Dans les trois départements, deux structures pivots occupent des positions systématiquement prééminentes : les associations d'anciens buveurs et les services sociaux. Immédiatement derrière se placent les services hospitaliers, et moins systématiquement les CHAA et les services psychiatriques.

De cette configuration, on peut tirer comme conclusion que dans la prise en charge de l'alcoolisme la dimension sociale du problème occupe une place prééminente. De ce point de vue, la notion de pathologie sociale se justifie pleinement.

Par ailleurs, entre les trois départements une certaine hiérarchie s'établit qui recoupe bien la présentation initiale de ces contextes départementaux. L'Aude présente le réseau le moins dense, la Seine-Saint-Denis celui qui l'est le plus et, entre les deux, la Drôme apparaît bien en situation intermédiaire.

De cette apparente redondance, une seconde conclusion se dégage : plus le dispositif de prise en charge des malades alcooliques est étendu (en nombre d'intervenants) et dispose de structures différentes, plus il y a d'institutions en situation d'acquiescer un fort degré de centralité. Si cette configuration apparaît positive dans la mesure où elle révèle un système d'échange étendu, il reste à examiner si cette configuration organisationnelle est efficace du point de vue des parcours de soins.

Générateur d'une offre de soins diversifiée et multiforme, un tel réseau par ailleurs peu centralisé et non hiérarchisé, peut laisser coexister des secteurs d'innovation comme des secteurs marqués d'obsolescence. Il resterait à mener un diagnostic complémentaire sur les formes de prise en charge que développent les institutions, pour examiner plus au fond cette question.

Dépôt légal : Octobre 1995

ISSN : 1257-9807

ISBN : 2-84104-047-X

# CAHIER DE RECHERCHE

## Récemment parus :

### **Deux articles sur le commerce**

Philippe MOATI - n°74 (1995)

### **Le petit déjeuner : Représentations et comportements**

Valérie BEAUDOUIN, Aude COLLIERIE DE BORELY, Marie-Odile GILLES, Saadi LAHLOU, Franck MARSAL, Laurence PEYRE, Stéphanie WATTRELOT et François YVON - n°75 (1995)

### **Pauvretés, ruptures et évaluations de politiques sociales**

Département Évaluations des Politiques Sociales du Crédoc - n°76 (1995)

### **L'évaluation des politiques publiques et le concept de "bénéficiaires"**

Guy POQUET - n°77 (1995)

### **L'aire et la manière**

Patrick DUBÉCHOT, Marie-Odile GILLES et Michel LEGROS - n°78 (1995)

### **Restauration hors foyer et nutrition**

Gloria CALAMASSI-TRAN, Pascale HÉBEL et Patrice LE FRANCOIS - n°79 (1995)

### **Évaluer ou les efforts de la Métis**

Michel LEGROS - n°80 (1995)

Président : Bernard SCHAEFER    Directeur : Robert ROCHEFORT  
142, rue du Chevaleret, 75013 PARIS - Tél. : (1) 40.77.85.00

ISBN : 2-84104-047-X

# CRÉDOC

**Centre de recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie**