



HAL
open science

Prospective du métier de coordinateur dans la Santé en France : approche par le travail institutionnel de théorisation

Denis Lecoq

► **To cite this version:**

Denis Lecoq. Prospective du métier de coordinateur dans la Santé en France : approche par le travail institutionnel de théorisation. Gestion et management. Normandie Université, 2020. Français. NNT : 2020NORMC022 . tel-03121048

HAL Id: tel-03121048

<https://theses.hal.science/tel-03121048>

Submitted on 26 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité SCIENCES DE GESTION

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

**Prospective du métier de coordinateur dans la Santé en France :
approche par le travail institutionnel de théorisation**

**Présentée et soutenue par
Denis LECOQ**

**Thèse soutenue publiquement le 23/11/2020
devant le jury composé de**

M. THIERRY NOBRE	Professeur des universités, EM STRASBOURG BUSINESS SCHOOL	Rapporteur du jury
Mme FLORENCE NOGUERA	Professeur des universités, Université de Montpellier	Rapporteur du jury
M. JACQUES BATTISTONI	MEDECIN, CABINET DE MEDECINE GENERALE	Membre du jury
M. DOMINIQUE BEYNIER	Professeur émérite, Université Caen Normandie	Président du jury
Mme ALINE SCOUARNEC	Professeur des universités, Université Caen Normandie	Directeur de thèse

Thèse dirigée par ALINE SCOUARNEC, Normandie Innovation, Marché, Entreprise, Consommation



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE



L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

Je remercie Madame SCOUARNEC, Professeur agrégée en Sciences de gestion à l'Université de Caen, qui m'a guidé et soutenu durant toutes ces années. Je la remercie chaleureusement pour ses conseils, sa patience et ses encouragements dans les moments plus difficiles.

Je remercie vivement les professeurs Madame Florence NOGUERA et Monsieur Thierry NOBRE de l'honneur qu'ils m'ont fait en acceptant la responsabilité d'être les rapporteurs de cette thèse et pour leurs précieux conseils et recommandations. Je remercie chaleureusement le Professeur Dominique BEYNIER qui a suscité chez moi l'envie depuis de longues années de comprendre l'institution de la santé par la clinique. Je remercie le Dr Jacques BATTISTONI qui a bien voulu être examinateur de ce travail et qui m'a éclairé de son expertise du milieu de la santé et de ses évolutions.

J'adresse aussi tous mes remerciements à l'équipe de l'IAE de Caen et en particulier au personnel de la Médiathèque. Je veux aussi remercier Monsieur le Professeur Joël BRÉE et Mme AMEDRO au laboratoire du NIMEC pour leur écoute et leur empathie.

Tout ce travail n'aurait pas pu se faire sans le soutien sans faille de mon épouse Martine et de nos enfants Rachel, Étienne, Jean-Denis, Marc et Briec. Mes proches ont été là aux bons comme aux moins bons moments. Mes petits-enfants Éléonore, Castille, Siméon et Noah ont eu une grande part dans le réconfort dont j'ai eu souvent besoin ces derniers temps. Je n'oublie pas mes chères sœurs Elisabeth et Christine avec toute notre famille. Toutes et tous m'ont patiemment supporté et encouragé.

Beaucoup si ce n'est quasiment tout ce que j'ai appris durant ma carrière de soignant je le dois aux personnes malades accompagnées et aux collègues avec qui j'ai eu l'honneur de travailler. Je veux leur dire ici tout mon respect et mes remerciements.

Je dédie cette thèse à mes chers parents, mon frère Didier, mon beau-frère Jean-Bernard et mes amis trop tôt partis.

Résumé

L'objectif principal de la thèse est d'étudier les stratégies individuelles des acteurs pour investir leurs rôles de coordinateurs et de comprendre les conditions de leurs engagements dans le processus de théorisation visant idéalement à l'adoption de leurs métiers émergents ainsi qu'à leur diffusion dans l'institution de la santé.

Dans une première partie, nous décrivons le système de santé français, sa complexité, les mutations l'amenant à se réorganiser et à innover pour répondre aux défis de santé publique, démographique, économiques et technologiques. Enfin, nous documentons la problématique de la coordination dans le système des professions en faisant émerger des nouveaux métiers dans les trois secteurs : sanitaire, social et médico-social.

Dans une deuxième partie, une étude exploratoire qualitative structurée par la méthode "prospective métiers" a été réalisée à partir de trente et un entretiens semi-directifs et d'une enquête par questionnaire autoadministré auprès d'un groupe d'experts [n = 23] puis diffusée identiquement auprès des professionnels concernés par la coordination [n = 68].

Les principaux résultats montrent la dépendance du rôle de coordinateur aux pratiques fonctionnelles et relationnelles ainsi qu'à l'environnement de travail. L'appropriation préalable des rôles et des pratiques de coordination par les acteurs favorise leur engagement dans le processus de théorisation pour défendre la reconnaissance de leurs métiers de coordinateurs.

Les évolutions des coordinateurs sont envisagées dans quatre scénarios : Le plafond de verre de la fonction de coordination, la reconnaissance du métier de coordinateur, la création d'une communauté professionnelle de coordinateurs et l'évolution vers la coordination 3.0. Elles font apparaître que le processus de théorisation de ce métier émergent comportera prospectivement un axe technique de formation, un axe politique lié à l'engagement des coordinateurs, un axe sociologique afin de constituer une communauté et enfin un axe technologique en rapport avec la santé 3.0.

Mots clés : Santé, coordination, coordinateur, prospective métier, émergence, théorisation, travail institutionnel

Abstract

The main objective of this thesis is to observe the individual strategies set up by professionals as they take on their roles as coordinators and to understand the requirements for their involvement in the theorization process, ideally aiming at the adoption of their emerging occupations as well as their wider use in the public healthcare system.

In a first part, we will describe the French health system, its complexity, the changes leading to its reorganization and innovation in order to meet the demographical, economic and technological challenges facing public health services. Then, we will document the question of coordination in the system of professions by introducing new professions in the health, social and socio-medical sectors.

In a second part, we will present an exploratory study based on the “prospective professions” method and carried out on the basis of thirty-one semi-directive interviews and a self-administered questionnaire filled in by a group of experts [n= 23]. This questionnaire was then submitted in the same way to the professionals involved in coordination [n=68].

The main results show the strong link between the role of the coordinator and functional and relational practices in use, as well as their work environment. Workers are more committed to supporting the theorization process aimed at promoting their emerging professions as coordinators when they have beforehand assimilated coordination techniques and uses.

The evolutions of the coordinators are considered in four scenarios: the limit set to the coordination function, the recognition of the coordinator profession, the creation of a professional community of coordinators and the evolution towards coordination 3.0. They show that the process of theorizing this emerging profession will prospectively include a technical axis of training, a policy axis related to the commitment of coordinators, a sociological axis in order to constitute a community and finally a technological axis as regards health 3.0.

Keywords: Health, coordination, coordinator, prospective, emerging profession, theorization, institutional work

Glossaire

ADELI	Automatisation des listes
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CAFERUIS	Certificat d'aptitudes aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMPP	Centre médico-psycho-psychologique
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNRTL	Centre national de ressources textuelles et lexicales
CNS	Conférence nationale de santé
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPO	Centre de pré orientation
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté pluriprofessionnelle territoriale de santé
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CTA	Coordination territoriale d'appui
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMP	Dossier médical partagé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EBM	Evidence based medicine
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENMR	Expérimentation des nouveaux modes de rémunération
ERET	Espace régional d'éducation thérapeutique

ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCS-MS	Groupement de coopération sociale ou médico-sociale
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de santé publique
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEC	Infirmier diplômé d'Etat coordinateur
IDEL	Infirmier diplômé d'Etat libéral
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico éducatif
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPA	Infirmier en pratique avancée
IRTS	Institut régional du travail social
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MOS	Management des organisations sociales
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
NHS	National Health Service
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
OPCO	Opérateur de compétences

PACTE	Programme d'amélioration continue du travail en équipe
PIB	Produit intérieur brut
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale
PM	Prospective Métier (Méthode)
PTA	Plateforme territoriale d'appui
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SNAC	Services numériques d'appui à la coordination
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
T2A	Tarifification à l'activité
UE	Union européenne
UEROS	Unité d'évaluation de réentrainement et d'orientation sociale
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professions de santé
WHO	World Health Organization

SOMMAIRE

	Pages
Introduction générale	8
Partie I – L’institution de la santé en France, ses mutations, les enjeux de la coordination en 2020	21
Introduction 1 ^{re} partie.....	22
Chapitre 1 – Le système de santé français : un état des lieux de ses cloisonnements.....	23
Chapitre 2 — Les mutations et leurs impacts sur les acteurs du système de santé français.....	73
Chapitre 3 – Des pratiques de coordination aux rôles de coordinateurs : une lecture par le travail institutionnel.....	91
Conclusion 1 ^{re} partie.....	129
Problématique	132
Partie II — Présentation de la recherche	138
Introduction 2 ^e partie.....	139
Chapitre 4 — Méthodologie de la recherche.....	140
Chapitre 5 — Collecte et analyse des données du terrain.....	169
Chapitre 6 — Résultats et discussion.....	291
Conclusion 2 ^e partie.....	336
Conclusion générale	338
Bibliographie.....	351
Table des matières.....	392
Liste des tableaux.....	396
Liste des figures.....	402
Table des annexes.....	406

Tout au long de cette thèse, les génériques masculins sont principalement utilisés, sans aucune discrimination et uniquement pour alléger la lecture.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Dans la société, la solution de chaque nouveau problème d'information et de régulation est recherchée sinon obtenue par la création d'organismes ou d'institutions "parallèles" à ceux dont l'insuffisance par sclérose et routine éclate à un moment donné. La société a donc toujours à résoudre un problème sans solution, celui de la convergence des solutions parallèles. » Canguilhem, Le normal et le pathologique, p.244.

Plan

Présentation de la recherche

 Origine et contexte de la recherche

 Objet et terrain de recherche

 Objectifs de la recherche

Architecture initiale de la recherche

 Démarche générale de construction

 Méthodologie

 Plan de thèse

Présentation de la recherche

La prospective des métiers de la santé est un sujet actuel et plusieurs rapports officiels en attestent la réalité (Barlet & Marbot, 2016; Hénart, Berland & Cadet, 2011; INPES, 2010; Vader, 2008)¹. Pourtant les débats sur les nouveaux métiers dans la santé restent encore peu suivis d'effet en France. Sous l'effet, entre autres, des expérimentations de nouveaux dispositifs, des avancées technologiques et des problématiques posées par le vieillissement et les maladies chroniques plusieurs métiers émergent dans le système de santé français. Deux critères sont identifiés comme causes de l'émergence des nouveaux métiers de la santé : d'une part, le manque de professionnels (Principalement les médecins) (WHO, 2015) génère des besoins en solution de substitution partielle, voire totale, aux compétences médicales et d'autre part les besoins liés aux innovations technologiques nécessitant de nouvelles compétences et générant de nouveaux métiers (Christensen, Bohmer & Kenagy, 2000).

En France, la reconnaissance des infirmiers en pratique avancée ou IPA par l'État et les différentes instances professionnelles est un exemple illustrant ces faits et la résistance au changement de l'institution de la santé et de son système de professions. Cette profession apparue aux États-Unis dans les années 60 faisait déjà face au manque de médecins dans les territoires et s'est progressivement implantée au sein de plusieurs systèmes de santé dans le monde. Pourtant ces métiers bien qu'ayant fait la démonstration de leur bien-fondé ont encore des difficultés à être adoptés pleinement dans les différents systèmes de santé où ils existent depuis plusieurs années (Pulcini, Jelic, Gul & Loke, 2010).

Les coordinateurs dans le milieu de la santé sont un autre exemple. En 1976 dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA) Crawshaw soulevait avec une certaine ironie la question du bien-fondé de la place du 'review coordinator'. Il se faisait alors l'écho des réactions négatives alors peut-être entendues de l'intentionnalité (ou l'instrumentalisation) prêtée aux pouvoirs publics dans la mise en place de cette nouvelle fonction 'The government wants the review coordinator to save money!'. S'exprimant sur le sujet de l'infirmière occupant ce nouveau rôle Crawshaw écrivait 'She becomes a pariah of the profession, a nurse who has sold out on everything Florence Nightingale ever stood for.'. Il est intéressant de faire le constat avec lui des réactions qui, plus de quarante ans plus tard, continuent à alimenter le

¹ cf annexe 1 —

flou voire une certaine défiance vis-à-vis de la coordination et de sa subjectivation dans l'individu du coordinateur (Jeannot, 2005), (Mino & Robelet, 2010). En l'état, en France, la coordination reste de l'ordre du concept et n'apparaît pas comme un nouveau métier au sens du législateur (Hénart et al., 2011). Pourtant comme le soutiennent Bourgueil, Marek et Mousques (2008) « il paraît raisonnable de soutenir la thèse selon laquelle plus un groupe professionnel est doté d'une autonomie de formation, de recherche et de régulation, plus il est en mesure de voir son champ de pratique autonome se développer ».

Ainsi comprendre l'engagement et l'intérêt des acteurs coordinateurs dans le processus de théorisation « visant à cette autonomie » de leurs métiers émergents représente un objectif de recherche utile aux instances publiques, aux branches, ordres et syndicats professionnels, mais aussi et avant tout aux acteurs eux-mêmes pour agir au présent afin de mieux préparer et vivre le futur selon la pensée néo institutionnelle de Commons (1934 ; 1990).

Dans notre introduction nous présentons dans une première partie la construction de notre objet de recherche en décrivant son contexte, son terrain et les principaux objectifs que nous nous sommes fixés. Dans une seconde partie, nous apportons des éléments de définition sur l'architecture de la recherche avec la méthodologie et la démarche générale de construction envisagée. Nous présentons pour clore cette introduction un schéma résumant l'architecture de la thèse.

Origine et contexte de la recherche

En 2014, nous avons soutenu un mémoire de recherche ayant pour sujet : « La fonction de coordination dans les réseaux de santé. État des lieux et prospective ». Cette première recherche posait le problème de la coordination et des « nouvelles » pratiques entre les acteurs du soin. Cette approche nous a permis d'envisager trois réalités en constante interaction : (1) un système de santé dont la complexité se traduit par le cloisonnement de ses organisations affectant *in fine* l'organisation des soins dans leur cohérence ; (2) des métiers du soin qui changent progressivement en droit, mais aussi empiriquement dans les faits en lien avec de nombreux glissements dits de tâches ; (3) le flux incessant d'informations et la gestion de l'émergence des dispositifs expérimentaux par les professionnels et les organisations de santé.

Ce travail de thèse est dans la continuité de ce premier travail. Il a pour objectif de centrer le sujet sur le comportement des acteurs coordinateurs et plus particulièrement leur engagement dans leur métier émergent pour ensuite comprendre la relation entre cet engagement au profit

de leur propre avenir et leur [autre] engagement dans un processus de théorisation utile à l'action collective.

Nous proposons ainsi une première formulation de notre question de départ :

Comment les acteurs en emploi de coordinateur comprennent-ils leur réalité professionnelle et s'y projettent-ils ? Quels sont les scénarios possibles ?

Objet et terrain de recherche

Un objet de recherche a pour objet de poser une question « traduisant le projet de connaissances » du chercheur (Allard-Poesi & Maréchal, 2007, 2011). La question de recherche évolue dans le temps et prend forme sous l'effet de la littérature, puis de la confrontation du chercheur aux dires des acteurs, de ce qu'ils comprennent de leur réalité et comment ils l'interprètent. L'objet de recherche « apparaît donc comme un processus fait d'allers-retours » (Allard-Poesi & Maréchal, 2007, 2011).

Il s'agit dans notre processus de construction de comprendre les interactions entre un objet théorique représenté par le concept de « la coordination » et un objet plus empirique « de plus en plus visible » la coordination et le sujet incarnant cet objet : le coordinateur.

Notre recherche a pour environnement le micro monde des acteurs du système de santé. Ce niveau correspond au terrain de la personne malade ou en situation de vulnérabilité entourée d'un ensemble de professionnels de santé ou du travail social interagissant auprès d'elle dans des objectifs de soins, d'accompagnement, de prévention. La recherche est centrée sur les professionnels de santé coordinateurs, mais aussi les coordinateurs non issus des professions de santé. Elle prend en compte le maximum d'interactions et en fait une traduction interprétative. Elle s'attache à comprendre comment le système de santé et ses différents acteurs se comportent vis-à-vis d'eux quand ils incarnent une problématique de coordination.

Objectifs de la recherche

Notre thèse a pour principal objectif de contribuer à la compréhension des comportements des acteurs dans la problématique d'appropriation du rôle émergent de coordinateur ainsi que des pratiques professionnelles qui s'y réfèrent. L'intérêt de notre recherche est de pouvoir contribuer sur le plan théorique, méthodologique et dans le champ du management stratégique des ressources humaines.

Un intérêt théorique : Notre démarche de recherche s'appuie sur deux concepts issus de la théorie néo institutionnelle dans son courant sociologique. Le travail autour de l'acteur est porté par l'approche comportementale pragmatique liée au concept de futurité '*futurity*' proposé par Commons (1934 ; 1990) : '*Indeed, it may be said that man lives in the future but acts in the present*' (p.84) traduit par Gislain (2002) comme suit : « L'homme vit dans le futur et agit au présent ». Le travail portant sur le rôle de l'acteur dans le processus de théorisation s'appuie sur le concept du travail institutionnel et plus précisément sur le processus de théorisation visant à conceptualiser les pratiques et les rôles (de coordinateur) dans l'objectif de les faire adopter par l'institution de la santé. Notre thèse se fonde sur des ressources théoriques appartenant à la sociologie, néanmoins elle reste conforme aux axes de recherche en sciences de gestion du laboratoire auquel nous sommes rattachés (Thème III de recherche : Comportement organisationnel et postures managériales)². L'intérêt théorique de notre recherche est de contribuer à l'enrichissement du concept du travail institutionnel en explorant les liens dynamiques existant entre les pratiques de création déployées par les acteurs et leurs stratégies d'engagement individuelles puis collectives. Nous traduisons la mise en œuvre de ces pratiques et des stratégies individuelles comme une forme de travail au sens de l'intentionnalité et de l'effort tourné vers l'avenir et « centré sur une refonte consciente et stratégique des situations sociales » selon Lawrence, Suddaby et Leca (2011). Il s'agit donc bien d'agir individuellement puis collectivement au présent pour préparer une forme de futur idéalisé et stable que serait un métier de coordinateur autonome et reconnu. Cette application du concept de travail institutionnel à la compréhension des stratégies individuelles puis collectives déployées dans le cadre innovant des métiers émergents doit permettre une application au champ du management stratégique des ressources humaines.

Un intérêt méthodologique : Selon Quivy et Van Campenhoudt (1995), une recherche en sciences sociales (...) permet de saisir les contraintes et les logiques qui déterminent une situation ou un problème, elle permet de discerner la marge de manœuvre des « acteurs sociaux » et elle met au jour les enjeux de leurs décisions et de leurs rapports sociaux. « En cela, elle interpelle directement l'avenir et acquiert une dimension prospective, mais il ne s'agit pas de prévision au sens strict du terme » (p. 32, 33).

² <http://recherche.unicaen.fr/ea-969-normandie-innovation-management-entreprise-consommation-nimec--212235.kjsp>.

Notre recherche a cet objectif d'enrichir la méthode Prospective Métiers en l'adaptant au contexte actuel de l'évolution des métiers dans la santé et plus particulièrement aux métiers émergents dont le statut est caractérisé par l'incertitude. La méthode Prospective Métiers (PM) (Boyer & Scouarnec, 2009) permet dans son parcours en quatre étapes d'investiguer l'environnement innovant singulier aux métiers émergents « Les acteurs se servent des contextes qui les entourent pour mettre en œuvre leur stratégie. Boyer et Scouarnec (2009) (p.71) soulignent qu'alors “ces contextes deviennent à leur tour partie prenante dans la création organisationnelle, en agissant comme ressources ou en ayant des effets structurants” (Pettigrew, 1990). Nous notons que l'approche qualitative de la PM est cohérente avec la démarche de recherche recommandée par Lawrence et Suddaby (2006). Une des originalités de la PM est de s'inscrire dans une démarche de consensus dont nous avons fait un objectif au moins en pouvant proposer une échelle d'évaluation sur la capacité des propositions à faire consensus.

Un intérêt dans le champ du management des ressources humaines : Ainsi que nous l'avons mentionné notre démarche de recherche est motivée par le désir de contribuer non seulement à l'enrichissement du concept de travail institutionnel. Elle a aussi pour objectif de pouvoir proposer à l'ensemble des acteurs décideurs et aux différentes parties prenantes (Fédérations, ordres professionnels, branches professionnelles des secteurs publics et privés) des éléments “forts” de compréhension des contextes et des comportements d'acteurs en situation d'exercice de métiers émergents.

Architecture initiale de la recherche

Nous exposons dans cette partie la démarche générale de construction de notre recherche ainsi que les choix méthodologiques opérés. Nous produisons en conclusion de cette introduction générale un plan de la thèse.

Démarche générale de construction

Selon Savall et Zardet (2004) la démarche heuristique d'une recherche évolue avec son objet. Un noyau dur se constitue et s'actualise tout au long de la recherche autour d'outils que sont la problématique, l'hypothèse centrale (qui correspond à une proposition de réponse à la problématique [Savall et Zardet, 2004, p.268]), un fil conducteur et un corps d'hypothèses (p.267). La collecte d'informations auprès des acteurs permet la génération de nouvelles hypothèses et conduit à des réajustements de ces outils ou qui valident les hypothèses et sous-hypothèses (p.198).

Faisant suite à la problématique que nous avons préalablement envisagée et décrite dans la présentation de la recherche, nous présentons l'hypothèse centrale suivante :

Dans un contexte institutionnel où les acteurs coordinateurs travaillent dans un flou (p.ex. formation, autonomie, évolution professionnelle) quant à leur statut professionnel il convient de réaliser un état des lieux et de proposer des scénarios possibles d'évolution des métiers de la coordination aux acteurs concernés (coordinateurs, dirigeants institutionnels managers, responsables RH).

À partir de cette hypothèse centrale nous mobilisons comme fil conducteur la démarche de la PM que nous introduisons par cette question :

La démarche proposée par la prospective métier permet par son approche contextuelle et son approche compréhensive des acteurs de la santé, de préciser les contours et les caractéristiques singulières du métier de coordinateur aujourd'hui qualifié au mieux de fonction de coordination.

Le corps d'hypothèses est défini par Savall et Zardet (2004) (p.273) comme une arborescence permettant de développer l'hypothèse centrale en thèmes. Chaque thème est lui-même accompagné d'une hypothèse descriptive, explicative et prescriptive.

Dans le cadre de notre recherche les thèmes qui déclinent l'hypothèse centrale sont les suivants :

- **Thème 1** : La complexité du système de santé français est à l'origine de ses cloisonnements et des besoins de coordination.

Tableau 1. *Hypothèses descriptive, explicative et prescriptive du 1^{er} thème (Corps d'hypothèses)*

Hypothèses		
Descriptive (Quoi ?)	Explicative (Pourquoi ?)	Prescriptive (Comment ?)
L'organisation du système de santé français est complexe. Cette complexité se traduit dans les parcours de soins qui sont fragmentés, hétérogènes et individuellement non linéaires sur un même territoire. Les effets de cette complexité se retrouvent dans les différentes séquences de soin y compris dans les processus plus techniques.	Intrinsèquement l'organisation actuelle du système de santé français est cloisonnée et génère cette fragmentation avec une médecine différenciée ville/hôpital, et trois secteurs ou champs que sont le sanitaire, le médico-social et le social. Le développement structurel de l'ensemble des processus (dans le système et, y compris dans les parcours de soins) et	Les acteurs de santé avec les différentes parties prenantes doivent se coordonner dans les territoires. Cette coordination suppose la reconnaissance partagée des pratiques actuelles et la formation à la pluridisciplinarité et à la transdisciplinarité au niveau des exercices individuels mais aussi au travail collaboratif et à la

l'appréhension de l'incertitude rendent plus difficile la prise de décision consensuelle chez les acteurs de soins et créent chez eux un fort sentiment de dissociation entre leurs valeurs, la qualité de leurs soins et les exigences normatives comme la cohérence des moyens alloués.	coopération à l'échelle des territoires entre les organisations (p.ex. Relations entre les GHT et les CPTS).
---	--

- **Thème 2** : Les mutations sociales, épidémiologiques, démographiques et technologiques amènent à des innovations qui impactent les différents acteurs du système de santé.
 - o Sous-thème 2.1 : mutations de l'environnement général externes et ayant des impacts sur le fonctionnement du système de santé (dont l'organisation des soins) et les représentations sociales des professions de santé dans la population.
 - o Sous-thème 2.2 : mutations internes du système de santé générant les tensions (éthique soignante, sociales, qualité et performance) ses besoins d'adaptation (courant de réformes) et les innovations structurelles, technologiques et amenant aux nouveaux métiers dans la santé.

Tableau 2. *Hypothèses descriptive, explicative et prescriptive du 2nd thème (Corps d'hypothèses)*

Hypothèses		
Descriptive (Quoi ?)	Explicative (Pourquoi ?)	Prescriptive (Comment ?)
Les évolutions de l'environnement externe et interne au système de santé français ont des conséquences importantes sur sa capacité à répondre aux différents enjeux de santé publique mais aussi économiques, sociétaux et technologiques.	Les évolutions de l'environnement interne encadrées par un courant de réformes du système de santé français et leurs conséquences dans les organisations génèrent des innovations pour lesquelles des besoins en compétences nouvelles sont à reconnaître dans les parcours de formation.	Les conséquences et les nouveaux besoins suscités par ces mutations génèrent des processus de soins de plus en plus spécifiques, réclamant des compétences <i>ad hoc</i> dépassant le cadre actuel des référentiels de compétence des professions de santé et/ou du social.

- **Thème 3** : La reconnaissance par l'institution de la santé des pratiques de coordination et les rôles émergents de coordinateurs est encore floue dans l'ensemble de ces organisations.

Tableau 3. *Hypothèses descriptive, explicative et prescriptive du 3^{ème} thème (Corps d'hypothèses)*

Hypothèses		
Descriptive (Quoi ?)	Explicative (Pourquoi ?)	Prescriptive (Comment ?)

<p>Le métier de coordinateur ou les métiers de la coordination sont aujourd'hui difficilement reconnus par les acteurs traditionnels du soin et les différentes instances institutionnelles (État, branches professionnelles, ordres et syndicats professionnels) comme des entités à part entière. Pourtant des parcours de formation de coordinateur existent aujourd'hui ouverts aux non professionnels de santé ou du social.</p>	<p>Le courant portant sur les nouveaux métiers dans la santé n'envisage pas la coordination comme un métier et en l'état les différentes instances restent dans une logique plutôt statique attribuant à la coordination, aux pratiques et aux rôles qui la spécifient et l'incarnent le statut de fonction rattachée à un métier de la santé ou du social.</p>	<p>L'ensemble des acteurs et des parties prenantes doivent pouvoir reconnaître les enjeux institutionnels de la coordination et de l'émergence des métiers qui s'y rattachent. Une approche par le travail institutionnel et en particulier par le processus de théorisation (au sens de conceptualiser ou théoriser les pratiques existantes) peut être mise en œuvre pour démythifier et rendre objectif le travail de coordination quel que soit le contexte (au travers des pratiques et des rôles).</p>
---	---	--

En synthèse de la présentation de notre recherche et de son architecture nous proposons un premier cadre de réponses aux questions suivantes préconisées par Quivy et Van Campenhoudt (1995; 2017; Van Campenhoudt, Marquet, & Quivy).

Tableau 4. *Questions préalables dans une recherche selon Quivy et Van Campenhoudt (1995)*

Questions	Réponses apportées en 1 ^{ère} intention
Quelle est la nature du projet ?	La phase initiale dite de rupture par rapport aux idées préconçues selon Quivy et Van Campenhoudt (1995) explore la coordination dans l'environnement spécifique du système de santé par la littérature. Puis, toujours dans cette même phase elle propose dans un second temps une exploration à visée descriptive de ceux qui incarnent cette coordination : le coordinateur en différentes situations. Selon la recommandation de Quivy et Van Campenhoudt, cette partie sera réalisée avec des acteurs de plusieurs catégories (Chercheurs, représentants de l'action publique, publics bénéficiaires et enfin acteurs coordinateurs).
Est-ce une recherche de contenu, de processus ou est-elle mixte ? (Grenier & Josserand, 2007, 2011)	La recherche est mixte dans la mesure où nous nous attachons à décrire le contenu (revue de littérature) puis, dans une démarche exploratoire nous souhaitons accéder au terrain en rencontrant des acteurs de soin "coordinateurs". La deuxième partie de la recherche cherchera à comprendre le "comportement de l'objet dans le temps" (Grenier & Josserand, 2007,2011). Elle nécessite une approche prospective. Il s'agit d'une part de recueillir la réalité des coordinateurs, comment ils vivent leur fonction, l'impact sur leur identité professionnelle puis d'autre part de recueillir leur analyse de leurs devenirs possibles.
Quelle démarche est envisagée ?	La démarche consiste à explorer la réalité sociale et professionnelle des acteurs "coordinateurs" dans leur espace de travail. Il convient d'interroger les acteurs afin de retenir les éléments de consensus permettant de comprendre comment ils s'engagent dans leurs rôles émergents et acquièrent ou idéalisent les pratiques professionnelles.
Quel type de présence sur le terrain ?	La présence du chercheur comme ex-acteur dans la coordination sur le terrain est une réalité. L'interaction entre le chercheur et le terrain pose le problème de proximité du chercheur avec son objet de recherche et les acteurs de terrain auquel il appartient. Le travail avec la direction de thèse permet un recadrage fréquent. La méthodologie exploratoire est essentiellement abductive et dépend étroitement du modèle d'analyse imposé par le cadre de la prospective des métiers permettant de "contrer" au moins pour partie la sensibilité du chercheur à l'objet de recherche.
Quel cadre théorique/conceptuel est pertinent ?	Exploration hybride (Théorique et empirique) (Charreire Petit & Durieux, 2007, 2011) (p.59, 72 et 73). La pratique de théorisation définie dans le concept du travail institutionnel par Lawrence et Suddaby (2006) offre un cadre possible au raisonnement où l'action du coordinateur est étroitement liée à l'institution.
Quel est le cadre épistémologique ?	La démarche de recherche se situe dans le paradigme épistémologique interprétativiste. L'objet de recherche est un construit. La production de connaissance repose sur la compréhension du sens que les acteurs donnent à leur action en s'attachant à décrire le plus objectivement les statuts professionnels, les comportements et les ressentis des acteurs rencontrés dans leurs expériences de coordination. "La justification de la validité d'une interprétation exige d'en donner une description épaisse..., de montrer qu'elle fait bien consensus auprès des acteurs participant à cette expérience vécue, et qu'elle correspond effectivement à ce que les acteurs font (et pas seulement à ce qu'ils disent qu'ils font) (Gavard-Perret, Gotteland, Haon & Jolibert, 2012) (p.43).

Plan de la thèse

La thèse est composée de deux parties. La première, à partir des trois thèmes envisagés ci-dessus, a pour objectif de faire une présentation de l'institution de la santé en France (Chapitre I), de faire un état des mutations auxquelles cette institution est confrontée, mais aussi qui la pousse à innover (Chapitre II). Puis de centrer notre sujet sur les rôles émergents de coordinateurs et les pratiques de coordination dans la santé (Chapitre III). Nous introduisons dans ce chapitre la grille de lecture fournie par la recherche sur le concept de travail institutionnel.

La synthèse de cette première partie fait état de trois principaux constats:

- **Une complexité du système de santé français attestée dans la littérature et dans les faits. Cette complexité interroge sur ses effets potentiels dans l'évolution des métiers de la santé.**
- **En réponse aux mutations, le système de santé et ses organisations adoptent et s'adaptent par une stratégie de changement basée sur des expérimentations. Cette stratégie appelle à une compréhension de ses impacts possibles sur les métiers historiques de la santé (en termes de reconfiguration ou d'émergence).**
- **L'émergence d'un métier de coordinateur est pressentie par une prolifération des postes au sein de beaucoup d'organisations de la santé (tous champs concernés). Cette émergence est encore floue dans les organisations qui l'envisagent comme une fonction. Elle traduit plusieurs réalités concernant l'exercice de ce(s) métiers dans des contextes très différents et questionne pour une meilleure connaissance des acteurs coordinateurs, de leurs pratiques, de leurs rôles au quotidien et, enfin de leurs conceptions quant aux futurs possibles dans ce(s) métier(s) de la coordination.**

La problématique initiale qui résulte de ces constats nous permet de proposer la question de recherche suivante et un schéma représentatif de notre raisonnement.

Comment les acteurs coordinateurs travaillent et imaginent les futurs possibles de la coordination pour faire adopter leurs métiers émergents par l'institution française de la santé ?

La deuxième partie constitue la phase exploratoire de notre recherche sur le terrain. Elle est constituée de trois chapitres : Le chapitre IV présente la méthodologie de la recherche avec le

positionnement épistémologique soutenu, une description de la méthode PM avec l'élaboration de scénarios et enfin nous faisons part des critères de validité et de fiabilité des résultats. Le chapitre V est consacré aux procédures de collecte des données puis à leur analyse. Le chapitre VI présente les résultats de notre analyse empirique qui sont repris au sein d'une discussion sur les apports théoriques, méthodologiques et managériaux.

Dans la synthèse de cette deuxième partie, nous mettons en perspective nos résultats avec notre question de recherche. Nous avons pu faire ressortir de nos analyses cinq composantes (Quatre profils types de coordinateurs, des variables clés externes et internes à l'environnement de travail des coordinateurs, un état des conflits institutionnels potentiels et un aperçu des tendances en 2020). Ces composantes nous ont permis de présenter quatre scénarios :

- Le plafond de verre de la fonction de coordination ;
- La reconnaissance du métier de coordinateur ;
- La création d'une communauté professionnelle de coordinateurs ;
- L'évolution vers la coordination 3.0.

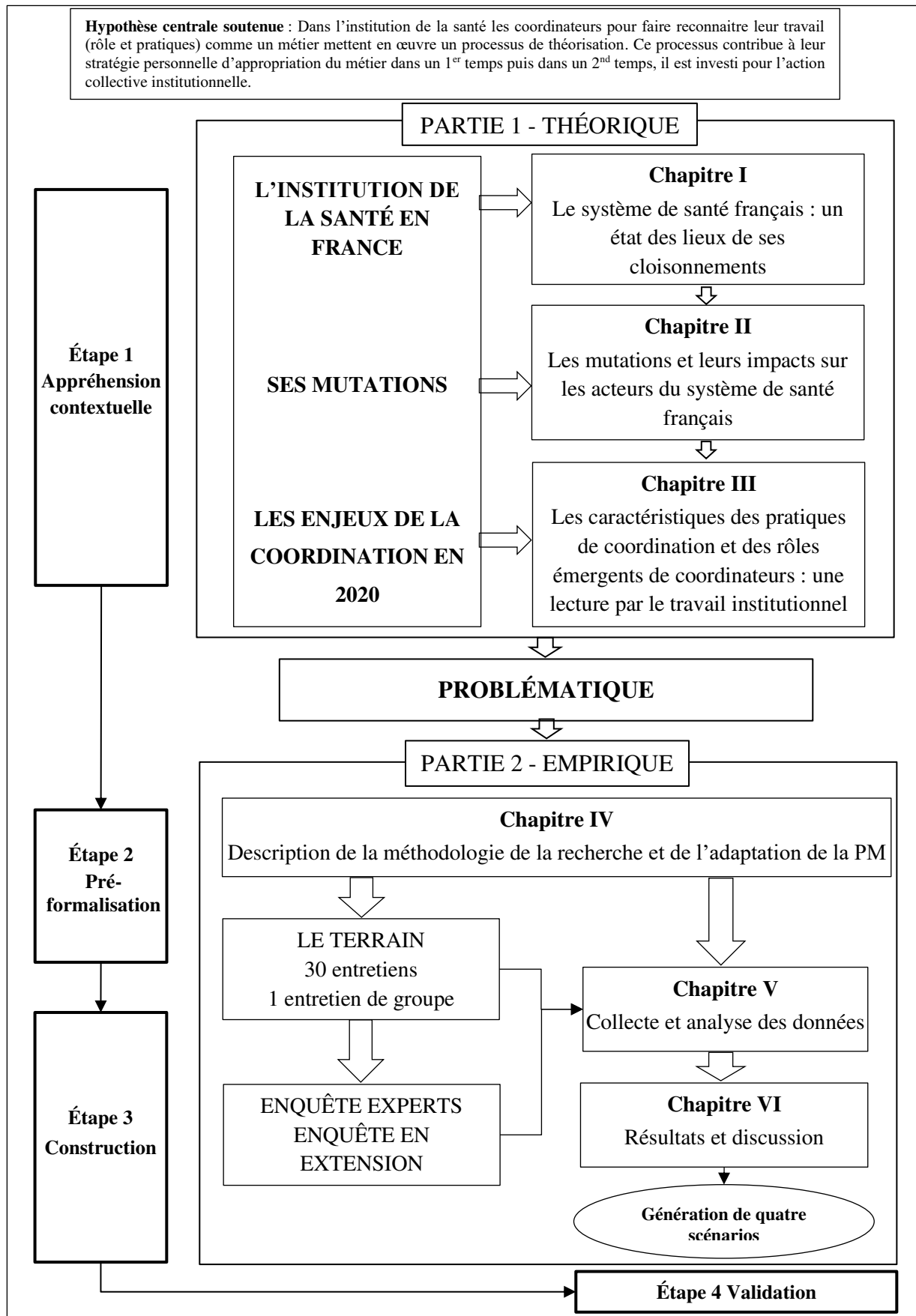


Figure 1. Plan de la thèse : Hypothèse centrale, enchaînement des six chapitres et cheminement de la PM.

**PREMIÈRE PARTIE – L’INSTITUTION DE LA SANTÉ
EN FRANCE, SES MUTATIONS, LES ENJEUX DE LA
COORDINATION EN 2020**

Introduction 1^{ère} partie

La première partie de ce travail de thèse est consacrée à la présentation générale du système de santé français, des mutations auxquelles il est confronté et enfin du cadre conceptuel des métiers émergents de la coordination. Elle correspond à l'étape d'appréhension du contexte de notre sujet en réalisant un état de l'art à partir de la littérature. Cette partie a pour objectif de rendre plus formel notre objet d'étude dans une perspective de cohérence avec notre méthodologie de recherche fondée sur la méthode Prospective Métiers (PM). Elle se compose de trois chapitres.

Le chapitre 1 présente la santé formant en elle-même une institution sociale structurée en système avec ses organisations, ses pratiques sociales, son ensemble de règles, de normes, de codes culturels et de valeurs éthiques.

Le chapitre 2 cherche à faire un état des lieux des principales mutations externes et internes qui ne sont pas seulement contraignantes, mais aussi génèrent des innovations organisationnelles et technologiques avec une incidence forte sur l'écologie des métiers traditionnels de la santé. Les mutations concourent aussi à l'accroissement de la complexité du système dont les cloisonnements sont une des conséquences et conduisent aux dysfonctionnements de communication délétères à la performance du système. Un des effets des mutations s'observe dans l'apparition de besoins en nouvelles fonctions organisationnelles et l'autre effet dans le besoin de formation à de nouvelles compétences nécessaires et en lien avec les innovations technologiques. Ces deux effets génèrent l'apparition de métiers émergents dont celui de la coordination qui forme l'objet de notre recherche.

Le chapitre 3 s'attache à présenter les caractéristiques des pratiques de coordination et des rôles hétérogènes émergents de coordinateur. Une première section décrit le concept de métier émergent et la pertinence sinon l'intérêt d'envisager son étude à la lecture du travail institutionnel. Dans une seconde section, nous rapportons le flou persistant des définitions possibles du concept de coordination. La troisième section est descriptive des pratiques de coordination. Puis dans une dernière et quatrième section, envisageons une première typologie des acteurs coordinateurs et évoquons la caractéristique de leur légitimité d'action.

Chapitre I – Le système de santé français : un état des lieux de ses cloisonnements

Plan

Introduction

1.1. Le système de santé français et son environnement

1.1.1. La santé : une institution

1.1.2. Les concepts de santé, de maladie et de handicap

1.1.3. Le cadre général d'organisation des systèmes de santé

1.1.4. Les modes de financement du système

1.1.5. La santé : une institution marquée par la complexité

1.2. Le système de santé français

1.2.1. Les angles d'approche et les niveaux d'analyse possibles du système de santé français

1.2.2. L'organisation générale du système de santé français

1.2.3. L'organisation des soins dans les territoires

1.3. Les acteurs du système de santé français

1.3.1. Les professions de santé, acteurs de coordination dans le système de santé

1.3.2. Le patient et l'évolution de son statut comme acteur de sa santé

Synthèse

Introduction

Ce premier chapitre porte sur le système de santé français. Avant de l'aborder, nous présentons premièrement les concepts d'institution de la santé et nous décrivons son environnement en apportant des éléments communs aux systèmes de santé les plus couramment décrits dans la littérature internationale. Puis, deuxièmement, nous nous centrons sur le système de santé français et ses principales caractéristiques organisationnelles. Enfin et troisièmement, nous faisons un focus sur les acteurs animant le système de santé français.

Le thème de la santé et ce qu'elle représente comme institution avec son organisation et son système d'organisations sont en constante évolution. Nous nous sommes appliqués à maintenir une veille rapprochée sur l'ensemble des données officielles et sur l'évolution des textes officiels.

1.1. L'institution de la santé et son environnement

La santé est un concept polysémique, mais avant tout une préoccupation majeure pour les nations qui l'organisent en système pour répondre aux besoins des populations. La santé forme en elle-même une institution et nous nous attachons dans une première sous-section à définir l'institution et les rapports qu'elle suppose. La deuxième sous-section précise les concepts liés à la santé comme la maladie et le handicap qui, in fine, vont aussi donner un sens, des objectifs à cette institution et à son système. La troisième sous-section présente le cadre général d'organisation communs aux différents systèmes de santé. La quatrième sous-section aborde les modes de financement et la cinquième sous-section rend compte de l'origine de la complexité dont les systèmes de santé sont souvent qualifiés.

1.1.1. La santé : une institution

Le concept d'institution est adapté, compris, voire orienté selon les champs disciplinaires des auteurs et la problématique ou l'objet à traiter (Blanc, 2012). Pourtant il est régulièrement convoqué comme cadre de compréhension dans les rapports entre l'acteur, l'action et l'organisation dans la mesure où « classiquement, les institutions représentent des ensembles relativement stables de pratiques, de règles ou normes, habilitant ou contraignant ces mêmes acteurs dans toutes leurs actions (Giddens, 1984). La vision classique de la théorie institutionnelle envisage que l'institution oriente les comportements de ses acteurs par ces pratiques (sociales), règles et normes (March & Olsen, 1998 ; Scott, 2013). Moos et Dear (1986)

montrent ainsi une synthèse des rapports entre les acteurs et l'institution par ces pratiques chez Thrift et Gregory (1981).

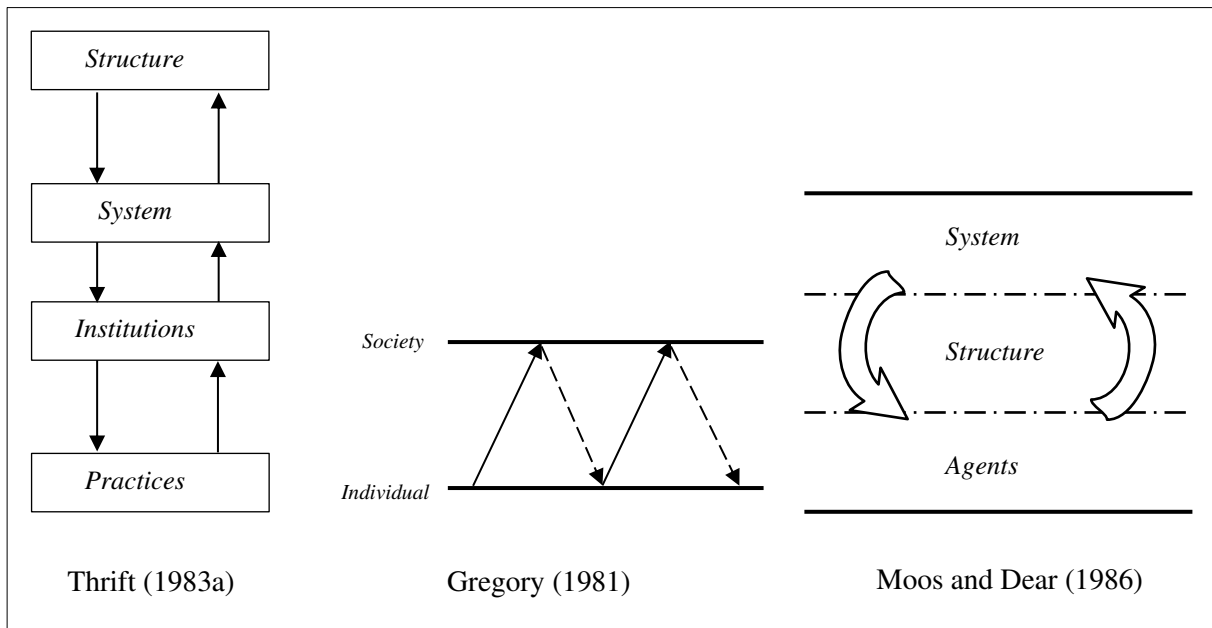


Figure 2. Représentations de la théorie de la structuration selon Moos et Dear (1986).

Les définitions sont nombreuses et montrent ainsi les multiples facettes de l'institution (Scott, 2013) p.57. Selon Scott (2013) les institutions, sont constituées "d'éléments régulateurs, normatifs et cognitifs" (que Scott associe à la dimension culturelle). Ces éléments "piliers" de ce que représentent les institutions selon Scott (2013) apportent de la stabilité et du sens à la vie sociale. Lawrence et Suddaby (2006) ont remis en cause cette vision statique et plutôt descendante des rapports entre l'institution et les acteurs et se rapprochent de la définition de Jepperson (1991) qui considère plutôt les institutions telles des ensembles modélisateurs soutenus par des mécanismes de contrôle spécifiques des séquences d'interactions ». Du point de vue de Lawrence et Suddaby (2006) « les institutions sont le produit d'actions spécifiques entreprises par les acteurs pour les reproduire, les modifier et les détruire (p.216) ».

Le fait de considérer la santé comme institution doit être rapproché du concept de système social défini par Giddens (1984) qui l'envisage comme un ensemble constitué lui-même de sous-ensembles organisés eux-mêmes par un corpus de règles. Giddens souligne qu'un même système est rarement homogène et se caractérise par une variabilité importante dans son fonctionnement et son développement à la fois dans le temps (Histoire) et dans l'espace (Territoire géographique).

La santé en tant qu'institution constitue l'environnement et le contexte où empiriquement on constate la traduction de ces sous-ensembles par une stratification (Smets & Jarzabkowski, 2013) dans l'institution de la santé (Macro = nationales, méso = décentralisées, intermédiaires et micro = locales). Les professions de santé organisées en système constituent en elle-même une institution sous-ensemble (Freidson, 1986) (Abbott, 1988) (Hughes, 1937) de l'institution de la santé.

1.1.2. Les concepts mobilisés en santé et le cadre commun d'organisation des systèmes de santé avec leur mode de financement

Dans cette sous-section, nous présentons premièrement le concept de santé et les concepts « périphériques » comme la maladie et le handicap. Deuxièmement nous présentons les éléments communs constitutifs de l'organisation des systèmes de santé. Troisièmement nous apportons les éléments communs dans les modes de financement des systèmes de santé.

Les concepts de santé, de maladie et de handicap

En 1946, la conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 donne une définition de la santé qui sera adoptée et figurera en préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2009) entrée en vigueur le 7 avril 1948. « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* ».

Le concept de la santé est difficilement contenu par cette définition et offre selon les pays, leurs histoires, leurs cultures, religions, etc. des variations importantes dans l'appréciation de ce que seraient les concepts ou construits subséquents de bien-être, de « bonne santé », de maladie, de handicap et de « bonne mort ». Elle forme une institution avec la maladie (Dufresne, Dumont & Martin, 1985). Laplantine (1993) et Corin (1985) définissent le concept de santé par les modèles ou paradigmes scientifiques (p.ex. le modèle biomédical) ou non et qui ont prévalu ou prévalent encore dans l'histoire d'une civilisation. La conception populaire de la santé n'est pas uniforme et s'apparente à un ensemble de croyances.

La normalisation de la santé avec la création de l'OMS (WHO) se traduit par une intégration au niveau des politiques de santé (WHO, 2010) avec finalité recherchée une complétude de l'état de santé. Elle repose sur un ensemble de recherches et de progrès constants visant à diminuer la souffrance de l'Homme. Il s'agit alors de prétendre et d'avoir pour objectif de

parvenir collectivement à cet autre concept qu'est le Bien-Être, puis d'atteindre enfin cet autre état ultime et également partagé de ce que serait le bonheur pour tous.

« Comme si la santé parfaite n'était pas un concept normatif, un type idéal ? En toute rigueur, une norme n'existe pas, elle joue son rôle qui est de défavoriser l'existence pour en permettre la correction. Dire que la santé parfaite n'existe pas c'est seulement dire que le concept de santé n'est pas celui d'une existence, mais d'une norme dont la fonction et la valeur sont d'être mise en rapport avec l'existence pour en susciter la modification. Cela ne signifie pas que santé soit un concept vide. ». (Canguilhem, 1966, 2013) p.53

En 1986 la conférence d'Ottawa (Promotion de la santé - Charte d'Ottawa, 1986) fixe la promotion de la santé comme priorité. Le concept de la santé évolue, elle n'est plus seulement un état ni même un but ; elle est alors considérée et perçue comme une ressource.

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. » (OMS 1986)

Cette définition de la santé liée au concept plus systémique du bien-être donne une vision dite perceptuelle de la santé qui pour être « complète » doit intégrer au volet physique et psychique du soin « *cure and care* ». La prise en charge de l'état de santé de l'individu comme de la population comme politique publique n'est plus seulement une réponse corrective, mais bien une réponse globale à un ensemble de problématiques de vie. D'autres déterminants sociaux sont nécessaires pour comprendre les inégalités sociales et donc les problèmes de santé publique. Ceci afin d'élaborer une politique publique (Corin, 1985), de créer des milieux favorables à la santé, de renforcer les actions communautaires, de permettre l'acquisition de comportements individuels sains et enfin d'orienter les différents acteurs, dont les acteurs en santé (Goldberg, Melchior, Leclerc & Lert, 2002)

Les concepts de maladie, d'état de déficience et la situation de handicap « enserrent » le concept de santé. Ils s'opposent à la santé (comme norme ou état de normalité sociale) (Canguilhem, 1966, 2013). La maladie empêche l'individu de s'acquitter de ses fonctions et de ses obligations courantes. Cette définition est large et dans un grand nombre de cas elle nécessite le recours à un service de santé.

« Nous pensons avec Leriche que la santé c'est la vie dans le silence des organes, que par suite le normal biologique n'est, comme nous l'avons déjà dit, révélé que par des infractions à la norme et qu'il n'y a de conscience concrète ou scientifique de la vie que par la maladie. » Canguilhem (1966, 2013) p.232

Le modèle médical dit « pastorien » présente des limites car il ne traduit pas l'ensemble des problèmes et des besoins en soins qu'un individu ou un groupe populationnel peut nécessiter hors du traitement médical d'une maladie ou même simplement d'un besoin de soin. Ce modèle se fonde sur le concept de la maladie représenté par une séquence :

Étiologie→pathologie→manifestation.

Autrement dit selon Henrard (1988) « la maladie relève d'une cause précise, génératrice de symptômes et de signes dont la synthèse aboutit à un diagnostic ». Ce modèle est dominant dans l'esprit des professionnels de santé et au sein de la population. Le traitement, dès lors qu'il est accessible et spécifique, est curatif et la guérison semble *a fortiori* le résultat attendu du modèle biomédical (Laplantine, 1986).

Wood et Badley (1978) développent une séquence plus en accord avec la complexité du concept de maladie et surtout objectivent les différentes conséquences ou expressions qu'elle peut induire dans la chronicité :

Maladie→déficience→incapacité→désavantage (handicap).

Une déficience peut être définie comme « une perte de substance ou une altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique » (Classification Internationale des Handicaps, OMS, 1980). La déficience représente l'expression clinique de la maladie en mettant en évidence les troubles organiques.

Une incapacité résulte de la déficience. Elle représente « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » (Classification internationale des handicaps, 1988). Elle est l'expression fonctionnelle de la maladie suite à la déficience.

La situation de handicap ou le désavantage social est « un préjudice pour un individu résultant de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle

considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels » (Classification Internationale des Handicaps, OMS, 1980).

La révision globale du modèle du fonctionnement et du handicap (CIF) (WHO, 2001) propose un modèle global mettant les concepts en interaction, leurs impacts potentiels sur l'activité et *in fine* les approches positives de la capacité ou du potentiel à participer socialement ou une approche plus négative du handicap vu comme un désavantage socialement rédhibitoire (Levasseur, Desrosiers & Tribble, 2007).

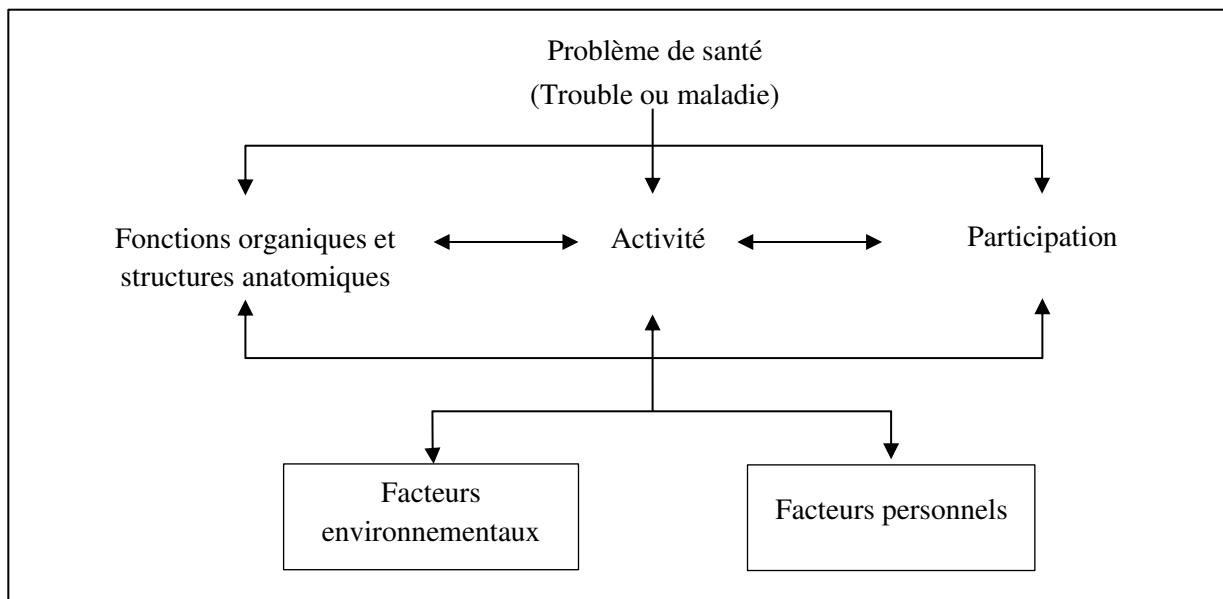


Figure 3. Interactions entre les composantes de la CIF (WHO, 2001) p.19.

Le cadre général d'organisation des systèmes de santé

Selon l'OMS³ « un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative. ».

On peut considérer un système de santé comme un sous-ensemble ou sous-système des grands systèmes (ou ensembles) constitutifs et représentatifs d'un État tels que la politique, le social, l'enseignement et l'éducation, la culture, l'économie de référence, les principes fondateurs du droit, le concept de justice.

³ http://origin.who.int/topics/health_systems/fr/

Le concept d'organisation de la santé fait référence à un système coordonnant un ensemble d'acteurs plus ou moins historiques et/ou de parties prenantes. L'hôpital comme institution fonctionnant dans l'imagerie populaire avec son médecin (son chirurgien), sa « surveillante ou infirmière en chef », son infirmière, son aide-soignante, ses filles et garçons de salle typifie sommairement la notion de bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982) (Glouberman & Mintzberg, 2001). La compréhension du champ organisationnel a évolué avec les travaux des chercheurs en sciences humaines et sociales selon Cherba et Vasquez (2012). Ces auteures relèvent dans la littérature que l'organisation hospitalière a été qualifiée de pluraliste ou d'anarchies organisées (Denis, Langley & Cazale, 1995) en comprenant que l'hôpital est composé d'un ensemble de services formant autant d'entités particulières au comportement quasi clanique, ou encore comme organisations hautement fiables telles les services d'urgence, les blocs opératoires (Weick, 1995, 2001; Weick & Roberts, 1993; Weick & Sutcliffe, 2003; Weick, Sutcliffe & Obstfeld, 1999, 2008); et hautement techniques '*technologically dense environment*', concept développé par Bruni (2005); Bruni, Pinch & Schubert, 2013).

Selon Murray et Frenk (2000), le principe moteur qui doit animer un système de santé est l'éthique et les objectifs et mise en actes corollaires à ce principe visent à l'amélioration de la santé de la population, l'amélioration de sa réactivité, sa réactivité dans sa stratégie de financement et enfin une « équité attendue » dans la distribution des états de santé.

Dès la fin du XVIII^e siècle à la faveur de la conception humaniste des Lumières la prise en charge de la maladie puis progressivement du handicap intègre les missions souveraines de l'État au sens de la protection sociale et providentielle des populations. Dans ce cadre, l'État met en place et gère sa propre politique de santé et son système de santé de manière exclusive par la loi et le cadre réglementaire.

Selon Louart (1996), « *il n'est pas possible, pour un objet complexe, de s'en tenir à un seul cadre explicatif* » et « ce sont souvent les explications locales qui caractérisent le mieux la spécificité de certaines configurations organisationnelles ». Les dynamiques professionnelles, selon Bercot (2006) affectent positivement ou négativement les processus organisationnels intra et extrahospitaliers.

Les modes de financement du système

Nous présentons dans cette sous-section le processus de création des ressources nécessaires à la production de soins. La création de ressources par le système de santé et, *in fine*, sa

performance, dépendent étroitement des politiques économiques (Bras, 2016). La question du coût de la santé alimente le débat sociétal concernant la qualité ressentie du service rendu à l'utilisateur comme à l'ensemble de la population (p. ex. l'accessibilité aux services d'urgence, de maternité, etc.) et la réalité du « reste à charge » pour les ménages. Plus globalement cette question interroge sur la capacité du politique à résoudre l'équation « coût-efficacité » et sur la capacité propre au système de santé à s'adapter non seulement aux contraintes économiques, aux nouveaux défis technologiques mais aussi à s'améliorer qualitativement. La capacité du système à former des professionnels, à développer leurs compétences et à considérer les acteurs professionnels de santé comme la valeur fondamentale et intangible.

La santé représente l'un des postes de dépenses les plus importants dans les finances publiques des pays (France : Dépenses en santé en pourcentage du PIB, 2018 : 11,2 % (OCDE, 2019)). Kutzin (2000) a proposé un modèle général d'organisation des systèmes de financement de la santé.

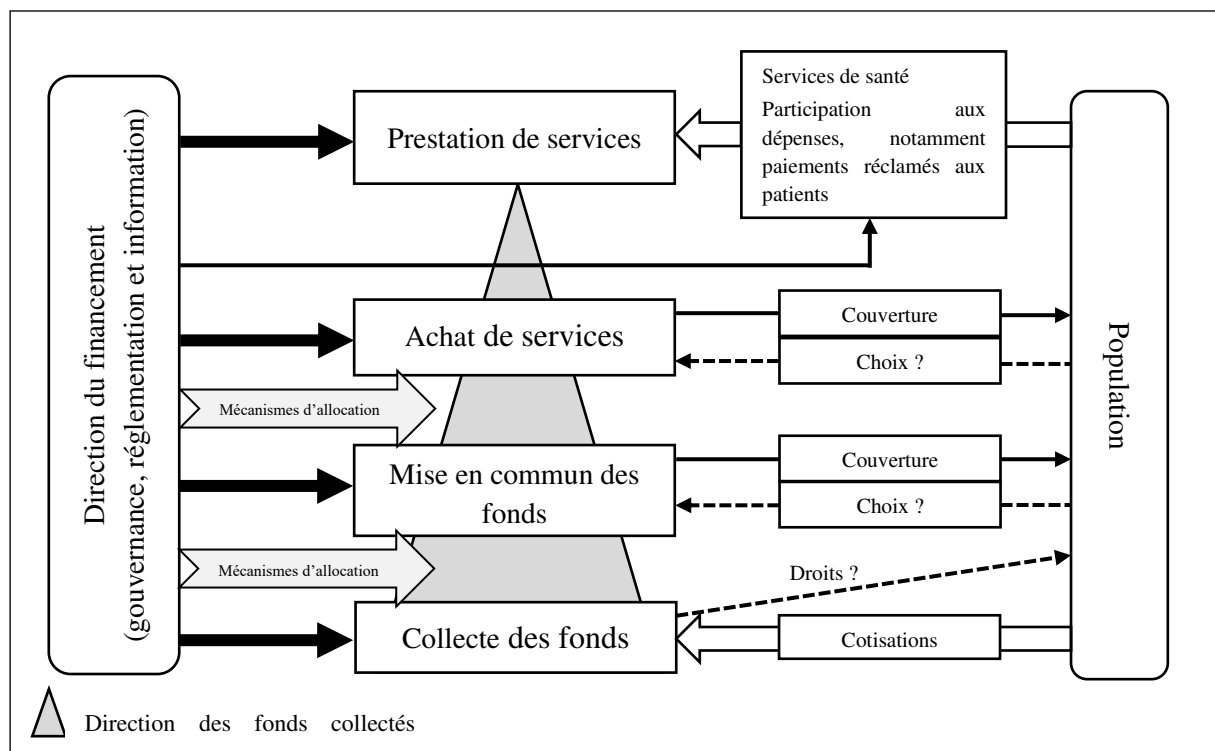


Figure 4. Modèle général d'organisation des systèmes de financement de la santé (Kutzin, 2000).

Selon Sauvignat (2005), c'est la source du financement qui permet d'établir une classification des systèmes de santé. Le système de santé français est organisé à partir d'un financement lié à l'assurance maladie obligatoire. Les complémentaires santé et les ménages participent en tout ou partie au reste à charge (tiers payant) et des possibles dépassements dans le cadre des secteurs

non conventionnés. Les producteurs de biens et services de santé sont représentés par les professionnels de santé, les établissements de santé et du médico-social, les prestataires et industries des dispositifs et du médicament. Les financements du système de santé ont pour vocation première à satisfaire les besoins en soins de la population répartis en cinq branches (Maladie, maladies professionnelles et accidents du travail, famille, vieillesse et chômage). Ils sont abondés par les prélèvements (Charges patronales et sociales) sur les revenus du travail (Part de la source de financement = 60 %) et à 40 % par l'imposition de la totalité des revenus issus du capital et du travail (Contribution sociale généralisée).

Confrontée aux impacts délétères des crises économiques sur la santé des populations, l'Organisation mondiale de la santé dans son rapport sur la santé dans le monde OMS (2013) présente le concept de couverture sanitaire universelle selon trois dimensions : les services de santé nécessaires, le nombre de personnes qui en ont besoin et le coût pour ceux qui doivent payer. La couverture sanitaire universelle a pour objectif de veiller à ce que chaque individu puisse utiliser les services de santé dont il a besoin. Askenazy, Dormont, Geoffard et Paris (2013) proposent pour améliorer l'efficacité du système de santé français de doter les ARS d'une enveloppe financière globale permettant une gestion plus directe des besoins en santé de la population sur son territoire et offrant « un panier de soins solidaires ».

Le système pour satisfaire aux exigences de qualité comme d'efficience doit pouvoir bénéficier d'investissements dont les différentes analyses révèlent au moins trois grandes priorités. Deux sont matérielles : la modernisation des établissements de soins et le développement des technologies de communication dirigées d'une part vers la télémédecine, la formation des professionnels et l'appui à la coordination. La seconde concerne la formation. Les diagnostics et les nombreuses pistes d'amélioration du système de santé montrent un système français où les écarts ou inégalités s'accroissent et où les besoins en investissements en formations sont indispensables pour contribuer à résoudre ces inégalités sociales de santé (Pommier, Héritage & Legros, 2010 ; WHO, 2015).

1.1.3. La santé : une institution marquée par la complexité

Pour comprendre le système de santé, nous nous appuyons sur la présentation générale de Trentesaux (2002) permettant deux approches compréhensives possibles d'un système, externe et/ou interne. Un système de santé peut être conçu tel un processus finalisé et se caractérise par sa dépendance aux ressources exogènes et nécessaires à sa fonction de production de soins. Ces

nécessaires ressources lui donnent la capacité de transformer les attentes ou besoins ‘*Inputs*’ en produits ou prestations de soins ‘*Outputs*’. En se fondant sur l’analyse de Trentesaux (2002), la compréhension d’un système de santé peut être réalisée selon trois approches : fonctionnelle, organique ou évolutionniste.

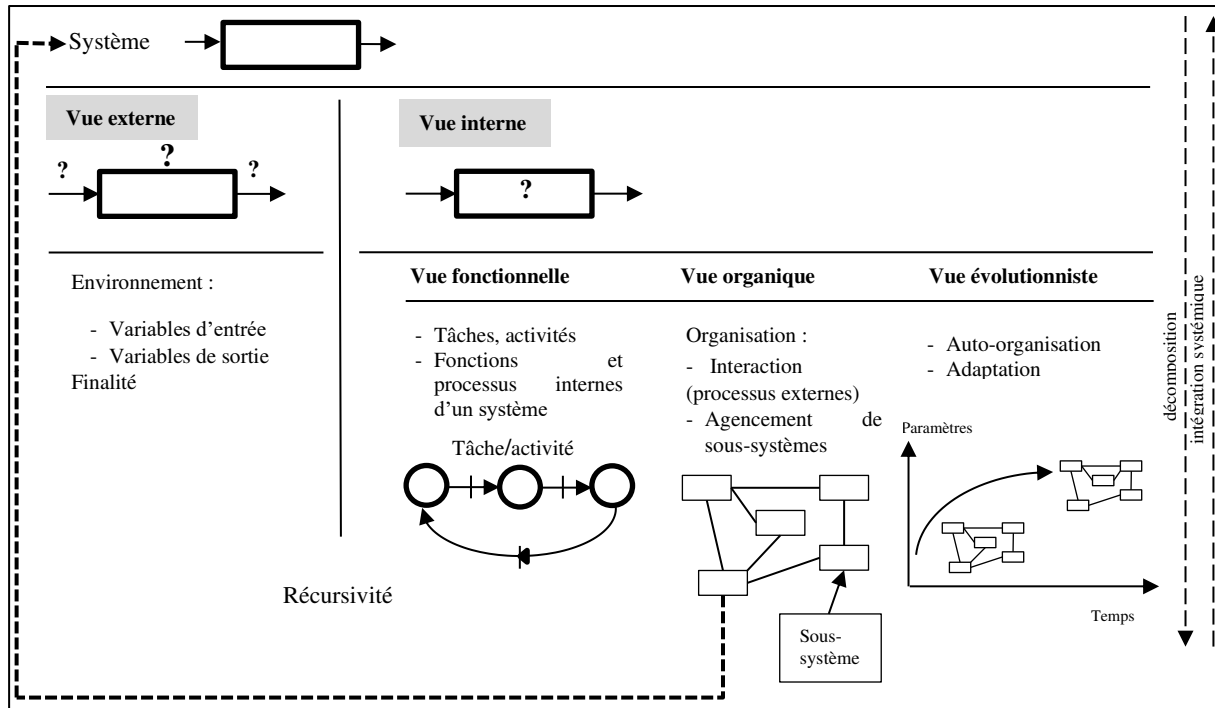


Figure 5. Modèles d'analyse d'un système d'après Trentesaux (2002).

Cependant, en se référant à l’approche psychosociale des organisations de Katz et Kahn (1978) et à l’approche des dynamiques structurelles existantes entre et dans les organisations (Fombrun, 1986) un système composé de ces organisations doit être aussi compris dans une perspective pluridimensionnelle ou holistique (Jackson, 2003). Il s’agit donc d’observer le système par son intégration dans son environnement externe. Dans cette approche externe, le système apparaît finalisé et se comprend par sa finalité. Le système (de santé) est un processus identifié et finalisé au sein d’un environnement (La France avec sa population, son état, ses infrastructures, son modèle social, etc.). Il s’agit donc de reconnaître et décrire les variables d’entrée (Besoins sanitaires, traitements des inégalités de santé, etc.) puis avec la même méthodologie les variables de sortie (Égalité d’accès au système de soins, réduction des inégalités, etc.).

Le mot système trouve son origine dans le verbe grec ancien « *συστάσις* » « *soustema* » et peut se traduire comme un verbe d’action défini par « l’action de rassembler, d’organiser, de

disposer»⁴. Le dictionnaire Littré donne comme première définition : « Proprement, un composé de parties coordonnées entre elles. Descartes est le premier qui ait traité du système du monde avec quelque soin et quelque étendue selon d'Alembert »⁵. Une des définitions données par le dictionnaire « Le Petit Robert » est celle-ci : « Assemblage, composition. Le système est souvent défini comme un ensemble organisé, un ensemble de pratiques, de méthodes et d'institutions formant à la fois une construction théorique et une méthode pratique ».

Lalande (2010), dans son Vocabulaire technique et critique de la philosophie (1902-1923) définit un système comme un « ensemble d'éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé ». Selon Le Gallou et Bouchon-Meunier (1992):

« Un système est un ensemble, formant une unité cohérente et autonome d'objets réels ou conceptuels (éléments matériels, individus, actions) organisés en fonction d'un but (ou d'un ensemble de buts, objectifs, finalités, projets...) au moyen d'un jeu de relations (interrelations mutuelles, interactions dynamiques...), le tout immergé dans un environnement ».

Le champ théorique de l'organisation aborde au travers de plusieurs courants (Théorie de la contingence, théories structuro-fonctionnalistes, école sociotechnique) le concept de système et Rojot (2005) propose ainsi la synthèse : « Les organisations conçues comme systèmes ».

Selon Simon (1965) traduit par Le Moigne (1983) « tout système est façonné par ses buts ou par ses intentions de manière à s'adapter à l'environnement dans lequel il vit » (p.11). Cependant il propose dans ses écrits '*Administrative Behavior*'⁶ que « lorsque la nécessité se substitue à la contingence dans l'interprétation empirique des phénomènes d'effectivité de la performance dans ou de l'administration alors apparaît à l'observation « une sorte d'inaptitude du système à s'adapter parfaitement à son environnement », révélant ainsi ce que Simon appelle « ses limites de rationalité » (p.12).

⁴ Bailly, A, Dictionnaire Grec-Français, 8^e édition, 1919, Paris, Librairie Hachette (page 1876)

⁵ Littré, P-E, Dictionnaire de la langue française, Tome 6 p.6158 (Edition 2001, Encyclopaedia Britannica France Ltd, Versailles

⁶ 4^e partie

Desreumaux (2005, 2015) avance que la théorie systémique (p.ex. Katz et Kahn, 1966) s'approche de la '*Gestalt Theory*' et décrit l'organisation « comme un tout inséré dans un environnement avec lequel il entretient des relations d'importation et d'exportation d'énergie. Cet ensemble est décomposable en sous-systèmes, mais ce sont les relations entre ces derniers qui sont essentielles pour comprendre le fonctionnement et la performance du tout. » (p.135, 277). Le tout étant différent de la somme de la somme des parties et possédant une logique qui lui est propre (Morgan, 1999, 2006). Bateson (1972, 2000) aborde le système comme un « tout » constitué d'ensembles complets de relations mutuellement déterminantes et déterminées. Bateson avance l'idée qu'on ne peut comprendre le système en le considérant tel un réseau « d'éléments séparés ».

L'approche systémique permet d'énoncer les propriétés ou attributs des systèmes ouverts à l'environnement extérieur (Cycle de transformation d'énergie, notions d'entropie, d'homéostasie, de différenciation, d'équifinalité); l'identification des composants d'un système, l'analyse de leurs interactions, l'analyse des forces qui modèlent le système, etc. L'objet de la systémie est la construction de modèles permettant de prévoir les évolutions d'un système.

Selon Morgan (Morgan & Deschesnes, 1999), l'approche classique dans le domaine de la théorie de l'organisation trouve son origine dans son environnement. Cette première acceptation du concept d'organisation l'établit généralement comme étant un système ouvert « en interaction constante avec son contexte, système qui transforme les intrants en extrants afin de créer les conditions nécessaires à sa survie » (p.244). Le débat de l'adaptation, de la sélection voire de l'adoption de l'organisation à son environnement traverse les diverses écoles ou théories.

Selon Maturana et Varela (1980), cette conception est remise en question et selon ces auteurs tous les systèmes vivants sont clos ou autoréférentiels et autonomes. En tant que systèmes clos, ils possèdent trois caractéristiques principales définissant le phénomène d'autopoïèse : l'autonomie, la circularité et l'autoréférence. Une des finalités recherchées avec la production d'entités identiques ou fonctionnant comme elle-même (Sous-systèmes) est la préservation de son intégrité ou identité. Tous les changements sont subordonnés à la préservation de cette identité et dès lors qu'ils arrivent dans le système ils sont progressivement intégrés dans un modèle d'interaction circulaire. Cette clôture du système agit dans le sens de la préservation du

système et vise « à conserver des modèles de relations stables » (p.245) (Morgan, 1999). En fait c'est ce phénomène de clôture ou d'autoréférence qui définit le système (Maturana et Varela, 1980).

L'approche systémique se fonde sur le paradigme épistémologique du constructivisme ou axiome du constructivisme (Le Moigne, 1994, 2006). Bertalanffy (1968) considère l'organisme vivant comme un système organisé ouvert et réactif (dualité 'actif/passif') au sein de son environnement. Dans une démarche positiviste, il va convoquer la science (Théorie générale de la biologie) pour découvrir les lois affectant 'les systèmes biologiques à leurs différents niveaux d'organisation' (Théorie holiste). Il propose d'appliquer la théorie générale des systèmes à l'ensemble des sciences de l'homme. Crozier et Friedberg (1977) montrent en sociologie appliquée aux organisations les interactions qui peuvent se jouer au sein du système et les règles tentant de le réguler.

Jeanneret et Chevalier (2009) comprennent l'administration de la « chose » publique dans ses divers appareils comme un système complexe et appréhende structurellement le mouvement dit « du nouveau management public » ou « nouvelle gestion publique » en adoptant la grille de lecture développée par Donnadiou et Karsky (2002) ; un système complexe est à la fois clos et ouvert, d'abord défini par ses relations ; il est arborescent, finalisé et possède la propriété d'être « quasi décomposable ». Les théoriciens du système montrent deux autres caractéristiques importantes : la variabilité et l'objectivation de cycles successifs montrant l'évolution interne des systèmes pour s'adapter aux changements de leur environnement externe.

Tableau 5. Mise en parallèle des conditions et caractéristiques de la complexité d'un système de santé avec le paradigme systémique selon Le Moigne (1994)

Conditions du système	Paradigme systémique ⁷	Les facteurs de complexité
<p>Totalité Le système est structuré. Les éléments qui le composent sont en cohérence et sont reliés.</p>	Objet actif	L'existence d'un système est réservée à une certaine indépendance par rapport à son milieu. Le système exerce sa capacité de contrôle dans son espace et il agit sur la temporalité des activités (Processus) qui le caractérisent. Donnadieu et Karsky (2002) avancent que cette clôture organisationnelle nécessite une certaine porosité lui permettant d'échanger énergie, matière et information. Le système complexe est dit à la fois « clos et ouvert ».
<p>Autonomie Le système est un environnement à la fois 'clos et ouvert'.</p>	Objet actif et régulé	Ce sont les relations que possède le système entre ses différents processus ou composants qui le définissent avant tout. « Les propriétés d'un système dépendent davantage des relations entre les parties que la nature de ces parties ». Le système se caractérise par le principe d'émergence : « Le tout est plus que la somme des parties ».
<p>Téléonomie Les objectifs, les missions et les fonctions globales s'inscrivent dans la continuité et ont un caractère intemporel.</p>	<p>L'objet actif s'informe L'objet actif a une mémoire L'objet actif s'autofinalise</p>	Le système dispose d'un capital mémoriel. Les comportements de ce système ne peuvent être analysés et compris sans se référer à son histoire. Selon Monod (1970), la téléonomie transcende le système complexe et ses différents sous-systèmes. Elle génère la recherche de compromis (Phénomène de régulation) pour coexister et parvenir au cap fixé. La notion de coexistence participant à l'objectif commun nécessite une régulation « distribuée ou organisée » au sein de chaque sous-système. Selon Ashby (1957) traduit par (Donnadieu & Karsky, 2002) « La régulation d'un système n'est efficace que si elle s'appuie sur un système de contrôle aussi complexe que le système lui-même. ».

⁷ Le système est un objet. Le système agit tel « Une intervention finalisante dans un environnement » (Le Moigne, 1994).

Activité

Le système est organisé (organes). Chaque organe a une fonction particulière et est coordonné de façon synchrone avec l'ensemble du système.

L'objet actif décide de son activité ; il a des projets
L'objet actif se coordonne
L'objet actif imagine, donc s'auto-organise

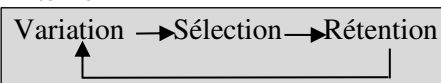
- Le système est dit « arborescent » selon Simon (1979) ; les processus qui le composent ne sont pas seulement interconnectés, mais sont aussi hiérarchisés avec des niveaux de complexité qui vont croissant. Simon avance que les arborescences des systèmes complexes ont la propriété de « quasi décomposabilité ». Cette propriété « simplifie la description d'un système complexe. »
- L'adaptation du système aux évolutions de son environnement suppose qu'il dispose d'une capacité de transformation (Plasticité) et qu'il puisse autoriser une certaine variabilité à chaque sous-système. Donnadieu et Karski rappellent à cet effet la loi de la variété requise (Ashby, 1956) : « La variété est le nombre de comportements d'états possibles pour un système. » La variété du système est supérieure à celle de ses sous-systèmes et lui permet d'exercer ses capacités de surveillance et de commande auprès de ces sous-systèmes. La variété semble être une véritable capacité permettant la réponse adaptative au changement.

Le système de santé doit s'adapter en permanence.

- De façon prescrite ou déterminée. Le changement est produit sous l'effet de la pression de l'environnement économique et des orientations internationales (méta organisation de l'OMS). Le système évolue au rythme continu de cycles (Van de Ven & Poole, 1995) que l'on peut traduire par le mouvement des réformes de santé.
- De façon constructive ou politique. Le changement est induit par l'écart entre la performance réelle du système et la satisfaction (ou insatisfaction) ressentie des usagers bénéficiaires du système de santé (Van de Ven & Poole, 1995).

Permanence

Le changement agit tel un processus de désintégration du système contre lequel le système doit s'adapter en adoptant une stratégie d'innovation interne



Et une prise en compte de sa finalité humaniste (Contribuer à l'idéal de Bien-Être selon la définition de l'OMS, 1946)

L'existence du système est conditionnée d'une part par la représentation qu'en ont ses propres acteurs et leur compréhension du contexte externe (Sans oublier qu'ils en sont aussi les bénéficiaires) (Morgan, 1999).

Le système nécessite des ressources importantes, mais toujours insuffisantes pour se maintenir dans un équilibre interne et vis-à-vis de son environnement externe. Cette recherche permanente du système au regard de son homéostasie est encadrée par des seuils d'acceptabilité ou normes (Sociales, économiques) reposant essentiellement sur le rapport entre le service rendu et les ressources octroyées par l'environnement externe. Les stratégies développées par le système au sens des acteurs qui le composent pour contrer les effets de la complexité et du phénomène d'entropie visent à la négentropie (*negative entropy*). Elles reposent sur la capacité du système à communiquer et à se coordonner. Ces stratégies innovantes participent à l'équifinalité caractérisant le système.

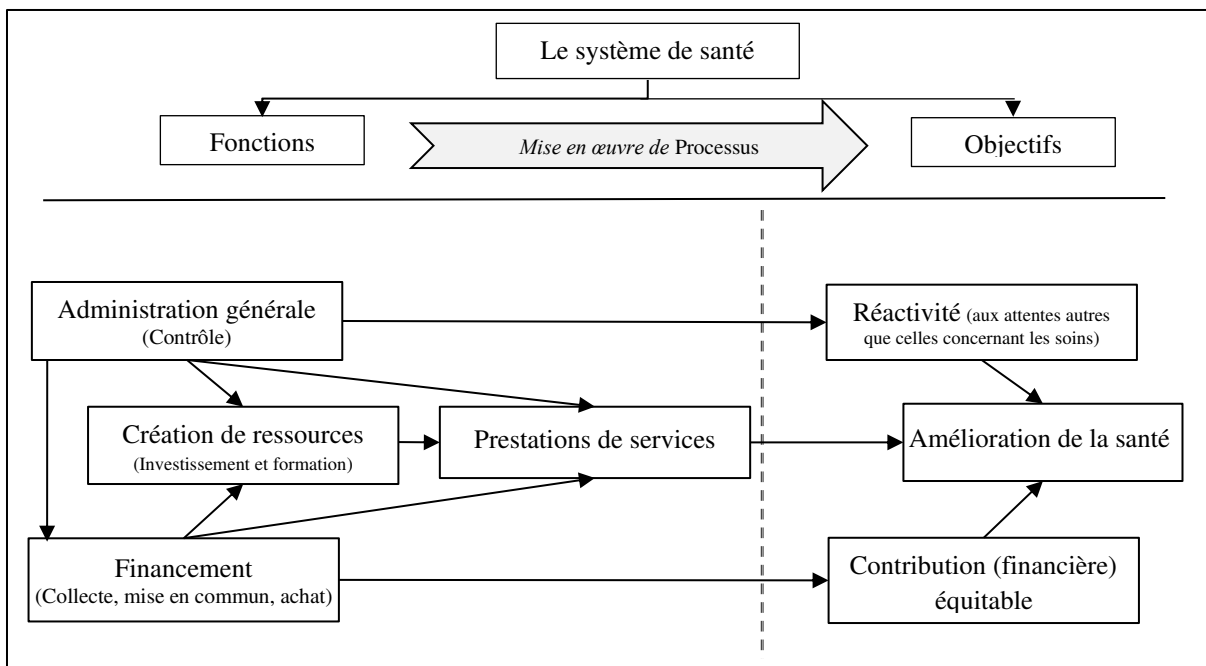


Figure 6. Rapports entre les fonctions et les objectifs du système de santé (adapté de Musgrove et al., 2000).

Ainsi que l'indiquent les flèches au sein de la figure 6, le système dispose d'un important système d'information régulant par la planification les interactions entre chaque processus. Nutting *et al.* (1981) ont identifié les défauts de coordination entre les professionnels tout comme entre les différents champs engendrés par la fragmentation, les cloisonnements, l'hétérogénéité structurelle rendant le système complexe par son système d'information et ses boucles de rétroaction positive ou négative générées.

1.2. Le système de santé français

Dans cette section nous présentons le système de santé français. Les angles politique et administratif permettent un premier abord de son organisation puis nous présentons brièvement les trois niveaux (macro, méso et micro) du système de santé français afin de faciliter sa compréhension. Nous présentons ensuite l'organisation générale du système de santé français dans ses grandes fonctions avec son système administratif et son pouvoir de contrôle, la création de ressources et son financement. Troisièmement, nous présentons l'organisation des soins sur le territoire.

1.2.1. Les angles d'approche et les niveaux d'analyse possibles du système de santé français

Une première approche du système de santé français peut être proposée brièvement sous trois angles. Un angle politique avec un système de santé qui évolue en fonction du débat public, des idéologies politiques sur la conception de la santé et plus notoirement sur le système de protection sociale. Un angle administratif avec un système qui est régulé et maintenu en cohérence comme institution par une administration publique. Et enfin, l'angle du financement avec une finalité constamment débattue sur sa performance au regard des coûts qu'il suppose.

L'angle politique. Encadrées par la Constitution, les orientations stratégiques du système de santé restent assujetties au courant politique majoritaire caractérisant chaque gouvernement. Néanmoins le regard rétrospectif des différentes alternances d'exécutifs et des réformes qu'ils ont conduites montre une cohérence dans les volontés de l'améliorer dans les services rendus et de le rendre plus performant économiquement. Le système bicamériste permet l'encadrement du système et mène ses propres évaluations (missions et commissions parlementaires). Les préoccupations de la population face aux événements ou crises sanitaires placent souvent le système de santé au centre des débats politiques. La sensibilité du système de santé demeure importante face aux influences des débats sociaux (démocratie sanitaire), mais aussi face aux revendications professionnelles (médicales, mais aussi de toutes les professions auxiliaires impactées par les changements respectifs des modes et parcours de formation, des évolutions des modes d'exercice). Enfin les groupes d'intérêts privés et mutualistes comme acteurs du marché s'imposent dans le débat public pour proposer des solutions aux défis économiques et technologiques du système de santé, mais aussi des alternatives au système de protection sociale historique.

Le rôle des gouvernements successifs est intermédiaire dans la gestion du système de santé et sa stratégie d'évolution. Il est d'une part en responsabilité de veiller à la santé de la population, en régulant et en améliorant le système de soins dans des objectifs de performance. D'autre part il lui appartient politiquement de proposer sa vision stratégique d'adaptation du système de santé face aux nombreux défis. Il lui incombe de convaincre démocratiquement les corps sociaux, le parlement et le sénat.

L'angle administratif que nous représentons par l'appareil d'État et sa régulation de son organisation de la santé. Ce système, sous la responsabilité du gouvernement, peut s'examiner à trois niveaux (Tableau 3) : un premier niveau est constitué par un système de décision et de réglementation avec l'administration de la santé (ministère de la Santé). Ce système s'appuie dans ces décisions sur un système d'agences.

- Un système déconcentré représenté principalement par les agences régionales de santé (ARS) et les préfets de régions, et décentralisé avec les conseils généraux et les collectivités territoriales.
- Un système effecteur des soins que nous pouvons présenter selon la terminologie des ARS comme le système offreur de soins sur le territoire et auprès des usagers patients. Ce système met en avant sur le territoire deux principaux acteurs : les établissements hospitaliers et les professionnels de santé libéraux (secteur ambulatoire autrement dit la médecine de ville).

Tableau 6. Niveaux d'analyse du système de santé français (à partir du site du Ministère des solidarités et de la Santé)

Niveau d'analyse	Niveau territorial	Complexité organisationnelle
Macro	Niveau national	La globalité du système est administrée et pilotée par les ministères de tutelles (santé, économie) et les politiques de santé liens de contrôle externe dans son environnement
Méso	Niveau régional	Les métas organisations déconcentrées telles que les agences régionales de santé (ARS) ou décentralisées comme les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) relaient les politiques nationales en les opérationnalisant
Micro	Niveau local	Les institutions du sanitaire, du social et du médico-social et les professionnels du soin en ville sous le contrôle des ARS et les différents ordres professionnels.

L'angle du financement. « Le système payeur » représenté par l'assurance maladie et les organismes complémentaires. Les performances, pourtant reconnues, du système de santé

français semblent moins évidentes en termes d'efficacité (Benamouzig, 2005) (OCDE, 2019; OECD., 2014). Ainsi l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) souligne (OCDE, 2010) (Figure 7) :

« L'évolution importante des dépenses de santé dans la zone de l'OCDE ayant contribué à l'amélioration de plusieurs indicateurs de santé, dont l'espérance de vie et la baisse de la mortalité liée au cancer par exemple. Les dépenses totales de santé représentent 8,8 % du PIB en moyenne dans la zone OCDE, avec d'importantes variations entre les pays. En outre, les pays qui dépensent le plus ne sont pas nécessairement ceux qui affichent les meilleurs résultats en matière de santé (graphique suivant), ce qui permet de penser qu'il est possible d'améliorer le rapport coût-efficacité ».

C'est dans ce contexte de crise économique que les organisations internationales (OMS, OCDE, etc.) conduisent les gouvernements nationaux à rechercher l'efficacité et même la performance de leur système de santé respectif (Morgan & Astolfi, 2013) (Brignall & Modell, 2000). Murray et al. (2017) soulignent qu'il n'y a pas de rapport évident entre le niveau de développement d'un pays, les moyens attribués à son système de santé et la qualité de celui-ci (et en particulier son accès) c'est-à-dire en capacité d'agir sur les déterminants de santé et en particulier sur les maladies évitables. Stuckler, Basu et McKee (2010) montrent que les dépenses sociales ont plus d'impacts que les dépenses de soins sur la santé en prenant le cas de la politique d'austérité menée en Grande-Bretagne menée par le gouvernement dans le contexte de la crise économique mondiale de 2008.

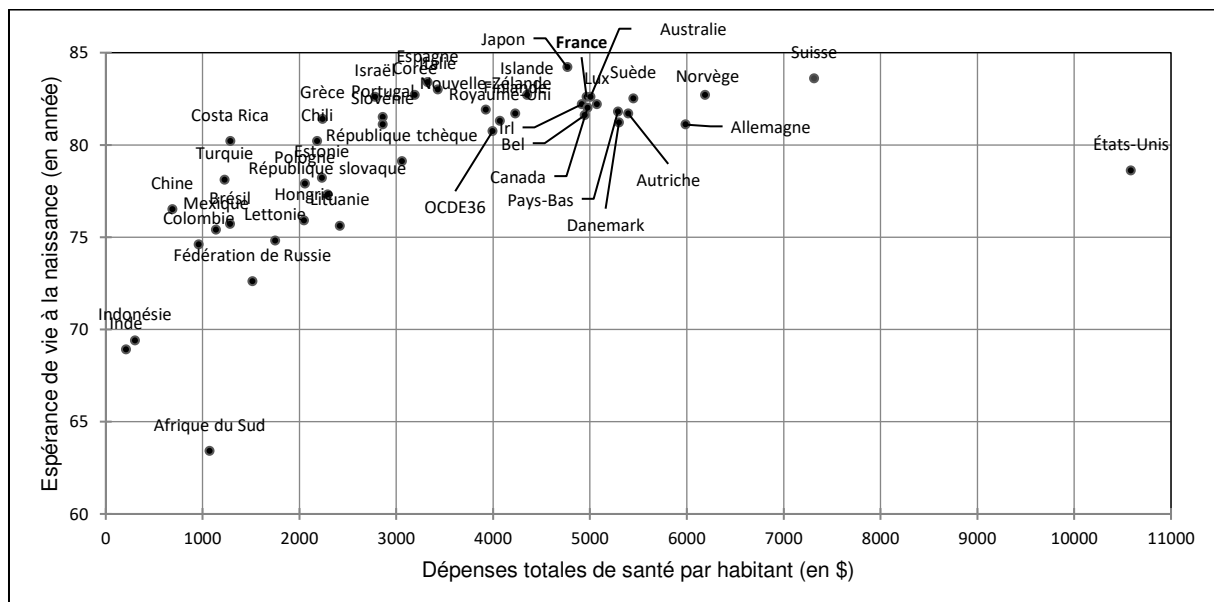


Figure 7. Disparités d'espérance de vie et de dépenses de santé persistent dans la zone OCDE, 2019).

1.2.2. L'organisation générale du système de santé français

Dans cette sous-section nous présentons premièrement l'administration générale, sa stratégie et son contrôle du système de santé français. Dans un deuxième temps nous présentons les agences régionales de santé (ARS).

Selon le préambule de la Constitution de 1946 (Conseil Constitutionnel - Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946), la Nation « garantit à tous la protection de la santé » et elle est seule à décider de sa politique de santé (Art. L 1411). Elle est en conséquence garante de la protection sociale. Les orientations législatives (Lois pluriannuelles) et budgétaires annuelles font partie du débat démocratique et sont prises au niveau du système parlementaire (Planel, 2009). Selon Tabuteau (2007) le politique portait encore peu d'intérêt aux questions de santé publique (deux lois principales de santé publique : 1902 et 2004) et semblait être plus sensible au débat portant sur l'efficience du système de santé et la réduction des déficits budgétaires liés à la santé qu'aux politiques de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé. Ce traitement réactionnel des crises a généré de nouveaux dispositifs et de nouvelles agences dédiées (sécurité alimentaire, médicament, etc.) accroissant la complexité du système de santé. Le ministère de la Santé s'appuie sur le système expert des agences de santé dont la Haute autorité de santé (HAS) et le Haut conseil de santé publique (HCSP), puis sur l'instance consultative de la conférence nationale de santé (CNS) représentante du processus de démocratie sanitaire, pour élaborer sa stratégie nationale de santé (Stratégie nationale de santé 2018-2022) qui va concrétiser l'orientation politique dans les choix de politiques publiques de santé, d'adaptation du système de santé et d'équilibre des comptes sociaux dont l'État est responsable.

Le ministère de la Santé prépare annuellement le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) qui va définir les modalités du financement du système de santé en fixant des objectifs en matière de santé publique et proposition d'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Le gouvernement par ses ministres concernés défend sa proposition et après débat au sein des deux chambres le texte de loi est adopté avec ou non des amendements pour l'année suivante.

L'État par son gouvernement et l'ensemble de son appareil administratif agit soit directement soit par le truchement des services déconcentrés dans l'ensemble de ses territoires ou régions (Tabuteau, 2013). Il est responsable de la santé publique, encadre les référentiels de formation

des professionnels et leurs conditions d'exercice. Il assure une gestion prévisionnelle des métiers (p. ex. L'ancienne politique du *numerus clausus* des professions médicales), mais aussi gère l'allocation des ressources aussi bien humaines que matérielles (dont les équipements lourds). Il adapte le parc des établissements hospitaliers aux besoins des territoires. Il met en place une stratégie de veille, d'expertise et de gestion vis-à-vis des risques sanitaires et environnementaux.

L'administration générale : stratégie et contrôle du système de santé français

Au niveau national, le système de santé est administré et organisé par l'État de manière centralisée puis déconcentrée (Polton, 2003). L'État reste le garant du principe directeur de l'intérêt public dans le domaine de la santé qui est d'assurer la plus grande égalité d'accès au système et aux mêmes traitements en tout point du territoire en particulier et de mettre à cet effet tout en œuvre pour améliorer, protéger et promouvoir le système de santé. Le système global (Figure 6 p.36) montre le « sous » système de soins tel un prestataire réalisateur de l'offre de soins. L'État exerce son contrôle sur celui-ci par le biais d'opérateurs régionaux décentralisés représentés par les agences régionales de santé (ARS). Ce contrôle s'effectue en lien avec le retour en termes de satisfaction et de suffisante réactivité vis-à-vis de la demande en soins de la population. Cette organisation du contrôle suppose un système d'expertise, de veille et de gestion du risque progressivement constitué autour du système d'agences coordonné.

Plusieurs ministères interagissent dans la gestion du système de santé. Les interactions que celui-ci peut avoir dans la Cité au sens large sont multiples (économie, ordre public, écologie, etc.). C'est principalement le ministère en charge de la santé qui est dédié à la gestion et la coordination des politiques et du système de santé national. Le ministre *« prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans les domaines de la solidarité, de la cohésion sociale, de la santé publique et de l'organisation du système de santé. Sous réserve des compétences du ministre de l'action et des comptes publics, il prépare et met en œuvre la politique du gouvernement dans le domaine de la protection sociale. »*. Les attributions du ministère de la Santé varient en fonction des gouvernements [décret n° 2017-1076 du 24 mai 2017 relatif aux attributions du ministre des Solidarités et de la Santé].

L'État par le canal du ministère de la Santé exerce sa tutelle sur le niveau intermédiaire et déconcentré dans les régions représentées par les agences régionales de santé depuis 2010 (Loi

n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009).

Les politiques de santé au niveau du ministère sont préparées et mises en œuvre par deux principales directions : la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

La Direction générale de la Santé (DGS)⁸ « prépare la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 et contribue à sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la santé et des autres départements ministériels compétents, de leurs services déconcentrés et des établissements ou organismes qui en dépendent. ». Le code de la santé publique attribue dix missions différentes à la DGS. Aux trois principaux grands objectifs faisant synthèse de ces dix missions (la préservation et l'amélioration de l'état de santé des populations, la protection de la population des menaces sanitaires, la garantie de la déontologie, de la transparence et de l'accès de tous à des soins de qualité) la coordination apparaît comme quatrième objectif pour animer et impulser auprès des partenaires parties prenantes la mise en œuvre effective de ces missions. Elle assure la tutelle (ou en cotutelle) et coordonne le système des agences sanitaires nationales. Elle participe au pilotage des agences régionales de santé et à l'animation des différents partenaires. Elle a la responsabilité de l'analyse stratégique et définie, impulse, soutient la position française lors de l'élaboration des textes à l'examen des questions de santé ou de sécurité sanitaires au sein des instances européennes et internationales.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) coopère avec la DGS en participant à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé [Article D1421-2 du CSP]. Son cadre d'intervention tutélaire est restreint au champ de l'offre de soins. On peut observer que cette direction semble être plus susceptible d'évolution et fait figure de l'adaptation du système de santé aux différents changements de gouvernements. Son histoire montre cette évolution politique, mais aussi retranscrit les changements du système de santé pour s'adapter aux demandes politiques, sociales et sociétales (droit de regard, de participation induit par la

⁸ Article D1421-1 du code de la santé publique, modifié par le Décret n° 2014-334 du 13 mars 2014 — art. 1 relatif aux missions de la DGS.

démocratie sanitaire initiée à partir de la loi du 4 mars 2002 (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002).

Tableau 7. *Historique de l'actuelle DGOS*

Titre	Date	Texte de référence
Centre technique de l'équipement sanitaire et social	4 mai 1960	Arrêté du 4 mai 1960 portant création d'un centre technique de l'équipement sanitaire et social, JORF n° 105 du 5 mai 1960, p. 4089–4090.
Service des établissements	6 juillet 1966	Décret n° 66-486 du 6 juillet 1966 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère des Affaires sociales portant création d'un service des établissements, JORF du 7 juillet 1966, p. 5814.
Direction de l'Équipement social	28 mars 1967	Décret n° 67-266 du 28 mars 1967 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère des Affaires sociales, JORF n° 76 du 31 mars 1967, p. 3173.
Direction des Hôpitaux	13 novembre 1970	Décret n° 70-1052 du 13 novembre 1970 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la Santé publique et de la sécurité sociale, JORF n° 265 du 15 novembre 1970, p. 10536.
Direction générale de la Santé et des Hôpitaux	25 juillet 1980	Décret n° 80-580 du 25 juillet 1980 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de la Santé et de la sécurité sociale, JORF n° 173 du 26 juillet 1980, p. 1890.
Direction des Hôpitaux	10 novembre 1981	Décret n° 81-1008 du 10 novembre 1981 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de la Santé, JORF n° 265 du 11 novembre 1981, p. 3088.
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS)	21 juillet 2000	Décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et aux attributions de certains de ses services, JORF n° 169 du 23 juillet 2000, p. 11374, texte n° 2, NOR MESG0010702D <ul style="list-style-type: none"> • Arrêté du 21 juillet 2000 portant organisation de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en sous-directions, JORF n° 169 du 23 juillet 2000, p. 11383, texte n° 10, NOR MESG0010706A. • Arrêté du 21 juillet 2000 portant organisation de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en bureaux, JORF n° 169 du 23 juillet 2000, p. 11394, texte n° 18, NOR MESG0010707A
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	15 mars 2010	Décret n° 2010-271 du 15 mars 2010 portant organisation de la direction générale de l'offre de soins, JORF n° 63 du 16 mars 2010, texte n° 36, NOR SASH1005637D <ul style="list-style-type: none"> • Arrêté du 15 mars 2010 portant organisation de la direction générale de l'offre de soins en sous-directions et en bureaux, JORF n° 63 du 16 mars 2010, texte n° 51, NOR SASH1005633A.

Les instances déconcentrées : Les Agences Régionales de Santé

Le système des agences régionales de santé (ARS) mis en place avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) constitue l'une des principales évolutions du système de santé français (Le Gall, 2011). Il met en œuvre le rôle déterminant et croissant de l'État dans l'adaptation globale de l'ensemble de son système de santé et sa régulation déconcentrée ajustée aux besoins spécifiques des territoires. Les ARS sont des établissements publics d'État et en tant qu'organisations déconcentrées elles répondent à la volonté de plus en plus marquée de territorialiser les processus de décision en « concentrant » la gestion de la santé par ses établissements et acteurs institutionnels ou libéraux. Elles déclinent opérationnellement dans chaque région la politique de santé. Issues de la Loi HPST elles sont représentatives du mouvement continu d'adaptation ou principe de mutabilité (lois de Rolland, 1934). L'appareil d'État connaît progressivement un changement profond de ses principes de gestion bureaucratique de son administration et de ses fonctions publiques (dont la fonction publique d'État et la fonction publique hospitalière) vers un modèle de nouvelle gestion de la chose publique (*New public management*). Selon Montialoux (2007), cette mutation du service public sous l'effet des politiques européennes et des différentes réformes de l'action publique questionne le principe de recherche de l'intérêt général. Créées le 01/04/2010 elles sont la résultante concrète « d'une longue évolution administrative, débutée dans les années 1970 avec la carte sanitaire. »⁹. Elles représentent la clé de voute de la nouvelle organisation de la santé générée par la Loi HPST. Les ARS sont des établissements publics et disposent d'un budget de fonctionnement propre constitué pour partie d'une subvention de l'État et d'une contribution de l'Assurance Maladie (40 millions d'euros pour l'ensemble des agences). Elles régulent un ensemble de crédits¹⁰ se répartissant entre les différents champs (hospitalier, médico-social, la prévention et enfin les actions du fonds d'intervention régional [FIR] depuis 2012).

⁹ Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale – Rapport d'information de MM. Jacky Le Menn et Alain Milon, rapporteurs – Rapport n° 400 – Note de synthèse Sénat République Française

¹⁰ Soit environ 40 milliards d'euros en 2014

Les trois axes principaux des ARS selon la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Le Menn & Milon, 2014) sont de garantir l'efficacité des organisations de santé dans les différents champs pour atteindre l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM); de renforcer la territorialisation des politiques sanitaires et d'assurer le décloisonnement des prises en charge. Les ARS mettent en œuvre sur leurs territoires les politiques de réduction des déficits (Plan triennal ONDAM 2015-2017) tout en recherchant une amélioration de la qualité des soins (Bréchat & Lopez, 2017) par une fonction « inspection-contrôle » hétérogène sur le territoire et entre les diverses instances de l'administration centrale et/ou du système d'agences (Schaezel & Tregoat, 2013). Ce défi se traduit par une politique visant à repenser le modèle hospitalier public et privé tant dans ses structures, ses ressources humaines, ses compétences ses équipements que dans les types de prise en charge. L'objectif de réduction des déficits publics (Objectif national de 50 milliards à atteindre en 2017 sur l'ensemble du système de santé) va nécessiter des adaptations, des restructurations importantes avec le « souci » de préserver « *les équilibres financiers, condition du maintien d'un tissu hospitalier de qualité sur (les) territoires* »¹¹.

Le tableau 8 page 49 montre la priorité donnée au modèle préventif et à l'innovation dans l'organisation du système de santé dans les dernières lois de santé. Le système de santé est considéré désormais comme un déterminant social de santé dont l'amélioration à l'accès et de la qualité des soins conditionnent l'état de santé de la population (Haut Conseil de la santé publique, 2017).

Le même constat du manque de coordination est fait dans les diagnostics préparatoires des deux stratégies nationales de santé.

¹¹ [http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/Lancement-de-la-mise-en-oeuvre.181707.0.html ?utm_source=Sarbacane&utm_medium=email&utm_campaign=ARS-2](http://www.ars.basse-normandie.sante.fr/Lancement-de-la-mise-en-oeuvre.181707.0.html?utm_source=Sarbacane&utm_medium=email&utm_campaign=ARS-2)

Tableau 8. Orientations données aux ARS par les deux lois de santé et les stratégies nationales de santé

(Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009) Gouvernement Fillon Ministre de la Santé : Mme R. Bachelot	2013-2017 Stratégie nationale de santé (grands axes) Gouvernement Ayrault Ministre de la Santé : Mme M. Touraine (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2013)	(Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016)	Stratégie nationale 2017-2022 Gouvernement Philippe Ministre de la Santé : Mme A. Buzyn puis M. O. Véran (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009; Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017)
<ul style="list-style-type: none"> - Titre I : Modernisation des établissements de santé - Titre II : Amélioration de l'accès à des soins de qualité - Titre III : Prévention et santé publique - Titre IV : Organisation territoriale du système de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Axe 1 — Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé - Axe 2 — Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale - Axe 3 — Miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire <p>La stratégie préparait la future loi de santé prévue initialement 2014. La loi de modernisation du système de santé est parue le 26 janvier 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Axe 1 : Innover pour mieux prévenir - Axe 2 : Innover pour mieux soigner en proximité - Axe 3 : Innover pour renforcer les droits et la sécurité des patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Priorité 1 : Prévention et promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux - Priorité 2 : Lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé - Priorité 3 : Nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins - Priorité 4 : L'innovation

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est établi entre chaque ARS et les ministres selon des priorités fixées par le gouvernement en place mais aussi en cohérence avec les orientations supranationales (WHO) et les directives européennes.

Les ARS sont autonomes pour animer la démocratie sanitaire et réguler l'ensemble du dispositif de santé sur son territoire. Les politiques de santé tendent à accroître cette autonomie (Bréchat & Lopez, 2017). Leurs champs de compétences embrassent la totalité des différents secteurs de la santé (soins ambulatoires, établissements de santé, veille et sécurité sanitaire, politiques de prévention dans les secteurs sanitaire et médico-social, politique de réduction des inégalités sociales en santé). Chaque ARS déploie sur ses territoires un outil-cadre : le projet national de santé.

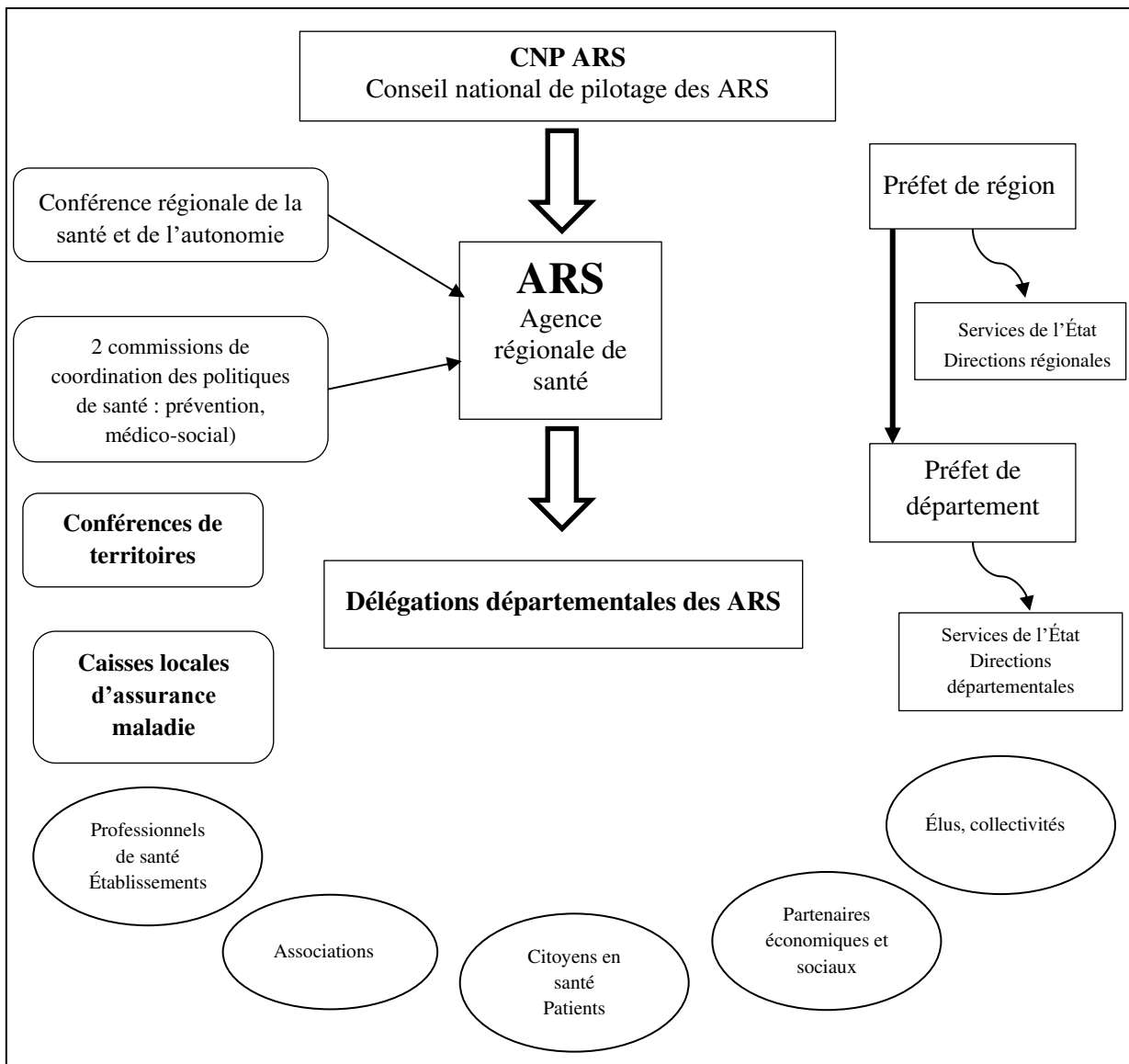


Figure 8. L'ARS dans son environnement (d'après le dossier de presse ARS du 01/04/2010).

Les ARS animent dans chaque région un projet régional de santé spécifique (figure 9 page 52). La structure du projet a été réformée en 2016 par la Loi de Modernisation du système de santé dans un objectif de simplification. Le projet régional de santé s'inscrit dans les orientations de la stratégie nationale de santé (Septembre 2013) et va décliner opérationnellement les évolutions du cadre législatif (Feuille de route de la stratégie nationale de santé envisageant un projet de loi de modernisation du système de santé aboutissant en 1^{re} lecture le 14/04/2015 à la Loi de santé).

Le cadre d'orientation stratégique est issu de ce projet national de santé et met en œuvre sur la base d'une analyse de la situation approfondie les priorités régionales. Ce cadre régional peut être enrichi selon les besoins diagnostiqués de programmes supplémentaires (prérogative du directeur général de l'ARS). L'ensemble des programmes sont déclinés à leur tour à des niveaux infra sous forme de contrats locaux de santé et sont actualisés.

Le diagnostic sur lequel se construit le schéma régional de santé fait état de « la continuité des parcours de santé (et permet) l'identification d'éventuels points de rupture au sein de ces parcours et les difficultés de coordination entre professionnels, établissements ou services » [Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé]. Cet élément du diagnostic devient un objectif au sein du SRS d'amélioration de l'organisation des parcours de santé « en favorisant la coordination et la coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale en favorisant les équipes de soins primaires... les communautés professionnelles territoriales de santé... » [Art.6]. La réforme montre la volonté d'agir sur les cloisonnements entre les différents champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux en abandonnant la distinction de l'offre de soin et du médico-social.

La Loi de Modernisation (2016) veut renforcer la dimension politique de la démocratie sanitaire en transformant les territoires de santé mis en place avec la loi HPST (2009) qui deviennent des territoires de démocratie sanitaire. Dans chacun de ces territoires, il y a un conseil territorial de santé constitué par le directeur général de l'ARS.

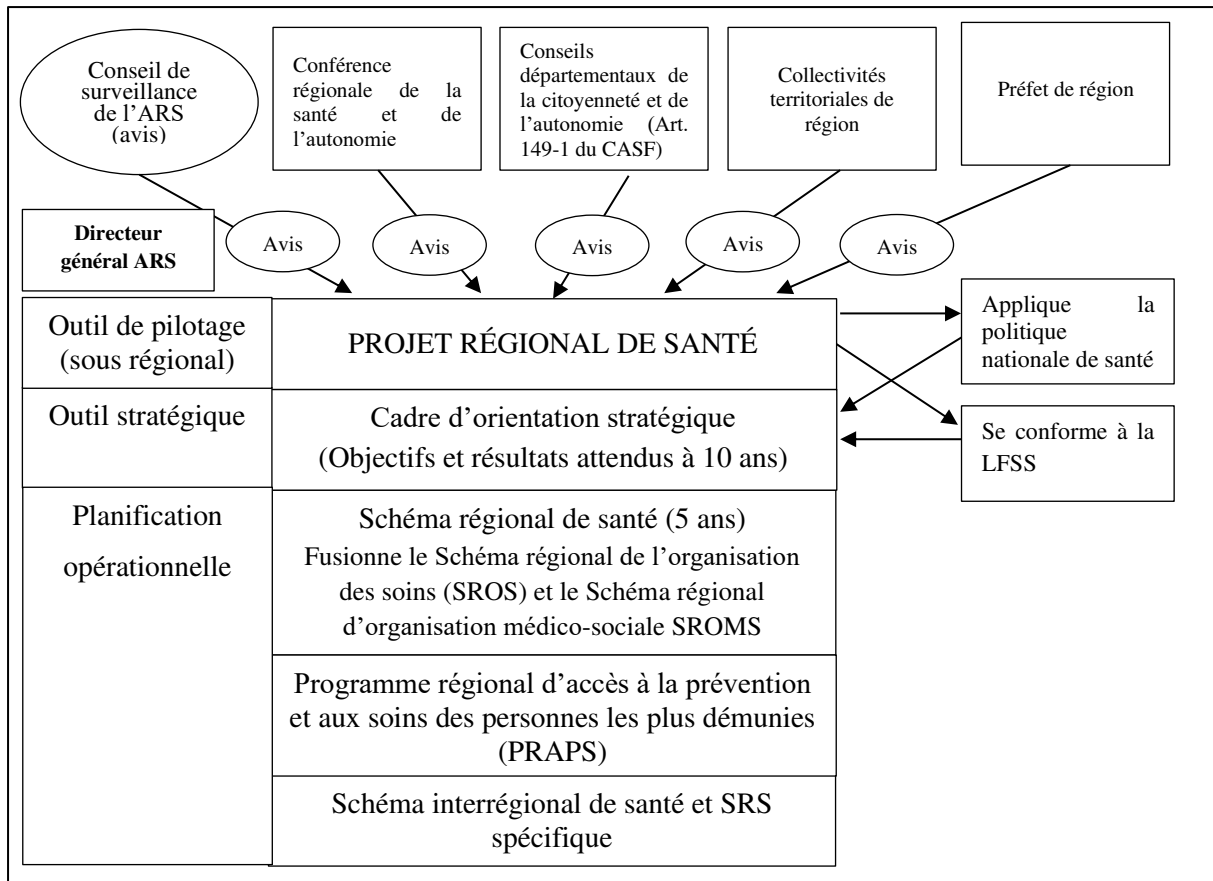


Figure 9. Nouvelle structuration du projet régional de santé à partir de janvier 2018 (Décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé).

L'organisation des soins dans les territoires

Introduction : Une organisation en champs cloisonnés en quête de coordination

L'organisation des soins s'est faite autour de l'individu et du collectif. La réponse aux besoins en santé est fortement organisée historiquement dans l'économie humaine autour de l'hôpital (Foucault, 1974) (Berlinguet, 1985) et du domicile (Barnay, Hartmann & Ulmann, 2007). L'offre de soins repose sur deux piliers : le système hospitalier (avec deux branches : publique et privée) et la médecine ou les soins en ville.

Les professionnels de santé exercent selon deux principaux modes : le salariat ou le libéral. Certaines professions de santé (dont les professions médicales) peuvent exercer à la fois en libéral et comme salarié au sein d'un établissement (mode mixte). Le salariat est prioritairement retrouvé au sein des établissements de santé. Le mode de rémunération des soins en ville repose sur le principe du paiement à l'acte par le patient. Les professionnels libéraux travaillent en mode individuel principalement ou en association (Cabinet, réseau d'urgence). L'offre de soins depuis la fin des années 90 est dans une phase de regroupement pluridisciplinaire puis pluri

professionnel. Le mouvement de rénovation à la faveur des politiques de développement des soins primaires en lien avec le problème de désertification médicale des territoires ruraux mais aussi urbains s'opère avec la promotion des maisons et pôles de santé.

La mutation de l'hôpital – hospice vers une structure sanitaire à part entière s'est réalisée à partir de 1941 en France (Safon, 2017). La loi de 1970 en créant le service public hospitalier sépare le médico-social et le social des établissements hospitaliers et c'est en 1975 (Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, 1975) créant le champ du médico-social que le législateur donne à ces deux derniers champs une existence en tant que champs propres et « indépendants » au sens où ils vont se référer légalement non au code de santé publique mais au code de l'action sociale et des familles (CASF) (21 décembre 2000) [décret n° 56-149 du 24 janvier 1956].

La restructuration de l'offre de soins s'opère depuis les années 80 (Chevillard et al., 2013) avec les soins primaires sous la contrainte d'autres facteurs démographiques, économiques (Moatti, 2012). La médecine générale devient progressivement la porte d'entrée (*Gatekeeping*) (Dumontet, Buchmueller, Dourgnon, Jusot & Wittwer, 2017) dans le système de soins et l'accès aux soins plus spécialisés. Pouvourville (2009) note que ce concept de régulation est issu des travaux de White, Williams et Greenberg (1961). Ces auteurs à partir de données issues des États-Unis et du Royaume-Uni ont pu montrer (Figure 10 page suivante) qu'au sein d'une population de 1000 adultes en moyenne sur un mois 750 vont enregistrer un épisode de maladie ou une blessure, 250 adultes (sur 750) iront consulter au moins une fois un médecin, 9 seront hospitalisés, 5 patients seront adressés à un autre médecin et 1 patient sera hospitalisé en centre hospitalier universitaire (En milieu très spécialisé dit soins tertiaires). Ces travaux ont été réitérés depuis dans d'autres études et dans différents contextes nationaux (Green, Fryer, Yawn, Lanier, & Dovey, 2001; Kaneko, Matsushima, & Irving, 2017; Kim & Choi, 2016, 2016; Thacker, Greene, & Salber, 1977).

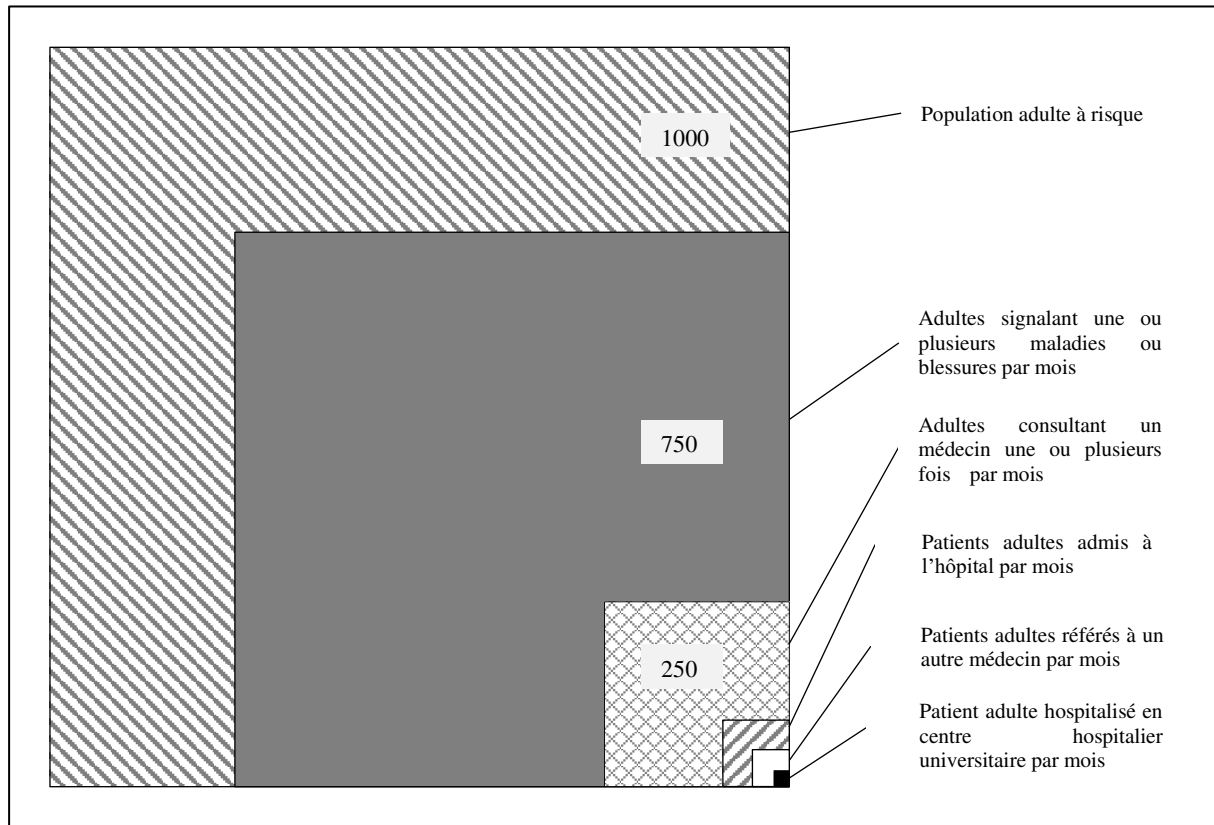


Figure 10. « Estimations mensuelles de la prévalence de la maladie dans la communauté et des rôles des médecins, des hôpitaux et des centres hospitaliers universitaires dans la fourniture de soins médicaux (adultes de 16 ans et plus) » Source : (White et al., 1961; White, 1997)¹².

Ces cloisonnements demeurent très présents et s'expriment par des difficultés à échanger entre les professionnels de santé (Sebai, 2016) et les professionnels des deux autres champs du social et du médico-social.

L'allocation des ressources budgétaires (Tableau 6 page suivante) en faveur des soins de ville semble s'accroître en défaveur des établissements de santé, provoquant des tensions entre les deux piliers du système de soins (Fédération hospitalière de France, 2017).

¹² Titre original : « *Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care (Adults 16 Years of Age and Over)* »

Tableau 9. Les niveaux de dépenses par secteur de la santé (Source : PLFSS, 2016)

Niveau de dépenses en 2015 (en Mds€)	
Soins de ville	80,9
Établissements de santé	75,1
Établissements et services médico-sociaux	17,5
Fonds d'intervention régional (FIR)	3,00
Autres prises en charge	1,7
Total :	178,2

1.2.3. L'organisation des soins dans les territoires

Dans cette sous-section nous présentons le système hospitalier comme pivot historique du système de santé dans les territoires de la république. Le pendant du système hospitalier est présenté par l'offre de soins « en ville » et enfin nous présentons un état des établissements du secteur dit social et du médico-social.

Le système hospitalier français

Le système hospitalier français se structure après la Seconde Guerre mondiale. La prise en charge de la maladie semble se concevoir d'abord socialement au sein du domicile. Le maître de maison (Le latin *domicilium* fait référence au maître de maison) était alors en capacité financière de faire venir le corps médical en son domicile. Le premier lieu s'attachant à la maladie est la maison tandis que l'hôpital (de l'ancien français *hospitale*, qui signifie la chambre pour hôte donnant plus tard le mot hôtel) désigne la maison de soins destinée à accueillir les malades. La notion d'hospitalité (lat. *hospitalis*, *hospitalitas*) a structuré historiquement la vocation d'accueillir les hôtes (Hospice lat. *hospitium*, logement d'hôtes) nécessitant protection et assistance (indigents, pauvres, nécessiteux) souvent sans domicile. Cette préoccupation a historiquement été le fait des congrégations religieuses. Au XVII^{ème} siècle avec la création de l'Hôtel des Invalides par Louis XIV la notion d'accueil et de protection (face aux blessures définitivement invalidantes de guerre) est investie par le pouvoir étatique. Le courant intellectuel des Lumières au XVIII^{ème} siècle avec Diderot¹³ « *Il seroit beaucoup plus important de travailler à prévenir la misère, qu'à multiplier des asiles aux misérables.* » contribue à une prise de conscience de la nécessaire implication de l'État dans une politique et un regard

¹³ Encyclopédie 1^{re} édition tome 8 p.294

« gestionnaire » dans le « système » hospitalier en place quasi exclusivement géré jusqu'alors par le clergé catholique et abondé des dons des plus fortunés.

Ce mouvement s'amplifie à la révolution et la loi dite Le Chapelier (14 juin 1791) conduit à rendre la Nation seule compétente de la prise en charge des populations vulnérables (Les indigents). Un décret du 23 messidor de l'an II (10 juillet 1794) nationalise les hôpitaux. Le Directoire faisant constat de la dégradation rapide de la situation des établissements prend la décision (Loi du 16 vendémiaire an V - 7 octobre 1796) de remettre leur gestion aux communes montre déjà la difficulté (à replacer dans le contexte révolutionnaire) pour un État-nation (fut-il dans l'émergence mouvementée d'un gouvernement démocratique) de gérer son système hospitalier sur le territoire sans s'appuyer sur un appareil administratif étatique (Fonction publique) et des instances de gouvernance telles que collectivités territoriales dont les conseils régionaux et départementaux.

Jusqu'en 2009 (Loi HPST) la gestion des établissements hospitaliers est rattachée aux communes d'implantation (Circulaire du 15 mai 1801 : le maire de la commune devient président de la commission puis du conseil d'administration de l'hôpital ; en 1806 les hôpitaux sont soumis à autorisation avisée du conseil d'État du 17 janvier 1806 et circulaire du 3 novembre 1806).

Le système hospitalier au XIX^{ème} siècle est représentatif des débuts de mise en place d'un système de santé et est marqué par les logiques déclinantes des théories médico-philosophiques (modèle du traitement moral avancé dans la théorie aliéniste de Pinel, Esquirol (Lanteri-Laura, 2012) qui vont conduire à la l'obligation pour chaque département à organiser l'accueil et la prise en charge de la maladie mentale sous contrainte ou à l'initiative soit de l'entourage soit de la force publique (Préfet) au sein d'un établissement (Asile) privé (et le plus souvent confessionnel) ou si besoin public. On observe l'ébauche d'un maillage territorial dans la loi du 30/06/1838 qui va permettre aux collectivités de répondre à cette obligation en s'appuyant sur des établissements placés hors de leurs frontières administratives. La loi du 18/12/1839 renforce ce maillage en plaçant les établissements publics et leur administration (Directeur et médecin-chef) sous l'autorité ministérielle (Intérieur) déléguée aux préfets départementaux. La loi du 7 août 1851 donne une existence autonome aux hôpitaux et hospices (Personne morale, droit à disposer d'un patrimoine et gérer son budget). Elle reconnaît les établissements privés (Safon, 2011).

Le début de l'étatisation des hôpitaux suit la mise en place progressive d'un système d'assurance sociale (Loi du 25 avril 1930) inspiré par la politique de protection sociale promue en Allemagne par le chancelier Bismarck. L'organisation hospitalière se structure avec la loi du 21/12/1941 (Charte hospitalière) où on note que l'hôpital s'ouvre aux non-indigents, puis la reconstruction de l'appareil d'État suivant la seconde Guerre mondiale marque avec l'ordonnance du 04/10/1945 portant sur la création de la Sécurité sociale et surtout les ordonnances de 1958 [Ordonnances n° 58-1198 du 11/12/1958 ; 59-1199 du 13/12/1958 et 58-1370 du 30/12/1958] la volonté de réforme puis de création de la mise en place d'un véritable service public hospitalier avec un système hospitalo-universitaire au niveau national.

La loi du 31/12/1970 (dite loi hospitalière) institue le service public et vient spécifier l'hôpital comme le lieu de production de soins. Elle crée alors deux secteurs d'hospitalisation : l'un public et l'autre privé et va engendrer dans les deux décennies suivantes un mouvement de planification sur les territoires (Carte sanitaire, schémas régionaux d'organisation sanitaire, centrants de plus en plus le système de santé sur son système hospitalier [hospitalocentrisme]. Cette loi vient scinder la santé en trois champs : le champ sanitaire, le champ médico-social et le champ social nés des deux lois sociales de 1975 (Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi relative aux institutions sociales et médico-sociales).

La période qui s'étend de 1970 à 1991 est identifiée comme celle du planisme hospitalier et renforce, au-delà des allocations de ressources vers les plateaux techniques [voire hautement technicisés], les restructurations en métas organisations (Leys, 2011) par un mouvement de mutualisations, de coopérations induisant des stratégies d'acteurs aux effets non prévisibles mais délétères au système (p. ex. échec de la politique de départementalisation médicale en 1984 puis création des pôles).

L'ordonnance de 1996 ¹⁴ dite Juppé accentue dans ses huit titres le virage de l'innovation contrainte par la nécessité de trouver des solutions alternatives à un système de santé reposant principalement sur l'hospitalocentrisme avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation [ARH]. Elles donnent une reconnaissance à des formes professionnelles innovantes telles que les premiers réseaux nés dans les années 80 avec la prise en charge du SIDA en les intégrant en tant que politiques de santé. Elles inaugurent une première réponse

¹⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24/04/1996

aux défis qui vont apparaître avec les premières grandes crises sanitaires [p. ex. sang contaminé, hormone de croissance] mais aussi liées aux changements sociaux [transition démographique individualisation, exposition et gestion aux nouveaux risques, demande de plus en plus affirmée des populations à participer et à agir que ce soit au niveau individuel ou collectif dans la (sa) santé]. Ces dernières décennies sont marquées par le resserrement des finances publiques dans un contexte de crise économique mondialisée.

Les lois de 2002 viennent redonner existence au malade en lui reconnaissant des droits à accéder à l'information médicale le concernant et instituent le principe de création d'une démocratie sanitaire [Loi n° 2002-202 et 303 du 4 mars 2002]. Cette loi est précédée de la loi dite 2002-2 [Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale] qui vient refonder la loi de 1975.

Les plans et les réformes qui vont suivre tentent d'adapter le système hospitalier à plusieurs challenges dont la marchandisation de la santé [2005] en essayant de mettre à armes égales le public et le privé. (Contandriopoulos et al., 2017). Ce faisant, les constats des différents corporatismes au sein de l'hôpital public aboutissant à des formes d'anarchies organisées (Denis et al., 1995) mettent en évidence l'urgence à agir sur un monde hospitalier très centré sur lui-même, consommateur de ressources, formateur de compétences mais ne répondant plus véritablement aux besoins de santé publique sur les territoires [démographie médicale, actions sur les déterminants de santé, adéquation des compétences professionnelles aux soins de ville et à la compréhension plus intégrée de l'ensemble des besoins impactés par la maladie (Laplantine, 1984).

Le mouvement des réformes du système hospitalier s'accroît depuis 2002. Il tente de le rendre plus performant (efficacité contextualisée aux territoires) et en accord avec les évolutions sociales (système ouvert et autour de l'utilisateur) et participant aux débats tout comme aux défis de santé publique et les besoins d'innovation (e-santé, télémédecine). Ce mouvement est lui-même en cohérence avec la complexité décrite et est donc non linéaire, hétérogène et fragmenté. Il apparaît vulnérable dans ce contexte composé de variables indépendantes et extérieures et qui agissent sur sa performance. Ce contexte est caractérisé par trois composantes : la turbulence, la complexité et l'accessibilité (Marchesnay, 2004).

Tableau 10. Chronologie des réformes hospitalières à partir de 2002 jusqu'en 2016¹⁵

Année	Textes législatifs, Plans	Principaux objectifs
2002	Plan hôpital 2002-2007	Il complète les réformes engagées depuis 1995-1996) et va tenter sur la base de plusieurs rapports ¹⁶ de : <ul style="list-style-type: none"> • Rendre l'hôpital plus autonome en l'accompagnant par le biais des ARH • Avoir une stratégie de développement et d'adaptation de l'offre hospitalière en associant les CT et le privé (sociétés d'économie mixte)
2003	Loi d'habilitation n° 2003-581 du 2 juillet 2003 Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003	Droit hospitalier simplifié. Le gouvernement peut agir par ordonnance pour simplifier et réorganiser les champs du sanitaire du social et du médico-social
2005	Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005	Nouvelle gouvernance dont la création des pôles d'activité cliniques et médicotechniques) Nouvelle gestion avec une priorisation des recettes sur les dépenses (Tarification à l'activité T2A) et la recherche d'efficience (résultats>moyens)
2007	Plan hôpital 2008-2012	Ce plan vient prolonger le plan hôpital 2002-2007
2009	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires	Elle vise à « réorganiser et à moderniser » dans le contexte de la RGPP « l'ensemble du système de santé » (Safon, 2011). Création des ARS pour coordonner sur leurs territoires les axes de la loi dont l'offre de soins (le service hospitalier et la médecine ambulatoire, la santé publique et la démocratie sanitaire). Le médico-social apparaît plus dans une forme gestionnaire et normative. Les dispositifs de coopération dont les GCSMS ont un développement lent ¹⁷ et semblent remis en question (Poinot, 2013).
2016	Loi de Modernisation de notre système de santé	Projet promu dès 2013 qui vise à moderniser (stratégie nationale de Santé) le système de santé 3 axes : <ul style="list-style-type: none"> • Prévention santé publique • Accès aux soins ambulatoires • Amélioration du système de santé sur les territoires

¹⁵ (à partir de <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueReformesHospitalieres.pdf>) (Safon, 2017).

¹⁶ Rapports : Piquemal, mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale, mission restaurer l'attractivité des Chu, mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, Fieschi, Berland, Domergue

¹⁷ Direction Générale de l'Action Sociale : bilan des remontées issues de l'enquête « SOLEN »

L'offre de soins ambulatoire : un environnement en mutation

Selon l'INSEE « les soins ambulatoires se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (Les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cure thermale », ¹⁸ La HAS résume le concept comme les soins délivrés en dehors des établissements de santé.

La polysémie qui entoure le concept peut s'expliquer par les différents contextes de soins rencontrés en ville (Tableau 8 page suivante). Néanmoins, c'est la profession médicale qui est historiquement représentative de la prise en charge des soins au domicile et au sein de ses différents substituts. L'offre ambulatoire s'est développée comme le pendant institutionnel du système hospitalier après la Seconde Guerre mondiale (1947). Elle se définit par son caractère libéral (Garros, 2009) dont les libertés d'installation et de prescription pour les médecins généralistes. Selon le Code de santé publique (CSP) le médecin est le coordinateur des soins. Le médecin et la place qu'il occupe dans la société symbolisent le secteur des soins en ville. Il est l'interlocuteur principal dans l'essentiel des débats portant sur les évolutions des politiques de santé affectant les populations hors établissements de santé. Les liens sont établis entre les changements ou les évolutions rendus nécessaires par les besoins en santé des populations (et en particulier les inégalités sociales de santé), les ressources professionnelles suffisantes et une juste répartition de ces mêmes ressources sur l'ensemble des territoires.

¹⁸ <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>

Tableau 11. Terminologie des soins hors établissements de santé en France - Source : Document de travail HAS (2015)

Concept	Définition	Référence(s)
Médecine de ville	Elle peut être caractérisée par l'achat d'une prestation de soins par un client « autonome » (qui devient alors un patient) hors aide médicale gratuite et par son principe de remboursement par l'assurance maladie obligatoire lié à un conventionnement entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.	(Da Silva & Gadreau, 2016; Saliba-Serre & Ventelou, 2009)
Médecine de proximité	La proximité est une notion géographique. Selon Hubert (2010), cette notion induit par extension des comportements collaboratifs inter et pluridisciplinaires (généralistes, spécialistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux locaux mais aussi établissements locaux) qui permettront d'apporter au patient et à la population locale une offre suffisante en accès et en compétences.	Hubert (2010)
Soins de santé primaires (primary care)	<p>Orientation majeure en termes d'objectif d'accès à un niveau de qualité de santé au niveau mondial, les soins primaires se déclinent dans des politiques de prévention, de promotion, de soins, d'éducation et de réadaptation. Ils ont vocation à résoudre les grands problèmes de santé (maladies, nutrition, accès à l'eau potable de façon suffisante et au traitement de son assainissement, la protection maternelle et infantile, les campagnes de vaccination contre les grandes maladies infectieuses, l'accès aux médicaments essentiels). Article VII de la déclaration d'Alma-Ata (1978).</p> <p>Elle donne comme préalable que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. » Article IV de la déclaration d'Alma-Ata (1978).</p> <p>Ils sont « le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » Article V de la déclaration d'Alma-Ata (1978).</p> <p>Selon la HAS (2015) en France le terme est mal compris et donne lieu à des interprétations diverses limitant leur champ d'activité au seul médecin généraliste tandis que d'autres intègrent les autres professionnels libéraux.</p> <p>On note toutefois que le concept fait référence à la nécessité d'une coordination des acteurs et des politiques, quel que soit le niveau d'intégration (du local au national).</p>	(Organisation mondiale de la santé, 1978) (Alméras, 2012) (Brami, 2015)
Soins ambulatoires (Ambulatory care)	Selon l'INSEE (2016), les soins ambulatoires sont synonymes des soins de ville. Ils correspondent aux soins effectués par les professionnels de santé libéraux en cabinet ou au domicile des patients, en centres de santé, dispensaires. Ils comprennent aussi les consultations externes des établissements de santé hospitaliers publics ou privés. La HAS intègre aussi les soins délivrés par les services d'hospitalisation à domicile.	INSEE (2016)
Médecine ou soins de premier recours	En France la médecine dite de premier recours se réfère au médecin généraliste (<i>primary care physician</i>). Selon la faculté de Médecine à Genève (Université de Genève, 2002) « La meilleure définition du médecin de premier recours est un médecin qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations et dans 90 % du temps. Pour le reste, il fait recours à ses confrères spécialistes et autres professionnels de la santé. ».	CSP (Article L4130-1),

Les autres professionnels travaillant en ville sont répertoriés par le Code de la Sécurité sociale « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé sociaux et médico-sociaux ».

L'offre ambulatoire évolue sous la pression d'une démographie médicale vieillissante, d'une attirance faible des nouveaux médecins pour la médecine de ville jugée peu valorisante, d'une pression normative par un encadrement de plus en plus contraignant et donc de plus en plus limitatif de cette liberté dans l'exercice professionnel revendiqué par les médecins de ville et leurs instances représentatives (Ordre, syndicats professionnels, unions régionales des différentes professions de santé (URPS) mises en place avec la loi HPST (2009, 2010) en lieu et place des unions régionales des médecins libéraux (URML) de la part de l'assurance maladie qui contrôle avec les ARS la pertinence des soins et établit des liens de plus en plus évidents avec les modalités de rémunération du métier voire même développe un système d'émulation par prime en fonction d'objectifs de santé. (Da Silva & Gadreau, 2015).

Les politiques de création des maisons/pôles et centres de santé regroupant sur un même territoire les professionnels de santé de proximité et visant à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) apportent une meilleure qualité de pratique pour les médecins généralistes travaillant dans ces configurations selon (Mousquès & Daniel, 2015).

Les établissements et services du champ du social et du médico-social

Le secteur du médico-social créé après la loi de 1975 regroupe un grand nombre d'établissements et services (30 000) ayant pour missions l'accueil et l'accompagnement des publics vulnérables ou fragiles, en situation de handicap, de dépendance, d'exclusion ou de précarité (Tableau 9 page suivante).

Ce secteur est historiquement porté par les congrégations religieuses et les familles d'enfants porteurs de handicaps sans solution d'accueil. Les acteurs promoteurs sont divers (associations, structures commerciales privées lucratives, etc.). En 2015, « 87 % des places pour personnes handicapées se trouvent au sein d'établissements appartenant au secteur privé non lucratif, 12 % au service public et moins de 1 % au secteur privé commercial » (CNSA, Chiffres clés 2016, p.17) (CNSA, 2016).

Tableau 12. *Thèmes du social et du médico-social et les établissements et/services dédiés (Source : FINESS)*

Thème général	Thème spécifique	Établissement/service correspondant (Type et nombre de places en 2015) ¹⁹
Action sociale autres adultes	Hébergement des adultes en difficulté Hébergement des autres adultes Mesures de protection des majeurs Prise en charge des personnes en difficultés spécifiques Réinsertion professionnelle et sociale adultes en difficulté	
Adultes handicapés	Accueil et accompagnement pour personnes handicapées Hébergement des adultes handicapés Insertion professionnelle et sociale des adultes handicapés	355.000 places Établissements expérimentaux Accueil temporaire MAS-FAM Foyers polyvalents SAVS) et SAMSAH SSIAD et SPASAD CRP-CPO-UEROS ESAT Foyer hébergement, foyer de vie
Aide à la famille	Garde des enfants Services à la famille	
Aide sociale à l'enfance	Hébergement aide sociale à l'enfance Observation orientation mineurs en difficulté Soutien personnalisé enfants et adolescents en difficulté sociale	
Autres services du domaine social	Activité des centres de ressources Activité expérimentale dans établissements sociaux Recherche et administration domaine social Services médico-sociaux à domicile	
Enfance handicapée	Éducation spéciale enfance handicapée Hébergement enfance handicapée Soins médico-sociaux enfance handicapée	155.000 places (hors CAMSP et CMPP) • SESSAD • Établissement pour déficients sensoriels • IEM • ITEP • Établissements polyhandicaps • IME
Personnes âgées	Hébergement personnes âgées Soins médico-sociaux aux personnes âgées	593 005 places dans 7394 EHPAD (2015) 2783 services médico-sociaux pour personnes âgées

¹⁹ Statistiques DREES Statiss 2015

Les tutelles sont aussi multiples (État via les préfets, ARS, Conseils départementaux, CNSA). Les créations des établissements médico-sociaux (ou leurs potentielles transformations) ne sont possibles qu'en réponse à une procédure d'appel à projet initiée par les tutelles associées ou non (ARS, préfet, département).

Les sources de financement sont en fonction du cadre d'activité des établissements (État, Assurance maladie, Fonds d'intervention régional [FIR], du conseil départemental au titre de l'aide sociale). Les gouvernances de ces établissements contractualisent avec l'ARS et le Conseil départemental ad hoc. (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [CPOM]).

Le pilotage de la qualité et de la performance du secteur est réalisé à l'aide d'outils délivrés par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Malgré les cloisonnements existants entre le sanitaire, le social et le médico-social l'implication des professionnels de santé (Médecine générale, soins, besoins d'accès aux soins secondaires en ville et en milieu hospitalier) est effective et quasiment quotidienne dans les accompagnements d'usagers fragiles ou vulnérables.

Le champ du médico-social reste une particularité française dont les contours sont insuffisamment définis. Ce constat fait entrevoir des disparités dans les ressources et les métiers qu'il recense et devant l'évolution quasi constante de ses organisations, de leurs financements et de la pression normative (basée sur l'évaluation permanente) les métiers de la santé et du travail social voient leurs finalités remises en question (Beynier, 2006; Gauléjac, 2009, 2014).

1.3. Les acteurs du système de santé français

Dans cette sous-section nous détaillons les professions de santé et ses acteurs à qui revient fondamentalement la charge de coordonner les soins. Puis nous présentons le statut de patient comme acteur « d'évidence » mais aussi comme une évolution majeure dans les relations de l'utilisateur dans ses capacités (et ses compétences) à agir sur le système de santé et ses acteurs professionnels.

Les professions du système de santé français et de ses champs du sanitaire, du social et du médico-social sont nombreuses et leur nombre va au-delà des professions de santé référencées dans le CSP et le CASF. La place du médecin est historique dans l'ensemble des sociétés humaines et elle est associée à la fonction de guérison des « formes élémentaires » de maladie vues comme des déviances sociales et de leurs différents modèles étiologiques (Laplantine,

1993). Le statut de guérisseur sorcier (Freidson, 1984) évolue au XVIII^{ème} siècle pour Foucault (Foucault, 1994) avec la mutation progressive de l'hôpital hospice vers l'hôpital moderne envisagé comme 'des machines à guérir » selon Béguin (Foucault, 1979).

La création de l'hôpital vient d'une part diviser le travail médical en faisant émerger les professions paramédicales (Freidson, 1984) et d'autre part elle contribue à la prise de conscience et à la revendication d'appartenance à ces professions. La notion de profession semble en elle-même difficile à définir par rapport au métier et elle fait apparaître une forme d'élite (Cogan, 1955). Les symboles sont fortement attachés à la profession médicale selon Parsons (autorité, neutralité affective, secret, universalité du savoir, éthique) Chazel (1974) et aux professions qui s'y rattachent telles que les infirmières (Becker, 2006). Ils participent aux représentations sociales (Galand & Salès-Wuillemin, 2009) et au processus de formation de « l'image métier » dans les choix d'orientations professionnelles (Brillet & Gavaille, 2016).

1.3.1. Les professions de santé, acteurs de coordination dans le système

Les professions de santé sont définies exclusivement par le Code de la santé publique. Le CSP comprend comme professions de santé : les professions médicales (Médecin, chirurgien-dentiste, les sages-femmes), les professions de la pharmacie dont les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie d'officine et hospitalière et enfin les auxiliaires médicaux. Cette dernière catégorie regroupe la profession infirmière, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes et psychomotriciens, les orthophonistes et orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, les professions d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, les diététiciens et les aides-soignants, auxiliaires de puériculture et les ambulanciers. Les professions de psychologue (53 913 professionnels en 2015) ainsi que les ostéopathes et les chiropracteurs sont répertoriées par les ARS au sein du répertoire ADELI comme professions de santé.

Selon (Barlet & Marbot, 2016), en France, les professionnels de santé sont environ²⁰ au nombre de 1,9 million au 1^{er} janvier 2015 et représentent 7 % des actifs (Tableau 13).

Tableau 13. Modes d'exercice des professions de santé réglementées en 2015 (extrait de Drees-Série longue : les professionnels de santé de 1999 à 2016) <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>

Mode d'exercice	Effectif total 2015 (100 %)	Salariés hospitaliers	Salariés autres	Libéraux exclusifs	Exercice mixte
Profession					
Professions médicales	285 277	80 307	32 273	146 030	27 009
Médecins	222 150	65 027	26 674	107 353	23 096
(Ensemble des spécialités d'exercice)	(61 428 hôpital public)	(29,27 %)	(12,00 %)	(48,32 %)	(10,40 %)
Dont spécialistes	119 665	47 082	11 144	45 142	16 297
Dont généralistes	102 485	17 945	15 530	62 211	6 799
Sages-femmes	21 632 (11 464 hôpital public)	14 645	1 410	3 811	1 766
Chirurgiens-dentistes	41 495 (923 hôpital public)	635	4 189	34 866	2 147
Professions pharmaceutiques :	145 000	--	--	--	--
Dont pharmaciens	74 345 (6 735 hôpital public)	8 760	33 996	31 436	153
Professions du soin	1 139 000	--	--	--	--
Dont infirmiers	638 248 (322 996 hôpital public)	424 258	104 065		109 925
Professionnels de la rééducation	155 000	--	--	--	--
Dont masseurs-kinésithérapeutes	83 619 (8 201 hôpital public)	13 705	3 416		66 498
Professionnels médico-techniques	114 000	--	--	--	--
Professionnels de l'appareillage	39 000	--	--	--	--

²⁰ Statistiques imprécises du fait des modes de recensement différents selon les professions (RPPS pour les professions disposant d'un ordre tels que les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, etc.) et ADELI pour les autres professions

Les professions du soin représentent la plus grande population (61 %) parmi l'ensemble des grandes catégories de soignants et ce sont les infirmiers qui forment numériquement la principale des professions de santé (34 %). Les professions médicales représentent quant à elles 15 % des professions de santé (Figure 11). Les durées de formation dans les professions du soin varient d'une année pour les aides-soignants tandis que la formation initiale d'un infirmier sera de trois années [post-baccalauréat] à laquelle selon les spécialités [Puériculteur, Bloc opératoire] s'ajouteront d'une à deux années de formation supplémentaires [Aide-anesthésiste]. La formation d'encadrement chez les infirmiers est d'environ dix mois. Les durées de formation [post-baccalauréat] au sein des professions médicales varient de cinq années pour les sages-femmes pour leur formation initiale à neuf ans pour le diplôme d'État de docteur en médecine générale à douze années pour les diplômes de qualification de spécialité.

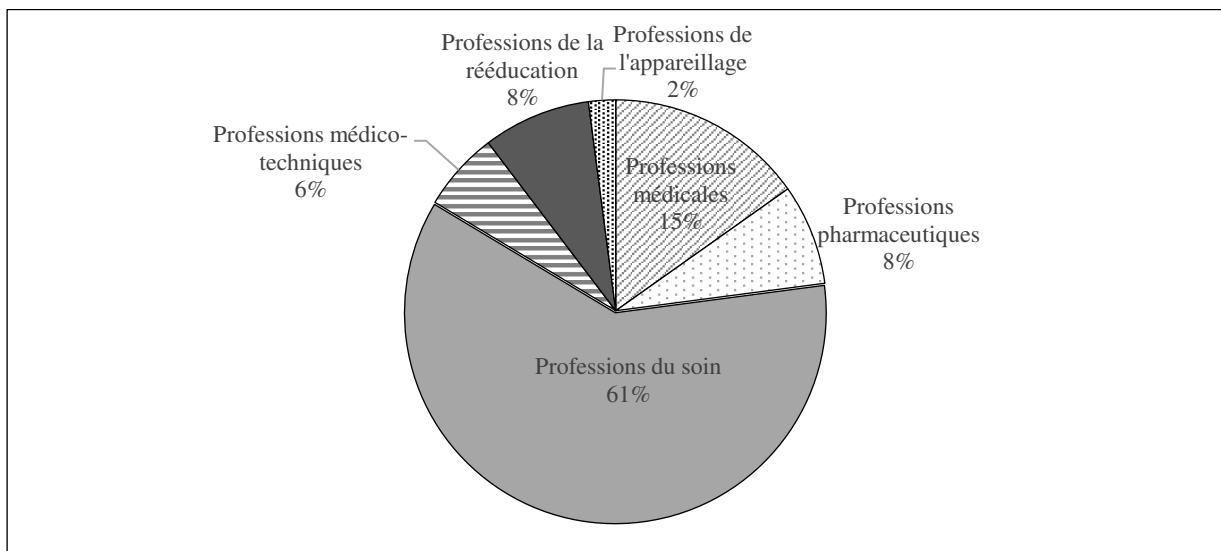


Figure 11. Grandes catégories de professions dans le secteur de la santé (2015).

L'exercice de plusieurs professions dans le champ de la santé est soumis au cadre général des professions réglementées. Ce cadre établit les critères d'accès ainsi que le référentiel encadrant les pratiques de ces différentes professions. L'accès et l'exercice de ces professions sont autorisés soit par la délivrance d'un agrément, d'une habilitation réglementée par décret ou arrêtés ministériels ou d'une certification par diplôme d'État [Répertoire national des certifications]. L'ordre des médecins arrête aussi les autorisations d'exercice ou le titre réservé après étude des qualifications et des diplômes de spécialité.

Les stratégies des politiques de santé depuis le début des années 2000 sont orientées par plusieurs problèmes dont celui de la démographie médicale en particulier en exercice libéral

aboutissant à la désertification des territoires ruraux. La question du renouvellement des générations au sein de la population médicale reste une préoccupation majeure pour les années futures, la moyenne d'âge chez les médecins généralistes est de 52 ans en 2015. Cinquante-cinq % de l'effectif global masculin est représenté par des médecins de plus de 52 ans. Les médecins femmes de plus de 49 ans représentent plus 45 % de l'effectif global féminin (Le Breton-Lerouillois, 2015). Moins de dix médecins sur cent sortants diplômés de la faculté s'installent dans l'exercice libéral [9,5 %] tandis qu'environ 70 [68,8 %] vont choisir un mode d'exercice salarié. La figure 12 montre que la problématique de désertification des territoires n'affecte pas seulement les zones rurales mais aussi les territoires fortement urbanisés [p.ex. la région parisienne].

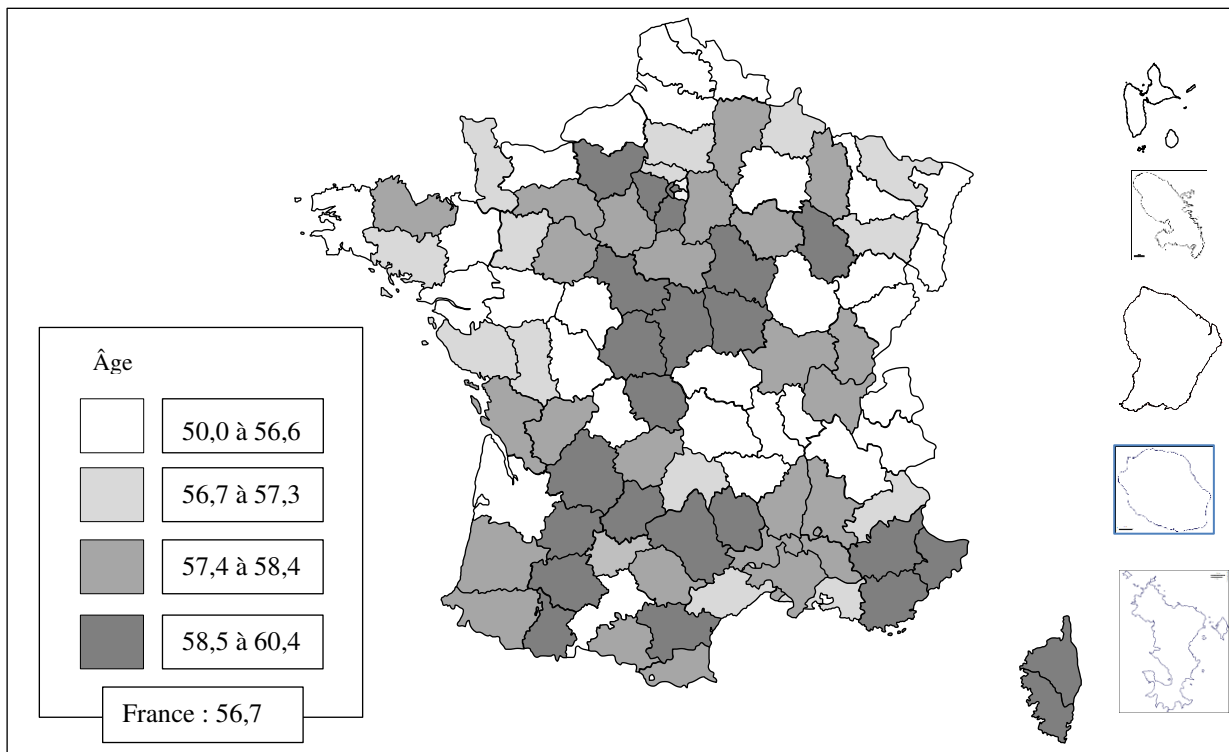


Figure 12. Moyenne d'âge de la totalité des médecins inscrits au tableau de l'ordre, 2015 — France métropolitaine, [Source : CNOM]²¹.

1.3.2. Le patient et l'évolution de son statut comme acteur de sa santé

La définition du patient pose la question de la personne dans sa singularité comme sujet, de sa santé, de son état d'incapacité et/ou de maladie.

²¹ Carte reconstituée à partir des données à partir de la cartographie interactive de la démographie médicale https://demographie.medecin.fr/#s=2015;z=-672344,7186262,2473451,1467826;l=fr;i=demo_gen_tot.moy_act_tot;v=map2

« *Good health—it depends on who you are, where you live, the society around you—and in particular on the person you are. There is no common denominator. What is good for one, cannot help 2000* » (Fugelli, 2007) p.5

Le mot patient a pour racine le latin : *pati* qui signifie « endurer » Le participe présent *patiens* « endurent » a été emprunté par le français patient (Garrus, 1996). Le dictionnaire Le Petit Robert donne comme second sens « la personne qui subit ou va subir une opération chirurgicale ; malade qui est l'objet d'un traitement, d'un examen médical » p.1377. Le grec « Πάθος » traduit par « pathos » signifie le fait de subir et la souffrance. Le Littré définit le patient comme celui souffre [et] reçoit l'impression d'un agent [Dictionnaire Le Littré T.4, p.4543] (Littré, 1994).

Le rôle de la personne [le malade] et la relation qui se joue entre elle et le médecin, ont fait l'objet de nombreuses études. Ils ont nourri la recherche et la pensée de plusieurs champs disciplinaires [philosophie, médecine, littérature, sociologie, économie, etc.]. Ce qui sous-tend la relation entre le médecin et le patient repose sur l'établissement du diagnostic, la prise de décision et l'obligation d'éclairer le patient sur celle-ci et enfin les moyens justes et proportionnés à mettre en œuvre. Selon Sturmberg (2013) « la rencontre clinique est le lieu de rencontre de l'expérience subjective du patient et du monde objectif du médecin. Le médecin apparaît comme l'intermédiaire ou l'interprète entre ces deux mondes ». Néanmoins la relation entre le patient et le médecin est affectée par l'asymétrie d'information entre les deux protagonistes (Rochaix, 1997), (Fainzang, 2014). L'engagement du secret médical défini par le code de déontologie médicale (Articles 4, 72, 73) et le code pénal (article 226-13) agit à la fois comme une assurance pour le patient mais aussi sanctuarise tout ou partie du dossier médical qui restera inaccessible même directement par le patient.

Duhamel en 1937 (Breton, 2014) va définir ou mythifier cette relation en en faisant un colloque singulier résumé comme étant l'espace où la confiance du patient rencontre la conscience du médecin. « *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret* » (Portes, 1954). Cette notion humaniste a longtemps alimenté la relation patient-médecin faisant ressortir le principe éthique d'autonomie (Beauchamp & Childress, 2008) (p.ex. le fait d'aller voir le médecin ou de l'appeler) et d'accepter volontairement ou consentir (Ceccaldi, 2009) « d'abandonner » cette autonomie pour accepter l'hétéronomie médicale légitimée par le savoir médical (Childress & Mount, 1983). Au domicile, dans le contexte français, cette relation est soumise à l'achat d'une prestation (Le paiement à l'acte de

la consultation sans certitude quant au résultat) pour la consultation clinique, l'établissement d'un diagnostic et la prescription d'un traitement. La compréhension de ce processus par le patient est restée pour beaucoup obscure sinon que de se satisfaire du résultat c'est-à-dire l'espoir de l'obtention de la guérison.

Emanuel et Emanuel (1992) ont identifié quatre types d'interaction caractérisant les relations « patient-médecin » (Tableau 11 page suivante). L'hétéronomie médicale intègre à la fois les valeurs du praticien, son devoir d'engager les moyens nécessaires ainsi que la reconnaissance plus ou moins « fine » des valeurs et de la psychologie du patient le consultant. Le concept de responsabilité (Ricoeur, 1994) reste, en France étroitement lié au jugement médical (Ricoeur, 1996) et s'accorde encore fortement avec le modèle historique paternaliste décrit par Szasz et Hollender (1956).

Tableau 14. Comparaison des quatre modèles d'interaction patient-médecin selon Emanuel et Emanuel (1992) Source : (Emanuel & Emanuel, 1992) Traduction personnelle

	Informatif	Interprétatif	Délibératif	Paternaliste
Valeurs du patient	Définies, fixées et connues du patient	Rudimentaires et contradictoires, nécessitant l'élucidation	Ouverture au développement et à la révision des valeurs par une discussion morale	Objectif et partagé par le médecin et le patient
Engagements (Obligations) du médecin	Fournir des informations factuelles pertinentes, appropriées et mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Élucider et interpréter les valeurs du patient, informer le patient et mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Articuler et persuader le patient des valeurs ou bénéfices plus souhaitables pour lui, informer le patient et mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences actuelles du patient
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle des soins médicaux. La conception de l'autonomie du patient est le contrôle du patient sur la prise de décision médicale.	Compréhension appropriée des soins médicaux. La conception de l'autonomie du patient est la compréhension de soi. Le patient en vient à savoir plus clairement qui il est et comment les différentes options médicales portent sur son identité	Développement moral approprié aux soins médicaux. La conception de l'autonomie du patient est l'auto-développement moral. Le patient a le pouvoir non seulement de suivre des préférences non examinées ou des valeurs examinées, mais aussi de considérer, par le dialogue, d'autres	La conception de l'autonomie du patient est l'assentiment du patient, soit sur le moment, soit plus tard, à la détermination par le médecin qui « pense » ce qu'il y a de mieux pour le patient.

				valeurs liées à la santé, leur valeur,	
				Ainsi que leurs implications dans le traitement proposé par le médecin.	
Conception du rôle du médecin	Expert	technique	Conseiller	Ami ou professeur	Gardien

La personne bénéficiaire s’est vu un rôle reconnu comme central dans les différents systèmes de santé (Nolte, Merkur, Anell & Lind, 2017) (Berthod-Wurmser, Bousquet & Legal, 2017) et en France notamment de façon plus concrète à partir des lois du champ sanitaire du 4 mars 2002 (Loi n° 2002-303 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé) mais aussi au sein du contexte médico-social [Loi du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale].

Le patient reste souvent envisagé dans la littérature comme une entité « *ceteris paribus* ». Cette conception analytique aboutit à une recherche modélisant un profil ou quelques profils « standardisés » de patients sans reconnaître la singularité complexe de l’être humain.

Socrate

Mais la nature de l’âme, crois-tu qu’on puisse la connaître parfaitement sans connaître la nature du tout ?

Phèdre

S’il faut en croire du moins Hippocrate, de la famille des Asclépiades, il n’est même pas possible d’avoir une connaissance sur le corps par cette méthode-là.

Socrate

C’est à juste titre, mon ami, qu’il le dit. Il faut toutefois examiner par une enquête si la raison est en accord avec Hippocrate.

Dialogue de Phèdre et Socrate Phèdre (270c,d), Platon (traduction (Jouanna, 1992).

Les concepts de plus en plus prégnants de citoyen en santé et de démocratie sanitaire témoignent d’un renforcement des politiques de santé publique orientant le système de santé d’après les normes d’une « nouvelle moralité » (Massé, 2003). La santé (et le système qui l’accompagne) semble ainsi devenir selon Massé traduisant la pensée d’Irving Zola (1977) « *l’une des plus*

*importantes institutions normatives, incorporant les institutions plus traditionnelles de la religion et de la loi ».*²²

Synthèse Chapitre I

Ce premier chapitre nous a permis de présenter le système de santé français dans ses grandes lignes. Nous pouvons reconnaître des éléments constitutifs communs retrouvés dans l'ensemble des systèmes de santé des pays occidentaux industrialisés. La complexité est une des problématiques d'ampleur retrouvée et décrite dans la littérature internationale.

Les causes objectives de cette complexité sont multiples. L'entropie d'un système par définition accroît sa complexité structurelle et ses difficultés à être proactif face aux mutations qui l'exposent à se réorganiser dans la contrainte mais aussi l'incitent à innover.

Conditionné par les ressources et les choix d'allocation, le système par ses acteurs doit s'adapter en renouvelant ses compétences mais plus encore en en créant de nouvelles.

Pour comprendre ces besoins en compétences nous abordons le chapitre suivant en présentant les mutations exogènes et endogènes avec leurs impacts prévisibles sur les acteurs du système de santé.

²² « *the burgeoning influence of medicine, as I said, more insidious and undramatic than the forces of religion and law.* » p.51

Chapitre II – Les mutations et leurs impacts sur les acteurs du système de santé français

« On n'a jamais connu autant de changements en aussi peu de temps pour nous » Une infirmière libérale

Plan

Introduction

2.1. Le concept de mutation

2.2. Les origines des mutations

2.2.1. Externes au système de santé

2.2.2. Internes au système de santé

2.3. Les conséquences observables et prévisibles de ces mutations

2.3.1. Un système de santé de plus en plus complexe

2.3.2. L'innovation du dispositif expérimental dans le système de santé

Synthèse

« Je ne puis ici qu'effleurer l'immense question de ces changements dépassant toute prévision, qui ont profondément modifié le monde et l'ont, en quelques années, rendu méconnaissable aux yeux des observateurs qui avaient assez vécu pour l'avoir vu bien différent. Je vais insister sur le peu de temps qu'il a fallu pour amener de si énormes conséquences, et surtout arrêter un peu vos esprits sur les causes les plus puissantes de cette brusque mutation. Je pense à tous les faits nouveaux, entièrement nouveaux, prodigieusement nouveaux, qui se sont révélés à partir du commencement du siècle dernier. » Valéry, Variété III, 1936, Le bilan de l'intelligence p.271 (Valéry, 1936).

« Euh ça c'est sûr que c'est des mutations de traitements donc il y a la mutation financière, la mutation des hôpitaux qui sont contraints à... Ben de fermer et puis l'évolution des pathologies qui demandent de plus en plus de soins donc plus de gens pris en charge et au demeurant moins de places d'accueil. C'est sûr que là il va falloir qu'on réfléchisse comment faire autrement. C'est une évidence ! Il faut que les parcours soient coordonnés mais que les pluri professionnels s'organisent parce que là c'est une vraie mutation là pour le coup ! » (Une infirmière libérale)

Les mutations dissocient progressivement le système historique de valeurs ou de croyances des organisations de soins avec une altération des représentations professionnelles laissant place à une communication différente entre le client patient et son fournisseur de soins. Le changement atteint profondément la relation médecin-patient.

Introduction

Balandier (1971, 2004) comprend le phénomène de mutation au sein de la société dans l'espace et le temps entre ce qu'il nomme la sociologie de la continuité et la sociologie du changement. Les typologies du changement décrites par Van de Ven et Poole (1995) proposent de catégoriser le changement soit sur un mode de compréhension où celui-ci est subi par les acteurs et leurs organisations (Déterminisme) ou bien sur un mode où il est généré, choisi par ces mêmes acteurs ou organisations (Volontarisme). De ces deux grandes options découlent quatre typologies du changement qui viennent définir tant au niveau systémique qu'au niveau des acteurs et de leurs interactions les concepts connexes de transformation, de transition, d'évolution et enfin de mutation, et qui viennent s'appliquer aux grandes thématiques sociales comme synonymes au changement.

Dans ce chapitre nous proposons une première partie qui a pour objectif d'apporter une définition du concept de mutation vu comme un phénomène et une forme de changement social. Dans une deuxième partie, nous abordons les mutations identifiées dans la littérature. Certaines sont externes au système de santé français et ont un ou des impacts déjà observables ou prévisibles à courte ou moyenne échéance sur le système de santé français. Des mutations internes en lien avec les mutations externes affectent diversement le système dans son fonctionnement et ses acteurs laissant envisager de profonds bouleversements touchants possiblement la philosophie et le sens du soin, thèmes profondément ancrés au cœur d'un monde professionnel, de ses valeurs et de ses motivations.

2.1. Le concept de mutation

Plusieurs domaines de définitions s'appliquent au substantif « mutation ». Le CNRTL le définit premièrement comme un « changement radical et profond » entraînant une modification profonde des structures (<http://www.cnrtl.fr/definition/mutation>). On retrouve dans la littérature abordant le phénomène de mutation dans la santé et des domaines liés (tels que système de santé, protection sociale, etc.) les termes de transformation (Batifoulier, Domin & Gadreau, 2007), de changement (Rocher, 2008) et de transition mais aussi d'innovation (Christensen et al., 2000).

Le phénomène de mutation est étroitement lié au phénomène de transition, car ils intègrent tous deux, le phénomène de changement. La transition se déroule sur une phase ou cycle avec un état initial. Durant ces phases par définition intermédiaires se déroulent des évolutions (Ruptures totales ou partielles, transformations par degrés ou paliers mais conservant une part de l'état initial, ou bien mutations des structures et plus globalement du système au sens où les finalités ou résultats sont incertains et parfois appréhendés (Batifoulier et al., 2007 ; Rainhorn, 2001). La dimension de temporalité accompagne le changement et vient accroître les difficultés d'adaptation des organisations et des individus qui les composent. Le concept de cycle de vie court vient s'imposer au travers des multiples expérimentations innovantes mais précaires représentées dans le système par les dispositifs expérimentaux à financement non pérenne [tels que les réseaux de santé (Bonafini & Nobre, 2011) par exemple].

Les enjeux du changement du système de santé français sont multiples et il n'est pas certain qu'ils soient encore tous reconnus même si l'ensemble de la littérature en économie, en gestion de la santé et des rapports officiels reconnaissent les mêmes constats d'inadaptation du système

et des ressources face aux défis sociétaux, économiques et technologiques prévisibles au 21^{ème} siècle. Les changements observés dans le système de santé nord-américain sont envisagés dans le tableau suivant (Tableau 12). Ils s’observent à des degrés d’avancement divers dans le système de santé français.

Tableau 15. *Moving from a 20th to a 21st Century Health Care System (NIHCM, 2003) p.7*

20^{ème} siècle	21^{ème} siècle
Parcours de soin fragmenté	Parcours de soin coordonné
Centré sur le fournisseur de soin	Centré sur le patient
Piloté par le prix	Piloté par la valeur ajoutée
Connaissance fragmentée	Connaissance organisée
Les décisions en matière de soins varient considérablement	Les décisions de soins sont prises sur la base de preuves
Diffusion lente de l'innovation	Diffusion rapide de l'innovation
Dossier patient « sur papier »	Dossier patient informatisé
Parcours de soins caractérisés par des traitements par à coup ou par épisodes	Parcours de soins caractérisé par un suivi continu
Choix limité (réduit la possibilité de faire « les bons choix »)	Choix plus large (augmente la possibilité de faire les bons choix au sens les plus pertinents)
Faible mesure de la qualité	Mesure omniprésente de la qualité
Gestion du système par les processus	Gestion axée sur les résultats
Régulation (réglementation) par les pouvoirs publics vécue comme contradictoire et contraignante	Régulation (réglementation) plus concertée menée dans un état d’esprit plus coopératif et collaboratif
Escalade permanente des coûts	Diminution globale des coûts

2.2. Les origines des mutations

Dans cette sous-section nous nous attachons à montrer les origines externes et internes des mutations. L’institution de la santé montre à la fois sa capacité et ses moyens à se maintenir par son système de normes et de règles et tout à la fois, par ses acteurs, mais aussi en partie par

administration elle est en mesure de créer ou innover en saisissant ces changements comme des opportunités.

2.2.1. Externes au système de santé

Une recherche de convergence

Les mutations externes sont mises en évidence dans la littérature par la recherche d'une convergence progressive de l'ensemble des systèmes de santé (Kastler, 2016). Ce que serait le standard ou norme pourrait correspondre idéalement à une forme d'universalisation d'un panier de soin minimal auquel aurait droit tout être humain dans cet idéal de santé pour tous promu par les institutions internationales (WHO, World Bank). La couverture sanitaire universelle (OMS, 2013) en est un exemple. Ce courant est orienté par les instances internationales avec des objectifs finaux d'amélioration de l'état de santé (Senarclens, 2001), de réduction de la pauvreté et des inégalités dans le monde (Abbasi, 1999).

L'état de santé des populations reste largement dépendant du niveau de développement économique des pays. Ce qui amène à la constatation d'un profond clivage avec une régionalisation des pays développés (globalement le monde occidental) et des régions du monde avec des systèmes de santé encore peu (ou en voie de) développés, car insuffisamment financés et organisés.

Au niveau européen, les systèmes de santé ne relèvent pas dans leur organisation de la compétence directe de l'Union européenne (UE) (Traité de Lisbonne, 2007, article 168). Cependant, même s'il n'y a pas d'implication directe de l'Europe dans les politiques nationales de santé et les différents systèmes de santé, l'UE en tant qu'institution s'est donnée pour axe de développement l'amélioration de la santé de ses citoyens (Acte Unique, 1987 ; Traité de Maastricht, 1992).

Trois principes ont été ainsi adoptés par le Conseil Européen à Barcelone (2002) (André, 2015) : l'accessibilité pour tous, la qualité des soins et la viabilité financière à long terme. La méthode ouverte de coordination doit être appliquée aux systèmes de santé.

Hassenteufel (2013) remarque que depuis les années 90 une transformation des systèmes de santé « historiques » avec par exemple le plan Thatcher et Major au Royaume-Uni en 1991 avec l'introduction des mécanismes de marché au sein du système de santé (NHS) ; en Allemagne, la réforme de 1992 avec la mise en concurrence entre les caisses d'assurance maladie et en 2003

la réforme engageant dans une volonté de maîtrise des dépenses la responsabilisation des patients par leur participation financière ; en France, les ordonnances dites Juppé en 1996 ont conduit à la mise en place des rôles du Gouvernement et du Parlement afin de contrôler dorénavant l'équilibre financier de la Sécurité sociale et de réduire la dette (Création de l'ONDAM et mise en place de la LFSS). Cette transformation selon Hassenteufel (2013) est caractérisée par un processus global d'eupéanisation qu'il comprend comme un transfert progressif de l'ensemble des politiques publiques nationales (dont celles de la santé) vers l'UE en tant qu'institution supranationale. Ce processus d'eupéanisation a été décrit par Guigner (2011), Saurugger et Surel (2006), Saurugger (2010) et Hauray (2011). Pour Guigner (2011) l'eupéanisation procède de deux mécanismes dont l'un est, selon cet auteur, vertical au sens qu'il correspond à une forme de normalisation progressive (La recherche de la définition d'un minimum de données et d'indicateurs en lien avec ces données de santé utilisé au sein des différents systèmes de santé présents dans l'UE, dont des dépenses de santé mesurées en point de production intérieure brute (PIB), la convergence des taux de croissance) ; l'autre mécanisme étant décrit comme horizontal et favorise l'apprentissage de nouvelles pratiques par les échanges de pratiques et la libre circulation des professionnels de santé.

L'évolution de la démographie et la transition sanitaire

La théorie de la transition démographique connaît trois phases selon Monnier (2006). Monnier identifie premièrement la transition démographique dite classique. Elle prend fin au milieu des années 1960 avec la baisse de la fécondité en Europe au sein de la famille traditionnelle et transformation progressive de la structure familiale traditionnelle). Une seconde phase s'étend jusqu'à la fin des années 1980 – 1990 et elle est caractérisée par la crise du modèle traditionnel (assouplissement des contraintes juridiques avec l'autorisation et la simplification de la procédure du divorce, accès libre à l'avortement et à la contraception). La fin des années 80 qu'Avdeev et coll. (2011) typifient comme étant « une phase de consolidation et d'institutionnalisation des nouvelles formes conjugales et familiales (Stabilisation et soutien législatif des formes nouvelles d'unions, concordance entre relations conjugales et parentales hors mariage traditionnel) ». Selon ces auteurs, cette période peut être qualifiée de seconde transition démographique (Zaidi & Morgan, 2017) et elle est accompagnée par une baisse importante de la mortalité. Baisse de la mortalité qui a elle-même un impact sur la structure du cycle familial et les relations intergénérationnelles. Enfin depuis le début du siècle nous sommes dans « une phase (troisième phase) de consolidation du modernisme démographique de l'Europe » (Monnier, 2006).

L'évolution démographique (Figure 13) de la France intervient sur l'évolution du système de santé, ses besoins en ressources et sa recherche d'adaptation régionalisée au sens de Giddens c'est-à-dire dans l'espace et le temps. La durée de vie dans la population française, mais aussi mondiale (United Nations, 2017) progresse. Les liens entre les causes de mortalité et les effets induits par les politiques de santé elles-mêmes fondées sur un modèle de protection sociale mixte sont avérés (Luca Barrusse, 2016). Ces liens demeurent toutefois fortement assujettis à plusieurs autres facteurs tels les choix ou orientations politiques (Stuckler et al., 2010 ; Stuckler & Basu, 2014; Westbrook, 2017), les facteurs environnementaux qui ont une incidence sur la durée et l'espérance de vie en bonne santé. Néanmoins, le pourcentage de la population ayant plus de 60 ans augmente dans toutes régions du monde (+ 2 %/an) et représente près de 25 % de la population européenne (Monde = environ 12 %), (Luca Barrusse, 2016).

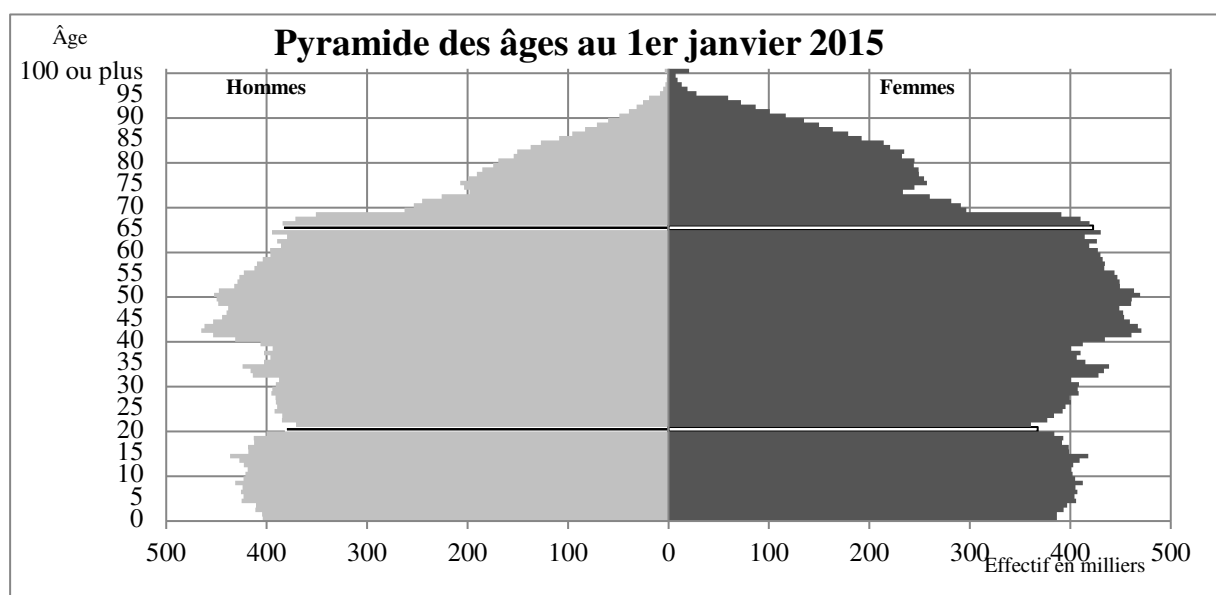


Figure 13. Pyramide des âges Champ : France y compris Mayotte - Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2014).

L'évolution des modes et du désir d'information

Les progrès de la médecine prédictive accrus par les capacités de calcul et d'autoapprentissage (*Deep learning*) des réseaux neuronaux associés à l'extension des modes de recueil des données de santé via les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et leur exploitation à partir de données massives « *big data* », opèrent des changements de plus en plus perceptibles dans le système de santé et ses organisations. Ils mettent en évidence un paradoxe où l'individu est générateur et gestionnaire de ses données tout en étant, en fait, dépossédé, car soumis à une médecine guidée économiquement par des algorithmes issus de l'analyse du traitement de masse de ces mêmes données. Les technologies de simulation de la réalité, la

télé médecine et la télé expertise modifient progressivement la pratique médicale et en particulier l'approche clinique.

Ces évolutions technologiques auront des impacts sur les métiers de la santé (Pierron & Evennou, 2017). La demande d'accès à l'information, la détention et la gestion par le patient-citoyen de ses propres données de santé (Experton, 2017) sont des besoins de plus en plus affirmés et viennent concrétiser la transformation du rôle du patient qui devient dès lors acteur actif (« act-ient ») de sa santé. Cette mutation est encouragée par la production d'études montrant la relation entre l'information gérée par les patients (via leur smartphone et des applications dédiées) et la diminution des erreurs diagnostiques et de prescriptions qui représentent la troisième cause de décès aux États-Unis et en France (Experton, 2017). Le concept de « *consumer mediated exchange* » développé et promu aux États-Unis trouve cependant des résistances de la part des professionnels de santé qui bloquent les informations pour des motivations en partie liées à la compétition des différents acteurs et fournisseurs de soins de santé.

La question du partage des données

Dans le domaine de la santé, le secret médical est un principe fondamental de la prise en charge. La protection de l'intimité permet d'établir la relation de confiance nécessaire au contrat de soin « *il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret* » (Louis Portes, 1954, p. 131). Le secret médical est garanti par la Loi (Code pénal, art. 226-13) il s'impose au médecin (Code de déontologie médicale, Art. 4) et s'applique à toutes les professions du soin (Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, art. 1^{er}) et en lien avec l'action sociale et la famille (Code de l'action sociale et de la famille, art. L.311-3).

Mino (2007) soulève la question du déplacement du principe fondateur du secret médical vers les modalités d'accès aux données de santé. La coordination des soins de plus en plus complexes et le devoir de veiller à la coordination des actions pour répondre aux besoins des patients induisent la nécessité d'un travail pluridisciplinaire. Les informations sont multiples et ne peuvent plus être détenues et analysées par un seul professionnel (en l'occurrence le médecin généraliste) et on parle désormais par nécessité de secret médical partagé et donc par extension de secret professionnel.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite de démocratie sanitaire) réaffirme le secret professionnel (CSP, art. L 1110-4).

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant (...) »

La loi précise que le secret s'étend à l'ensemble des données médicales et sociales pour tous les professionnels de santé (CSP, art. L.1110-4). Plu (2010) définit le secret partagé comme « *le partage sélectif de certaines informations, entre certains professionnels* » et le CNOM précise que les informations échangées ont les caractères de nécessité, de pertinences et sont non excessives dans l'intérêt du patient.

Cette reconfiguration progressive du secret est, selon nous, à prendre en compte dans les scénarios d'évolution de la fonction de coordination dans le contexte de l'informatisation du dossier médical personnel (DMP) et de la contribution des données personnelles anonymes au service de l'épidémiologie.

Vers une évolution du modèle de protection sociale

Le choix du modèle social dans notre société pose la question de l'évolution du système de santé (*statu quo*, marchandisation²³, de marchandisation de la santé). De l'État providence à l'État social (Rosanvallon, 2011) le modèle social évolue et selon Euzéby et Reysz (2011) il peut se définir selon trois critères : la capacité de l'État à tenir éloigner les citoyens du marché ou « démarchandisation » (*de commodification*), la capacité à évaluer les formes de stratification sociale et les relations entre l'État, le marché et la famille.

Ces critères permettent à leur tour d'identifier trois régimes de protection (Esping-Andersen, 2007). Les politiques sociales des États et *in fine* leurs systèmes de protection sociale mis en place sont souvent fondés sur des principes humanistes et ont trouvé leur éthique dans leur opposition aux lois du marché (Katznelson, 1988). Leur finalité principale est de concevoir le niveau de protection et de dédommagement qui seront apportés au citoyen atteint dans son autonomie par la maladie et/ou plus globalement mis en difficulté par une ou des incapacités.

²³ La santé est-elle un bien « à part » ? Pourquoi parler de consommation de biens de santé ?

Elles prévoient aussi les modalités de contribution sociale et de redistribution (distributive ou commutative).

Batifoulier et al. (2007), Batifoulier (2015) et McMaster, Batifoulier & Domin (2015) montrent que la notion d'État providence semble assez désuète et impropre, car elle suppose une omniprésence de l'État alors que, bien que très exclusif (Mise à l'écart progressif de l'Assurance-Maladie et des organismes complémentaires dans les orientations et décisions de financement), elle ne révèle pas la réalité et surtout les évolutions de son intervention concernant certains pans de la protection sociale (Transferts aux collectivités territoriales, coûts de financement, instauration des appels à projets, organisation du territoire avec les communautés professionnelles de santé). Selon Castel (1995) la notion d'État social, montre aussi une certaine forme de compromis permettant de faire coexister des positions tendues et quasiment antinomiques : le patrimoine et le travail, mais aussi la cohésion sociale et la loi du marché.

Titmuss, Abel-Smith et Smith (1990) ont proposé trois typologies ou principes d'intervention par l'État social. Le modèle résiduel est caractérisé par un rôle uniquement subsidiaire de l'État dans la protection. Ainsi il pourvoit par défaut au premier degré aux besoins non assumés par l'entourage ou la communauté et ayant pour conséquences des carences à la satisfaction des besoins élémentaires. Dans ce contexte, le citoyen évalue en fonction de ses moyens le prix qu'il est prêt à payer pour le niveau de protection au regard des risques connus et/ou prévisibles. Dans ce modèle, le citoyen est acteur de sa protection, il met en concurrence des assureurs privés sur le marché. Cette assurance peut faire l'objet d'une négociation intégrant sa rémunération dans l'entreprise. Le modèle institutionnel redistributif reprend les fondements du modèle proposé par Beveridge en 1942. Le modèle industriel méritocratique reprend les principes du modèle développé par Bismarck au XIX^e siècle.

Ramaux (2012) contextualise au système de protection français et donne une définition extensive de l'État social en quatre piliers : La protection sociale, les politiques macro-économiques de soutien à l'activité et à l'emploi, la régulation du marché du travail (et son volet droit du travail notamment) et les services publics.

L'objectif qui domine l'ensemble des politiques publiques (dont la santé publique et la protection sociale) est celui de mettre en œuvre un ensemble de mesures concourant à la réduction des déficits publics.

Des descriptions portant sur le système et ses évolutions par les différentes réformes, une perspective ou cohérence globale (Batifoulier, Domin et Gadreau, 2007) se dégage, quelle que soit l'idéologie politique (Gauche/Droite) en place (de droite et en général plus libérales, plus « sensibles » aux arguments du marché et de la justice dite commutative ou de gauche et plus en accord avec une vision basée sur des principes de justice dite distributive). L'environnement économique conditionne au moins en partie le financement du système dont la thématique des prélèvements obligatoires et la gestion des risques avec *in fine* les différents paramètres du revenu de remplacement (en cas de maladie, handicap, accident du travail) tels que les conditions d'attribution, la hauteur du revenu de remplacement, sa durée, etc.

Depuis sa mise en place en 1945, le système de santé français évolue entre le modèle bismarckien et beveridgien. Saint-Paul (2013) avance que cette originalité trouve son origine dans cette forme hybride qui « essaye d'éclairer les pistes de réforme futures par des fondements de la théorie économique ». Ces réformes ont chacune contribué à adapter le système aux réalités économiques, sociologiques, démographiques, mais aussi épidémiologiques et territoriales. Toutefois, des logiques s'affrontent de plus en plus et on peut dire que l'État avec son système historique d'assurance maladie financé par le travail reste dans une logique assurantielle de type bismarckien. Batifoulier et al. (2007) avancent que les différentes réformes renforceraient la logique assurantielle toutefois il semble bien que les contraintes macro-économiques obligent l'État social de type keynésien à se convertir à un mixte associant le modèle néolibéral avec des principes socio-démocrates (Giddens & Blair, 2002). Autrement dit, l'ensemble des réformes semble organiser progressivement le retrait (*retrenchment*) de l'assurance maladie vers une forme à minima obligatoire (à l'exemple du *Medicare* aux États-Unis) et allant vers une justice non plus distributive, mais plus encline dorénavant à la commutativité. Progressivement, on observe avec les lois de décentralisation le transfert des politiques de santé concernant les personnes âgées et en partie la prise en charge du handicap aux collectivités territoriales. Celles-ci sont amenées à assumer seules ou en grande partie, le financement de ces politiques médico-sociales. La contribution à ces financements de ces politiques par les collectivités territoriales et les modes de redistribution universelle relèvent plus d'une logique beveridgienne c'est-à-dire reposant sur un accès universel au système de santé avec pour principe son financement par l'impôt.

Un système de santé est mis en place pour prévenir et gérer le risque. Il organise une offre de soins quand la maladie, l'accident, la perte d'autonomie interviennent dans le continuum de vie.

Idéalement, il a aussi pour vocation à protéger l'individu et son entourage face à la perte de revenus induite temporairement ou définitivement par la maladie ou le déficit.

Le système de santé est opérationnel à l'échelle de l'individu, pour des groupes populationnels repérés où le risque et/ou le déficit au sens large est présent et relève du soin primaire, secondaire, tertiaire.

Les inégalités sociales impactent la santé d'une population et sont fortement aggravées par les politiques d'austérité (Stuckler & Basu, 2014). Selon l'OMS « *les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie... Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est-à-dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.* ». (www.who.int/social_determinants/fr/ date de la dernière consultation : 03/06/2015)

Il existe différents cadres conceptuels des déterminants de la santé qui ont pour finalité de permettre une meilleure objectivation des inégalités sociales générées. Ainsi les déterminants ont pu être soit catégorisés en grandes familles (Lalonde, 1974) soit en montrant les liens de cause à effet soit enfin en cherchant à offrir une vision plus holistique regroupant les deux premières et mettant en avant des modèles (Whitehead, Dalghren, 1991, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

L'OMS (2008) distingue deux principaux types de déterminants de santé : les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires de l'état de santé. La conjonction des deux types de déterminants produit des inégalités sociales de santé identifiables par territoires. L'OMS fait état dans son rapport des interactions entre ces déterminants.

Tableau 16. Classification des modèles de déterminants de santé

Familles de déterminants	Processus	Modèles environnementaux
Lalonde (1974)	Diderichsen, Evans et Whitehead (2001) Solar et Irwin (2010)	Dalghren, Whitehead, (1991) Modèle Ministère de la Santé Québec

Selon l'OMS des déterminants structurels un premier groupe faisant état de l'influence du contexte social, culturel, économique et politique d'un pays. Ici la gouvernance et les politiques

déclinées dans chacun de ces contextes vont définir l'environnement global et impacter favorablement ou non la santé de tout ou partie de la population. Le second groupe place le curseur au niveau des éléments caractérisant la position socioéconomique des groupes populationnels (genre, origine ethnique, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, niveau de revenu, etc.) (Äberg Yngwe ; Diderichsen et al., 2001).

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé font état des conditions de vie (matérielles, travail, logement, accès à l'alimentation, etc.) des comportements (Alcool, tabac, nutrition dont l'obésité) les facteurs psychosociaux (Conditions de vie, de travail), biologiques et génétiques. Selon Minvielle (2012), ces déterminants intermédiaires peuvent permettre d'expliquer « le plus mauvais état de santé dans certains groupes sociaux » sans être eux-mêmes « les causes structurelles des inégalités de santé. Ils ne sont que les conséquences des déterminants structurels (causes des causes).

Les politiques de santé ont pour dessein en France d'agir en amont de ces conséquences par des actions de prévention, de promotion de la santé sur ces déterminants intermédiaires, les effets produits au sein des couches sociales défavorisées, groupes de populations exposés à des facteurs délétères à la santé.

2.2.2. Internes au système de santé

Dans cette sous-section, nous présentons les origines principales des mutations internes du système de santé retrouvées dans la littérature. Elles amènent à des changements organisationnels et à des innovations. Trois origines sont décrites dans cette sous-section : la recherche de la performance avec l'évolution des pratiques et des modes de communication entre professionnels et usagers du système de soin, la démographie de la population médicale. Elles ont pour impacts l'évolution des pratiques et des modes de communication et l'évolution des métiers du soin.

La recherche de performance

Selon Buthion (2010), l'évaluation économique de la santé est basée sur le niveau de preuve en termes d'efficacité quant aux moyens déployés (dépensés) par rapport aux résultats obtenus.

Cette nécessité d'évaluer le service rendu prend sa source dans les années 70 avec Cochrane (1972). Cochrane est reconnu comme le père de la médecine factuelle ou '*evidence based medicine*' (EBM) (Stavrou, Challoumas & Dimitrakakis, 2014). Elle se définit comme une

pratique de la médecine consistant à prendre des décisions concernant le traitement optimal pour le patient en se basant, pour le traiter avec efficacité et efficacité, sur une approche systématique et approfondie des meilleures données de recherche recensées et actualisées (Cochrane, Rougemont, Gubéran & Massé, 1977).

Nutting, Shorr et Burkhalter (1981) ont mis en évidence que les soins de santé sont de plus en plus différenciés (dépistage, diagnostic, traitement) et nécessitent dorénavant la contribution de plusieurs acteurs ou organisations de soins. La réalisation du soin devient un processus intégrant ces contributions. De façon plus large, la prise en soin devient contextualisée dans les moyens apportés au patient et à sa pathologie. Elle intègre de façon croissante et systémique les autres dimensions sociales et psychologiques pour former une cohérence de parcours.

L'augmentation importante de la prévalence des pathologies chroniques (tel que le diabète par exemple) dans l'ensemble des pays industrialisés est un des facteurs mis en avant dans la littérature pour promouvoir la responsabilisation du patient qui, d'un statut passif devient actif ou « act-ient » (selon l'expression du Pr Vallancien) dans la trajectoire ou parcours de malade. Strauss (1992) rappelle que :

« Le terme de trajectoire (...) fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployée à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués » (p.143).

La démographie médicale

Le renouvellement des générations au sein de la population médicale et l'évolution des modes d'exercice restent des préoccupations majeures pour les années futures, qui engagent aussi la réflexion sur la nécessité de concevoir ce que sera le médecin de demain, ses compétences celles qu'il leur faudra acquérir dans leur cursus de formation et celles qui pourraient ou devront être déléguées.

La moyenne d'âge chez les médecins est de 51,5 ans (Données 2012). Les médecins hommes de plus de 55 ans représentent 51,2 % de l'effectif global masculin de leur profession. Les médecins femmes de plus de 50 ans représentent plus de 50 % (52,4 %) de l'effectif global féminin. Moins de dix médecins sur cent médecins sortants diplômés de la faculté s'installent dans l'exercice libéral (9,5 %) tandis qu'environ soixante-dix d'entre eux (68,8 %) vont choisir un mode d'exercice salarié (Figure 14 page suivante).

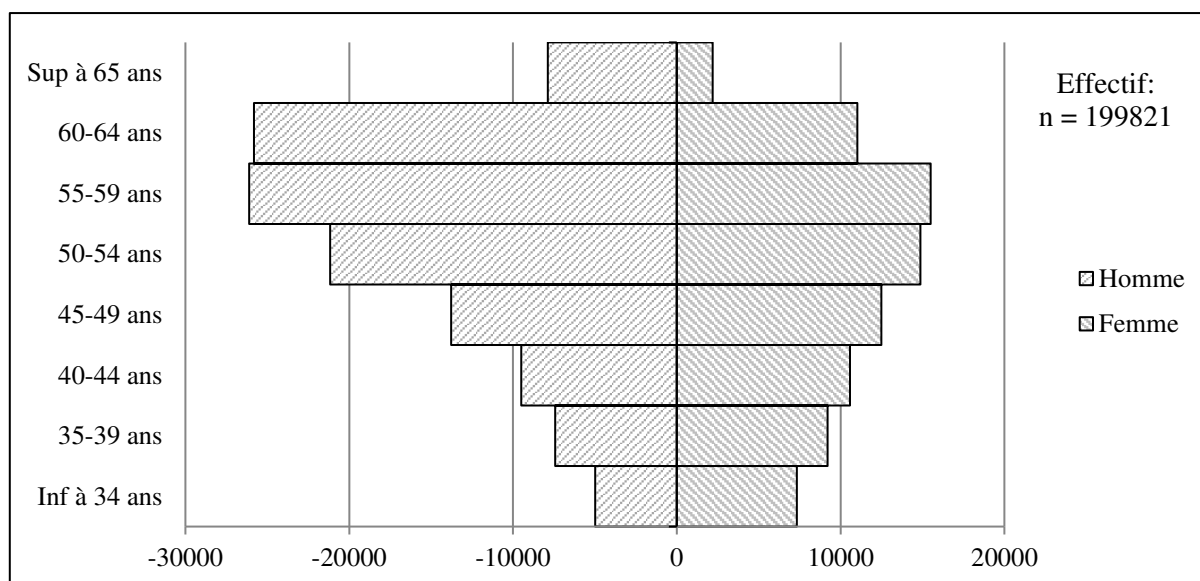


Figure 14. Pyramide des âges de la population médicale en France (Données 2012-Conseil National des Médecins).

L'évolution des pratiques et des modes de communication

Les évolutions pressenties du système de santé et pour certaines déjà en cours montrent que l'ensemble des processus contributifs sont concernés mais aussi que leurs finalités s'en trouvent profondément modifiées. Ainsi en 2003, le *National Institute for Health Care Management* (NIHCM) dans une synthèse prospectiviste envisage le décloisonnement des pratiques et des acteurs de soin « ville-hôpital et ville-ville ». En ville étaient déjà envisagés l'abandon du travail en solitaire mais progressivement un exercice en équipe et une évolution progressive des mentalités avec l'abandon de l'aspect vocationnel vers les métiers à autrui.

L'évolution du rôle du patient procède d'une démarche « descendante » des penseurs de santé publique et nécessite une éducation thérapeutique, un apprentissage pour une implication en tant qu'expert dans le processus de démocratie sanitaire (Baudelot & Caillé, 2017; Berthod-Wurmser et al., 2017; Boudier, Bensebaa, & Jablanczy, 2012a; Compagnon, 2017).

Les concepts de '*patient-centredness*' et d'engagement du patient '*patient engagement*' ont émergé (Carman et al., 2013) dans les réformes de santé. La recherche de modélisation des continuum ou parcours – trajectoire se développe (p. ex. "*Montréal Model* » (Pomey, Flora, Karazivan, Dumez & Lebel, 2015) malgré un défaut reconnu de définition stabilisée des concepts évoqués. On retient que c'est la (les) forme(s) d'engagement du patient qui est (sont) promue(s) comme source(s) « prometteuse(s) » selon Pomey et al. (2015) de vraies améliorations de l'efficacité des systèmes de santé. Une des intentions reconnues dans la littérature consiste à reconnaître au patient des rôles fortement participants dans l'ensemble des

processus du soin. Le patient devient acteur de sa santé et est détenteur d'un savoir expérientiel « issu de la vie avec la maladie » (Pomey et al., 2015). Il participe à la formation des médecins (Boudier, Bensebaa, & Jablanczy, 2012b) en partageant son expertise. Menichetti, Libreri, Lozza et Graffigna (2016) ont montré dans une revue de la littérature internationale (n = 58 987 articles) que l'intégration du rôle du patient évolue dans les systèmes de santé et devient dorénavant un thème incontournable pour à la fois le comprendre et l'investir par l'éducation comme acteur de sa santé autonome et tout à la fois travaillant en collaboration avec les acteurs professionnels de santé. Les concepts retrouvés vont de l'activation (1 %), l'adhésion (3 %), la compliance (80 %), l'*Empowerment* (1 %), l'engagement (1 %), l'implication (2 %) et la participation (18 %).

Selon Batifoulier, Domin et Gadreau (2008), une des mutations du rôle de patient dans sa relation au soin (part choisie/part subie) s'observe dans sa propre conception du soin en le considérant comme un service ou un bien de consommation désirable. Les conséquences supposées (Batifoulier et al., 2007 ; Batifoulier, 2015) de la marchandisation de la santé rendent probable l'accentuation des inégalités sociales de santé mais aussi questionnent la responsabilité et la responsabilisation du patient (Laude, 2013) aussi comme acteur économique (Batifoulier et al., 2008).

2.3. Conséquences observables et prévisibles de ces mutations

Dans cette sous-section, nous présentons deux conséquences : l'accroissement de la complexité dans la gestion du système de santé et une réponse du système par sa capacité à innover en particulier dans de nouvelles compétences.

2.3.1. Un système de santé français de plus en plus complexe

La complexification du système de santé est une des conséquences induites par l'injonction socio-économique à devoir s'adapter. La compréhension du phénomène est difficile et paradoxalement expose à une vision trop simpliste (cf. tableau 14 page suivante).

Cette course à l'adaptation par « à-coup » du système est assujettie aux aléas que constituent les différentes crises et menaces sanitaires. L'accroissement des risques pour la santé avec leur meilleure identification (apports des disciplines de santé publique dont l'épidémiologie et la veille sanitaire), le coût des mesures prises, la gestion des risques (accidents médicaux, etc.) génèrent la mise en place d'un système d'experts (agences sanitaires).

Les systèmes de santé des pays développés sont complexes (Martínez-García & Hernández-Lemus, 2013 ; Plsek & Greenhalgh, 2001; Sweeney & Griffiths, op. 2002). Selon Glouberman et Zimmerman (2002) et Plsek (2003), la complexité des systèmes de santé peut s'identifier dans de multiples facteurs clés venant impacter leur capacité à s'adapter ainsi qu'à innover comme par exemple la clarté des objectifs stratégiques (Pettigrew et al., 1992) et la capacité ou ouverture au changement (Shortell et al., 1998). Cette complexité s'étend à tous les niveaux de responsabilité et de production de ressources nécessaires à l'organisation des soins en France (Morin & Le Moigne, 1997) et a pour finalité d'influencer les objectifs du système de soins : sa réactivité, l'amélioration de l'état de santé de la population avec une diminution des inégalités sociales de santé et enfin de permettre un accès au système via une contribution financière équitable.

La notion de complexité des systèmes de santé est régulièrement étudiée et se confronte à une de ses conséquences qui serait de dégrader l'efficacité ou la performance du système (Pertinence et qualité des soins, dans différents parcours, coûts des soins et service rendu) venant soit d'organismes internationaux (WHO, OECD, World Bank, etc.) soit de travaux universitaires avec des approches paradoxales (Tableau 17).

Tableau 17. *Différences de vue entre un monde simple et un monde complexe (traduit d'après Sturmberg et Martin, 2013)*

Les scientifiques et leur vision d'un monde SIMPLE	Les scientifiques et leur vision d'un monde COMPLEXE
Linéaire, les sorties sont proportionnelles aux entrées	Non linéaire, les petits changements peuvent diverger
Additif	Multiplicatif
Des règles simples donnent des résultats simples	Des règles simples donnent des résultats complexes
Stabilité	Instabilité
Prévisible	Prévisibilité limitée
Quantitatif	Qualitatif et quantitatif
Distribution normale	Distribution inverse à la loi normale

2.3.2. L'innovation du dispositif expérimental dans le système de santé

Miller (1985) fait la proposition « *que les problèmes d'adaptation de l'entreprise à son environnement sont souvent liés aux étapes du cycle de vie qu'elle doit traverser* ». Bonafini et Nobre (2011) ont identifié dans les dispositifs expérimentaux cinq phases dans leur cycle de vie (Préhistoire, création, développement, maturité et enfin déclin).

Les dispositifs expérimentaux (à l'exemple des réseaux de santé) se sont rapidement constitués comme des organisations instables cherchant son intégration institutionnelle parmi les organisations structurées (Hannan & Freeman, 1977) (McKelvey & Aldrich, 1983). Le problème de la dépendance aux ressources (Pfeffer & Salancik, 1978, 2003) a caractérisé la fragilité existentielle de ces dispositifs et a été justifié par la dimension expérimentale dans le discours officiel « *Les organisations ne survivent que si elles sont efficaces, c'est-à-dire que dans la mesure où elles gèrent les exigences des groupes d'intérêts dont elles dépendent pour leurs ressources et leur soutien* » (Rojot, 2005) (p. 399).

Synthèse Chapitre II

Le système de santé français a connu tout un courant de réformes successives depuis la Seconde Guerre mondiale. Depuis les années 1970, ces réformes sont rythmées par les politiques et les crises économiques (Bras, 2016 ; Théret, 2007) et réorganisent progressivement notre système de santé (Sandier, Paris & Polton, 2004). Plusieurs mutations sociales, comme la mutation du modèle familial (Avdeev et al., 2011), démographique caractérisée aussi en France par le vieillissement de la population (Monnier, 2006) et épidémiologiques (Omran, 1971) sont décrites dans la littérature et accompagnent ce mouvement continu de réformes. Ces mutations sont à l'origine de nouveaux besoins de protection sociale mais aussi nécessitent une adaptation de notre système de soins pour satisfaire ces nouveaux besoins. Les difficultés s'accroissent avec le vieillissement de la population médicale et plus globalement un déficit grandissant de professionnels soignants dans les prochaines décennies au niveau mondial. Les mutations de la société française (Balandier, 1971, 2004 ; Martinache, 2013) mais aussi la transition épidémiologique mettent en évidence une aggravation des inégalités sociales de santé et leurs particularités territoriales.

Chapitre III – Les caractéristiques des pratiques de coordination et des rôles émergents de coordinateurs : une lecture par le travail institutionnel

« *Le problème de l'orthographe... À mal nommer les choses on ajoute au malheur du monde !* »
(A. Camus)

Plan

Introduction

3.1. Les métiers émergents de la coordination : une lecture par le travail institutionnel

3.1.1. Le concept de métier émergent

3.1.2. Le concept de travail institutionnel

3.1.3. L'étude des métiers émergents dans la santé par l'approche du travail institutionnel

3.2. Définitions et approche conceptuelle de la coordination

3.2.1. Définition(s)

3.2.2. Approche du concept

3.3. Les pratiques de coordination

3.3.1. Des compétences complexes dédiées à un ensemble de pratiques

3.3.2. Les déterminants des pratiques de coordination

3.3.3. Les environnements des pratiques de coordination

3.4. Les rôles de coordinateurs

3.4.1. Typologie des acteurs coordinateurs

3.4.2. Typologie de l'action et de ses finalités

3.4.3. Coordination et légitimité

Synthèse

Introduction

Ce chapitre se compose de quatre sections. Il a pour sujet de présenter le concept de coordination et ses pratiques. Au-delà du concept nous présentons les problématiques qui se dessinent dans la littérature concernant les rôles de coordinateur.

Jeannot (2005) reconnaît à la coordination la caractéristique de constituer des métiers flous que Mino et Robelet (2010) appellent à rendre « plus visibles ». Partant de ce postulat nous proposons de caractériser ce que peuvent être un ou des métier(s) émergent(s) de la coordination et d'en préciser les contours de pratiques, de rôles et de contextes.

Dans une première section, nous proposons de caractériser les métiers émergents. Dans une deuxième section, nous présentons le problème de définition de la coordination. Nous tentons une recension et une compréhension des conséquences du flou du concept dans les pratiques de coordination en découlant ainsi que dans les rôles investis et incarnés par les acteurs coordinateurs. Dans une troisième section, nous proposons de faire une revue des pratiques de coordination au sein des différents niveaux organisationnels et de ses caractéristiques inter ou extra-organisationnelles. Enfin, dans une quatrième et dernière section nous posons la question des typologies des rôles de coordinateurs incarnant à la fois le concept et ses modes d'application dans la (les) réalité(s) ou contexte(s) de travail. Nous nous intéressons à la fin de cette partie au problème de légitimité à coordonner.

3.1. Les métiers émergents de la coordination : Une lecture par le travail institutionnel de création

Cette section porte sur les métiers émergents de la coordination. Après avoir précisé le concept de métier émergent (un focus sur l'émergence est apporté), nous nous intéressons à leur compréhension par le concept du travail institutionnel (Lawrence & Suddaby, 2006). Le concept du travail institutionnel est une des branches de la recherche contemporaine du courant sociologique de la théorie néo-institutionnelle. Les recherches portant sur le travail institutionnel se sont intéressées à l'institution de la santé dans des contextes nationaux différents et en considérant les impacts des politiques de santé dans les strates de l'institution. Ainsi dans le contexte institutionnel stratifié du système de santé néerlandais, Felder, van de Bovenkamp, Maaijen et Bont (2018) se sont attachés à comprendre les impacts sur les acteurs de santé de la politique d'organisation des soins primaires intégrés et centrés sur le patient.

Le champ des métiers a été aussi un des terrains d'étude dans la recherche sur le travail institutionnel transformations classiques à des fins d'adaptation (Smets & Jarzabkowski, 2013). Peu de recherches abordent la problématique des métiers émergents par l'approche du travail institutionnel en particulier dans le contexte de la santé (Nigam & Dokko, 2019; Suddaby & Viale, 2011).

3.1.1. Le concept de métier émergent

Cette sous-section porte sur les définitions du métier et apporte des éléments destinés à préciser l'émergence.

Les définitions du métier

Le métier trouve son étymologie dans l'adjectif latin « *minor, minus* » qui signifie la soumission au maître le « *magister* ». Le terme de métier dérive du mot ministre « *minister* » signifiant « serviteur » et de la fonction rattachée à celui-ci « *ministerium* ». La fonction acquiert dès le haut moyen-âge une reconnaissance sociale (Corporations, corps de métier)²⁴ définie par un ensemble de prérogatives ou ensemble de protections permettant l'exercice dudit métier ou l'interdisant sous peine de sanction (exercice illégal) Le XIX^{ème} siècle montre une évolution faisant apparaître une forme de spécialisation de certains métiers au travers des professions dédiées, une forme de catégorisation ou sectorisation économique (Clark, 1947, 1960) selon les grands domaines de production (secteur primaire), de transformation manufacturière des matières (secteur secondaire) et enfin de services techniques ou de savoirs (secteur tertiaire). Cette catégorisation apparaît simpliste (Bruneau, 2011) et contraste par son inadéquation avec les impacts profonds des transformations ou mutations des secteurs traditionnels mais plus encore des nouveaux secteurs de l'économie transformant eux-mêmes la nature et le sens du concept de « métier » et des concepts qui lui sont rattachés aujourd'hui comme le travail et l'emploi.

Certains déterminants restent spécifiques du concept « métier » ainsi Osty (2002) associe au concept de métier la construction de compétences avec la production de savoirs pratiques individuels mais aussi collectifs. La construction de l'identité est liée au métier (l'identité et le métier étant considérés en tant qu'entités) quand celle-ci résulte d'une intégration par l'acquisition d'une culture de métier. Selon Osty (2002), elle représente une véritable

²⁴ <https://www.cnrtl.fr/etymologie/métier>

expérience identitaire d'appartenance et ce, notamment, au sein des contextes du monde soignant (Sainsaulieu, 2007, , 2008) (Weick et al., 1999). Osty (2002) et Sainsaulieu et Alter (2019) montrent le rôle de régulation sociale joué par les métiers. L'identification de l'individu à son métier participe au sentiment d'appartenance à un groupe social et assure le sentiment de reconnaissance dans la société.

Boyer (2002) définit le métier comme « *un ensemble d'acquis, de connaissances et d'habiletés appliqués à la transformation d'un produit ou à la fourniture d'une prestation, et utilisés dans le cadre d'une technique dominante susceptible d'évoluer* ». Le concept de métier suit un processus individuel progressif d'appropriation que Gavaille (2014), Brillet et Gavaille (2016) décrivent par la formation de l'image métier. Une des caractéristiques communes aux concepts de « profession » et de « métier » tient dans le constat d'une grande plasticité et d'une évolution permanente des métiers historiques conditionnée par les cycles économiques et les révolutions technologiques. Les changements des organisations et leur capacité à perdurer par adaptation (Hannan & Freeman, 1977) dans leur environnement accompagnent étroitement l'histoire des métiers et leur cycle de vie dans les sociétés (Van de Ven & Poole, 1995). Les capacités mutagènes des évolutions sociétales, technologiques, économiques sur les métiers traditionnels ou historiques individuels, d'entreprise ou sectoriels suscitent des angles de recherche en sciences de gestion des ressources humaines à partir de la prospective (Berger, 1964, 2007; Berger, Bourbon Busset & Lévy-Leboyer, 1959) (Godet & Monti, 2006) et plus spécifiquement à l'aide des travaux liés à la méthode de la prospective Métiers (PM) (Boyer & Scouarnec, 2002, 2009) que nous aborderons plus avant.

Selon Clot (2007), le métier doit, de façon « irréductible », être envisagé dans ses caractères à la fois « personnel, *interpersonnel*, *transpersonnel* et *impersonnel* ». Clot utilise ces néologismes pour montrer fondamentalement les jeux d'interactions qui se déroulent au sein du micro-monde des acteurs. Par récursivité et réflexivité (Giddens, 1984), les professions de santé rendent compte, au travers de leurs pratiques sociales, de la structuration (Ensemble de règles, règlements et habilitations, formes de langage) et des jeux d'interactions caractéristiques de l'institution éponyme, des liens entre le macro-monde institutionnel et le micro-monde des acteurs (Boyer & Scouarnec, 2009).

Des métiers aux professions de santé : Le statut de profession protégée comme marque institutionnelle gage à la fois de qualification de compétences mais aussi paradoxalement peu sujet ou lent aux adaptations face aux enjeux de santé et aux innovations a pour étymologie le

mot latin « *professio, -onis* » qui signifie « action de faire profession de, en particulier d'un savoir, d'un métier » (p.179) (Bouffartigues & Delrieu, 1996), Littré, 1994 siècle indique le sens d'un état, un emploi, une condition et cite en exemple les professions de médecin et d'avocat (p.5025). En tant que concept et champ d'études, les professions font l'objet d'un champ d'études spécifique au sein de la sociologie, et sont systématisées (Abbott, 1988 ; Hughes, 1951). Abbott (2008) avance le rôle des professions dans le contrôle de l'ordre social par la division du travail et des métiers dans la société nord-Américaine.

Selon Abbott (1988) « *une profession est organisée autour du système de connaissances qu'elle applique et, par conséquent, le statut au sein de la profession reflète simplement le degré d'implication dans ces connaissances organisatrices* » p.118. Le diplôme et le titre rattaché définissent la profession. Dubar, Tripier et Boussard (2015) associent quatre sens au terme « profession » et à la revendication d'exercice de celle-ci : un premier sens déclaratif où s'affiche la dimension vocationnelle de l'individu (p.ex. « *J'ai toujours voulu être infirmière* ») ; un second sens plus conatif marquant la classification professionnelle (le type d'emploi occupé « *Je suis médecin* »), un troisième sens apporté au terme profession souligne l'aspect de la spécialisation qui s'y rattache (p. ex. « *Je suis médecin anesthésiste* ») ; enfin le quatrième sens a pour but de souligner la position sociale, elle présuppose la connaissance et une reconnaissance que tout a chacun peut attribuer dans une échelle de valeur aux différentes professions (Bourdieu, 1979). À cet égard les professions médicales (Abbott, 1988) (Freidson, 1986) (Takagi, 2006) mais aussi paramédicales (Hughes, 1951) sont des exemples de la stratification hiérarchique dans la santé considérée comme une institution. Les professions sont qualifiées en sociologie de groupes (d'appartenance) intermédiaires.

Smets et Jarzabkowski (2013) émettent l'idée qu'il est nécessaire de mettre en lien « *le monde macro-institutionnel des institutions avec le micro-monde des acteurs qui les peuplent* ». Hughes (1996) fait le constat que « *le métier d'un homme est l'une des composantes les plus importantes de son identité sociale, de son moi et même de son destin dans son unique existence* ». Le regard sociologique (p.76).

Le concept de profession est étroitement lié à celui de métier et s'intègre dans la taxonomie du concept métier proposée par Boyer et Scouarnec (2009) : métier individuel, d'entreprise et sectoriel (Tableau 18 page suivante).

Tableau 18. *Caractéristiques de la profession appliquées aux trois niveaux métier* - Source personnelle

Métier	Individuel	Entreprise	Sectoriel
Profession	Diplôme	Exercice protégé	Les professions de santé

Ces éléments nous amènent à conclure que notre recherche doit concevoir la recherche de professionnalisation des pratiques de coordination dans le système de santé français dans une perspective systémique à la fois micro, méso et macro (Roquet, 2012). La recherche se situe dans cet espace entre, d'une part, ce que serait la conception et la compréhension des acteurs coordinateurs d'être, en termes d'identité reconnus tels, des professionnels de la coordination (niveau individuel), et, d'autre part, l'émergence déterminée par le collectif (l'action publique au sens large dont l'institution de la santé et les politiques publiques qui l'orientent) et son évolution « réelle » au niveau des acteurs, le tout révélant une véritable dynamique institutionnelle (Zundel, Holt & Cornelissen, 2012).

Le concept d'émergence

Le concept d'émergence est attribué historiquement à John Stuart Mill en 1862 (Mill, 1988) et à George Henry Lewes (1875) (Lewes, impr. 2009). Il donne lieu à de nombreux débats en philosophie des sciences ainsi que dans plusieurs disciplines scientifiques. Une des définitions de l'émergence du dictionnaire (Petit Robert) précise que, dans le contexte du vivant, elle se comprend comme « *l'apparition d'un organe nouveau ou de propriétés nouvelles d'ordre supérieur* ». Le cadre de la recherche conduite ici ne permet pas d'explorer « *in extenso* » le sujet opposant le réductionnisme à l'émergentisme. En appliquant le concept d'émergence dans le champ théorique des organisations, il a pour conséquence de modifier l'organisation (au sens large) selon le principe « le tout est plus que la somme de ses parties ». La caractéristique essentielle produite par le phénomène d'émergence est celle d'un état nouveau au sens que l'organisation ne peut pas revenir à son état antérieur (dans l'organisation). Ce « nouvel état » en tant qu'entité prend le sens d'une propriété ou d'une substance nouvelle qui ne peut être réduite (O'Connor & Wong, 2015).

Afin de permettre un certain encadrement à ce concept jugé comme ambigu du fait au moins de sa polysémie qualifiée de brouillard sémantique selon Sartenaer (2010b). Sartenaer (2010a, 2010b) propose trois conditions nécessaires (réquisits au sens de Carnap) pour caractériser l'émergence d'un phénomène dans l'organisation considérée comme système : la survenance, l'holisme et la causalité descendante. La survenance (*supervenience*) (Kim, 1993; 2000) d'un

phénomène se caractérise par le fait de sa réalisation (physique) au sein même du système déjà existant. L’holisme souligne que le phénomène émergent n’a pas de déterminant « préexistant » dans le système. Enfin, le phénomène émergent dans l’organisation s’identifie par sa capacité à agir sur les constituants préexistants du système (Sartenaer, 2010a, 2010b).

Le schéma suivant (Figure 15), proposé par Sartenaer (2010b) présente une taxonomie de l’émergence sous la forme de gradations étagées sur un axe allant de la thèse réductionniste à la thèse émergentiste à ces extrémités. Chaque gradation reste relative. Le cadre de la recherche est situé empiriquement au niveau des items regroupant les gradations qualifiant l’émergence de relative à absolue (zones grisées). L’émergence absolue se distingue de l’émergence relative par la causalité descendante.

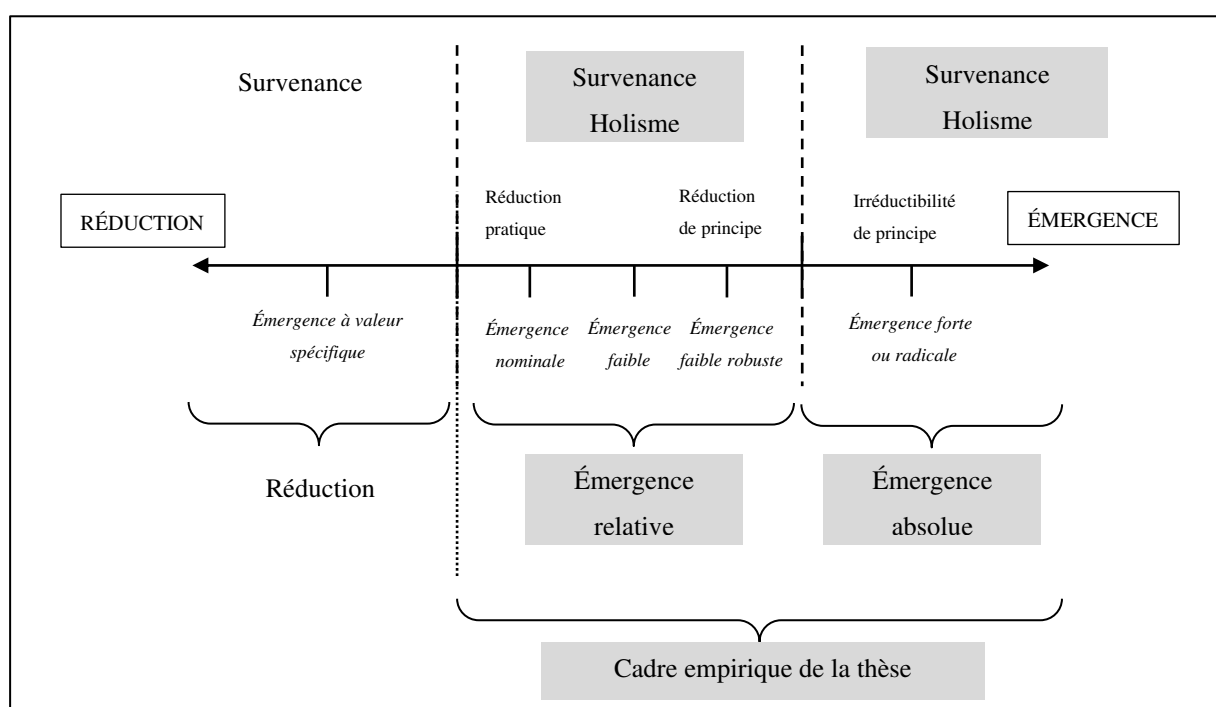


Figure 15. Gradation conceptuelle de l’émergence selon Sartenaer (2010b) Figure originale modifiée (Zones grisées).

3.1.2. Le concept de travail institutionnel

Le cadre d’analyse de la recherche s’appuie sur le travail institutionnel (Lawrence et Suddaby, 2006, Muzio et al., 2013). La recherche sur le travail institutionnel se donne de comprendre comment les acteurs du système de santé, agents institutionnels travaillent pour créer, innover (Tableau 19 page suivante), mais aussi à maintenir (Tableau 20 page 99) voire potentiellement à perturber l’institution (Tableau 21 page 99), en l’occurrence celle de la santé dans le cadre de notre recherche.

Tableau 19. Définitions des différentes formes ou pratiques de travail institutionnel de création adapté de Lawrence et Suddaby (2006)

Création	Formes de travail institutionnel de création	Définition de référence utilisée pour l'analyse des entretiens
Travail politique	Acquisition d'influences (Plaidoyer)	Mobilisation du soutien politique et réglementaire par le biais de techniques directes et délibérées de persuasion sociale
	Définition des règles d'accès	Construction de systèmes de règles qui confèrent un statut ou une identité, définissent des limites d'appartenance ou créent des hiérarchies de statut dans un champ.
	Développement d'un argumentaire pour l'acquisition de droits de propriété	Création de structures de règles conférant des droits de propriété (Roy, 1981 ; Russo, 2001)
Reconfiguration des systèmes de croyance	Construction des identités	Définition de la relation entre un acteur et le domaine dans lequel cet acteur exerce ses activités
	Changer les associations normatives	Rétablissement des liens entre des ensembles de pratiques et les fondements moraux et culturels de ces pratiques
	Construction des réseaux normatifs	Création de liens inter organisationnels par le biais desquels des pratiques sont sanctionnées normativement et qui constituent le groupe de référence pertinent en matière de conformité, de surveillance et d'évaluation
Modifications des frontières	Mimétisme	Association de nouvelles pratiques à un ensemble existant de pratiques, technologies et règles prédéfinies afin de faciliter leur adoption
	Théorisation	Développement et la spécification de catégories abstraites et l'élaboration de chaînes de cause à effet
	Éducation (Formation)	Formation des acteurs aux compétences et aux connaissances nécessaires pour soutenir la nouvelle institution

Tableau 20. Définitions des différentes formes ou pratiques de travail institutionnel de maintien adapté de Lawrence et Suddaby (2006)

Maintien	Formes de travail institutionnel de maintien	Définition
Travail de coercition	Permettre le travail	Créer des règles qui facilitent, complètent et soutiennent les institutions, telles que la création d'agents ordonnateurs ou le détournement de ressources
	Maintien de l'ordre	Assurer la conformité par le biais de l'application, de l'audit et de la surveillance
	Dissuader	Mettre en place des barrières coercitives au changement institutionnel
Travail normatif	Valoriser et diaboliser	Assurer une diffusion publique positive (valoriser) et des exemples négatifs (diaboliser) qui viennent illustrer les fondements normatifs d'une institution
	Mythologiser	Préserver les fondements normatifs d'une institution en créant et entretenant des mythes concernant son histoire
	Intégrer dans les pratiques régulières (« routiniser »)	Insérer activement les fondements normatifs d'une institution dans les routines quotidiennes et pratiques organisationnelles

Le tableau 21 fait état du travail institutionnel de perturbation ou déstabilisation. Nous le mentionnons mais nous ne le retenons pas dans la suite de notre recherche.

Tableau 21. Définitions des différentes formes ou pratiques de travail institutionnel de perturbation adapté de Lawrence et Suddaby (2006)

Perturbation	Formes de travail institutionnel de perturbation	Définition
Travail de sape ou démantèlement	Déconnexion des sanctions	Travailler à travers l'appareil d'État pour déconnecter les récompenses et les sanctions de certaines pratiques, technologies ou règles
	Dissocier les fondements moraux	Dissocier la pratique, la règle ou la technologie de son fondement moral, le cas échéant, dans un contexte culturel spécifique
	Saper les hypothèses et les croyances	Réduire les risques perçus d'innovation et de différenciation en sapant les hypothèses fondamentales et croyances

3.1.3. L'étude des métiers émergents dans la santé par l'approche du travail institutionnel

Le contexte de la santé comme institution

Le système de santé est identifié comme une institution établie sur un ensemble de pratiques sociales, de règles mais aussi d'habilitations agissant à la fois sur les acteurs et par réflexivité et récursivité sur le système lui-même. Selon Lowndes, Marsh et Stoker (2018) et Scott (2013), les comportements des acteurs sont orientés par les pratiques et les règles institutionnelles cependant ces auteurs font observer que l'institution pour rester stable et légitime procède elle aussi à de nombreux arrangements dynamiques qui viennent la modifier. Ces arrangements conduisent à la création de strates organisationnelles accroissant notablement la complexité de son environnement (Smets & Jarzabkowski, 2013) (van de Bovenkamp, Mul, Quartz, Weggelaar-Jansen & Bal, 2014 ; van de Bovenkamp, Stoopendaal & Bal, 2017). Felder et al. (2018) faisant suite aux travaux de Smets et Jarzabkowski (2009, 2013) ont montré l'intérêt du concept du travail institutionnel pour comprendre les modifications des pratiques et leurs impacts chez les professionnels de santé pour délivrer des soins intégrés et centrés sur le patient dans le contexte et l'environnement stratifié de la santé propre aux Pays-Bas.

La recherche sur les métiers émergents dans l'institution par l'approche du travail institutionnel

Suddaby et Viale (2011) ont montré que le rôle des acteurs et leurs actions sont souvent peu visibles au regard des dynamiques institutionnelles mais que dans les faits, ils influencent par leur engagement dans le travail institutionnel, la création, la stabilité ou la transformation des institutions. Selon ces auteurs le mécanisme endogène du changement institutionnel par les acteurs repose sur leur projet professionnel. La capacité ou le potentiel des acteurs pour reconfigurer l'institution repose sur quatre pratiques caractéristiques du levier politique du travail institutionnel de création : l'expertise et la légitimité à créer ou modifier le domaine organisationnel ; l'investissement du capital social et des compétences des acteurs pour revendiquer le domaine et y créer de nouvelles identités ; l'introduction de nouvelles règles et normes permettant de fixer les limites du domaine revendiqué et enfin, l'établissement par reproduction des communautés professionnelles hiérarchisées au sens de Goode (1957).

Nigam et Dokko (2019) ont mis en évidence que le processus d'orientation dans une carrière pouvait expliquer l'engagement des acteurs pour créer une nouvelle profession. Ces auteurs mettent en évidence dans leur recherche menée dans le secteur des professions médicales l'effet

du capital social comme moyen d'action mais aussi de leur motivation pour créer une nouvelle profession.

Les travaux sur les métiers émergents de la santé et leur processus d'implantation dans l'institution éponyme sont peu nombreux et nous proposons d'enrichir le débat sur le travail institutionnel en étudiant le processus d'engagement des acteurs coordinateurs en France pour faire créer et faire reconnaître leurs métiers émergents.

Nous proposons de mettre en évidence le travail institutionnel et ses effets en s'intéressant à la compréhension d'acteurs professionnels agissant dans un contexte ou environnement donné (régionalisation au sens de Giddens, 1984).

« Il peut être fort utile d'étudier le caractère spatio-temporel de l'interaction sociale à partir des différents lieux de coordination des activités quotidiennes des acteurs individuels. Un lieu est plus qu'un espace circonscrit, plus qu'une place, c'est un cadre d'interaction. Garfinkel a démontré avec persuasion que les acteurs utilisent sans cesse – et pour une large part de façon tacite – ces lieux, ces cadres, comme des supports de signification dans leurs actes de communication. ». Giddens, La constitution de la société : Éléments de la théorie de la structuration p. 35 (Giddens, 1984)

3.2. Définitions et approche conceptuelle de la coordination

Cette section expose les définitions de la coordination et expose le problème de sa polysémie que nous proposons de comprendre par une analyse du concept.

3.2.1. Définition(s)

La coordination trouve plusieurs définitions au sein des activités humaines et, en particulier dans le domaine de la santé et de l'organisation ou coordination des soins (McDonald, Sundaram & Bravata, 2007).

La coordination en santé est définie dans la législation française comme « l'ensemble des activités de planification, de suivi et d'évaluation des interventions et de coordination des acteurs sociaux, sanitaires, et médicosociaux »²⁵. Cette définition reste générale et, de fait, imprécise sur ce qui compose en termes de pratiques cet ensemble. Elle n'apporte pas [et ce

²⁵ « <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-sousfamille&idsubfam> »

n'est pas son rôle] d'éléments sur les acteurs, ni les compétences nécessaires à la mise en œuvre de ces activités.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) du CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) et de l'ATLIF (Analyse et traitement informatique de la Langue Française) le terme est polysémique et vient du verbe coordonner²⁶ : « *C'est cette aptitude dans l'homme à se "co-ordonner" avec le tout, qui lui donne l'idée de l'ordre.* »²⁷.

Du bas latin (1361)²⁸ le mot « *coordinatio* » vient de « *ordinatio* » c'est-à-dire la mise en ordre ou l'agencement calculé des parties d'un tout selon un plan logique et en vue d'une fin déterminée.

« *Ainsi l'intelligence humaine, en tant que façonnée aux exigences de l'action humaine, est une intelligence qui procède à la fois par intention et par calcul, par la coordination de moyens à une fin et par la représentation de mécanismes à formes de plus en plus géométriques.* » Bergson, (1907), *L'Évolution créatrice*, p.45 (Bergson, Worms & François, 2013).

La littérature en gestion s'est beaucoup intéressée au concept de coordination et aux concepts proches de collaboration et de coopération (Castañer & Oliveira, 2020). Ces auteurs relèvent dans leur revue de la littérature systématique que le problème de la définition reste posé pour chacun de ces trois concepts. L'activité de coordination assemble selon Castañer et Oliveira (2020) trois composants singuliers et dont les propriétés se complètent pour former l'interaction complexe de coordination : l'attitude, le comportement et une finalité (résultat). Intentionnelle et déterminée, elle recherche une finalité dans l'harmonie et la cohérence entre les différentes parties d'un ensemble et/ou la cohérence dans le déroulement d'une action (voire une politique, une stratégie de groupe). A cet effet, elle met en lien ces différentes activités de manière à ce qu'au moins deux acteurs, services, fonctions se complètent sans se concurrencer.

La polysémie du terme fait apparaître la nécessité de mieux cerner préalablement le concept de coordination et ses représentations.

²⁶ « <http://www.cnrtl.fr/definition/coordonner> » et « <http://www.cnrtl.fr/definition/coordination> »

²⁷ D'Holbach, *Le Système de la Nature Tome II*, p. 90, d'après Brunot, t. 6, p. 4, n°7-
<http://www.cnrtl.fr/definition/coordonner>

²⁸ Dictionnaire Petit Robert

3.2.2. Approche du concept

Selon Sartori (1984) (Collier & Gerring, 2009), un concept peut être caractérisé par le fait qu’il forme en soi une unité de sens ou de pensée (au sens du raisonnement) distincte au sein de notre propre système de connaissances. « *The basic unit of thinking. It can said that we have a concept of A (or of A-ness) when we are to distinguish from whatever is not-A* » (Sartori, 1984). À la lecture des travaux d’Ogden et Richards (1923) sur le sens Dumez (2011) et Morlino (2013) proposent des traductions de la grille de lecture (Ogden, Richards, Malinowski, Crookshank & Eco) caractérisant la notion de concept. Le concept peut être analysé au sein d’une liaison triangulaire (Figure 16).

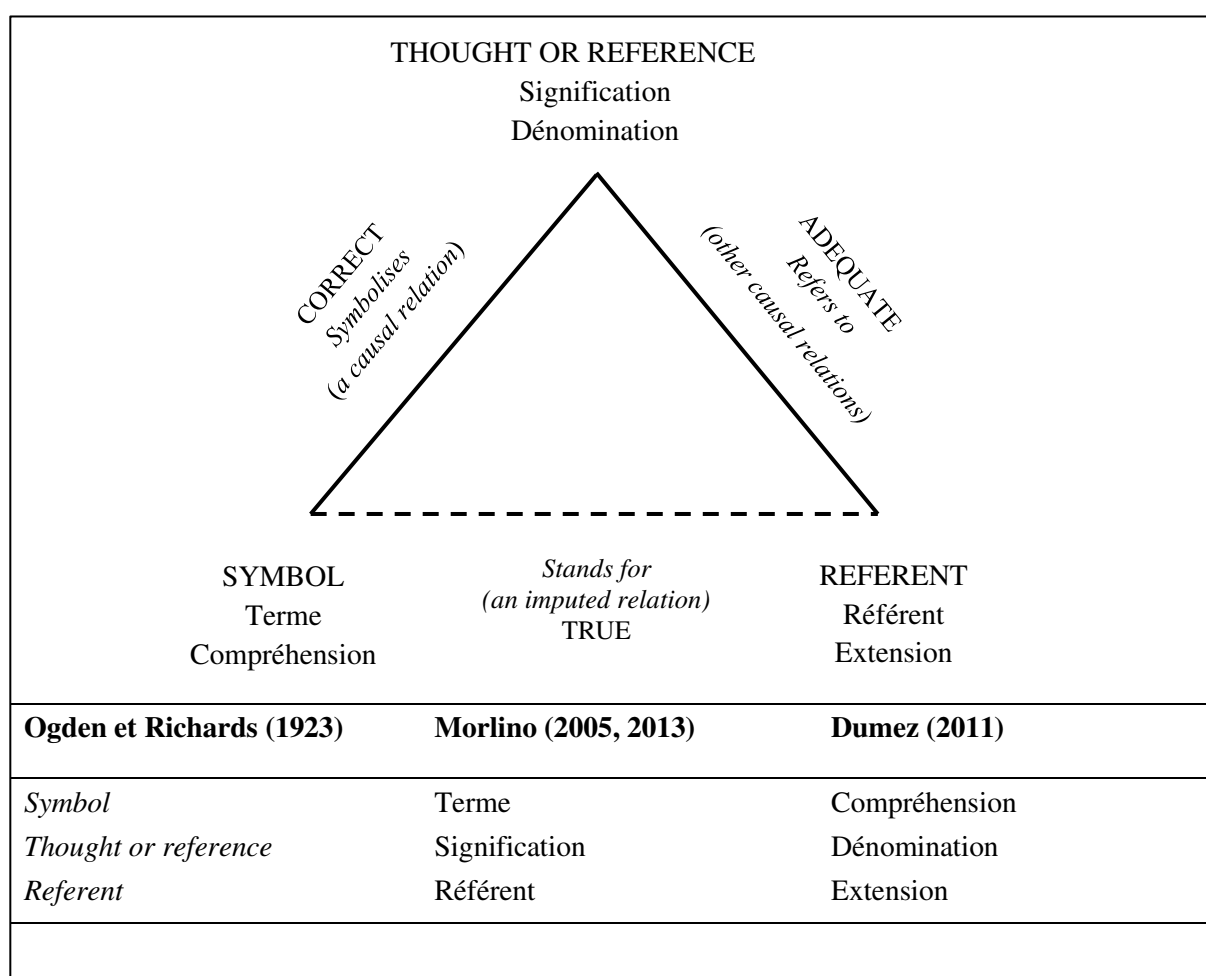


Figure 16. Relation triangulaire entre le mot, sa représentation et l'objet défini ou observé - d'après Ogden et al., 1989, Ogden et Richards, 1923) accompagné des traductions de Morlino (2013) et Dumez (2011).

Wittgenstein (1922) a émis la proposition que la signification d’un mot ou la consistance propre d’une chose ne trouve sa définition que dans son usage (Malherbe, 1981) ou son observation (Wittgenstein & Granger, 1993) ce qui peut être compris par le fait que les mots sont définis non par référence aux choses qu’ils « représentent » mais par la traduction que nous nous faisons

mentalement de leur usage. « *Le langage est donc l'image logique du monde et les seules propositions douées de sens sont des tableaux logiques des faits qu'elles représentent* ». De fait, nous avançons empiriquement que la coordination en tant que phénomène possède la propriété de représentation d'une réalité au moins interhumaine : celle des interdépendances.

La coordination forme un champ de sens différents comme autant d'unités lexicales possédant un sens et/ou ayant du sens pour les acteurs dans la mesure où elle donne du sens à leurs actions (Kleiber, 1997). Il est difficile d'affirmer ici compte tenu du champ disciplinaire auquel nous nous référons [les sciences de gestion] avec la rigueur scientifique nécessaire propre aux sciences du langage si le mot « coordonner » peut constituer un prototype d'un point de vue sémantique cependant nous reconnaissons que cette catégorisation peut ou doit s'interpréter soit sur le fondement du courant dit « objectiviste » caractérisé par l'identification de propriétés ou de traits communs permettant la catégorisation (Kleiber, 1990) ou du courant dit « expérialiste » d'où résulte une catégorisation élaborée à partir de « *similitudes globales et de formation de prototypes de références* ».

Nous assimilons la ressemblance « *de famille* » décrite par Kleiber (1990) au fait que les membres des différents champs (sanitaire, social, médico-social et plus globalement les différentes parties prenantes dont les autorités publiques, les institutions et enfin la population bénéficiaire du système de santé) sont reliés entre eux « sans qu'il existe une propriété commune à l'ensemble des parties » que Kleiber (1990, 2002) nomme « principe d'appariement ». La revue de littérature montre enfin que le concept de coordination est convoqué et/ou revendiqué par beaucoup d'organisations dans le champ de la santé sans qu'il puisse être vérifié au sein d'une définition standard par exemple dans le contexte du soin (Bolland & Wilson, 1994 ; Chen, Brown, Archibald, Aliotta & Fox, 2000).

Kleiber (1990, 1997) présente deux versions possibles standard et étendue qui permettent de comprendre selon nous l'origine de la différence de compréhension, d'appropriation et finalement de mise en œuvre du concept de coordination. Selon Kleiber, le cadre de la version standard permet de comprendre que « *Les éléments les plus prototypiques sont donc ceux qui partagent le plus de propriétés avec les autres membres de la catégorie et qui ont le moins de propriétés en communs avec les membres des catégories opposées (le lieu de regroupement des attributs ayant la validité maximale)* »²⁹. La version étendue, quant à elle, permet d'entrevoir

²⁹ <https://perso.limsi.fr/gs/Fiches/Kleiber90.html>

une autre conséquence montrant selon nous qu’au sein d’un même groupe le concept de coordination a un sens partagé (propriétés communes relevant des rationalités procédurales et normatives) par tous les membres du groupe en laissant toutefois une part à cette autre forme de rationalité permettant l’asymétrie d’information et l’aléa moral c’est-à-dire la rationalité limitée.

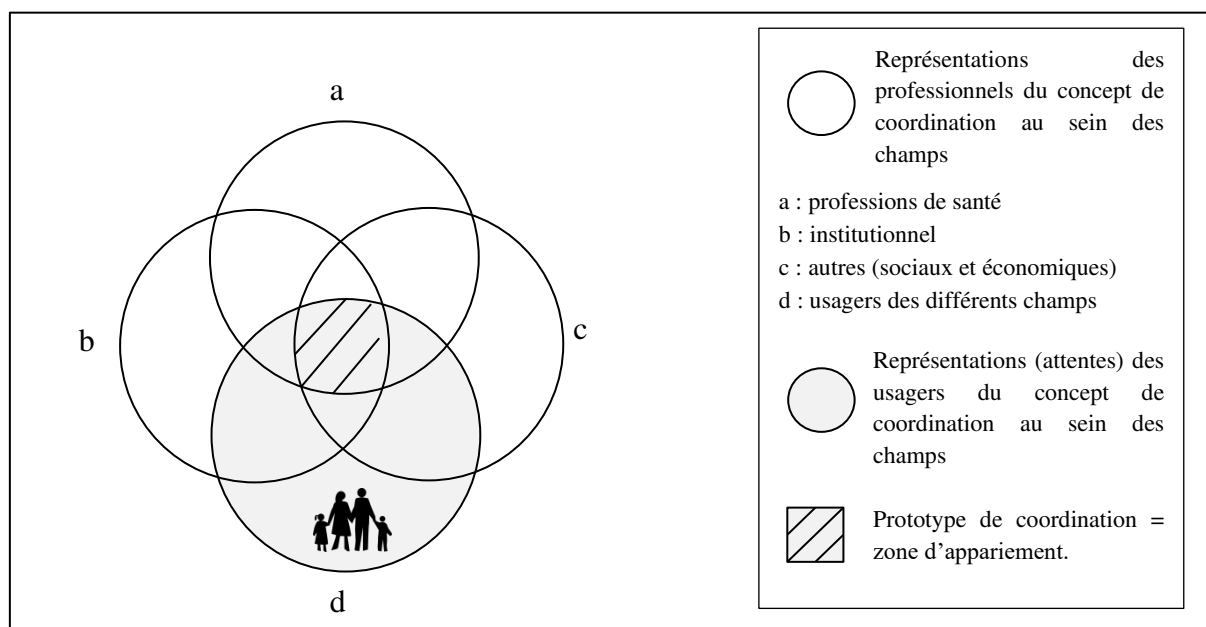


Figure 17. Représentations du concept de coordination dans les champs sanitaires sociaux et médico-sociaux. Schéma adapté de « Image de la structuration de classes » d'après le prototype (Source : Dubois, 1991, p.105).

Ces notions nous semblent importantes et montrent selon nous la difficulté à reconnaître dans le concept de coordination une réalité monolithique et homogène. Elles peuvent contribuer à envisager une forme prototypique de coordination. On peut ainsi reconnaître empiriquement une représentation mentale du concept de coordination et de sa forme agissante (Figure 17), l’action de coordonner. Cette reconnaissance que serait une définition consensuelle n’existe pas à l’heure actuelle (Castañer & Oliveira, 2020). On peut constater dans les faits que la coordination est souvent associée, liée au problème qu’elle est censée solutionner (Jeannot, 2005).

3.3. Les pratiques de coordination

Cette section se compose de trois sous-sections qui vont faire l’état des pratiques de coordination. La première sous-section aborde la coordination sous l’angle des compétences mobilisées pour mener cette tâche ou activité que nous qualifions de complexe. La seconde sous-section permet de définir les déterminants des pratiques de coordination (Les

interdépendances, l'incertitude et les dimensions du projet à coordonner). La troisième sous-section a pour objectif de décrire la coordination dans les environnements organisationnels et inter ou extra organisationnels.

3.3.1. Des compétences complexes dédiées à un ensemble de pratiques

Deux familles de compétences fonctionnelles et relationnelles sont mises en œuvre pour réaliser la coordination d'un besoin formé d'un ensemble de tâches ou d'activités plus ou moins complexes.

Une tâche complexe mobilise des ressources internes (Savoirs techniques, connaissances, expériences, etc.) et externes (Procédures, protocoles, documentation, etc.). Nous admettons que la coordination est une tâche complexe qui doit permettre de résoudre une situation complexe. Elle nécessite ou met en œuvre des compétences complexes.

Vergnaud (1989) développe la théorie des champs conceptuels appliqués aux processus d'apprentissage dans la discipline de la didactique. Il conçoit le champ conceptuel tel « un espace de problèmes ou de situations-problèmes dont le traitement implique des concepts et des procédures de plusieurs types en étroite connexion, ainsi que les représentations langagières et symboliques susceptibles d'être utilisées pour les représenter. ».

L'activité ou la tâche complexe nécessite la capacité à associer pour l'acteur coordinateur de façon conditionnelle (au sens qu'elles sont toutes deux nécessaires et requises pour parvenir à solutionner le problème de coordination) des compétences fonctionnelles et des compétences relationnelles. Les compétences fonctionnelles intègrent le cadre des pratiques techniques tandis que les compétences relationnelles sont rattachées aux pratiques liées au comportement de l'acteur coordinateur (Andersen, 1995). Ces deux familles de compétences forment l'ensemble des pratiques nécessaires à l'appropriation du rôle de coordinateur (Figure 18 page suivante).

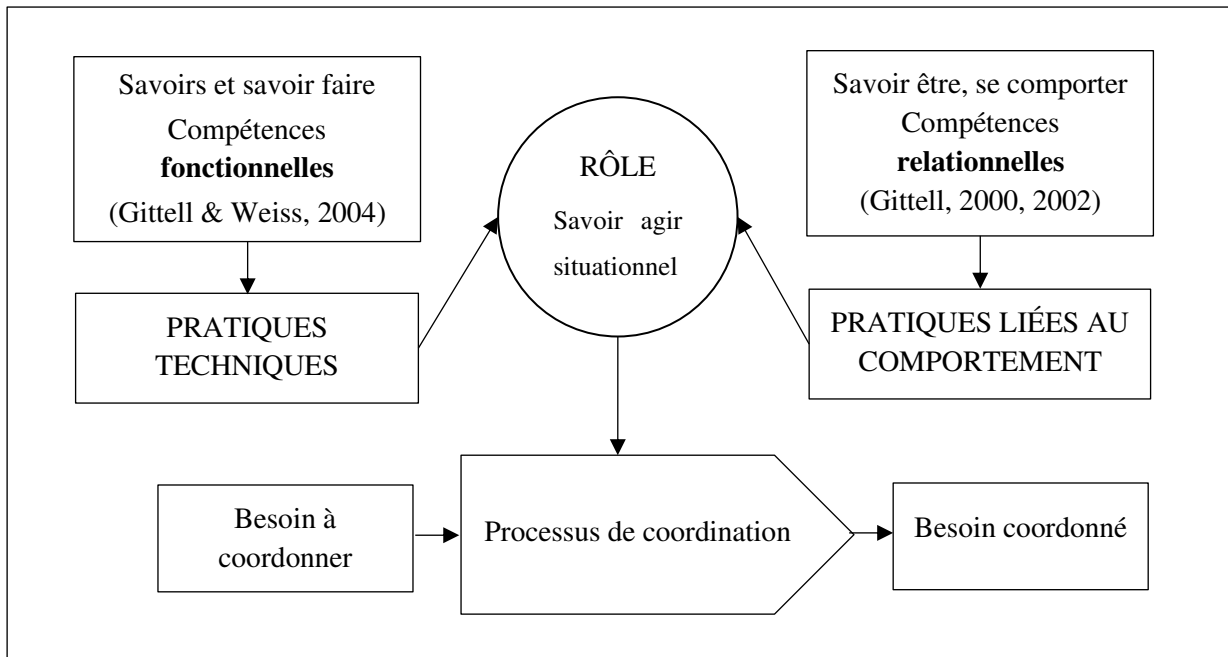


Figure 18. Compétences fonctionnelles et relationnelles formant les pratiques nécessaires au rôle de coordinateur.

Gittell (2000b ; Gittell, Seidner & Wimbush, 2010) développent une approche de la coordination plus « *interactionniste* » telle que Strauss (1992) la suggère dans le chapitre sur « *le travail sur l'articulation* » (p. 191, 244) in « *La trame de la négociation* ». Gittell met en évidence l'importance de la coordination relationnelle dans les organisations dont le champ d'activité est caractérisé par trois contraintes principales : le haut niveau de fréquence d'intervention, le juste à temps et l'incertitude (Le terrain étudié est d'abord celui de la coordination des soins en milieu hospitalier (Gittell, 2000a).

Gittell (2000b) met en évidence (Figure 19 page suivante) sept variables dépendantes caractéristiques de la coordination relationnelle :

- Des objectifs partagés ;
- Des connaissances partagées ;
- Le respect mutuel ;
- Et quatre variables en lien avec la communication : sa fréquence qui peut être soutenue, sa continuité, sa pertinence et la précision quant aux informations données et contributives à la résolution des problèmes.

Les variables indépendantes sont à considérer dans l'organisation du travail propre à chaque structure :

- La mise en œuvre ou la pratique de coordination ;
- Les mécanismes de contrôle ;

- Les pratiques de ressources humaines dont le recrutement avec une attention particulière portée à l’aptitude à travailler en équipe ; les pratiques de résolution des situations de conflit et leur évaluation ;
- Les pratiques de relations de travail avec l’évaluation du niveau de syndicalisation dans l’entreprise.

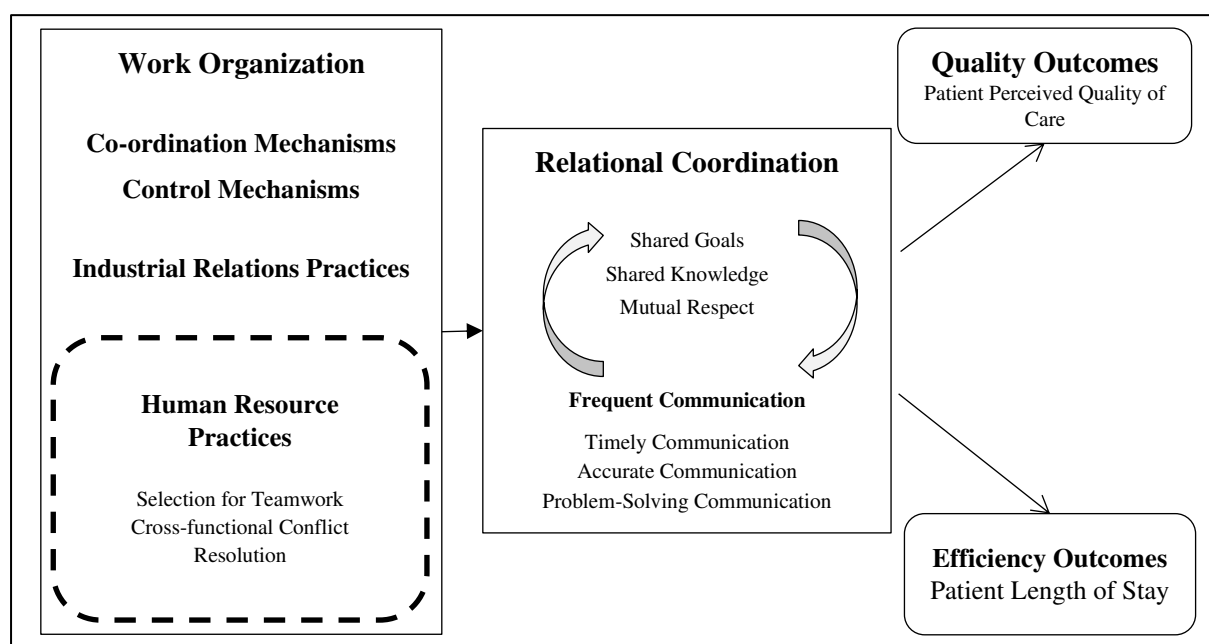


Figure 19. Modèle de la coordination relationnelle - adapté de Gittell, Seidner et Wimbush (2010)

Gittell adapte puis teste son modèle dit de « *la coordination relationnelle* » aux structures de soins (2000b ; 2002) aux États-Unis. Elle montre l’impact du travail de coordination relationnelle sur la satisfaction au travail des différents niveaux partenaires ou acteurs de soins « *rattachés* » par délégation à l’infirmière et sur la qualité de vie des patients (Gittell, Weinberg, Pfefferle & Bishop, 2008) (Figure 20 page suivante).

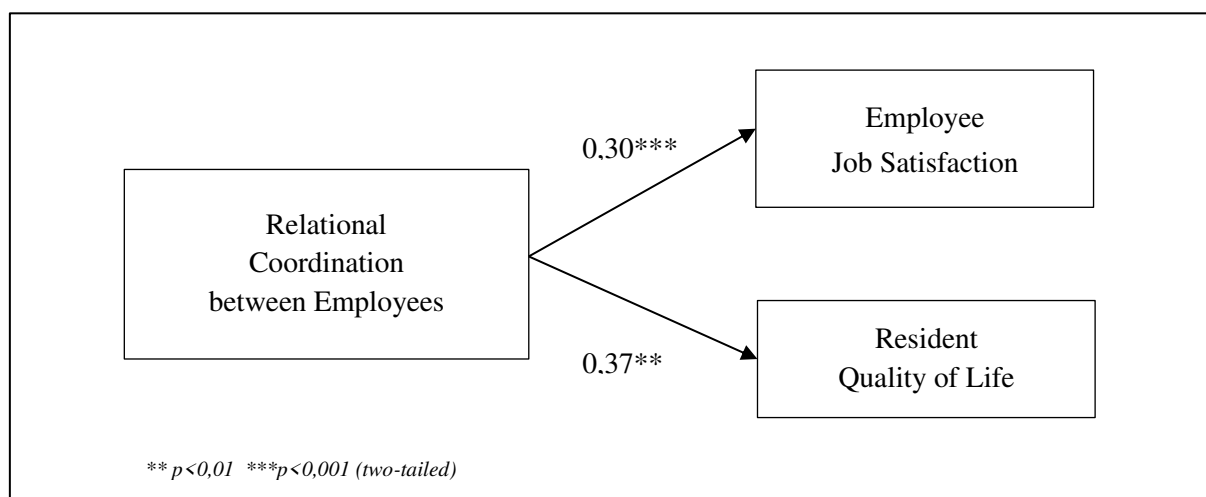


Figure 20. Relational coordination, job satisfaction and quality of life (Gittell et al., 2008).

La théorie de la coordination relationnelle met en évidence l'importance des liens relationnels entre les salariés d'une équipe de soins (*co-workers*) mais aussi l'importance des liens entre les salariés, les patients et les managers. La coordination ne se déroule plus uniquement dans le cadre des organisations de soins (l'hôpital par excellence) par ajustement mutuel ou sur le principe de la standardisation des qualifications mais aussi au sein du réseau inter organisationnel (Hitt, Beamish, Jackson & Mathieu, 2007) établi par les professionnels avec et autour du patient et son entourage. Selon Damart (2013), la coordination dans les établissements de santé est en partie assurée par la standardisation des résultats, des procédés et des qualifications.

Selon nous au regard des textes considérés la coordination peut se définir par la gestion des interdépendances explicites et implicites (Espinosa, Lerch & Kraut, 2004). Les pratiques de coordination sont réalisées entre différents espaces de travail ou types d'organisations caractérisés par les formes de communication soit hiérarchique, non hiérarchique (Jarillo, 1988) ou même hétérarchique c'est-à-dire quand les espaces de décision sont multiples (Buthion, 2010; Trentesaux, 2002).

3.3.2. Les déterminants des pratiques de coordination

Cette sous-section décrit les trois caractéristiques déterminantes des pratiques de coordination : les types d'interdépendance, la part d'aléa et enfin la taille du projet ou de l'organisation à coordonner.

Les types d'interdépendance

Selon Pennings (1975), « l'interdépendance est un concept très difficile à définir à la fois théoriquement et empiriquement³⁰ » (Van de Ven *et al.*, 1976). Selon Malone et Crowston (1994), la coordination revient à gérer les dépendances entre les activités, « *S'il n'y a pas d'interdépendance, il n'y a rien à coordonner.* ». Mohr (1971) définit l'interdépendance comme le niveau auxquels les membres d'une unité travail ont un travail individuel et le degré de collaboration nécessaire pour que les membres de l'unité puissent produire ou délivrer le produit ou le service attendu par cette unité.

Selon Pennings (1975), le concept implique au moins quatre éléments fondamentaux qui vont interconnecter et faire interagir les acteurs au travail et établir les liens d'interdépendance

- La tâche (le flux de travail entre les acteurs) ;
- La fonction (la position des acteurs engagés dans une action concertée) ;
- Le niveau de socialisation (besoins mutuels ou objectifs partagés des acteurs) ;
- La connaissance ou les savoirs (l'expérience différenciée des acteurs).

La coordination est une forme de management organisationnel permettant l'amélioration de l'efficacité de l'organisation (Thompson, 1967). Thompson (1967) a théorisé qu'une relation hiérarchique existe dans l'interdépendance au travail : la mise en commun existe avant le séquentiel, et le séquentiel avant la réciprocité.

Selon Galbraith (1968), trois types d'interdépendance se trouvent dans la production au sein de l'organisation (Figure 21 page suivante) :

- La mise en commun (*pooled*). Dans ce type d'interdépendance, la coordination de production de soin est gérée ou centralisée hiérarchiquement (un coordinateur, directeur opérationnel, cadre, chef de bloc, etc.). Ce premier niveau suppose sinon exige une certaine standardisation des comportements des équipes constituées dans l'organisation pour produire le service (soin ou parcours de soin) ;
- Le type séquentiel (*sequential*). Le mode d'interdépendance séquentiel se caractérise par un ordonnancement des actions aboutissant au processus complet de production du soin. Cette contingence est induite par les différents sous-processus ou étapes du soin.

³⁰ Traduction personnelle

(p.ex. La réalisation du soin n'est possible qu'à la condition d'un diagnostic préalablement établi) ;

- La réciprocité (*reciprocal*). Aux deux précédents types d'interdépendance s'ajoute la nécessité d'obtenir de l'autre partie le produit de son activité pour pouvoir réaliser sa propre activité et réciproquement. Les parties doivent en permanence s'ajuster. Le niveau d'interdépendance entre les acteurs (ou activités) et la mise en action des processus ou mécanismes de coordination sont modulés par le niveau de complexité de l'organisation.

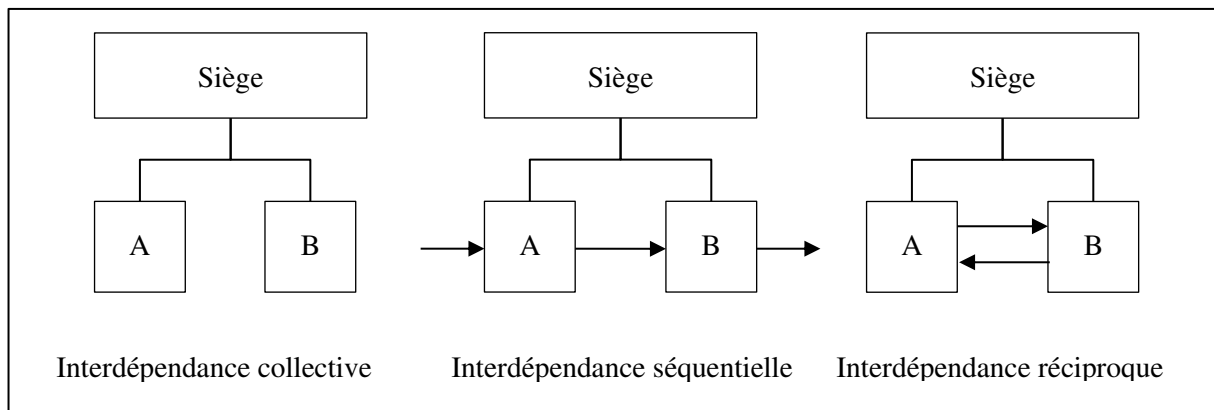


Figure 21. Types d'interdépendance selon Galbraith (1968).

Part d'incertitude ou aléas potentiels dans la tâche à réaliser

Perrow (1974) a montré que si le travail entrepris dans une organisation est analysable et sans variabilité la plupart des activités peuvent alors être standardisées et programmées (coordination en mode impersonnel). Toutefois si les tâches à réaliser deviennent plus complexes et plus difficiles à analyser (Stacey, 1995) il devient plus difficile de coordonner sur le mode programmatique (impersonnel). Dans ce contexte l'individu ou le groupe apprend de la situation et est amené à réarranger son rôle, l'ordre des opérations et les agendas (Galbraith, 1973 ; Perrow, 1967). Un haut niveau d'incertitude dans les cas extrêmes peut nécessiter que les ajustements mutuels soient accomplis par des évaluations et des décisions rapides. Van de Ven et Delbecq (1976) montrent que l'augmentation des tâches incertaines pour une unité fonctionnelle est associée à une faible utilisation du mode de coordination impersonnelle, une utilisation importante du mode de coordination personnelle et à une utilisation significative du mode de coordination en groupe.

Taille de l'unité fonctionnelle de production ou du projet

Plus la taille de l'équipe est importante, plus la cohésion du groupe décroît et génère la formation de sous-groupes (Miller, 1952 ; Jennings, 1960)³¹. Une augmentation de la taille de l'unité travail est associée avec une diminution de l'utilisation de la coordination du groupe, un recours plus important à des pratiques de coordination plus directe et privilégiant le relationnel (Gittell & Weiss, 2004), une augmentation significative de l'utilisation des outils de planification.

3.3.3. Les environnements des pratiques de coordination

Cette sous-section décrit les deux environnements principaux où se réalisent les pratiques de coordination : dans l'organisation et entre les organisations.

Tel que Hitt et al. (2007) ont pu les décrire plusieurs espaces organisationnels ou inter ou exclusivement extra organisationnels avec plusieurs niveaux de décision mais aussi de coordination doivent être envisagés.

Les caractéristiques formant le capital humain et portées par chaque individu membre d'un groupe plus ou moins restreint (Anzieu & Martin, 1968, 2019) s'imbriquent au sein des différents niveaux de l'organisation (voire entre les organisations) et vont former des formes d'arrangements spécifiques au niveau organisationnel. Les individus et par continuité le groupe vont s'approprier les pratiques de coordination spécifiques à leur environnement de travail par isomorphisme (Hitt et al., 2007) (Figure 22 page suivante).

³¹ Cité par Van de Ven (1974)

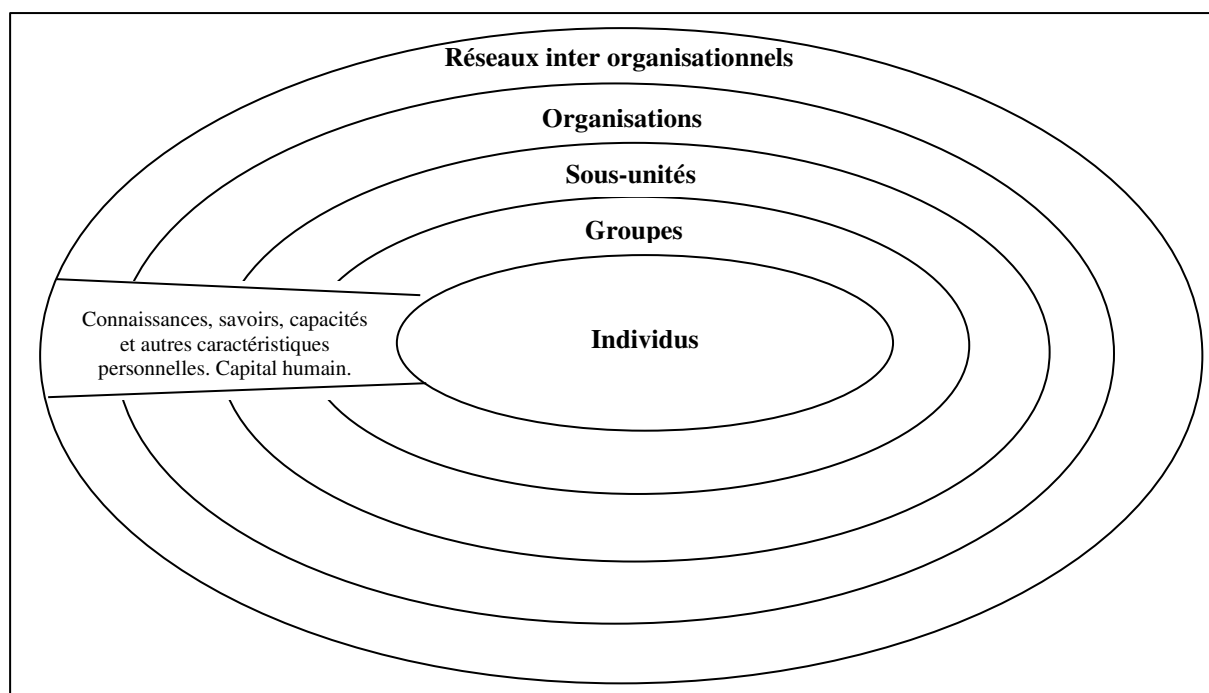


Figure 22. Entités organisationnelles présentes au sein d'arrangements nidifiés (source : Hitt et al., 2007).

La coordination se caractérise d'une part, par des modes d'interaction entre les individus et d'autre part, le ou les espaces de travail où elle est mise en œuvre : intra établissement (l'hôpital par exemple), entre deux ou plusieurs organisations de santé (un hôpital, un service d'HAD et un EHPAD par exemple) et les professionnels travaillant en mode libéral.

Dans l'organisation

La coordination caractérise l'organisation et l'ensemble de ses cycles ou processus (Alsène & Pichault, 2007). Selon ces auteurs « elle est une préoccupation majeure au sein des organisations. » (Tableau 22).

Tableau 22. Dispositifs de mise en œuvre de la coordination adapté de Alsène & Pichault (2007)

La coordination dans l'organisation	Auteurs
La hiérarchie est le moyen d'excellence qui permet de coordonner	Fayol, 1916 Gulick, 1937 Mooney et Riley, 1939
Conduite des efforts dans le cadre du plan, de l'échéancier	Simon, 1947 March et Simon, 1958
Standardisation des procédés, les règles les procédures	Thompson, 1967 Lawrence et Lorsch, 1967 Van de Ven et al. 1976
Les postes d'intégrateurs, les rôles de liaison	Lawrence et Lorsch, 1967 Galbraith, 1973

Les équipes de projets	Lawrence et Lorsch, 1967
La standardisation des résultats	Galbraith, 1973 Mintzberg, 1979
La structure matricielle	Galbraith, 1973
La standardisation des qualifications	Mintzberg, 1979

La coordination dans les moyens et mécanismes mis en œuvre est adaptée aux différents contextes. Par exemple, une situation stable et prévisible nécessite plutôt une coordination par plan tandis qu'une situation variable et imprévisible met plus en évidence une coordination par rétroaction (March & Simon, 1991).

Selon Simon (Simon, 1983; 1983), la coordination agit comme un déterminant à l'efficacité de l'organisation en permettant de « *rélargir la somme des rationalités limitées* ». Schein (1970) donne une définition de l'organisation qui fait ressortir l'importance de la coordination. L'organisation selon Schein se définit par « *la coordination rationnelle des activités d'un certain nombre de personnes en vue de poursuivre des buts et des objectifs implicites communs* » (traduction de et cité par Jacques Rojot in *Théorie des organisations*, p. 19).

Pour Barnard (1968) qui développe une théorie scientifique de l'organisation, on ne peut pas comprendre une organisation formelle sans comprendre préalablement ses éléments informels (ou subordonnés). Les différents processus de coordination dans l'organisation que nous avons pu relever dans la littérature ont l'objectif principal de développer des routines. Les routines sont plus difficiles à mettre en évidence ou à instituer dans la coordination inter organisationnelle (Chisholm, 1992, 1989 ; Rogers & Whetten, 1984).

Les deux modalités de coordination intra-organisationnelle que nous décrivons ci-dessous sont issues des analyses de March, Simon et Geetzkow (1958).

Coordination par les outils de planification

La coordination est rattachée au concept de fonction au sein du modèle classique d'organisation rationalisée (Weber & Parsons, 1997) (Miller, Ailey, Buchholz, Fogg & Ingram, 2019) (Crozier & Friedberg, 1977). Dans ce contexte l'individu est spécialement formé pour une fonction cependant il y a séparation entre l'individu et sa fonction dans la mesure où elle n'est pas transmissible. La coordination dans l'organisation caractérise le déroulement des processus de production avec les tâches ou activités intrinsèquement afférentes. Van de Ven, Delbecq et Koenig Jr (1976) les qualifient d'impersonnelle « *impersonal mode* » étant représentative des

outils organisationnels (Agendas, plannings, règles, règlements, normes maison). Le contrôle se fait par l'existence de procédures. Cette coordination associée à la hiérarchie est dite verticale.

Coordination par rétro régulation (Ajustement mutuel) (March et al., 1958; 1991)

La coordination se traduit par l'ajustement mutuel (*personal mode*) entre les acteurs permettant ainsi de rétro réguler (*feedback*) l'action ou le processus déroulant la tâche. La coordination dans ce contexte s'exerce sur un mode ou canal horizontal c'est-à-dire « a hiérarchique ». Selon Mintzberg (1979, 1982) « *Toute activité humaine organisée doit répondre à deux exigences fondamentales et contradictoires : la **division** du travail entre les différentes tâches à accomplir et la **coordination** de ces tâches pour leur accomplissement du travail* » p.18. Mintzberg définit cinq mécanismes « *lui paraissant suffisants pour expliquer les moyens fondamentaux par lesquels les organisations coordonnent leur travail* » (Tableau 23).

Tableau 23. *Processus de coordination selon Mintzberg (1979)*

Processus de coordination		Définition
L'ajustement mutuel		Réalise la coordination de travail par simple communication informelle
La supervision directe		Dans une organisation plus élaborée (Effectif sup. à 5 ou 6 personnes) on voit apparaître le mécanisme de coordination par lequel une personne se trouve investie de responsabilité du travail des autres.
La Standardisation	La standardisation des procédés	Les procédés de travail sont standardisés lorsque le contenu du travail est spécifié ou programmé.
	La standardisation des résultats	Il est possible de standardiser les résultats.
	La standardisation des qualifications	La qualification et le savoir sont standardisés lorsqu'est spécifiée la formation de celui qui exécute le travail

L'ajustement mutuel traduit un mode de coordination par rétro régulation (*feedback*) duale ou au sein d'un groupe restreint telle une équipe à faible effectif (8 à 10 personnes). Dans le cas d'un groupe restreint, un coordinateur peut être désigné sans pour autant être investi formellement « d'une autorité » par la hiérarchie (Lawrence & Lorsch, 1967 ; 1994)

Entre les organisations

La dépendance à l'autre (organisation) pour accéder à des ressources motive l'organisation à rechercher le consensus (Van de Ven & Walker, 1984). Trois facteurs potentialisent la complexité la nécessité de coordination entre les organisations : l'incertitude (Van de Ven *et*

al., 1976) ; l'interdépendance (Thompson, 1967) et la contrainte de temps (Effectuer une tâche dans un temps limité suppose la réactivité) (Adler, 1995).

3.4. Rôles de coordinateurs

Nous abordons dans les sous-sections suivantes les typologies des acteurs coordinateurs, puis celle de l'action de coordonner (le quoi et le comment) et nous proposons d'examiner les finalités de la coordination. Enfin nous nous intéressons à la question de la légitimité pour et dans l'action.

3.4.1. Typologie des acteurs coordinateurs

La coordination et la place qu'elle occupe dans et entre les organisations de soins est devenue un enjeu important pour les professions de santé et du social. Elle fait l'objet de revendications par les professions d'encadrement dans le contexte de déconstruction de la bureaucratie (Dreyfus, 1999) et de restructuration et/ou mutualisation de services, d'établissements ou même de dispositifs expérimentaux.

Le médecin généraliste est au centre de la coordination des soins (Article L.4130-1 du Code de la Santé Publique). Il a la responsabilité « *d'orienter ses patients, selon leurs besoins* » et de « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.* » (Article L.4130-1 du CSP). La légitimité à coordonner est acquise par le statut professionnel du médecin. Les codes explicites (tels que le secret médical, les règles déontologiques) et implicites (tel que l'accès au langage scientifique spécifique, les règles informelles d'usage et de pratiques entre médecins) consolident cette évidente légitimité. Néanmoins le statut de coordinateur modère ou pondère nettement cette légitimité, car le coordinateur-médecin vient interférer dans une relation déjà difficile entre concrètement au moins deux acteurs de soins : le médecin dans son cadre, ses évidences et ses préoccupations hospitalières et le médecin généraliste en ville qui gère une patientèle variée avec des pathologies aussi variées. Le médecin coordinateur ne bénéficie pas ou très peu de processus lui permettant de temporiser, de réguler les tensions liées aux défauts de communication rencontrés entre les différents professionnels.

3.4.2. Typologie de l'action et de ses finalités

Cette sous-section décrit les typologies de l'action de coordination et de ses finalités.

Typologie de l'action

L'activité de coordination en termes de responsabilité autour du patient relève du cadre de compétences exclusives du médecin généraliste selon l'article L.4130-1 du Code de la Santé Publique (CSP) (Sarradon-Eck, 2010). Bloy et Schweyer (2010) présentent les singularités sociologiques de la médecine générale et de ses acteurs ainsi le médecin généraliste revendique la responsabilité « *d'orienter ses patients, selon leurs besoins* » et de « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.* » (Article L.4130-1 du CSP) et tout à la fois exposée à des facteurs d'épuisement professionnel objectivés (Dumesnil et al.; Dumesnil, Saliba-Serre, Régi, & Léopold, 2009) la réalité hétérogène de la démographie médicale sur le territoire est en défaveur de la médecine générale exercée essentiellement en milieu libéral. Cette réalité est largement constatée aujourd'hui. Elle conduit à une désertification inégale et progressive de nombreux bassins de population sur le territoire français. D'autres facteurs comme la complexité croissante des parcours de santé, des besoins mobilisateurs de plusieurs disciplines ou compétences (Médicales, sociales, psychologiques), la conception de modalités d'exercice des personnels médicaux et paramédicaux (ne plus travailler seul) conduisent à l'expression de plus en plus reconnue de ce besoin de coordination. Il faut aussi prendre en compte selon Pavé (2012) un certain pouvoir de dérégulation endogène du monde libéral « résistant » à la pression normative. Le législateur projette sa vision opérationnelle de la fonction de coordination en incarnant cette ressource ou cette compétence dans une personne (le plus souvent un professionnel de santé) :

« Afin de leur permettre d'exercer correctement leurs missions et d'assurer l'articulation avec les soins plus spécialisés et l'hôpital, ainsi que le secteur médico-social, les équipes pluriprofessionnelles de proximité auront ainsi besoin d'un appui au niveau d'un territoire de proximité. Cet appui pourra prendre la forme d'un coordonnateur/animateur de territoire. ».

Øvretveit (1993) contextualise les déterminants du travail de coordination au milieu de la santé et conçoit l'idée d'une communauté professionnelle de la coordination qu'il étend au social. Des éléments communs émergent des travaux des différents travaux (McDonald et al., 2007 ; Schultz & McDonald, 2014 ; Schultz, Pineda, Lonhart, Davies & McDonald, 2013). McDonald et al. (2007) à l'issue de leur recension, de différentes définitions de la coordination retiennent cinq points à la problématique générale de la coordination des soins p.49.

- La coordination a un but ou un objectif ;
- De nombreux participants sont impliqués dans les soins d'un patient ;
- Le besoin d'une connaissance adéquate des ressources disponibles et des rôles de tous les participants ;
- Le besoin d'échange d'informations entre les participants ;
- La coordination est nécessaire lorsque les participants sont interdépendants.

Ce bilan pose les questions de l'acteur-effecteur autrement dit du coordinateur, des contextes ou espaces où se réalise l'action ou travail de coordination (et du coordinateur) et enfin des finalités recherchées. La compréhension des dynamiques professionnelles générées entre les différents acteurs du soin confrontés à la nécessité de se coordonner nous conduit à établir les liens existant entre le concept de coordination et le monde réel (Robson, 2002) au travers des grands axes descriptifs posés classiquement par l'hexamètre de Quintilien (Qui, Quoi, Où, Quand et Comment ?). Il en ressort selon nous des typologies montrant pour chacune d'entre elles des caractéristiques générales propres au phénomène de coordination, et ce quel que soit le contexte où elle est exercée. Cette approche est à la fois théorique et descriptive. Elle cherche à montrer les caractéristiques des interactions ou dynamiques professionnelles influencées par les pratiques sociales actives dans le système de santé, sa gestion, ses « traditions » venant elles-mêmes interagir dans la coordination de leurs actions (Giddens, 1984).

Le besoin de coordination est au croisement de l'adaptation du système de santé et de ses ressources (au regard de sa propre complexité) à cette autre complexité perçue de ce que peut être un parcours de vie d'une personne rencontrant de façon transitoire ou permanente une perte de son autonomie (Figure 23 page suivante). La coordination va intervenir sur une période de temps de façon plus ou moins intense et peut avoir des effets dans tous les champs composant l'autonomie de l'individu (L'état de complet bien-être associant la santé physique, psychique et l'environnement social). C'est, à notre sens, là que le système de santé et, dans son application la plus concrète, le système de soin et son organisation vont venir impacter sinon influencer plus ou moins directement le parcours de vie en y appliquant un parcours de soin peut-être même jusqu'à les confondre dans une même trajectoire (Chauvière, 2017).

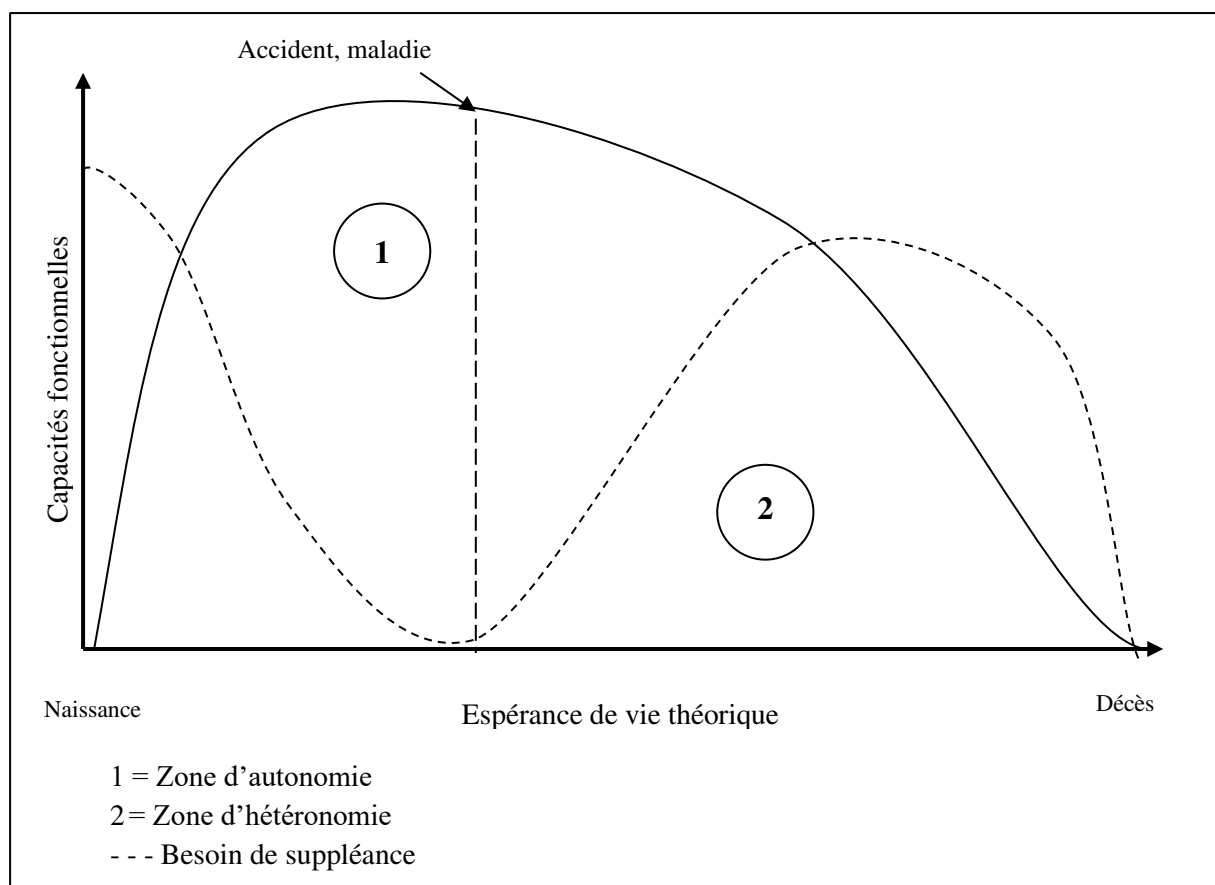


Figure 23. Exemple d'un parcours de soin à partir du parcours de vie – adapté de Topolski (2013).

Strauss (1992) considère que la coordination dans le contexte médical et de la gestion des soins au sens large, recouvre l'ensemble des besoins médico socio et psychologiques de la personne malade et qu'elle est « *un véritable travail d'articulation* ». Mino et Robelet (2010) au-delà du sens accepté ou consensuel d'articulation nécessaire amènent le débat sur le plan de l'évolution des métiers de la santé et en particulier contextualisent le nécessaire travail de coordination afin de pallier les actuels problèmes de démographie médicale. Le manque de médecins dû à la gestion du *numerus clausus* associé aux différents problèmes de santé publique dont la forte croissance des maladies chroniques, ont entre autres conduit à des redéfinitions des territoires par la création de dispositifs expérimentaux de coordination (Création des réseaux de santé, plateformes territoriales d'appui, dispositif MAIA, etc.) puis locaux (Maisons et pôles de santé pluri professionnels). Ces créations de dispositifs et leurs différentes incarnations dans le coordinateur ont amené à modifier sans réelles renégociations, redéfinitions préalables les cadres de compétences des acteurs traditionnels du soin avec au premier plan le médecin généraliste (Mino & Robelet, 2010). Le rôle pivot du médecin dans la coordination se retrouve *de facto* délégué sans pour autant qu'il y ait une atteinte à son exclusivité ni au droit que lui reconnaît le Code de la Santé Publique.

Dans les faits, le médecin est aidé dans certaines étapes de la gestion de la trajectoire ou parcours de soins de la personne malade. La coordination d'appui intègre un processus et prend la forme opérationnelle en étant théoriquement initiée par un agrément du médecin pour déléguer certaines tâches (Cliniques, d'informations, d'éducation thérapeutique et d'organisation du parcours) voire de coopération c'est-à-dire en participant à la concertation pluridisciplinaire dans le but de ne plus décider unilatéralement.

Les modalités pratiques de la coordination vont au-delà de l'articulation technique des projets (thérapeutique, soins, d'accompagnement social, etc.). L'action de coordination nécessite la mise en œuvre de compétences ou de savoir-être non spécifiques qui doivent permettre l'aboutissement de ces projets et surtout l'adhésion des différents partenaires et leur implication dans ces projets. Cette finalité qu'on qualifiera d'ajustement mutuel suppose un travail de longue haleine pour développer les liens plus ou moins forts ou faibles de confiance entre les partenaires (Granovetter, 1973) et la création d'un réseau d'acteurs sociaux au sens de Lemieux (1999). La négociation semble être le terrain privilégié où se jouent toutes les tensions que le coordinateur va devoir apaiser, fluidifier, rendre acceptables pour chacune des parties. La détention de l'information et son absence de « *traduction* » (Callon, 1986) génèrent des cloisonnements entre les professionnels et l'incompréhension du patient qui revendique légitimement sa capacité dans les prises de décision (Dubet, 2002) (Pereira Neto & Flynn, 2019).

Typologie des finalités de la coordination dans le soin

Dans le tableau suivant (Tableau 24 page suivante), nous avons résumé les thématiques associées communément au concept de coordination. Ces thématiques représentent en elles-mêmes les finalités recherchées dans la mise en œuvre des pratiques de coordination. On remarque que dans la littérature et de façon empirique ces thématiques sont souvent substituées au terme même de coordination ou y sont étroitement associées (p.ex. coordination de parcours (Bloch & Hénaut, 2014 ; Bloch, Hénaut, Sardas & Gand, 2011)).

Tableau 24. Thématiques associées à la coordination

Thématique	Définition	Références
Appui	Se réfère à une dimension de soutien à un tiers sans se substituer à son autonomie de décision dans la coordination des soins (ou du parcours de soins).	Rapport IGAS 2014 Coordination d'appui aux soins p.57
Articulation	La gestion et la mise en ordre d'une trajectoire, d'un parcours, impliquent la planification « fluide » de séquences ou d'actions de soins ou périphériques au soin mais concourant toutes au même projet : le parcours.	(Strauss, 1992)
Intégration	L'intégration des services se définit comme « un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'informations, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs » Traduit par (Carrier et al., 2008)	(Kodner, D,L & Kyriacou, C,K, 2000) (Carrier et al., 2008)
Négociation	Forme d'interaction nécessitant la recherche de compromis en vue d'obtenir une coopération entre les parties prenantes dans les décisions nécessaires à la coordination des processus ou parcours de soin.	Baszanger (1986; Strauss, 1992,) (Bourque & Thuderoz, 2011)
Organisation des soins	Se réfère à l'organisation des intervenants et du bon déroulement des soins dans leur séquençement (processus de soin)	(Donabedian, 1980) (Donabedian, Wheeler & Wyszewianski, 1982)
Parcours	« Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement... Si le parcours d'une personne donnée est unique à l'échelle, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires. » (ARS, 2012). Trois parcours sont distingués : parcours de soins, de santé, de vie.	(Chauvière, 2017) (Bloch et al., 2011; Bloch & Hénaut, 2014)

3.4.3. Coordination et légitimité

Dans cette sous-section, nous présentons le débat sur la communication dans la coordination et la légitimité des acteurs dans la détention et le partage des informations au regard du secret médical, du secret médical partagé et du secret professionnel. Cette sous-section se compose de trois parties : les deux modalités de communication implicite et explicite, le niveau de parité

(de pair à pair autrement entre médecins) et quand elle se réalise entre acteurs ayant des niveaux de légitimité différents (p.ex. Médecin et non professionnel paramédical).

Modalités de communication dans la coordination

Le travail de coordination a un objectif de soutien ou d'appui aux professionnels de santé (Broenner & Beautement, 2013). Il se caractérise par deux modalités de communication : implicite et explicite (Espinosa et al., 2004) (Tableau 25). Les deux modalités ne s'excluent pas mais peuvent être prépondérantes en fonction des milieux où ils vont caractériser l'action à coordonner.

Tableau 25. *Caractéristiques implicite ou explicite des formes de coordination*

Caractéristiques de la communication	Formes de coordination			
	Intra-organisationnelle		Extra ou inter organisationnelle	
	Horizontale	Verticale hiérarchique ou Forme bureaucratique	A-hiérarchique (Structures informelles) (Chisholm, 1992,1989)	Hétérarchique (Espaces de décision multiples) (Buthion, 2010)
Implicite	+++	+	+	+ à +++
Explicite	+	+++	+++	+++

Ainsi on peut considérer l'observation de la coordination sous différents axes ou perspectives. Elle peut être verticale et dans ce cas elle se définit de façon explicite. La verticalité de la coordination vient caractériser les rapports établis par la hiérarchie des métiers. L'horizontalité est plus implicite et caractérise quant à elle les dynamiques de coopération.

La coordination des soins est décrite comme ordinaire, c'est-à-dire non spécifique, ou dédiée quand elle caractérise un parcours de soins comme celui des personnes âgées (Carrier, 2013). Dans les formes d'organisation du travail dite horizontales (au sens où le mode hiérarchique ne prévaut pas dans l'organisation du travail), la coordination est implicite et est caractérisée par un faible niveau de communication formalisée, les séquences des actions sont de l'ordre de routines ou relèvent de procédures.

Dans les contextes à haute technicité, à haut risque (Grote, Weichbrodt & Günter, 2009) ou en milieux tels que les blocs opératoires (Pitaval & Nobre, 2013), les services d'urgences ou situations extrêmes (Bouty et al., 2011) telles que la gestion des soins lors des situations de

catastrophes, le mode de communication est plus procédural et est donc explicite. Les coordinateurs sont représentés par une fonction-cadre (Directeur opérationnel).

Hors des organisations ou quand celles-ci établissent par nécessité une coordination entre elles les formes de communication s'établissent sur des modèles de coopération donc en général plus établie par le biais de protocoles ou de conventions.

La coordination des soins ou des parcours de soins nécessite la mise en relation des professions de santé quand l'action à coordonner se déroule dans un contexte dit hétérarchique (Trentesaux, 2002) où chaque acteur (le médecin généraliste comme pivot de la prise en charge, les médecins hospitaliers ou libéraux spécialistes d'organes) possède un niveau d'autonomie dans l'arbre décisionnel de l'action à coordonner autour du patient soigné à son domicile.

La coordination s'intègre au processus général de réalisation du soin au sens large (Donabedian, 1980) et associe les savoirs, les compétences aux ressources nécessaires. Cet assemblage de compétences distinctes et autonomes permet théoriquement le déroulement construit et cohérent du soin sans altérer les rôles propres des soignants (caractéristiques de l'interdisciplinarité). La recherche en termes d'efficacité de la coordination fait l'objet d'une recherche de rationalisation du processus de prise en charge de la maladie, du parcours en lien avec la médecine factuelle et le service rendu au niveau des thérapeutiques médicamenteuses. Pour autant, l'évaluation des différents dispositifs de coordination en France n'a pas encore été évalué sauf à considérer les réseaux de santé comme tels (DGOS, 2012).

De pair à pair (entre médecins)

La figure ci-dessous (Figure 24 page suivante) illustre selon nous les modalités de délégation de la coordination des besoins du patient par le médecin généraliste à d'autres professionnels coordinateurs. Ainsi mis à part le mode d'ajustement mutuel qui permet la réalisation de la coordination des besoins par simple communication informelle, le médecin généraliste traite soit par une reconnaissance du dispositif liée à son efficacité (Résultats) soit par reconnaissance des qualifications du coordinateur (Permet l'échange d'informations ; secret médical et secret partagé) soit enfin, il s'inscrit sans véritable choix dans une coordination décidée ou déterminée en amont à l'hôpital (Procédés). Notre modèle est basé sur les processus de coordination énoncés par Mintzberg (1979).

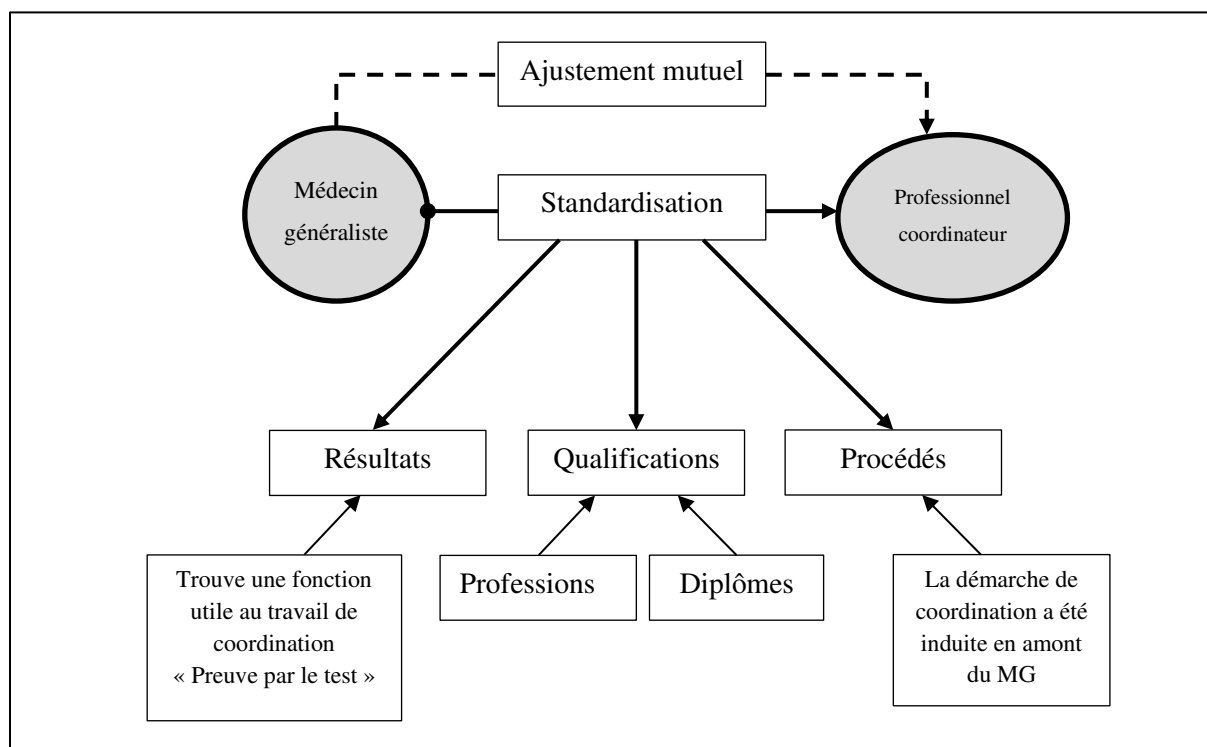


Figure 24. Modalités de délégation de la coordination par le médecin généraliste.

Selon Reix, Fallery, Kalika et Rowe (2011) les différents aspects ou formes que peuvent prendre la communication intra et inter organisationnelle permettent d'identifier deux intentions majeures : soit elle est une action instrumentale, soit elle est une action stratégique. Cette distinction permet de repérer dans la variété des échanges ce qui la génère et la finalité recherchée dans l'action (Habermas & Ferry, 1987).

Le coordinateur intermédiaire ou frontière entre le médecin généraliste (MG) et le médecin hospitalier (Figure 25 page suivante). Cette position génère des jeux d'acteurs et de pouvoir où le coordinateur va s'apparenter dans sa pratique à une certaine « marginalité sécante » au sens de Crozier et Friedberg (1977). Les enjeux et les risques sont forts et lourds de conséquences s'ils ne sont pas reconnus ; la substitution au médecin traitant dans son rôle pivot peut créer un véritable découplage délétère. Le médecin traitant se sentant « dépossédé » de sa prérogative, le coordinateur est alors identifié comme un agent piloté par l'institution hospitalière sans compter le soupçon ou la méfiance vis-à-vis de la mise sous contrôle de ses pratiques. Le paradoxe entre la coordination et le contrôle a été décrit par Gittel (2000c).

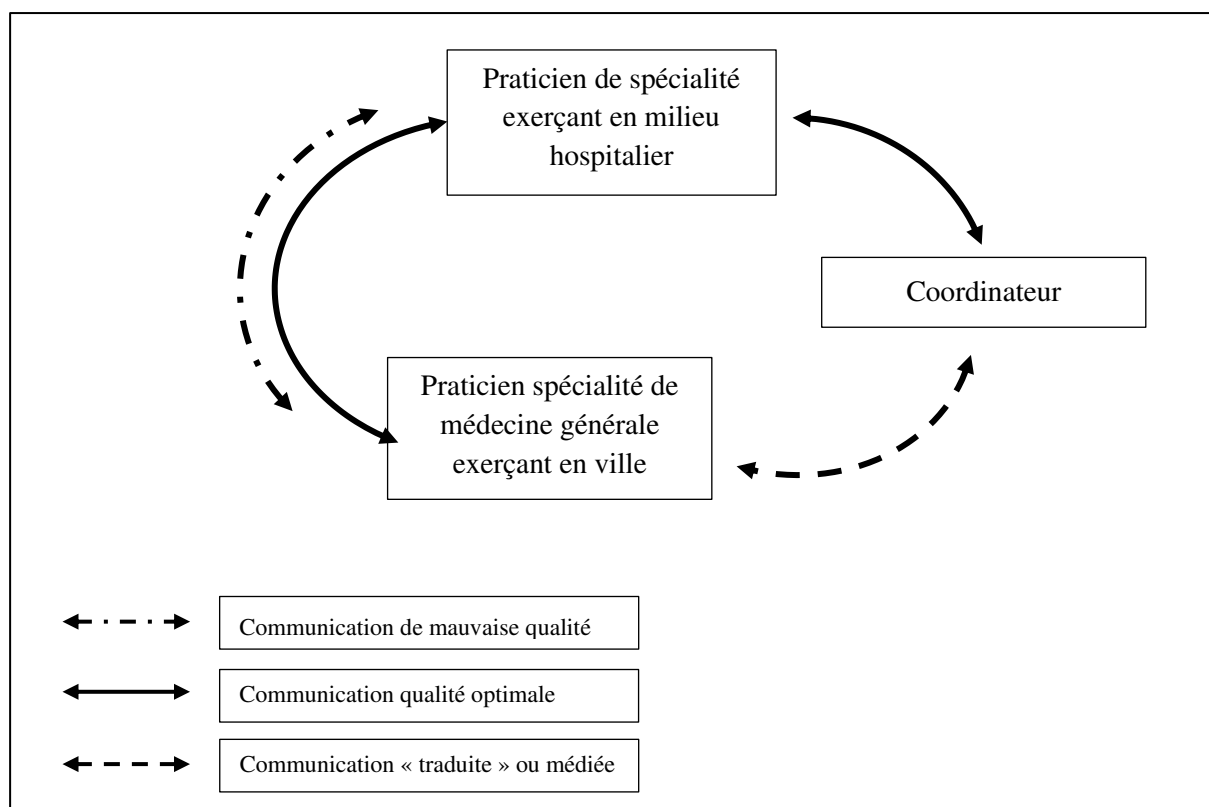


Figure 25. Circuit de la communication et ses altérations entre médecin hospitalier et médecin de ville.

Acteurs non médicaux

Leurs sources de légitimité sont issues principalement de l'appartenance professionnelle aux sphères du travail qui consistent à « *agir sur autrui* » (Dubet, 2002) dans lesquelles nous retrouvons dans la littérature et les données secondaires principalement les professions des infirmières, des cadres de santé, les travailleurs sociaux tels que les assistantes de service social et les psychologues. L'IGAS soulignait en 2014 les profils des responsables des coordinations existantes...très hétérogènes, et ne trouvait « pas nécessaire de définir un profil professionnel unique ou homogène, il conviendrait toutefois de définir les besoins en termes de compétences/connaissances qui pourraient venir compléter un cursus initial. » Alinéas [292] et [295] (p.57). L'IGAS faisait remarquer en 2014 la présence de coordinateurs non issus de cursus en santé ou du social.

Dans le domaine de la santé le secret médical est un principe fondamental de la prise en charge. La protection de l'intimité permet d'établir la relation de confiance nécessaire au contrat de soin « *il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret* » (Portes, 1954) p. 131. Le secret médical est garanti par la Loi (Code pénal, art. 226-13) il s'impose au médecin (Code de déontologie médicale, Art. 4) et s'applique à toutes les professions du soin (Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession

d'infirmier, art. 1^{er}) et en lien avec l'action sociale et la famille (Code de l'action sociale et de la famille, art. L.311-3).

Mino (2007) soulève la question du déplacement du principe fondateur du secret médical vers les modalités d'accès aux données de santé. La coordination des soins de plus en plus complexes et le devoir de veiller à la coordination des actions pour répondre aux besoins des patients induisent la nécessité d'un travail pluridisciplinaire. Les informations sont multiples et ne peuvent plus être détenues et analysées par un seul professionnel (En l'occurrence le médecin généraliste) et on parle désormais par nécessité de secret médical partagé et donc par extension de secret professionnel (Mouneyrat, 2001).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite de démocratie sanitaire) réaffirme le secret professionnel (CSP, art. L 1110-4).

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant (...) »

La loi précise que le secret s'étend à l'ensemble des données médicales et sociales pour tous les professionnels de santé (CSP, art. L.1110-4). Plu (2010) définit le secret partagé comme « *le partage sélectif de certaines informations, entre certains professionnels* » et le CNOM précise que les informations échangées ont les caractères de nécessité, de pertinences et sont non excessives dans l'intérêt du patient.

Cette reconfiguration progressive du secret est, selon nous, à prendre en compte dans les scénarios d'évolution des métiers de la coordination et de ceux qui y accèdent dans le contexte de l'informatisation du dossier médical partagé (DMP) et de la contribution des données personnelles anonymes au service de l'épidémiologie.

Synthèse Chapitre III

La situation du système de santé français au regard de sa complexité et de ses performances à répondre aux enjeux, fait l'objet de très nombreuses « prescriptions » dans les médias venant de toutes sortes de sources visant à l'améliorer sinon à totalement le réformer y compris sur le principe du contrat social de sa protection fondé sur la solidarité (*think tank* dédiés à la santé, médecins, économistes, sociologues, journalistes, etc.). Depuis la fin des années 90, la coordination est apparue progressivement comme un des axes d'importance dans les politiques publiques de santé française et est investie comme étant un des éléments-clés de résolution face aux problèmes de cloisonnements et de segmentation du système de santé (Bloch et al., 2011; Bloch & Hénaut, 2014).

La coordination comme axe de résolution face à la complexité du système de santé est une thématique qui dépasse nos frontières et qui est abordée depuis près de soixante ans dans les pays anglosaxons et en particulier aux États-Unis d'Amérique. Là aussi, la coordination était préconisée comme une approche adaptative (Sturmburg, Di O'Halloran & Martin, 2013) pour résoudre les mêmes problèmes de performance dans les parcours de soin (Jonas, Goldsteen & Goldsteen, 2007 ; Øvretveit, 1993) et plus globalement de la complexité du système de santé.

Les dernières réformes du système de santé suivent ce mouvement. Le 8 février 2013, la ministre de la Santé Marisol Touraine lance à Grenoble la Stratégie Nationale de Santé (SNS) du gouvernement français. L'ambition de cette stratégie est de définir à moyen terme un cadre pour l'action publique afin de « *combattre les injustices et les inégalités de santé et d'accès au système de soins...* ». Cette stratégie se donne pour objectif « *d'adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires...)* ». Les besoins de coordination apparaissent dans les stratégies de santé. Nous pouvons à l'exemple des travaux de Grenier et Guitton-Philippe (2010) les regrouper en trois axes principaux : un besoin de coordonner l'ensemble des acteurs intervenants auprès des bénéficiaires ; un besoin de coordination dans les territoires mais aussi du territoire lui-même (pour répartir les moyens) et enfin des besoins de coordination identifiés de l'ensemble des outils (y compris les corps institutionnels au service de la santé publique).

Les problématiques que nous avons regroupées au sein de trois axes (acteurs et bénéficiaires, territoire et outils) sont toutes transcendées par le concept ou le besoin de coordination. Une évolution semble émerger de façon de plus en plus précise :

« Il faut mettre fin au modèle en silo qui enferme les professionnels dans des périmètres de métiers et d'actes. Il faut permettre d'une part un avancement de carrière soignante sans « éloignement » du malade, et d'autre part développer de nouvelles compétences pour aider à une meilleure fluidité des parcours de soins et de santé. » (Rapport Cordier p. 34 (Cordier, 2013).

Conclusion 1^{ère} partie

Après une revue de littérature portant sur les concepts de la santé en tant qu'institution, de la dynamique des différentes mutations qui la transforme et enfin de ce grand thème transversal à l'organisation : la coordination, nous proposons de centrer notre recherche sur les coordinateurs. Depuis sa plus simple expression : l'ajustement (Mintzberg, 1982), nécessaire à la réalisation d'un travail entre deux personnes jusqu'aux formes ou processus plus sophistiqués, la coordination traduit d'une part de façon opérationnelle une forme d'action organisée et séquentielle et d'autre part, par l'ensemble des interactions qu'elle mobilise, elle fait l'expression d'éléments relationnels, psychologiques, comportementaux nécessitant l'établissement plus ou moins implicite et/ou explicite de conventions sous l'expression de régimes d'engagement (Thévenot, 2006).

La question de recherche initiale posait le problème de l'origine et de la définition d'un nouveau métier : coordinateur au sein de l'institution de la santé en 2020 et plus précisément au sein d'un système professionnel établi historiquement.

Classiquement nous avons cherché au sein de la revue de la littérature à définir d'une part les concepts abordés et de façon plus globale à les comprendre en les contextualisant aux différents enjeux posés en 2020 au système de santé comme institution en nous appuyant sur le cadre théorique de la structuration proposé par Giddens (1984). Ainsi nous avons repris le concept de système, et des principales caractéristiques de sa complexité. Nous avons dressé un tableau de son organisation, de ses organisations (ou structures de soins) puis des acteurs professionnels, des pratiques sociales (formes d'habilitations par l'expérience, réglementaires) agissant par réflexivité sur la structuration et par le moyen de la récursivité au travers de ces acteurs et de leurs interactions.

Trois constats peuvent être émis à l'issue de ce chapitre :

1^{er} constat : Une complexité du système de santé français attestée dans la littérature et dans les faits. Cette complexité interroge sur ses effets potentiels dans l'évolution des métiers de la santé.

Le premier constat fait état d'un système de santé encore résistant à la marchandisation, efficace mais non performant, insuffisamment préparé aux défis majeurs de santé publique et

lourdement plombé par un système professionnel empreint de prérogatives historiques, signifié par une hiérarchisation des métiers, un cloisonnement des champs du sanitaire, du médico-social et du social, une démographie médicale en baisse, des compétences des métiers du soin et du social figées et empêchant ou permettant très difficilement des évolutions nécessaires afin de revaloriser ces métiers et les rendre attractifs. Mais aussi permettre l'émergence de nouveaux métiers.

2^e constat : En réponse aux mutations, le système de santé et ses organisations adoptent et s'adaptent par une stratégie de changement basée sur des expérimentations. Cette stratégie appelle à une compréhension de ses impacts possibles sur les métiers historiques de la santé (en termes de reconfiguration ou d'émergence).

Le second constat établi à partir des mutations externes et internes montre un système dans sa globalité en voie de modernisation. Cette modernisation vise à adapter le système de santé et en particulier l'offre de soin en fonction des besoins des territoires dans un but de justice sociale. Ces adaptations répondent aussi au déterminisme des pouvoirs publics de rationaliser le système et son offre. Ce déterminisme, concrétisé par un rythme soutenu de plans et de lois de santé ces dernières années, intègre une logique d'expérimentation (Création de nouveaux dispositifs type réseaux, plateformes, pôles et maisons de santé par exemple) caractérisée par un cycle de vie (Variation-Sélection-Rétention) pouvant être relativement court (Van de Ven & Poole, 1995). Les mutations, avec les innovations qu'elles apportent dans le système de santé, ses organisations et son organisation, génèrent d'une part, des métiers nouveaux correspondants aux besoins suscités par les nouvelles technologies (p.ex. technologies portant sur la robotisation, la simulation en santé) et d'autre part des métiers dont la nouveauté est relative au sens qu'ils répondent à des besoins auxquels ce système et ses organisations n'est plus ou pas en mesure de les satisfaire par insuffisance de ressources et/ou de compétences. C'est dans ce contexte qu'on observe la « prolifération » des fonctions (coordination, gestionnaire de lits, etc.).

3^e constat : L'émergence d'un métier de coordinateur est pressentie par une prolifération des postes au sein de beaucoup d'organisations de la santé (tous champs concernés). Cette émergence est encore floue dans les organisations qui l'envisagent comme une fonction. Elle traduit plusieurs réalités concernant l'exercice de ce(s) métiers dans des contextes très différents et questionne pour une meilleure connaissance des acteurs coordinateurs, de leurs pratiques, de leurs rôles au quotidien et, enfin de leurs conceptions quant aux futurs possibles dans ce(s) métier(s) de la coordination.

Le troisième constat réalisé dans le 3^e chapitre porte sur la coordination, principe commun et fondamental à l'action individuelle ou collective et promu comme mécanisme réducteur de cette complexité et résolutif de beaucoup des problèmes envisagés. L'émergence d'un ou de métiers (au pluriel) de la coordination pose les questions sur les liens possibles ou établis entre le concept de coordination (comme objet) et son incarnation : le coordinateur (comme sujet). D'autre part les compétences (à coordonner) ne peuvent-elles être que techniques et nécessitent-elles l'étroite association de compétences relationnelles selon Gittell, Beswick, Goldmann et Wallack (Gittell, 2002 ; Gittell et al., 2008; Gittell, 2012, 2015).

Ces premiers constats permettent de préciser notre recherche. En effet, deux axes ou questions ressortent de ces constats : comment un système historique et complexe en pleine évolution peut-il « permettre » l'émergence d'un nouveau métier ? Qui sont les coordinateurs, pourquoi et comment s'engagent-ils dans ce métier émergent ? Quelles sont leurs conceptions sur leur avenir professionnel ?

Dans la problématique suivante, nous reprenons ces constats pour préciser notre question de recherche initiale.

PROBLÉMATIQUE

Introduction

La question des nouveaux métiers de la santé est actuelle et en particulier ceux de la coordination (Rabeux, 2018) (FHF, 2020). Cette question fait ressortir le problème des nouveaux besoins auxquels le système de santé doit répondre et s'adapter (Hénart et al., 2011). La reconnaissance de ces nouveaux métiers avec leur parcours de formation dédiés paraît laborieuse (p.ex. processus de reconnaissance du métier d'IPA). À ce temps long de négociations avec les différentes instances constitutives de l'institution de la santé pour la reconnaissance de ces nouveaux métiers pourtant déjà connus et reconnus au niveau international viennent s'ajouter de nombreux métiers émergents « peu ou pas anticipés » par le système et qui montrent combien les mutations technologiques ont un caractère innovant intensif et extensif mais aussi profondément perturbateur dans cette institution. Si ces mutations, ces innovations et, *in fine*, les nouveaux métiers générés semblent être progressivement structurés et intégrés (encadrés réglementairement) par l'institution au sens large c'est-à-dire l'administration publique (Lowndes, 1996) et les parties prenantes publiques et privées (branches, ordres, syndicats professionnels, associations d'usagers ou fédérations professionnelles) ces derniers ne sont pas encore adoptés comme étant des métiers au sens des autorités de santé :

Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme. (DGOS) (Hénart et al., 2011)

Nous proposons trois constats. Le premier constat de la complexité du système de santé et le troisième constat de la réingénierie des métiers de la santé font état du champ organisationnel que forme la santé au sens de DiMaggio et Powell (1983). De la complexité croissante d'un système aux acteurs qui le composent, l'animent par leurs comportements et le reproduisent par leurs métiers, nous pouvons reconnaître selon l'expression de Huault (2017) « *le pont entre les niveaux d'analyse organisationnels et reliant actions individuelles et influences macrosociales* ». Le second constat des mutations, à notre sens, montre qu'elles ont la capacité de perturber le fonctionnement institutionnel en déstabilisant les comportements individuels et

collectifs mus par la rationalité et les comportements induits par la futurité décrits par Commons (1934 ; 1990).

La situation, les constats (à l'issue de la revue de la littérature ou état des lieux)

Le premier constat : La complexité du système de santé

En France, les causes de l'accroissement de la complexité du système de santé sont plurifactorielles. Les alternances de gouvernances politiques ont amené par leurs visions idéologiques des variations pourtant toutes conduites par le souci de la performance d'un système à répondre au droit constitutionnel de protection à la santé (Drago, 2015). La réalité économique, la réduction des coûts et les déficits structurels du système ont été des enjeux majeurs des différentes politiques publiques de santé. Néanmoins un courant principal de restructuration du système de santé et plus globalement de protection se distingue et conduit malgré les visions politiques les différents plans pluriannuels puis, à partir de 2009 les stratégies successives. Toutes les alternances envisagent des réformes structurelles de découplage des secteurs sanitaire, social et médico-social accompagnées de réformes du financement (dont la T2A). Les réformes structurelles réenvisagent l'organisation du système fortement et historiquement conditionné par un hospitalocentrisme longtemps axé sur une médecine curative et non préventive aux dépens des autres lieux de soins et des acteurs. Le service public hospitalier a vu depuis la fin des années 90 une profonde transformation dans son mode de fonctionnement bureaucratique en « adoptant » un nouveau mode de gestion publique. D'autres facteurs de gestion des ressources humaines et des compétences ont aussi accru la complexité du système comme la politique du *numerus clausus* dans la formation des médecins et l'adaptation des parcours de formations aux nouveaux besoins ou pratiques de travail (médecine collaborative, travail en interdisciplinarité, etc.).

Cette complexité, même si elle a ses particularités propres au système de santé français, est aussi étudiée et décrite comme caractéristique de plusieurs systèmes de santé nationaux dans la littérature.

Le second constat : Des mutations exogènes qui « secouent » le système, génèrent des mutations internes et le conduisent à une course aux adaptations mais aussi aux innovations internes et « ouvertes ».

L'institution : Les secousses exogènes sont identifiables dans la littérature (économiques, sociales, démographiques, technologiques et sanitaires). Toutes ont à des degrés divers des

conséquences directes ou indirectes sur l'état de santé des populations. Elles ont généré un ensemble de mutations cette fois internes dans l'institution de la santé.

Ces secousses endogènes amenant à de profonds changements dans l'institution et plus concrètement dans l'organisation du système de santé français sont liées à des inadaptations structurelles, organisationnelles et financières mais aussi à la complexité organisationnelle grandissante du système. Les nouvelles technologies par les opportunités qu'elles laissent envisager suscitent une émulation du système. Elles favorisent l'ouverture et les partenariats en recherche appliquée vers d'autres secteurs (biotechnologies, communication, gestion et traitement des données, ou disciplines scientifiques).

Le troisième constat : Une nouvelle cartographie des métiers (réingénierie des métiers « historiques » du soin et du social avec des nouveaux métiers adoptés par l'institution mais aussi des métiers émergents issus d'innovations en lien avec des expérimentations institutionnelles ou initiés par les acteurs de terrain. Dans ce contexte, comment placer les coordinateurs dans cette cartographie ?

Un des éléments forts ressortant des adaptations du système aux nouveaux besoins liés aux mutations externes, pour rendre le système moins fragmenté ou complexe et répondre de façon optimale aux défis de santé publique a été la création de nouveaux métiers dans la santé. Parfois institués par l'institution elle-même (par reproduction p. ex. 'case management' pour gestionnaire de cas). Les coordinateurs ont un parcours différent et nettement moins normalisé. En France historiquement la fonction de coordination est rattachée à une profession médicale, paramédicale ou du travail social. Sans spécificité et pourtant de plus en plus visible dans les organisations elle reste « floue » et se définit par l'énoncé du problème à résoudre.

« Pour traiter un problème particulièrement épineux, le plus simple n'est-il pas d'en confier généreusement la résolution à un professionnel ? La relation entre une fonction vague et globale et un métier peut-être encore plus direct lorsque le métier est complètement défini par l'énoncé d'un problème à résoudre et la délégation en bloc de celui-ci. C'est alors que l'expression « métier flou » prend son sens le plus fort. » (Jeannot, 2005), p. 23.

Selon Robelet, Serré et Bourgueil (Robelet et al., 2005) la coordination est un concept « mou » appelé à devenir plus « visible » dans les organisations de soins (Mino & Robelet, 2010). Jeannot (2005) fait l'analyse dans son livre « *Les métiers flous de l'action publique* » des différentes problématiques ou ambiguïtés qui caractérisent la coordination de l'action publique. Il relève un certain nombre de tensions induites par la difficulté à définir les contours ou le

cadre de référence de ce qu'il considère comme des métiers. « *L'action publique se construit alors dans la tension entre d'un côté l'engagement des individus et la stabilisation d'orientations collectives de méthode sur le terrain et de l'autre la projection répétée de « dispositifs ».* (Jeannot, 2005) p. 95.

La question de recherche

Selon Glée et Scouarnec (2009) face aux mutations exogènes et endogènes l'organisation et l'acteur dans son emploi orientent leurs relations selon un comportement volitionnel entre le modèle de la vulnérabilité (subir l'inadaptation aux mutations) et celui de l'opportunité (choisir et/ou réorienter les compétences). Les niveaux de réalités et les contingences des organisations comme des individus déterminent empiriquement les actions de décisions dans des modalités mixées par les conditions de vulnérabilité et d'opportunité (modèle de fusion).

Le concept du travail institutionnel au sein du courant théorique néo-institutionnel décrit le rôle et les pratiques des acteurs pour faire évoluer (créer), maintenir voire déstabiliser leur organisation et plus globalement l'institution. L'institution de la santé comme ensemble ou système relativement stable dans ses normes (dont celle définissant les métiers de la santé cf.ci dessus), pratiques, règles et habilitations, n'oriente plus les comportements individuels mais aussi collectifs de ses acteurs (Lowndes et al., 2018 ; March & Olsen, 1998).

Comme proposé par Commons (1934 ; 1990) la causalité institutionnelle explique en partie la problématique des stratégies prospectivistes individuelles actuelles du choix ou de l'acceptation ou positionnement dans le « non choix » (autrement dit du « subir »).

Appliqué à notre recherche il s'agit de comprendre comment les acteurs travaillent dans l'institution pour préparer leur avenir quand ils pratiquent le métier émergent de coordinateur que nous situons dans la zone d'inconfort lié au flou par manque de définition du ou des cadres d'exercice des objectifs et du caractère autonome ? Comment l'acteur intègre le processus de théorisation de son métier émergent ? Dans quel but ou pour quelle finalité ? La prospective et sa méthodologie permettent-elles de comprendre cette (ces) réalité(s) ? Permettraient-elles d'apporter des éléments de connaissance utiles aux défis que représente l'intégration et l'adoption de ces métiers émergents dans l'institution et plus encore de capitaliser sur leur(s) expérience(s) et leur(s) capacité(s) d'innovation pour les diffuser afin de faire progresser en compétences des hommes et des organisations au service d'autrui.

Notre raisonnement ou angle d’approche pour comprendre le sujet et son contexte

Nous avons décrit notre cadre global de compréhension de la situation rencontrée des nouveaux métiers de la coordination par une approche théorique « en entonnoir ». Après avoir mobilisé progressivement les éléments constitutifs de la théorie de la structuration (Giddens, 1984), nous nous sommes orientés vers le concept du travail institutionnel (Lawrence & Suddaby, 2006; Lawrence, Suddaby & Leca, 2009) appartenant au courant sociologique néo-institutionnel (Figure 26).

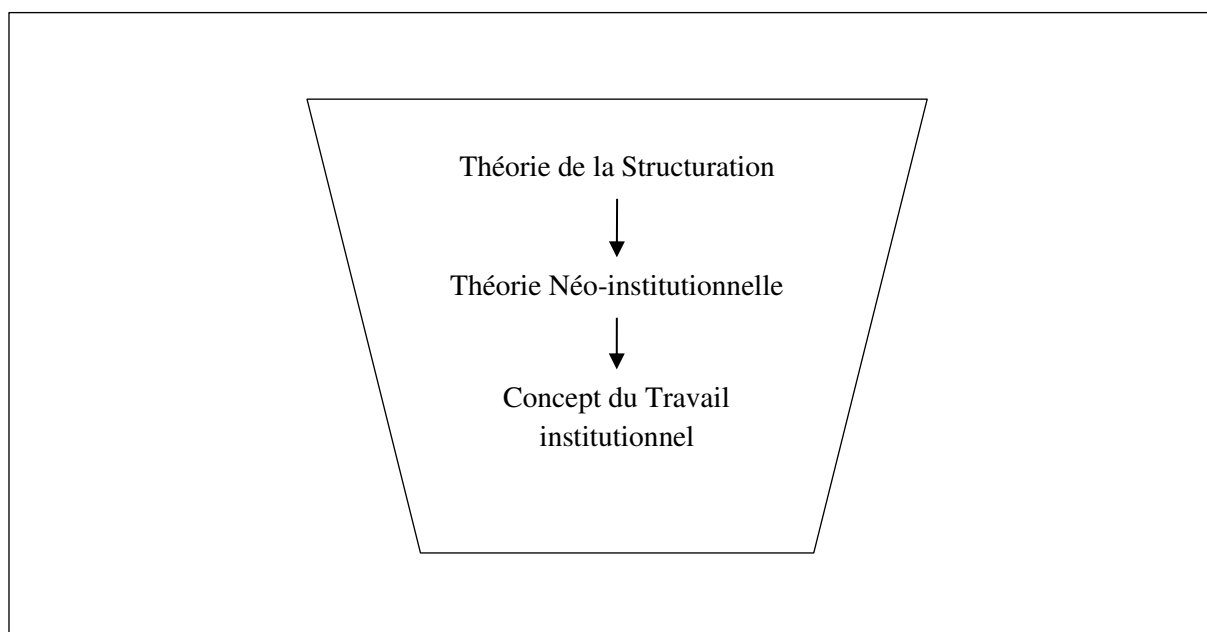


Figure 26. Progression du raisonnement dans les théories.

Au sein du concept du travail institutionnel, et afin de centrer notre recherche, nous nous sommes appuyés sur les pratiques de théorisation décrites par Mena et Suddaby (2016) pour analyser et répondre à notre question de recherche :

Comment les acteurs coordinateurs travaillent et imaginent les futurs possibles de la coordination pour faire adopter leurs métiers émergents par l’institution française de la santé ?

Le schéma suivant (Figure 27 page suivante) montre la proposition de modélisation faisant suite à notre problématique et déterminante de la mise en œuvre de la phase exploratoire.

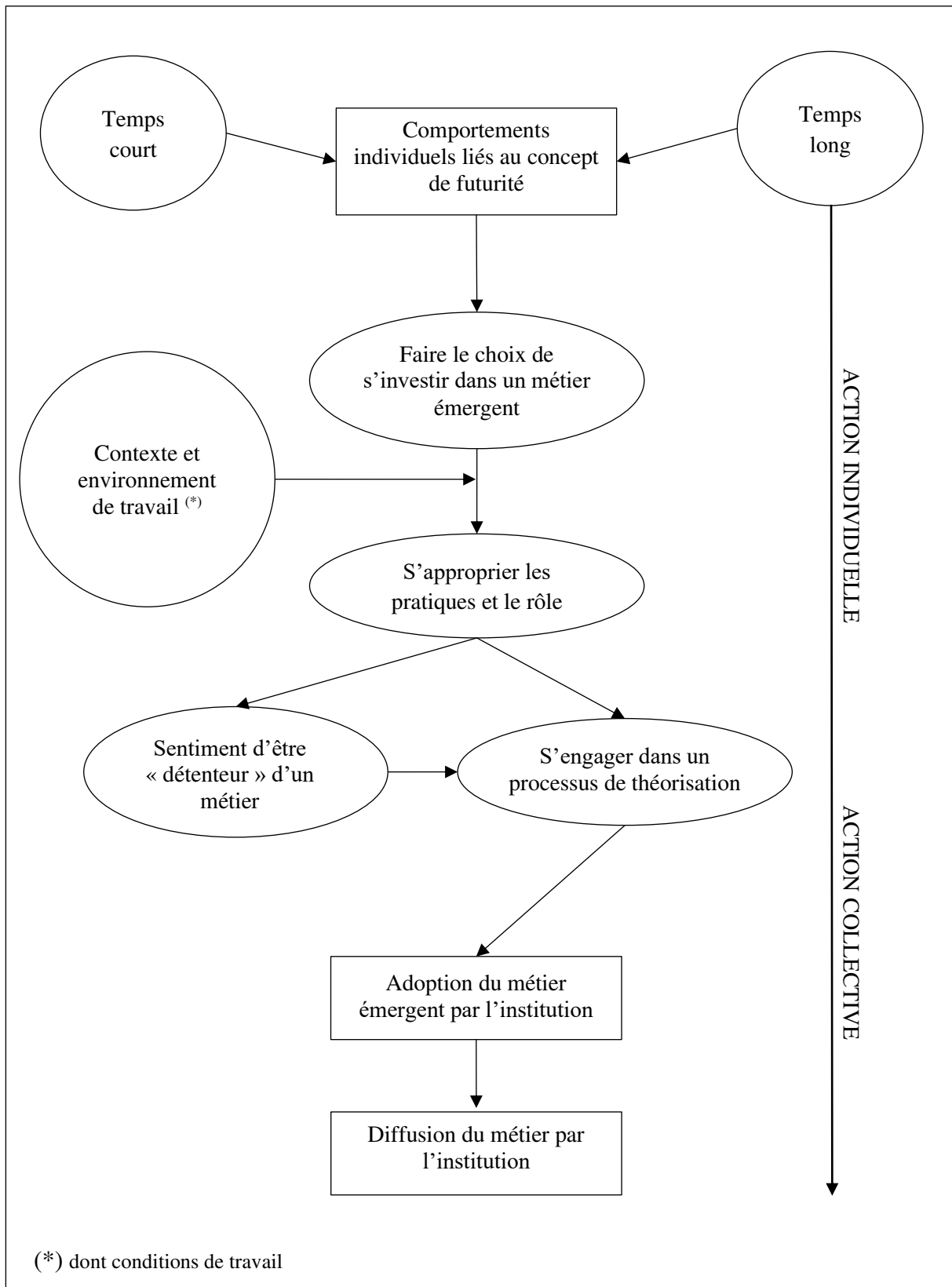


Figure 27. Proposition de modélisation

**SECONDE PARTIE — PRÉSENTATION DE LA
RECHERCHE**

Introduction 2^{ème} partie

La deuxième partie de notre recherche se compose de trois chapitres. Elle représente la phase empirique de notre recherche.

Le chapitre IV expose notre position épistémologique et décrit la méthodologie adaptée de la Prospective Métiers (PM) (Boyer & Scouarnec, 2009). Nous présentons les apports théoriques de la méthode des scénarios (Godet, 1983) qui permettront à l'issue de notre analyse d'exposer trois scénarios prospectifs des métiers de coordinateur. La dernière partie de ce chapitre s'attache à montrer la démarche de construction quant à la validité et la fiabilité de la recherche.

Le chapitre V présente la collecte et l'analyse des données issues des entretiens semi-directifs et des deux campagnes d'enquête menés auprès des experts et ensuite en extension auprès de professionnels investis dans la coordination.

Le chapitre VI rend compte des trois principaux résultats : la mise en évidence, dans les contextes de coordination rencontrés dans notre recherche, de quatre profils types de coordinateur ; la recension de plusieurs variables-clés externes, internes à prendre en compte pour les scénarios prospectifs ; les constats de conflits institutionnels et les tendances connues en 2020 ; et enfin de quatre types d'espace de coordination.

La conclusion générale reprend le parcours de notre thèse pour proposer notre réponse à la question de recherche que nous avons progressivement construite.

Chapitre IV — Méthodologie de la recherche

Plan

Introduction

4.1 Position épistémologique

4.1.1. Vision de la réalité et statut accordé aux données

4.1.2. Processus de construction de la connaissance

4.2. Description de la méthodologie de recherche

4.2.1. La démarche prospective et la méthode PM

4.3. Validité et fiabilité de la recherche

4.3.1. Validité du construit

4.3.2. Validité interne

4.3.3. Validité externe

4.3.4. Fiabilité des résultats

Synthèse

Introduction

Ce chapitre rend compte de la stratégie de recherche et de la méthodologie d'accès au terrain ainsi qu'à la méthodologie d'analyse des données que nous avons recueillies.

Un design de recherche, une fois l'objet de recherche défini et la problématique posée, nécessite pour le chercheur de présenter son positionnement dans sa propre conception de la réalité et d'indiquer en cohérence l'origine de la connaissance qu'il va produire (Allard-Poesi & Maréchal, 2007, 2011). À cet effet, cette démarche nécessite de pouvoir comparer sa réflexion personnelle au regard des paradigmes épistémologiques afin si possible de pouvoir s'engager idéalement et quasi exclusivement (Condition d'incommensurabilité de chaque paradigme) au sein de l'un d'eux.

Le chapitre IV expose la méthodologie de recherche et en particulier la méthode Prospective Métiers (PM) adaptée au contexte de notre thèse.

Le chapitre V présente le processus de collecte des données issues des entretiens et des deux enquêtes autoadministrées. Dans la deuxième partie de ce chapitre, nous présentons l'analyse de l'ensemble des données recueillies.

Le chapitre VI présente nos résultats et leur discussion.

Nous proposons une synthèse générale du parcours de recherche dans notre conclusion pour tenter de répondre à notre question de recherche.

4.1. Position épistémologique

Dans cette partie, nous présentons premièrement notre vision ou conception de la réalité et le statut accordé des données. Puis nous nous attachons à montrer notre processus de construction de la connaissance et la démarche abductive suivie entre notre référence au travail institutionnel et le terrain.

La communauté des sciences de gestion se réfère traditionnellement à trois paradigmes utilisés dans les sciences humaines et sociales (Perret & Séville, 2007, 2011) et qui vont venir, pour chacun d'entre eux, caractériser le processus de production de connaissance, orienter la stratégie d'enquête et éclairer les procédures déployées [autrement dit : Quelles seront les méthodes de collecte et d'analyse des données qui seront utilisées dans la recherche ?] (Creswell, 1998 ;

2003 ; 2014). Le tableau (Tableau 26 page 144) suivant est adapté des travaux de Perret et Séville (2007, 2011) et de Allard-Poesi et Maréchal (2007, 2011). Il fait la synthèse des trois principaux courants épistémologiques. Patton (2002), Robson (2002), Guba & Lincoln (1994) montrent que des aménagements alternatifs entre les traditions épistémologiques sont possibles. En tout état de cause cette diversité indique la quête du chercheur dans ses travaux (*inquiry*) à qualifier rigoureusement son approche du « monde réel ». Ce foisonnement des approches alternatives suscite des controverses, en particulier dans les sciences de gestion (Lamy, 2015) (Bryman, 2008).

Nous présentons ci-dessous les trois épistémologies (Allard-Poesi et Perret, (2011) puis, avant que de nous positionner, nous apportons nos éléments de réflexion au regard des critères qui nous ont confortés dans notre choix. Le choix d'un paradigme apparaît comme une prise de position et un véritable acte de foi, mais aussi peut-être comparé « à un filet de prémisses enserrant le chercheur » pour reprendre l'expression de Bateson (1972, 2000). Nous proposons de nous référer à la grille de lecture proposée par Mbengue et Vandangeon-Derumez (1999) pour préciser notre prise de position considérant le fait que cette dernière vient caractériser le statut accordé aux données recueillies, la méthodologie de la recherche (mode de collecte des données), la relation entre les théories abordées dans la revue de la littérature initiale et les observations sur le terrain et enfin les critères de scientificité de la recherche.

Le paradigme positiviste initié par Auguste Comte (1718-1857) demeure le paradigme « historique » et de référence au sein des sciences sociales (Avenier, 2008; Kremer-Marietti, 2003). Issu des sciences dites « naturelles » il a pour cadre une vision du monde déterministe (Burrell & Morgan, 1979). Le positivisme considère l'objet à observer comme ayant une réalité propre, c'est-à-dire indépendante du sujet. La production de connaissance est générée par l'observation et l'objectif de la recherche est d'expliquer la réalité. La démarche de raisonnement repose sur l'inférence hypothético-déductive et la méthodologie de recherche ainsi que les données recueillies sont de nature quantitative, mesurables et donc reproductibles ou vérifiables. L'hypothèse met la théorie sur l'objet considéré à l'épreuve des faits et de l'expérience. *In fine* la théorie n'est acceptée par la communauté scientifique que dans la mesure où elle demeure falsifiable ou réfutable.

Le paradigme constructiviste a comme postulat la phénoménologie du réel et en conséquence refuse une ontologie de l'objet (Constructivisme radical) ou avance qu'on ne peut pas atteindre l'essence de l'objet (constructivisme modéré). De fait le constructivisme repose sur une

ontologie relativiste « de la notion de vérité ou du réel » (Baumard, 1997). Lincoln et Guba (1985) précisent ainsi que les réalités sont multiples, locales et spécifiquement « construites » (p.193) et qu'elles nécessitent, dans leur compréhension, d'être coconstruites avec le chercheur. Le constructivisme ne conçoit pas le déterminisme mais se fonde sur l'intentionnalité. La démarche de recherche est inductive et nécessite une forme de reconstruction par le chercheur aboutissant à la génération d'une théorie non généralisable.

Le paradigme interprétativiste trouve son origine dans les travaux de Dilthey (1911— 1977) selon lesquels le discours et l'action ne peuvent pas être analysés avec les méthodes des sciences naturelles et physiques et propres au paradigme positiviste appliqué aux sciences sociales (Miles & Huberman, 1994 ; 2003). La connaissance produite se veut objective mais aussi étroitement et fondamentalement dépendante du contexte que le chercheur va chercher à comprendre. Pour le chercheur il s'agit de comprendre l'activité (interaction entre le sujet et l'objet) au travers du discours pénétré de symboles, de représentations et former « une collection de couches de significations ». Selon Schwandt (1994) cité Allard-Poesi & Maréchal (Thiétart, 2007)

« La réalité est essentiellement mentale et perçue “hypothèse phénoménologique”, et le sujet et l'objet étudié sont fondamentalement interdépendants “hypothèse d'interactivité”. De par ces hypothèses l'objectif du chercheur n'est plus de découvrir la réalité et les lois la régissant, mais de développer une compréhension de cette réalité sociale. » (p.42).

Tableau 26. Synthèse des positions épistémologiques des paradigmes positiviste, interprétativiste et constructiviste adapté de Perret et Séville (2007, 2011) p.14 et p.15

Les questions épistémologiques Les paradigmes	Vision du Monde	Caractérisation de la connaissance produite	Statut de la connaissance	Conception du lien entre l'objet et le sujet dans la réalité	Cheminement (Objectif de l'observation)	Valeur (Crédibilité) de la connaissance et critères de validité
Le positivisme	Déterminisme Ontologie du réel	Objective et indépendante de tout contexte (acontextuelle)	L'hypothèse est celle du réalisme et de la rationalité (Chalmers, 1990) dans la mesure où l'objet que l'on veut connaître, possède une essence singulière	Le sujet et l'objet sont indépendants dans la réalité où ils sont étudiés	Explication	Réfutabilité (Popper)
L'interprétativisme	Intentionnalisme Phénoménologie du réel	Objective et dépendante ou spécifique du contexte « interprété »	L'hypothèse est celle du relativisme (Pas de vérité absolue). « Les critères pour juger [] d'une théorie dépendent,... de l'individu ou de la communauté » (Chalmers, 1990) p.170	Interdépendance liée aux interactions entre le sujet et l'objet que le chercheur cherche à comprendre par les significations que l'acteur attribue à ces interactions.	Compréhension	Empathie du chercheur permet de comprendre la réalité des acteurs (L'expérience qu'ils font avec l'objet « de connaissance »).
Le constructivisme.	Intentionnalisme Phénoménologie du réel	Intentionnalisme	L'hypothèse est celle du relativisme (Pas de vérité absolue) « L'essence de l'objet ne peut être atteinte (dans le cas du constructivisme modéré) ou n'existe pas (constructivisme radical) » (Perret & Séville, 2007, 2011) p.14	L'objet n'existe pas en soi (vision radicale). La connaissance produite demeure fondamentalement subjective et contextuelle.	Construction	Adéquation et enseignabilité (Perret & Séville, 2007, 2011) (p.15)

4.1.1. Vision de la réalité et statut accordé aux données

Le sujet de la recherche porte sur le comportement des acteurs face à un métier naissant dans le champ de la santé. À cet effet nous choisissons d'aborder l'objet de recherche en le considérant en tant que phénomène dont on peut se faire (en tant que chercheur) une interprétation ou représentation la plus proche possible en rencontrant les acteurs en exercice de coordination. Les interactions observées et décrites, au sein de notre recherche, se situent au niveau du « micro monde » des acteurs appartenant au « macro monde » (Kaghan & Lounsbury, 2011 ; Lawrence et al., 2011) de l'institution socialement construite de la santé (Felder et al., 2018). Les données recueillies auront pour origine les représentations multiples que se « font » les acteurs interrogés de leurs propres réalités, y compris par le chercheur (Lincoln & Guba, 1985).

Notre travail de thèse se fonde sur une vision de la réalité où le micro monde des acteurs recouvre une grande variété de réalités subjectives conduisant à des comportements individuels assimilés dans la littérature soit à l'individualisme méthodologique soit aux théories du choix rationnel. En nous rattachant à la théorie du travail institutionnel, nous considérons que toutes ces réalités ont comme dénominateur commun et objectif le déterminisme de l'action publique et ses changements prescrits au sein de l'institution de la santé (Nouvelles règles, nouveaux concepts de prise en charge, nouveaux dispositifs expérimentaux). Ces changements prescrits forment une réalité objective qui transforme la notion de travail et les pratiques sociales qui l'environnent.

4.1.2. Processus de construction de la connaissance et démarche abductive

Selon Drucker-Godard, Ehlinger et Grenier (2007, 2011), il faut aussi pouvoir rendre compte et tenir du « paradigme personnel du chercheur » (Passeron, 2006). Selon Passeron (2006), l'interprétation peut se définir comme une « *reformulation du sens d'une relation entre des concepts descriptifs qui pour transformer ce sens[...] doit faire intervenir la comparaison de cette relation avec des descriptions empiriques qui ne supposent pas exactement le même univers de discours* » que la relation ainsi interprétée. » (p.401). Passeron (2006) soutient ainsi qu'il y a un espace de raisonnement et de production de connaissance non réductible à la logique de scientificité de Popper (Popper & Rosat, 1998, 2009).

La pratique abductive est issue de la théorie de l'abduction de Charles S. Peirce. Elle permet de faire émerger la connaissance en se nourrissant à la fois des apports théoriques et des observations faites sur le terrain. Elle suppose la mise en évidence d'une situation ou d'un fait

« surprenant ou étonnant » pouvant être expliqué ou compris dans une démarche interprétative. Catellin (2004) rappelle que l'abduction en épistémologie est une forme de raisonnement et aussi une pratique permettant d'aborder la problématique de construction de la connaissance par la compréhension ou l'interprétation d'un phénomène. Catellin (2004) considère que la pratique abductive constitue même un savoir pratique nécessaire pour « appréhender la singularité d'une situation » en « combinant de l'expérience et de l'information ». Il s'agit concrètement « *d'adopter des hypothèses plausibles susceptibles d'être vérifiées ultérieurement* ». En ce sens il n'y a donc pas d'opposition mais plutôt une possibilité d'adduction associant le raisonnement inductif et le raisonnement déductif (1980; Blaug, 1980; 1982).

Le concept de « pratique » s'applique, à notre sens, à notre recherche et nous permet de combiner le concept théorique de la coordination avec les pratiques développées par les acteurs. Les situations ou contextes de coordination sont par définition singuliers, peu ou pas sujets à une simple résolution par l'application d'un traitement procédural ou routinier et devant être résolues par l'acteur coordinateur l'expose à devoir mobiliser des ressources relationnelles intenses ou solutions multiples, intuitives et/ou souvent acquises par l'expérience (erreur, succès), parfois bricolées au sens « de l'inventivité face à une réalité où la contingence domine » (Catellin, 2004).

« Que faut-il entendre par « pratiques » et pourquoi parler de pratiques plutôt que d'activités, d'actions, de conduites ? Ce mot sert à différencier l'action de la théorie, cependant ici les pratiques en question ne renvoient pas directement au faire et aux actes, mais aux procédés pour faire. Selon Louis Quéré, les pratiques ne sont pas seulement des habitudes de faire ; elles incorporent de la pensée, des représentations, des savoirs qui nous permettent de les comprendre et de les pratiquer. Elles nous servent à nous adapter ou à nous ajuster à des situations et à des circonstances particulières. Elles sont orientées vers une finalité et ont une temporalité. » Catellin, 2004, p.179

Les pratiques - Catellin, 2004.

Selon Mbengue et Vandangeon-Derumez (1999), « *l'essence de la réalité [...] influence directement le mode de collecte des données* ». La question qui va se poser sera donc, en conséquence : Quelle reconnaissance de l'existence ou de l'inexistence de lien le chercheur fera-t-il entre la donnée et lui-même. Autrement dit, si le chercheur attribue à la donnée un caractère autonome, indépendant c'est à dire objectif alors elle ne nécessitera pas

d'interprétation de la part du chercheur. À l'opposé l'interdépendance entre la donnée et le chercheur va se définir dans un processus de compréhension plus ou moins « élaboré » des représentations subjectives des acteurs et *in fine* du propre processus d'interprétation et/ou de compréhension qu'en aura le chercheur.

Notre position suit en cela ce choix d'interdépendance entre le chercheur et la donnée produite. La subjectivité de notre méthodologie de recueil et du traitement des données suppose, pour être crédible, une description la plus complète possible du déroulement de la phase de recueil et des éventuels aménagements générés au décours.

En partant de la revue de la littérature établissant l'état des lieux, il s'agit de mener la recherche en allant à la rencontre des acteurs concernés par l'activité de coordination pour tenter de : (en paraphrasant les auteurs) « *d'appréhender leurs problématiques, leurs motivations et les significations ou représentations* ». Nous faisons le choix d'étudier notre objet de recherche selon une approche interprétative. Les données que nous obtenons sont traitées par une analyse qualitative.

Allard-Poesi et Maréchal (2007, 2011) soulignent que ce type de recherche suppose l'immersion dans le phénomène et son observation plus ou moins participante. Il s'agit donc pour nous d'investir ou de pénétrer cette réalité sociale et de comprendre le phénomène de l'intérieur en nous appliquant à identifier et à reconnaître les différents traductions et arrangements possibles que les acteurs rencontrés ont dû mettre en œuvre pour vivre et rendre acceptable ce que nous appelons le « *flou* » qui entoure la fonction de coordination.

Allard-Poesi et Maréchal (2007, 2011) avancent que l'approche interprétativiste repose sur une démarche progressive de compréhension du phénomène. Elle est étroitement liée à l'attitude d'empathie et à l'investissement du chercheur (Dilthey cité par Miles et Huberman, 1999, 2005,

p. 22). Le chercheur doit montrer sa capacité à s'adapter s'il veut acquérir une connaissance fine de son objet de recherche (Figure 28).

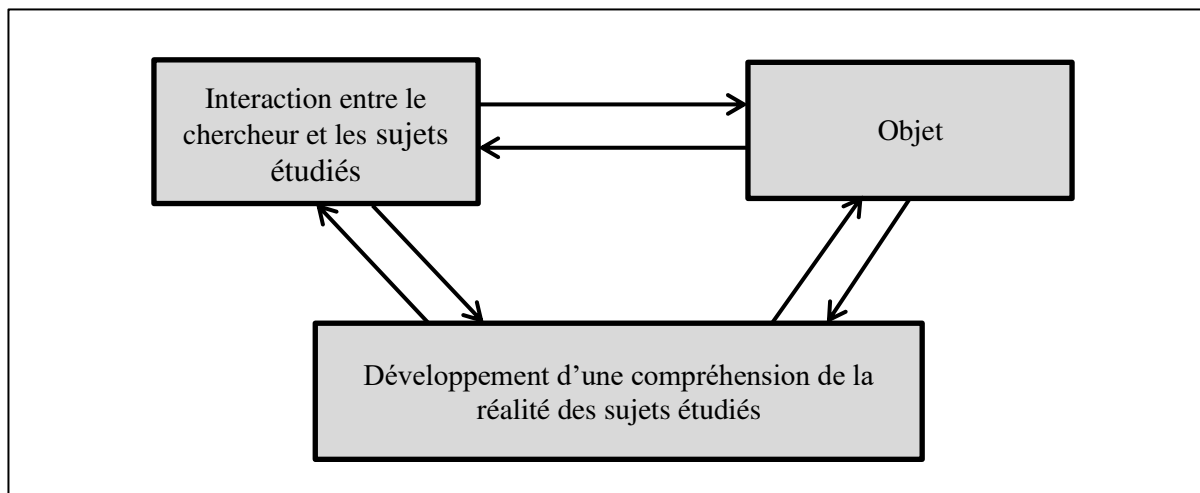


Figure 28. Construction de l'objet de recherche dans l'approche interprétativiste (Allard-Poesi et Maréchal in Thiétart, 2007, 3ème édition, p.43).

L'approche méthodologique et le design de recherche que nous proposons doivent permettre de comprendre la coordination à la fois en tant que phénomène et parallèlement doivent explorer à notre sens le ou les processus permettant l'interactivité inhérente à la coordination (recherche de processus). Cette démarche de recherche combine à la fois contenu et processus (Barley, 1990) et s'appuie d'une part sur une revue de la littérature dressant un état des lieux et permettant de façon synthétique de faire le constat (problématique) du manque de connaissance ce qui constitue une activité de coordination (Peut-on les identifier ou établir une taxonomie des activités de coordination ? En quoi sont-elles spécifiques ? Existe-t-il des invariants ou dénominateurs communs à toute activité de coordination ?).

La compréhension du phénomène à l'aide du travail institutionnel va se réaliser concomitamment dans une démarche déductive puis inductive. Il s'agit bien de comprendre et d'interpréter ce que le phénomène génère comme effets dans le micro-monde des acteurs concernés.

Notre recherche nécessite de prendre en compte le contexte des mutations externes elles-mêmes actrices des mutations plus ou moins profondes du système de santé français. Les mutations internes affectent l'ensemble de l'institution au sens de Giddens (1984). On doit ainsi considérer les changements plus subis que choisis de l'organisation même du système (C'est-à-dire sa propre structuration, son système d'organisations multiples, ses pratiques sociales, son système de règles et formes d'habilitations, puis, enfin, et non des moindres, la part des interactions

entre les acteurs et les métiers historiques dont ces acteurs sont les représentants. C'est à ce niveau que nous situons l'approche théorique du travail institutionnel et la nécessité de l'explorer.

Lawrence et Suddaby (2006) ont observé que le travail institutionnel se révèle au sein des discours des acteurs (oral et/ou écrit). Son étude peut se réaliser en fonction du contexte au travers de l'analyse de contenu dans les discours organisationnels (formes de la rhétorique utilisée, formes de narration ou récit et du dialogue ou conversation entre plusieurs acteurs). D'autres approches sont possibles comme le recours à la théorie de l'acteur-réseau (Callon 1986 ; Latour, 1987, 1995) ou à la sémiotique selon Lawrence et Suddaby (2006). La mise en évidence du travail institutionnel ne relève pas d'une méthode unique ou exclusive mais doit permettre la compréhension en épaisseur du phénomène étudié.

4.2. Description de la méthodologie de recherche

Dans cette partie nous présentons la démarche prospective et la méthode mise au point par Boyer et Scouarnec (2009).

4.2.1. Démarche prospective et méthode « Prospective des Métiers » (PM)

D'un point de vue ontologique et épistémologique, l'ancrage revendiqué de la prospective repose sur une compréhension fine de la réalité des acteurs. Nous relevons que la PM ne constitue pas en elle-même une théorie mais offre, à la fois un cadre et une démarche rationnels permettant de comprendre par l'observation un phénomène centré initialement sur les métiers et leurs évolutions possibles. Non exclusive, elle autorise une grande flexibilité dans les méthodologies d'observation et de recueil des données utilisées (Boyer & Scouarnec, 2009) (p.104).

La prospective

La prospective est un courant théorique qui en pensant les futurs possibles vient donner aux acteurs d'aujourd'hui les clés de compréhension et *in fine* de décision pour préparer leur adaptabilité (choisie) plutôt que leur adaptation (subie). Elle se différencie des méthodes prévisionnelles (Tableau 27).

Tableau 27. Comparatif de la prévision classique et de la prospective selon Godet (1977)

	Prévision classique	Prospective
Vision	Parcelaire « toutes choses égales par ailleurs »	Globale « rien n'est égal par ailleurs »
Variables	Quantitatives, objectives et connues	Qualitatives, quantifiables ou non, subjectives, connues ou cachées
Relations	Statiques, structures constantes	Dynamiques, structures évolutives
Explication	Le passé explique l'avenir	L'avenir est la raison d'être du présent
Avenir	Unique et certain	Multiple et incertain
Méthode	Modèles déterministes et quantitatifs (économétriques) (mathématiques)	Analyse intentionnelle. Modèles qualitatifs (analyse structurelle) et stochastiques (impacts croisés)
Attitude face à l'avenir	Passive ou adaptative (avenir subi)	Active et créative (avenir voulu)

Définition de la prospective des métiers

La méthode « Prospective Métier » (PM) a été mise au point par Boyer et Scouarnec (Boyer & Scouarnec, 2002, 2009). C'est une méthode d'investigation dynamique inspirée des méthodologies de recherche de consensus d'experts (Méthode « Prodin », Méthode « Delphi »). Boyer et Scouarnec (Boyer & Scouarnec, 2009) proposent la définition suivante de la prospective des métiers :

« La Prospective des Métiers est une démarche d'anticipation des futurs possibles en termes de compétences, d'activités, de responsabilités d'un métier. Elle permet ainsi d'imaginer les possibles savoirs et qualifications, expertises ou savoir-faire professionnel, comportements et savoir-être, qui seront demain les plus à même de servir l'individu et l'organisation. Elle nécessite pour cela une co-construction par les acteurs-experts du ou des métiers analysés du devenir possible de ce ou ces métiers. Elle englobe ainsi une réflexion sur le métier individuel et sur l'organisation du travail. », La Prospective des Métiers, (p.118) (Boyer & Scouarnec, 2009).

Utilisée dans de nombreuses recherches, elle a pu être adaptée en fonction du terrain de recherche (Scouarnec, 2004). La méthode « Prospective Métiers » (PM) a été mise au point par Boyer et Scouarnec (Boyer & Scouarnec, 2002).

Nous proposons dans le cadre de notre recherche d'adapter la méthode PM en y introduisant des scénarios-outils prospectifs élaborés à partir de la méthode des scénarios (Godet, 1983). Gozé-Bardin (2008) présente une adaptation similaire des « scénarios-outils » prospectifs en s'appuyant sur une analyse structurelle (Ancelin, 1983) comme recommandé par Godet (1983). Cette analyse structurelle est destinée à mettre en évidence les variables externes et leurs effets sur les variables internes caractéristiques du phénomène. La construction d'un scénario doit s'établir à partir des « mécanismes et acteurs déterminants » constituants les « invariants du système et ses tendances lourdes » Godet (1983).

La démarche prospective nécessite un travail d'observation préalable (état des lieux rétrospectif) sur le métier en adoptant une posture compréhensive et systémique de ses environnements (interne et externe). La démarche est exigeante car elle suppose d'aller au-delà de la description analytique des contenus en l'intégrant une compréhension rationnelle des dynamiques générées par les mutations internes et externes factuelles incidentes plus ou moins fortement sur le métier observé.

La construction des futurs possibles en termes « d'évolutions possibles » d'un métier (Boyer & Scouarnec, 2009) vient nourrir et encourager l'imagination pour proposer des scénarios probables des devenirs éventuels de ce même métier. Envisager les futurs possibles (il n'y a pas de démarche divinatoire) est une démarche risquée d'un point de vue académique. Selon nous la démarche se réfère philosophiquement à l'enseignement de Socrate « *Connais-toi toi-même* » et requiert la compréhension des savoirs des acteurs du métier pour construire sur un principe de recherche de consensus.

Selon Boyer et Scouarnec (2009) la PM permet une revalorisation du concept central du métier individuel.

Une démarche de recherche des possibles qui se fonde sur les dires d'acteurs-experts. C'est reconnaître à ces dires le fait qu'ils portent en eux un authentique matériel de connaissance acquis de façon permanente par la pratique. La pratique se traduit en résultat par de nouvelles compétences plus ou moins efficaces acquises par la confrontation entre le(s) savoir(s) théorique(s) et une ou des réalités empiriques. Ces réalités sont constituées chacune de variables

environnementales (biomédicales, sociales, psychologiques) obligeant plus ou moins fortement le professionnel de santé à devoir adapter ses savoirs et ses compétences pour délivrer un soin idéal (plus ou moins éloigné d'un idéal de soin). C'est au sein de ce delta et l'apprentissage issu des expériences (erreurs/succès) que nous allons chercher chez les acteurs la base de connaissance.

Une réalité traduite à partir des dires des acteurs-experts à partir desquels on va chercher à mettre en évidence les convergences et les divergences tant au niveau des concepts que des perceptions (percepts) mais aussi des affects (Depecker, 2011).

Le domaine de la santé et ses possibles futurs ont fait l'objet de plusieurs études et rapports de prospective en France (Heard, 2008). La compréhension à visée stratégique des évolutions des métiers de la santé a logiquement accompagné ces différents rapports montrant les liens étroits entre le système et les acteurs professionnels qui animent ce même système. La prospective dans sa philosophie bergerienne a intégré la nécessaire dimension pluridisciplinaire comme un avantage et une véritable source d'innovation pour le devenir de la santé au niveau mondial (Parisot, 1967). La recherche en GRH au sujet des évolutions des métiers de la santé dans ses trois secteurs y compris dans le milieu hospitalier a eu recours à la démarche prospective métiers (Noguera, Canes & Sbai, 2020; Noguera & Lartigau, 2009).

Le tableau 28 (Tableau 28 pp. 153 à 156) fait état des différents rapports officiels et de la littérature « grise »-mettant en avant une démarche prospective soit du système de santé français ou plus spécifiquement des métiers de santé. Il faut préciser que souvent ces rapports ou études ont été mandatés à des cabinets ou agences de conseil par l'industrie pharmaceutique.

Une première synthèse des rapports institutionnels fait apparaître que les analyses proposées suivent la logique de plan qui a longtemps prévalu en France de 1946 jusqu'en 2006. Cette logique tente alors d'adapter les ressources au regard des besoins sur le territoire.

Tableau 28. *Rapports et études prospectives sur les métiers de la santé de 1969 à 2016*

Année de parution	Titre	Auteur(s) ou Direction	Origine	Méthodologie	Note(s)
1969	Réflexions sur l'avenir du système de santé, contribution à l'élaboration d'une politique sanitaire, rapport du Groupe de travail sur la prospective de la santé.	Bonamour, P. ; Broun, G. ; Dartigues, R.	Groupe de travail sur la prospective de la santé.		Non consulté
1993	Santé 2010. Rapport du groupe "Prospective du système de santé" Commissariat général du plan.	Soubie, R.	Groupe "Prospective du système de santé" Commissariat général du plan.		Non consulté
2000	Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires	Polton, D.	CREDES	Non décrite explicitement	« 1 ^{ère} partie rassemble des réflexions sur les enjeux actuels et les tendances d'évolution prospective qui peuvent, à l'horizon de 20 ans, avoir un impact sur l'organisation du système de soins » p.11
2004	Prospective des métiers de la santé	Non mentionné	Commissariat général du plan	Démarche cf tableau	Les métiers de la coordination des soins de Marie-Ange Coudray (DHOS) — Ministère de la Santé p.30
2006	Étude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière Facteurs d'évolution. Enjeux et Impacts sur les ressources humaines	Non mentionné	Ministère de la Santé — Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH — DHOS, sous-direction P, bureau P2	Envisage la prospective sous forme de 5 grands domaines d'évolutions et leurs impacts possibles sur les RH	

Année de parution	Titre	Auteur(s) ou Direction	Origine	Méthodologie	Note(s)
2007	Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière Tome 1 Facteurs d'évolution Horizon : 5 à 10 ans	Non mentionné	Ministère de la Santé — Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH	Facteurs d'évolution probable à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations Méthode : entretiens d'expert, entretiens téléphoniques, focus groups, documents	Cabinet-conseil Reprend le concept de l'étude prospective sur les métiers de la FPH (2006) Évolution, impacts L'impact est analysé sous la forme de trois items à 3 niveaux ----- Probabilité d'occurrence ----- Faible Moyenne Forte ----- Échéance de l'impact ----- Court terme Moyen terme Long terme ----- Importance de l'impact ----- Faible Moyenne Forte
2007	Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière Tome 2 Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles Horizon : 2015	Non mentionné	Ministère de la Santé — Observatoire National des Emplois et des Métiers de la FPH	Dix monographies sur les métiers et groupes métiers de la fonction publique hospitalière, dits sensibles, c'est-à-dire jugés comme les plus impactés par les évolutions à venir.	Cabinet-conseil Reprend le concept de l'étude prospective sur les métiers de la FPH (2006) Évolution, impacts

Année de parution	Titre	Auteur(s) ou Direction	Origine	Méthodologie	Note(s)
2008	Les métiers de la santé Horizon : 2025	Vader, John-Paul	Office de prospective en santé, rapport 2008, dirigé par Didier Tabuteau Éd. Sciences Po	Sans objet (chaque article du rapport expose en introduction un encart (le pire et le meilleur)	Propose une vision avec 6 nouveaux métiers : - l'intervenant polyvalent - le gestionnaire d'équipe de prise en charge - le répondant sécurité hospitalière - le répondant site internet santé - l'évaluateur de l'impact sanitaire (<i>health impact assessor</i>) Forces sanitaires nationales ou internationales
2010	Prospective santé 2030- prévention 2010 — Rapport final	Non mentionné	INPES	Trois scénarios prospectifs (dit tendanciel, dit de croissance, dit tensions généralisées) proposés à partir d'une analyse socio-économique, de données démographiques et politiques	
2010	Santé 2025	Non mentionné	Leem		
2011	Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire — Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer	Hénart, Laurent, Berland, Yvon, Cadet, Danielle, Verrier, Bernard, Fery-Lemonnier, Elisabeth	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ; FRANCE. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ; FRANCE. Secrétariat d'État à la santé	Scénario prospectif faisant synthèse de propos d'experts (auditions, entretiens téléphoniques, groupes focus, consultation de documents	

Année de parution	Titre	Auteur(s) ou Direction	Origine	Méthodologie	Note(s)
2011	Prospective du secteur santé : Impacts sur les acteurs et métiers à horizon 2030	Non mentionné		7 scénarios dits « dynamiques » reposant sur 6 variables communes Méthodologie inspirée de la méthode Prospective stratégique LIPSOR Questionnaire rétrospectif et prospectif	
2015	Les métiers en 2022	France Stratégie — DARES		3 scénarios macroéconomiques - Scénario central (médiane) sortie de crise - Scénario de crise - Scénario « cible »	Non spécifique à la santé. Les métiers sont regroupés par domaine professionnel (Santé, action sociale, culturelle et sportive).
2016	PROSPECTIVE e-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé — Synthèse Perspective à court (2 ans), moyen (5 ans) et long terme (10 ans)	Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (PIPAME) Acteurs institutionnels et privés (prestataires et industriels) du système de santé		Plus de 110 entretiens et ateliers de travail Comparaison internationale des écosystèmes de santé	Étude et rédaction réalisées par 2 cabinets de conseil Étude menée de décembre 2014 à décembre 2015

Mise en application

La démarche « Prospective des Métiers » permet de façon systémique de mettre en relation les phénomènes remarquables témoins des mutations de l’environnement ou éléments participants des dynamiques de changement des activités au travail. On peut ainsi mettre parallèlement l’évolution de l’environnement avec l’action collective et d’autre part les activités au travail avec les compétences individuelles (Mérindol, Rouby, Versailles & Thomas, 2009). (Mérindol et al., 2009) proposent de mieux circonscrire les frontières et le contenu de l’action collective, niveau où se déploient les compétences individuelles et au-delà d’une meilleure définition de ce niveau d’analyse (l’action collective) de le mettre plus en lien avec l’action ou la stratégie individuelle pour préparer aujourd’hui son futur (Bazzoli, 1999; Commons, 1934 ; 1990, 1970 1950; Gislain, 2002) .

Le tableau suivant reprend les étapes de la PM décrites précédemment et indique dans la colonne de droite les adaptations techniques que nous avons pratiquées.

Tableau 29. La méthode PM (Boyer & Scouarnec, 2009)

Étapes théoriques et chronologiques menées par le chercheur	Sollicitations des acteurs-experts
Étape 1 : L’appréhension contextuelle	
État synthétique des connaissances sur le thème abordé	Acteurs en lien avec le concept de coordination
Choix de l’échantillon d’entreprises ³² et d’acteurs experts	Envoi de l’état synthétique des connaissances sur le thème
Rédaction du questionnaire ouvert d’entretiens	Réalisation d’entretiens semi-directifs
Étape 2 : La pré-formalisation	
Retranscription du contenu des entretiens et analyse	
Structuration du phénomène en synthèse n° 1	Envoi de la synthèse n° 1 et demande de comparaisons : avis personnels/contenu de la synthèse
Regroupement des thèmes et choix des dimensions prospectives	
Rédaction d’un questionnaire structuré avec des questions portant sur les faits et les décisions prospectifs	Envoi du questionnaire détaillé
Réception des réponses, analyse et synthèse n° 2	Envoi de la synthèse n° 2

³² Organisations du secteur sanitaire, social ou médico-social

Étape 3 : La construction

Organisation d'une journée de travail :

Constitution de sous-groupes et travail de réflexion critique à partir de la **synthèse n° 2**

Analyse intergroupe : comparaison des choix de chaque sous-groupe et analyses des réponses

Étape 4 : La validation

Organisation d'une journée de travail :

Synthèse générale des résultats des groupes de focus

Proposition d'un modèle théorique de recherche

Mise en œuvre des recommandations dans la vie réelle

Étape possible et complémentaire : Enquête en extension

Rédaction d'un questionnaire détaillé suite à la validation

Envoi du questionnaire à un échantillon important

Traitement des données et analyse des résultats

Synthèse générale

Adaptation de la PM à notre recherche

Étapes théoriques et chronologiques de la méthode PM	Sollicitations des acteurs-experts	Aménagement de la méthode PM
Étape 1 : L'appréhension contextuelle		
État synthétique des connaissances sur le thème abordé	Acteurs en lien avec le concept de coordination	
Choix de l'échantillon d'entreprises ³³ et d'acteurs experts	Envoi de l'état synthétique des connaissances sur le thème	
Rédaction du questionnaire ouvert d'entretiens	Réalisation d'entretiens semi-directifs	
Étape 2 : La pré-formalisation		
Retranscription du contenu des entretiens et analyse		Pas de recommandation spécifique Utilisation du logiciel N Vivo® v.11 & 12
Structuration du phénomène en synthèse n°1	Envoi de la synthèse n°1 et demande de comparaisons : avis personnels/contenu de la synthèse	
Regroupement des thèmes et choix des dimensions prospectives		Analyse en 3 cycles (Saldaña, 2016) en utilisant la méthode de Corley et Gioia (2004; 2013) : 1 ^{er} cycle = recherche inductive des concepts, 2 ^{ème} cycle = regroupement des concepts par thèmes 3 ^{ème} cycle = création de méta-thèmes par agrégation des thèmes définis dans le 2 nd cycle (analyse thématique)

³³ Organisations du secteur sanitaire, social ou médico-social

Rédaction d'un questionnaire structuré avec des questions portant sur les faits et les décisions prospectifs

Envoi du questionnaire détaillé

Questionnaire réalisé sur la base des composantes et des pré-scénarios
Pré test, correction puis administration de l'enquête en deux phases :

Réception des réponses, analyse et synthèse n°2

Envoi de la synthèse n°2

Étape 3 : La construction

Organisation d'une journée de travail :

Constitution de sous-groupes et travail de réflexion critique à partir de la **synthèse n°2**
Analyse intergroupe : comparaison des choix de chaque sous-groupe et analyses des réponses

Phase 1 : auprès des experts

Analyse des degrés d'accord des experts

Phase 2 : Administration de l'enquête auprès des organisations de soins et dispositifs de coordination (Principe de l'enquête en extension)

Analyse comparée des deux enquêtes, recherche des consensus
(Construction d'une échelle)

Étape 4 : La validation

Organisation d'une journée de travail :

Synthèse générale des résultats des groupes de focus
Proposition d'un modèle théorique de recherche
Mise en œuvre des recommandations dans la vie réelle

Construction des trois scénarios

Validation et/ou corrections des scénarios :

Échanges avec les experts (retours de mails, réunions téléphoniques)

Avis du directeur de thèse

Étape possible et complémentaire : Enquête en extension

Rédaction d'un questionnaire détaillé suite à la validation

Envoi du questionnaire à un échantillon important

Traitement des données et analyse des résultats

Voir Phase 2

Synthèse générale

Méthodologie de détermination des variables pour construire les scénarios

Dans le schéma suivant (Figure 29 p.160) nous présentons la démarche de construction des trois scénarios.

Trois étapes structurent cette démarche :

La première étape consiste en une compréhension et une détermination des variables clés à partir de la revue de la littérature et de la recherche exploratoire (Observation, entretiens, entretien de groupe et dispositif d'enquête par questionnaires autoadministrés).

Au terme de cette étape ont été mis en évidence une configuration où au sein d'un environnement externe polymorphe et souvent constitué de contextes particuliers, une action de coordination (au sens général) est mise en pratique(s) par un acteur-coordonateur en mobilisant des compétences fonctionnelles et relationnelles.

La deuxième étape consiste dans notre démarche de construction à la création des composantes constitutives des scénarios. Cinq composantes sont proposées :

- **1^{re} composante (C1)** – il s'agit de déterminer les profils types de coordinateur à partir de la littérature, des entretiens et des deux enquêtes ;
- **2^{de} composante (C2)** – Il s'agit de préciser les variables-clés en lien avec l'environnement externe ;
- **3^e composante (C3)** - Il s'agit de préciser les variables-clés internes. Trois dimensions sont distinguées et interprétées comme des variables de l'environnement interne de l'acteur coordinateur. La première de ces trois variables regroupe les thématiques caractérisant le rôle de coordinateur. On y agrège les concepts qui vont, à notre sens, agir comme des schémas ou scripts (Gioia & Poole, 1984) élaborant progressivement l'identité du coordinateur et concourant à l'apprentissage de ses comportements organisationnels. Les thématiques saillantes objectivées dans la revue de la littérature, les entretiens puis les deux enquêtes sont :
 - La carrière et l'employabilité
 - Les conditions de travail
 - La formation initiale et continue
 - L'identité et la reconnaissance professionnelle (se différencier)
 - L'implication et l'engagement
 - La place du leadership

- La légitimité
- Le métier (se définir dans un)
- La responsabilité.

La seconde variable interne représente les pratiques de coordination. Les pratiques induisent chez le coordinateur des comportements assimilables à des schémas ou scripts. Nous avons regroupé au sein de cette variable plusieurs éléments tels que :

- Les types de pratiques
- Les conditions d'exercice des pratiques (en précisant les niveaux d'interdépendance)
- Les lieux de pratiques
- Les résultats ou finalités attendus des pratiques mises en œuvre

La troisième variable interne regroupe les concepts dynamiques caractérisant les compétences individuelles et collectives (Mérindol et al., 2009).

- **4^e composante (C4)** - Selon Godet (1983) « le conflit résulte de la confrontation de stratégies antagonistes entre acteurs » et se présente sous la forme de tensions entre ces mêmes acteurs dans un même espace (territoire). Ces stratégies peuvent être soit intensives ou extensives (Bartolini et al., 1998). Le conflit se traduit par une mise en compétition de compétences et/ou d'enjeux de pouvoir et de reconnaissance d'acteurs différents tous revendiquant la légitimité à coordonner, le tout dans une unité de temps soit brève « synchronie » ou longue « diachronie ».
- **5^e composante (C5)** – Il s'agit de discerner les tendances émergentes à partir des données de base (revue de la littérature) et de l'étude exploratoire. Ces tendances prennent leur origine dans les phénomènes suivants :
 - Le phénomène d'expérimentation des dispositifs de coordination financés par l'action publique (Bonafini & Nobre, 2011), leur durée de vie suivant le cycle « Variation – sélection - rétention » ;
 - La déconstruction bureaucratique des fonctions d'encadrement dans les organisations de soins ;
 - L'évolution des métiers de la santé (Hénart et al., 2011; Noguera & Lartigau, 2009) et leur démographie ;
 - Les besoins en santé de la population accrus (Vieillesse de la population, maladies chroniques, etc.) ;

- La « fonction de coordination » prolifère dans tous les champs de la santé ». Cette affirmation est difficile à confirmer (pas de données chiffrées) ;
- Une compétition de « compétence à coordonner » s’opère dans les recrutements de coordinateur ;
- Les métiers de la santé et du social restent « prédéterminant » aux métiers de coordination.

La troisième étape de la démarche permet la construction de scénarios.

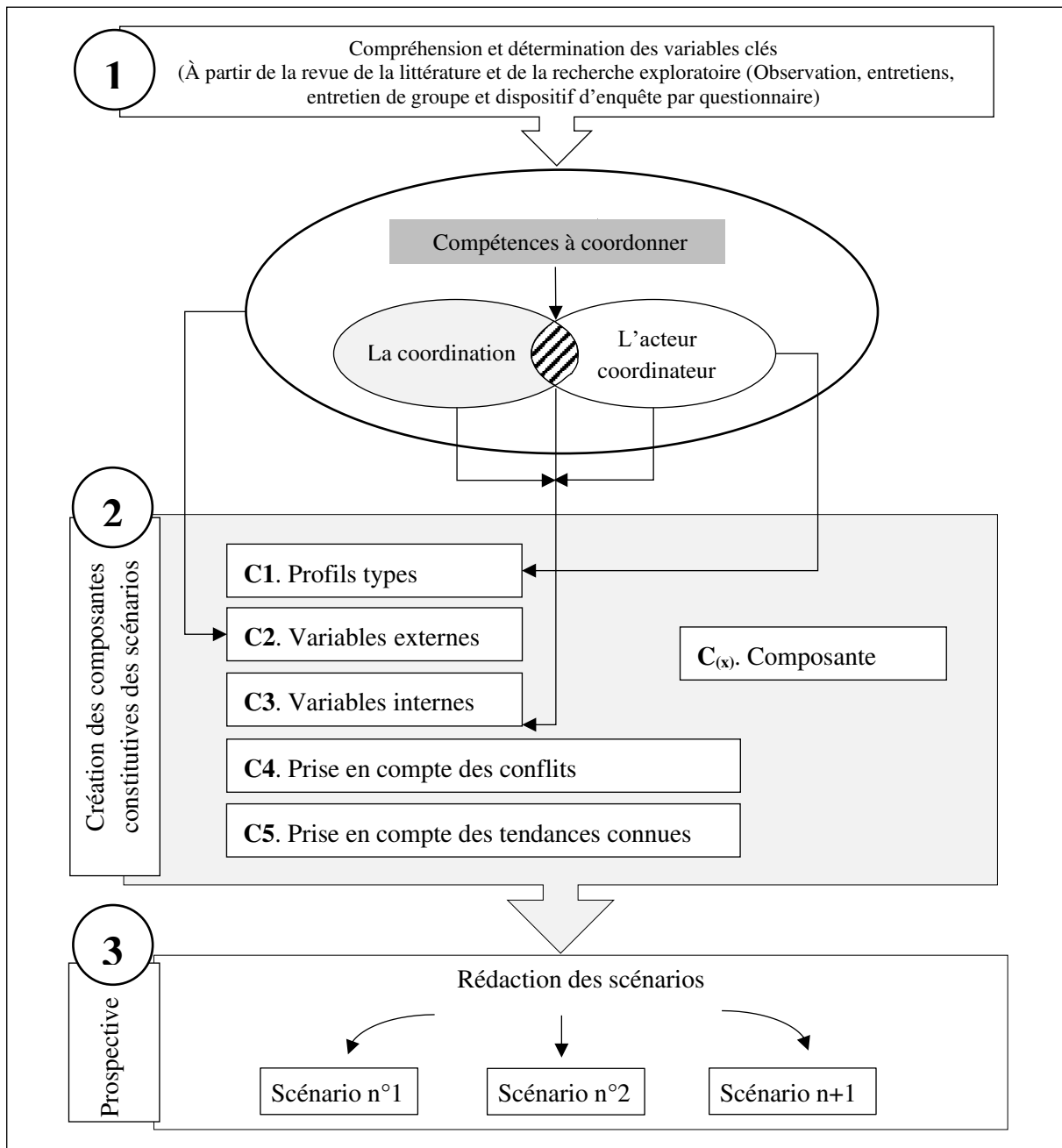


Figure 29. Démarche de construction des scénarios.

4.3. Validité et fiabilité de la recherche

Nous nous attacherons donc aux recommandations proposées par Drucker-Godard et al. (2007, 2011) pour assurer la validité de notre recherche en faisant état de l’histoire de notre recherche, de la démarche suivie tout au long de la recherche et en fournissant des résultats non biaisés. Dans la suite nous décrivons notre argumentaire pour attester de la validité du construit et de la validité interne et externe de notre recherche.

4.3.1. Validité du construit

Dans le cadre d’une recherche qualitative, il s’agit selon Drucker-Godard et al. (2007, 2011) « d’établir que les variables utilisées pour opérationnaliser les concepts sont les bonnes et d’évaluer dans quelle mesure la méthodologie de recherche [...] permet de répondre aux questions initialement posées qui constituent l’objet de recherche » (p.269). Drucker-Godard et al. (2007, 2011) proposent deux étapes dans la démonstration de la validité du construit d’une recherche qualitative.

La première étape consiste au fait de poser la question de recherche que nous avons rédigée à l’issue de notre problématique

Comment les acteurs coordinateurs travaillent pour faire adopter leurs métiers émergents par et dans l’institution française de la santé ? Quelles sont les stratégies mises en œuvre par ces acteurs ?

La seconde étape rappelée par Drucker-Godard et al. (2007, 2011) consiste, selon Miles, Huberman et Saldaña (2014) à établir à partir de cette question de recherche et de la littérature un cadre conceptuel montrant « les principaux éléments à étudier - les facteurs clés, les variables ou les constructions et les interrelations présumées entre eux. Les cadres peuvent être simples ou élaborés, fondés sur le sens commun ou la théorie, descriptifs ou causaux » (p.37). La figure 26 que nous proposons page 134 montre les éléments mobilisés dans notre problématique et que nous allons étudier par l’analyse des données collectées dans les entretiens et les enquêtes.

4.3.2. Validité interne

Miles et al. (2014) présentent la question de la validité interne d’une recherche qualitative sous les angles de sa crédibilité et de son authenticité. Selon ces auteurs, la première question qui se pose dans une recherche est la valeur de la vérité. S’ensuivent trois autres questions : « Les

résultats de la recherche ont-ils un sens ? Sont-ils crédibles pour les personnes que nous étudions et pour nos lecteurs ? Avons-nous un portrait authentique de ce que nous regardons ? » (Miles et al., 2014) (p.273).

Pour Drucker-Godard et al. (2011) la validité interne « consiste à s’assurer de la pertinence et de la cohérence interne des résultats générés par l’étude ; le chercheur doit se demander dans quelle mesure son inférence est exacte et s’il n’existe pas d’explications rivales » (p.278, 279). Il n’y a pas de méthode consensuelle mais les auteurs de référence (Guba & Lincoln, 1994) se rejoignent autour de précautions comme la rigueur à décrire les conditions de collecte des différentes données (Entretiens, données issues de la littérature) et leur traitement dans une présentation claire et cohérente des résultats devant être systématiquement liés entre eux (Charmaz, 2006).

Les différents biais identifiés par Campbell et Stanley (1963) et pouvant compromettre la validité interne d’une recherche sont repris dans le tableau suivant et nous argumentons pour chacun d’entre eux en parallèle notre démarche de recherche (Tableau 30). Ces biais sont considérés comme de possibles interventions indépendantes venant altérer les données et leur interprétation.

Tableau 30. *Argumentaire de la démarche de recherche au regard des biais limitant la validité interne selon Campbell et Stanley (1963) (Tableau repris et adapté de Drucker-Godard et al. (2011))*

Type de biais (Effet de)	Signification du biais selon Drucker-Godard et al.	Démarche pour éviter le biais ou observation
Histoire	Se demander si des événements extérieurs à l’étude et survenus pendant la période d’étude n’ont pas faussé les résultats	<i>Mise en place d’une veille sur l’évolution législative autour de la coordination et des dispositifs de coordination. Suivi dans l’actualité professionnelle des événements spécifiques (séminaires, congrès ayant pour sujet la coordination) qui se sont produits pendant la recherche.</i>
Maturation	Les objets d’analyse ont changé pendant le cours de l’étude	<i>L’étude n’a pas été envisagée de façon longitudinale. La période exploratoire a été réduite à son maximum. Les entretiens se sont principalement déroulés de 2013 à 2018 et les enquêtes sur deux mois pour les experts et trois mois pour l’extension.</i>
Test	Les individus subissent plusieurs fois le même test à intervalles rapprochés lors d’une étude longitudinale, et	<i>La méthodologie adaptée de la PM a permis d’atténuer le biais de test du fait de l’absence de l’organisation du focus groupe remplacé par</i>

	leurs réponses au deuxième tour sont biaisées par le fait d'avoir déjà répondu à ce test	<i>l'enquête « experts » pour les membres experts ayant participé initialement aux entretiens.</i>
Instrumentation	Les questions utilisées pour recueillir les données sont mal formulées	<i>Selon Flannelly, Flannelly et Jankowski (2018) les changements dans l'étalonnage d'un instrument de mesure ou des changements dans les observateurs ou les correcteurs utilisés peuvent produire des changements dans les mesures obtenues. Notre cadre conceptuel et la méthodologie de recherche PM nous ont permis de rester constant dans le déroulement de l'étude tout en tenant compte des actualités professionnelles.</i>
Régression statistique	Les individus sélectionnés l'ont été sur la base de scores extrêmes	<i>La constitution de l'échantillon a pris en compte un recrutement diversifié de professionnels de santé coordinateurs implicites ou explicites (y compris non professionnels de santé ou du social), des experts institutionnels et des dirigeants de service ou d'établissement de santé ou du médico-social.</i>
Sélection	L'échantillon étudié doit être représentatif de la population pertinente pour l'étude	<i>La diffusion de l'enquête en extension selon la méthode dite « en boule de neige » n'exclut pas une certaine sélection (de fait par « contamination ». L'analyse comparée des deux enquêtes (5.2.3) et en particulier les composantes démographiques montre le recrutement représentatif de la population étudiée.</i>
Mortalité expérimentale	Des sujets ont disparu pendant l'étude	<i>La mortalité expérimentale correspondant à la perte différentielle des répondants entre l'échantillon des professionnels vus en entretien et la liste d'experts invités à l'enquête « experts » représente quatre personnes /32 (Deux départs en retraite professionnelle et deux mutations hors région pour des représentants institutionnels) Le groupe de professionnels vus en entretien collectif n'a pas pu être évalué.</i>
Contamination (sélection, maturation, etc.)	Un individu interrogé apprend par d'autres individus l'objet de l'étude, ce qui fausse les résultats	<i>Ce biais peut aussi correspondre à l'interaction de biais (p.ex. sélection-maturation) qui pourrait être prise à tort pour l'effet de la variable expérimentale. Entretiens menés de façon indépendante. Garantie d'anonymat (Entretiens et enquêtes)</i>

En sus de ces biais, nous avons considéré la « menace » constituée par un biais de confirmation (Nickerson, 1998) en lien avec notre parcours professionnel. Nous associons les effets potentiels de ce biais dans notre recherche au biais de contamination abordé ci-dessus. Cet élément a fait l'objet d'une vigilance particulière avec la direction de thèse, le comité de suivi de thèse et les différents séminaires doctoraux. Auprès de ces différentes personnes, nous avons pu régulièrement présenter l'avancée de nos travaux et prendre en compte les avis contradictoires.

Baumard et Ibert (2007, 2011) rappellent que la triangulation entre les méthodes complémentaires et les sources de données primaires et secondaires doit permettre la production de conclusions généralement convergentes (Miles et al., 2014). Les stratégies de triangulation font débat et ne sont pas consensuelles dans le cadre des études qualitatives selon (Caillaud & Flick, 2016 ; Flick, 2009, 2014). Dans le cadre de notre recherche, la triangulation a été réalisée sur la base des « allers-retours » entre les données primaires issues des entretiens et des enquêtes et des données secondaires issues par la littérature académique mais aussi issues de l'évolution réglementaire et de l'actualité des mouvements professionnels (Ordres, branches, OPCO, fédérations et syndicats professionnels). La méthode PM a permis quant à elle une triangulation par la méthode qualitative et dans une certaine mesure quantitative dans l'analyse comparée entre les deux échantillons « enquête auprès des experts » et « enquête en extension auprès d'un panel de professionnels plus large ».

4.3.3. Validité externe

La validité externe pose les questions de la généralisation de l'analyse mise en place et des résultats obtenus à partir des échantillons à l'ensemble de la population des métiers de la coordination dans la santé (Campbell & Stanley, 1963, 1966) puis éventuellement de la capacité de ces derniers à pouvoir être transférés avec la recherche vers d'autres terrains (p. ex. l'émergence des nouveaux métiers dans la santé). Autrement dit : à quelles populations et à quels paramètres, variables de traitement et variables de mesure cette étude peut-elle être généralisée et/ou être transférée ? (Miles et al., 2014).

Dans le cadre de notre recherche, nous restons dans un objectif de transférabilité et donc de pouvoir présenter des propositions de résultats « reposant sur l'explication du mode de collecte, de réduction et d'analyse des données ».

4.3.4. Fiabilité des résultats

Un échantillon de catégories de données encodées obtenues au sein des entretiens a fait l'objet d'une mesure du taux d'agrément avec deux codeurs indépendants. La fiabilité inter codeurs a été réalisée au moyen du coefficient *kappa* (κ) de Cohen.

Les données issues des deux enquêtes ont été comparées et nous avons proposé une échelle d'évaluation du consensus sur les différentes propositions.

Synthèse Chapitre IV

Le chapitre IV a présenté notre position épistémologique interprétative. Ce positionnement épistémologique est plutôt exclusif. Pourtant nous le maintenons dans notre recherche dans la mesure où nous l'avons conçue dans une démarche compréhensive. Nous avons montré l'intérêt et la pertinence à mobiliser la méthode PM pour explorer notre terrain de recherche c'est-à-dire les réalités diverses des acteurs. Nous avons tenté d'apporter les éléments de validité pour montrer la crédibilité de notre recherche.

Chapitre V – Collecte et analyse des données du terrain

« On dit souvent qu'il faut expérimenter sans idée préconçue. Cela n'est pas possible ; non seulement ce serait rendre toute expérience stérile, mais on le voudrait qu'on ne le pourrait pas. Chacun porte en soi sa conception du monde dont il ne peut se défaire si aisément. Il faut bien, par exemple, que nous nous servions du langage, et notre langage n'est pétri que d'idées préconçues et ne peut l'être d'autre chose. Seulement ce sont des idées préconçues inconscientes, mille fois plus dangereuses que les autres. ». Henri Poincaré, 1902, La science et l'hypothèse chapitre IX (p.143) (Poincaré & Vuillemin, 2009).

Plan

Introduction

5.1. Méthodologie générale de la collecte des données

5.1.1. Les entretiens

5.1.2. L'enquête par questionnaire auprès des experts et reproduite en extension

5.1.3. Déroulement des deux campagnes d'administration de l'enquête

5.1.4. Méthodologie utilisée pour l'analyse comparée

5.2. Analyse des données recueillies en entretien et au moyen des enquêtes

5.2.1. Analyse des entretiens

5.2.2. Analyse des pratiques du travail institutionnel dans les discours

5.2.3. Analyse comparée des enquêtes

Synthèse

Introduction

Ce chapitre porte sur la méthodologie de notre recherche et son déploiement sur le terrain. Premièrement nous décrivons la méthodologie utilisée pour réaliser les entretiens et les enquêtes par questionnaire autoadministrés. Deuxièmement nous présentons notre analyse des entretiens puis des données recueillies dans les enquêtes.

5.1. Méthodologie générale de la collecte des données

Dans cette sous-section nous présentons les caractères généraux de l'échantillon des acteurs rencontrés en entretien, la méthodologie des entretiens et les conditions de leur réalisation. Une autre partie présente les caractères généraux des deux échantillons des acteurs ayant répondu au questionnaire autoadministré, la méthodologie de ces enquêtes et leur déroulement. Enfin nous nous attachons dans la dernière sous-section à présenter la méthodologie mise en œuvre pour procéder à l'analyse comparée des deux enquêtes.

5.1.1 Entretiens

Construction de l'échantillon

Une attention particulière a été portée à la diversité des situations, des pratiques de coordination et donc des acteurs concernés dans leurs rôles de coordinateurs explicites ou implicites. Nous avons ainsi interrogé des acteurs experts (p. ex. ARS) et des dirigeants d'organisation ou de dispositif de coordination. La sélection des personnes interrogées a été pensée dans un premier temps en relation avec l'ARS, les représentants des ordres professionnels (médecins et infirmiers), une URPS et des représentants syndicaux. Une rencontre avec un OPCA (UNIFAF) n'a pu aboutir.

De 2013 à 2018, trente entretiens (vingt-huit entretiens en individuels et deux entretiens avec un binôme interviewé) ont été menés auprès de professionnels coordinateurs ou en relation avec des coordinateurs (Tableau 31 page suivante). Il s'agissait d'avoir une compréhension « en profondeur » de la coordination et des pratiques ou activités générées dans différents contextes de soins ou institutionnels.

Tableau 31. Liste des entretiens

N°	Date de réalisation	Nom Code	Titre ou fonction	Type d'acteur vu en entretien	Durée entretien
1	06/12/2013	ONCBL	Directeur réseau oncologie	4	00:56:06
2	12/12/2013	RSVLE	Directrice réseau vie autonome (handicap)	4	00 56:52
3	14/12/2013	RSEDU	IDE Coordinatrice Réseau Sclérose en plaques	1	00:51:59
4	20/12/2013	MCOCR	Médecin coordinateur EHPAD	1	00:56:06
5	20/12/2013	EREVI	Coordinatrice ERET	1	01:07:08
6	27/12/2013	GCBGA	Directeur GCS Bessin	4	01:24:34
7	20/01/2014	RDYLE	Directrice Réseau Normandys	4	01:03:52
8	13/02/2014	ARSKA	Directeur adjoint ARS	3	01:00:39
9	03/03/2014	PRORO	Infirmière coordinatrice Prélèvement d'organe CHU	1	00:41:00
10	11/03/2014	RNQAL	Directrice réseau qualité	4	00:45:20
11	22/07/2015	MGRBE	Médecin généraliste remplaçant	2	00:58:16
12	28/07/2015	MGZEN	Médecin généraliste	2	00:40:51
13	27/08/2015	MGDEM	Médecin généraliste - Expert	3	00:22:19
14	04/09/2015	MGBAT	Médecin généraliste - Président d'un syndicat professionnel de Médecins généralistes	3	00:44:04
15	30/10/2015	ARSMI	Directrice Offre de soins ARS Normandie +Adjointe	3	00:57:43
16	12/11/2015	AAPIT	Directeur Prestataire de service privé	4	00:47:05
17	23/03/2016	AIUTE	Directrice des soins Coordonnateur général des soins	3	01:01:01
18	28/03/2016	MGTAN	Médecin généraliste - Expert	3	00:54:49
19	08/02/2017	ILIZH	IDEL	2	01:05:26
20	10/02/2017	ILIAL	IDEL – Représentante SNIL – Présidente MSP	4	01:07:36
21	13/02/2017	ILIGA	IDEL - Bureau ONI 2017 Président Région	3	01:09:34
22	15/02/2017	ICLAU	IDEC SIAD	1	01:03:19
23	21/02/2017	ICLEH	IDE Coordinatrice EHPAD	1	01:01:12
24	28/02/2017	ILIMO	IDEL	2	01:04:06
25	13/03/2017	AIVIA	Directrice des soins - HAD CR	4	01:03:21
26	31/03/2017	ICGER	IDEC Parcours complexe - Centre F. Baclesse	1	01:12:09
27	26/04/2017	ILIDE	IDEL - Représentante URPS	3	01:38:04
28	17/06/2017	ILICO	IDEL	2	00:44:43
29	12/09/2017	FGMOS	Liste Professionnels étudiants MOS FC 2017/2018	NA	01:04:51
30	16/05/2018	POLGE	Coordinatrice Pôle de santé + PTA Manche	1	00:57:51
31	01/06/2018	PTAGO	PTA Caen (IDEC + Assistante de service social)	1	01:08:21

En 2017, un entretien collectif a été réalisé auprès de trente professionnels dirigeants ou managers de proximité au sein de structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

Les acteurs rencontrés ont été classés comme suit (Tableau 32) :

- 1 = Coordinateur explicite ;
- 2 = Coordinateur implicite ;
- 3 = Expert ;
- 4 = Dirigeant d'un dispositif ou d'une structure publique ou privée revendiquant une activité de coordination.

Tableau 32. Définition des types d'acteurs vus en entretien

Id	Type d'acteur vu en entretien	Définition
1	Coordinateur explicite	Il s'agit d'un professionnel de santé ou non recruté en tant que coordinateur d'un dispositif de coordination ou dans une structure de soin (sanitaire, sociale ou médico-sociale), Le professionnel porte le titre de coordinateur. (Ex. IDEC, Médecin co, etc.)
2	Coordinateur implicite	Il s'agit de professionnel de santé dont la mission de coordination est intégrée au référentiel métier. Ex. Médecin généraliste, IDEL
3	Expert	Il s'agit de représentants de l'ARS, de syndicats professionnels, de représentants d'ordres professionnels (médecins et infirmiers) et d'une union régionale de professionnels de santé infirmier (URPS)
4	Dirigeant d'un dispositif ou d'une structure publique ou privée revendiquant une activité de coordination	Directeur, directrice d'un dispositif d'appui à la coordination tels que : Réseau de santé, prestataire de service

Sur les trente entretiens réalisés neuf coordinateurs explicites, cinq coordinateurs implicites, huit experts institutionnels et huit dirigeants d'établissements ou de dispositif ont été interrogés.

Organisation de la collecte des données

Protocole d'enquête par entretiens

Les guides ont été préparés à partir du modèle de la méthode PM puis adaptés en fonction du type d'acteur rencontré. La grille d'entretien permettait un recueil préalable des données personnelles [avec accord de l'intéressé(e)] puis, partant de l'actualité et de l'environnement dans le travail (pratiques, etc.) l'entretien visait dans un second temps le devenir envisagé de la personne interviewée dans cet environnement (Tableau 33 page suivante).

Tableau 33. Grille d'entretien type adaptée de la méthode PM

Thème abordé	Item abordé	Question type pour préciser ou relancer
1^{er} temps : L'actualité du coordinateur ou de la personne interviewée		
Présentation personnelle	La formation initiale Les expériences professionnelles L'intitulé du poste occupé Autres éléments	Quel est l'intitulé exact de votre métier ?
Présentation de l'organisation ou du dispositif	L'intitulé du dispositif de coordination L'organisation du dispositif La direction et son organisation Les missions Les objectifs	Nom Quel est la structure promotrice du dispositif ? Existe-t-il un organigramme ? Quelle est la thématique de santé ?
La mission et les objectifs du coordinateur	Les missions Les objectifs	Disposez-vous d'une fiche de poste ?
Les activités	Quelles sont vos principales activités ? Quels sont les principaux outils ou méthodes que vous utilisez ?	
Les compétences	Quelles sont vos principales compétences ?	
2nd temps : Le devenir du coordinateur ou de la personne interviewée		
Les évolutions	Les mutations externes Les mutations internes	Quelles sont les évolutions externes puis internes ayant eu un ou des impacts dans votre travail (activités, conditions de travail) ?
La vision	Vision du métier de coordinateur	Comment imaginez-vous votre évolution de votre travail ? Quel serait, selon vous le portrait « idéal » du coordinateur de demain ?

Conditions de réalisation

Les entretiens ont été organisés sur la base d'une présentation lors d'une visite, par téléphone, ou par courriel. Si besoin et sur demande nous avons fourni une présentation de notre sujet de thèse avec un court descriptif des conditions à la réalisation de l'entretien sollicité, et un guide des questions prévues accompagnait ce courrier (cf. annexe 3). La date était déterminée après l'accord oral ou par écrit.

En fonction du type d'acteur, la rédaction du guide d'entretien a été adaptée tout en maintenant les grands thèmes propres à appréhender le contexte actuel à l'aide de la méthode PM (Étape 1 de la PM – Appréhension contextuelle) (Tableau 34 page suivante).

Tableau 34. *Thèmes généraux utilisés dans les différentes grilles d'entretien*

Thème	Sous-thème
L'actualité de la personne interviewée	Présentation personnelle <ul style="list-style-type: none"> • Formation initiale • Expériences professionnelles • Intitulé du poste occupé Autres précisions Missions et objectifs Activités menées Compétences
Le devenir	Les mutations externes Les mutations internes Vision ou approche sur son devenir personnel au regard de ces mutations

Trois grilles d'entretien avec le protocole de recueil des données (y compris leur traitement) ont fait l'objet d'une communication et de la proposition d'un protocole préalables aux entretiens à la demande des personnes interviewées (ARS [n = 2] et CHU [n = 1]) (Voir exemple annexe 2).

Nous avons recueilli les accords pour l'enregistrement de l'entretien et nous avons mentionné à chaque personne interviewée son accès possible à l'enregistrement ainsi qu'à la retranscription de l'entretien.

Enfin nous nous sommes engagés à la destruction des fichiers informatiques après la fin de la thèse.

Les entretiens individuels ont été réalisés majoritairement sur le lieu de travail des personnes interviewées ou à leur domicile quand elles le souhaitaient. Les entretiens avec accord ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur numérique.

Les personnes interviewées ont été informées de leurs droits de consultation sur les enregistrements, les transcriptions faites de leurs entretiens et la destruction des données au terme de la recherche.

Le doctorant s'est porté garant de l'anonymisation des données et de la préservation des identités comme des idées ou propos exprimés.

Réalisation des entretiens individuels (n = 30) et collectif (n = 1)

Dans cette section nous détaillons les conditions de réalisation des trente entretiens semi-directifs individuels et de l'unique entretien de groupe réunissant trente professionnels des secteurs du sanitaire, du social et du médico-social.

Les entretiens individuels (n = 30)

Vingt-huit entretiens individuels et deux entretiens avec un binôme ont été réalisés. Nous avons fait le choix d'intégrer les deux entretiens réalisés en présence d'un binôme aux entretiens individuels lors de l'analyse de contenu. La présence d'un deuxième interviewé n'a pas modifié sensiblement le sens du discours qui nous était délivré dans les deux entretiens.

L'entretien collectif

Un entretien avec un collectif de trente professionnels a été réalisé en septembre 2017 à l'IAE de Caen. Vingt-deux professionnels étaient pour partie cadres de proximité ou intermédiaires (n = 20) sinon cadres dirigeants (n = 2) dans le médico-social (milieu du Handicap). Quatre professionnels (Un professionnel de santé infirmier et trois assistantes de service social) n'avaient pas le statut de cadre au moment de l'entretien et débutaient une formation en Master 2 de Management des Organisations Sociales (MOS) avec pour objectif l'obtention de la certification professionnelle de niveau I (niveau 7 selon la nomenclature européenne 2019) qualifiante nécessaire à l'exercice de la fonction de direction d'établissement ou de services médico-sociaux³⁴. Quatre professionnels allaient entreprendre une reconversion professionnelle dans le milieu des organisations sociales et médico-sociales au même titre que les professionnels vus ci-avant. Au sein de l'entretien collectif seul l'un d'entre eux a pris la parole et s'est positionné dans ses propos comme un usager du système de soins (Tableau 35).

Tableau 35. Répartition des cadres participants à l'entretien collectif selon le milieu d'exercice professionnel

Milieu d'exercice des professionnels participants	Nombre de professionnels participants
Cadres exerçant dans le médico-social	7
Cadres exerçant dans le milieu de la santé	2
Cadres exerçant dans le milieu social	9
Cadres exerçant des fonctions supports tous secteurs confondus	4

³⁴ Circulaire NDGAS/ATTS/4D n° 2007-179 du 30 avril 2007 relative à la qualification des professionnels chargés de la direction d'établissements ou services médico-sociaux

Professions de santé non cadres	1
Travailleurs sociaux non cadres	3
Professions hors champs de la Santé (reconversion)	4 (dont un professionnel venant de l'industrie pharmaceutique)

Méthodologie, cadrage et fiabilité de l'analyse des entretiens

Dans cette sous-section nous présentons la méthodologie mobilisée et la fiabilité de l'analyse des entretiens.

Méthodologie mobilisée pour l'analyse des entretiens

Une analyse de contenu a été réalisée selon la méthode proposée par Miles et al. (2014) et Saldaña (2016) en deux cycles de codage et une dernière étape de catégorisation (Saldaña, 2016). La méthode est appropriée aux études qualitatives. Ces auteurs soulignent que « *l'analyse qualitative des données est une entreprise itérative continue. Les problèmes de condensation des données, d'affichage et de dessin / vérification des conclusions entrent en jeu avec succès à mesure que les épisodes d'analyse se succèdent* » (p.14) (Miles et al., 2014). Selon Miles et Huberman (1999) le codage permet de répondre au problème de la richesse des données qualitatives recueillies.

Saldaña (2016) propose plusieurs méthodes d'encodage pouvant être mobilisées pour un premier cycle d'encodage. Nous avons mobilisé le principe d'encodage par interprétation grammaticale au sens de l'interprétation donnée par le chercheur aux termes utilisés par l'interviewé au sein d'une phrase ou d'un corpus de phrases. La méthode de sous-encodage (Miles et al., 2014; Saldaña, 2016) est appropriée à l'analyse de contenu (Saldaña, 2016, p.91). Le sous-encodage est défini par la subordination d'un ou plusieurs codes (ou nœud) dit enfants ou secondaires à un code parent « commun » ou primaire.

Le premier cycle de codage a été réalisé de 2017 à 2018 à partir de l'ensemble des entretiens (Individuels, binômes et collectif) entièrement retranscrits. L'encodage manuel et *a priori* de chaque entretien a été fait dans l'ordre chronologique des enregistrements et après leurs retranscriptions respectives. Chaque entretien a fait l'objet d'un mémo. Ce premier cycle a eu pour objet d'attribuer aux données informations descriptives ou inférentielles contenues dans les différents entretiens, une thématique principale (Noeud parent dans la terminologie utilisée dans le logiciel NVIVO®). Au sein de ce premier cycle certaines données apparues comme étant elles-mêmes rattachées en tant que codes enfants à ces thématiques principales (ou codes parents référents). Ces données traduisent en fait une spécificité, une particularité ou un fait

singulier venant enrichir la compréhension de ces thématiques principales, selon notre interprétation.

La création de nouvelles thématiques (Nœuds parents) s'est progressivement saturée à partir du vingt et unième entretien (Romelaer, 2005) (Royer & Zarlowski, 2007, 2011).

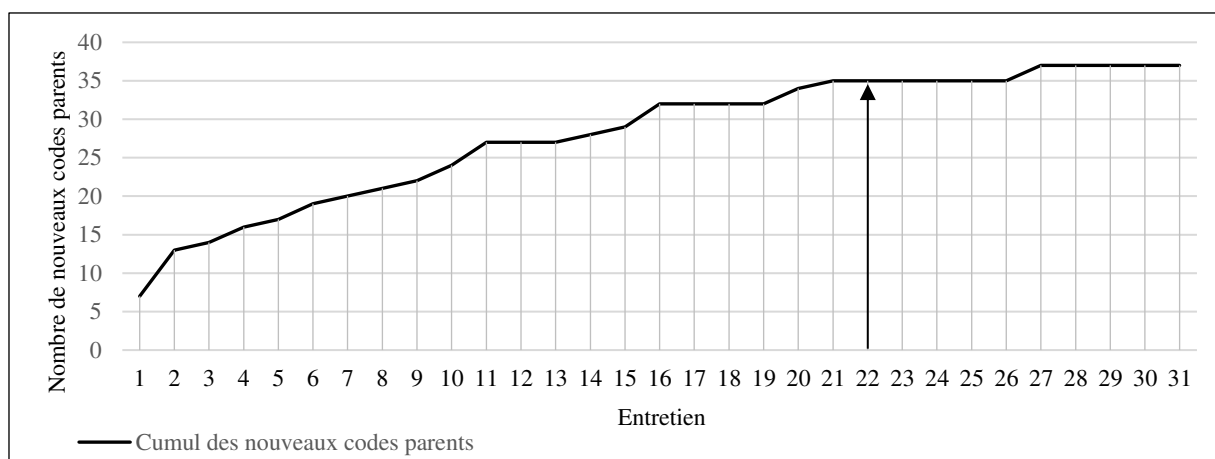


Figure 30. Atteinte du niveau de saturation de création.

Le premier cycle d'encodage a donc retenu trente-sept nœuds parents venant définir les principales thématiques de l'analyse de contenu (Figure 31 page suivante).

Le second cycle est établi à distance du premier cycle d'encodage c'est-à-dire une fois que l'ensemble des entretiens a été transcrit puis encodé selon cette logique de nœuds parents ou thématiques puis de nœuds enfants rattachés jusqu'au quatrième degré.

Selon Saldaña (2016) « *Dans les processus de codage du deuxième cycle, les parties codées peuvent être exactement les mêmes unités, des passages de texte plus longs, des mémos analytiques sur les données et même une reconfiguration des codes eux-mêmes développés jusqu'à présent.* » (Figure 31 page suivante).

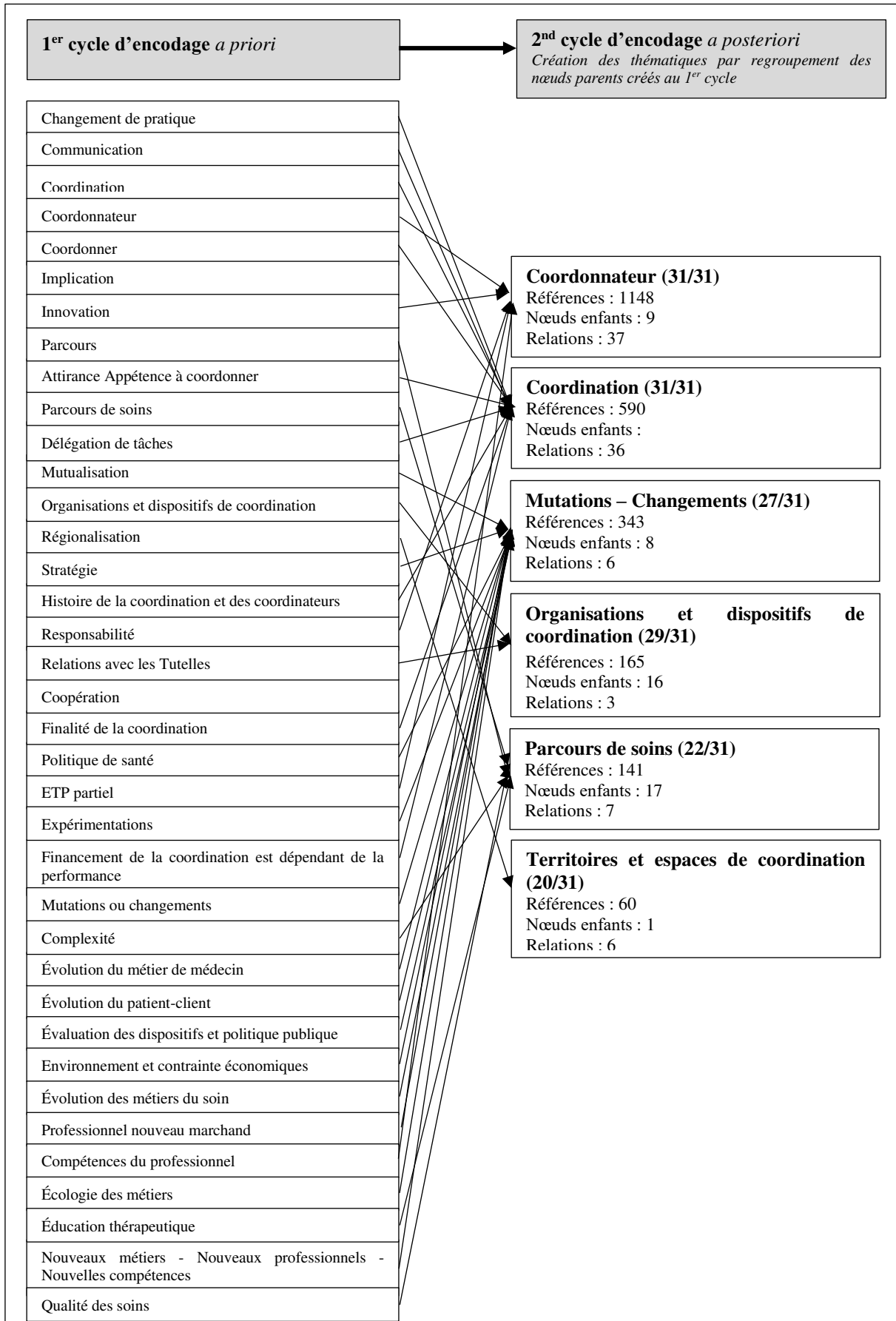


Figure 31. Catégorisation au 1er et au 2ème cycles d'encodage.

Chaque nœud parent est sous encodé par un nombre variable de nœuds enfants. Ces nœuds enfants ou secondaires viennent enrichir le contenu de chaque thématique.

3^e cycle. « *From coding to theorizing* » (Saldaña, 2016)

Saldaña (2016) n'évoque pas spécifiquement de troisième cycle mais plutôt une suite possible dans le processus de production de connaissance par la technique qualitative d'encodage (p.277 et suivante). Dans notre recherche il s'agit de réarrangement supérieur et subordonné des six catégories issues du second cycle d'encodage. Ainsi, le coordinateur est redéfini sur la théorisation de son rôle, la coordination est redéfinie sur la théorisation des pratiques, les mutations sont inchangées dans leur contenu et les parcours de soins avec les territoires et espaces de coordination sont redéfinis dans la thématique « Espaces ou contextes de coordination » (Figure 32).

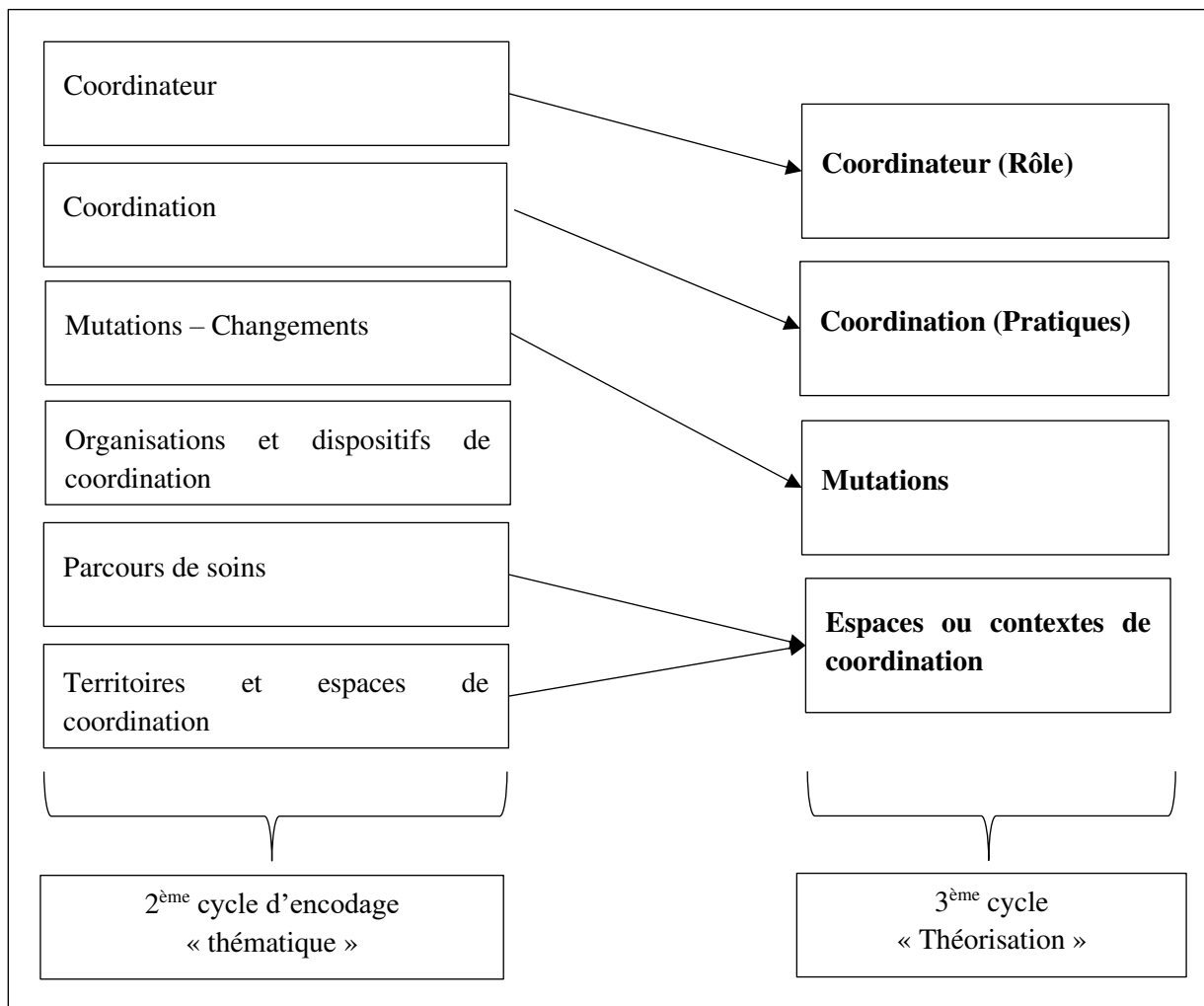


Figure 32. Arrangements supérieurs et subordonnés.

Fiabilité du codage

Lombard, Snyder-Duch et Campanella Bracken (2004) indiquent que le test d'agrément par pourcentage doit être associé à un second test et dans notre recherche nous avons mis en œuvre la démarche proposée par Drucker-Godard et al. (2007, 2011) (p. 275, 276).

Selon ces auteurs trois conditions sont recommandées pour utiliser le coefficient d'agrément *kappa* de Cohen :

- Indépendance des unités à coder entre elles ;
- Indépendance des catégories de codage c'est-à-dire « mutuellement exclusives et exhaustives » ;
- Les codeurs travaillent en toute indépendance.

Lombard, Snyder-Duch et Bracken (2002) préconisent un échantillon représentatif supérieur à cinquante unités ou représentant 10 % de l'échantillon complet.

Dans notre étude nous avons sélectionné neuf codes parents ou enfants issus du premier cycle de codage. Ces codes représentent un total de soixante-deux unités encodées parmi vingt interlocuteurs différents.

Les définitions de chaque code ont été fournies aux deux codeurs avec un tableau regroupant les unités codées. La consigne était donnée de lire attentivement les définitions et d'indiquer pour chaque unité si, en fonction de la définition donnée, le codeur approuvait le codage ou indiquait son désaccord (incompréhension du rapport entre la définition et le verbatim encodé).

La fiabilité a été établie sur la base de deux coefficients décrits dans la littérature (Neuendorf, 2002) : Le coefficient d'agrément inter codeurs par pourcentage et un coefficient d'accord contrôlant l'impact du hasard entre les codeurs en l'occurrence le coefficient *kappa* (κ) de Cohen (Tableau 36 page suivante).

Le résultat montre un coefficient d'agrément inter codeur égal à **0,790**.

Le coefficient *kappa* de Cohen (κ) est : **0,7182** (Tableau 36 page suivante).

Tableau 36. Tri croisé inter codeur

Codeur 2	Codeur 1		
	Accord	Désaccord	Total
Accord	36	4	40
Désaccord	4	18	22
Total	40	22	62

Neuendorf (2017) indique qu'il n'y a pas de consensus à propos du coefficient kappa de Cohen néanmoins des règles empiriques de « bon accord » ont été proposées dans une fenêtre entre 0,75 (Banerjee, Capozzoli, McSweeney & Sinha, 1999) et 0,80 (Popping, 1988). Concernant notre échantillon de codes et de leurs définitions proposées en inter codage, le résultat du coefficient de Cohen est inférieur à 0,75 et indique selon nous une qualité de nos définitions des codes qui doit être améliorée.

5.1.2. Enquête par questionnaire auprès des « Experts » et reproduite en extension

Dans les sections suivantes, nous présentons les échantillons des deux enquêtes. Un focus est réalisé en première partie pour décrire les deux groupes de répondants à cette enquête. Les deux échantillons sont représentatifs pour partie de la diversité des rôles de coordinateurs des pratiques de coordination existants dans l'ensemble des secteurs de la santé sur les territoires. À la suite nous précisons le protocole suivi pour les deux campagnes réalisées avec la même enquête puis nous proposons une analyse comparée par thèmes (et selon le type d'échelle utilisée).

La méthode qualitative accompagne les trois premières étapes de la méthode PM (appréhension du contexte, pré formalisation du questionnaire servant de guide pour le travail en « *focus group* » de l'étape 3 « Construction »). Les deux premières étapes sont descriptives et compréhensives. Elles ont pour objectif d'aboutir à la recherche de consensus en « *focus group* » d'experts sur les différentes thématiques issues du travail d'analyse des entretiens.

L'aménagement de la méthode PM que nous avons proposé dans notre recherche intervient en lieu et place du consensus recherché en « *focus group* ». Nous avons à cet effet, administré le même questionnaire non modifié à deux échantillons. Le premier groupe ou échantillon est connu. Il est représenté par les acteurs experts issus des entretiens. Le second échantillon est anonyme. Il est formé par les acteurs du secteur pouvant être concernés et motivés pour répondre à ce questionnaire.

La méthode quantitative est appropriée alors pour analyser par comparaison des pourcentages sur les résultats des deux enquêtes.

Description des échantillons

Nous présentons dans cette sous-section les personnes constituant les deux échantillons et ayant répondu complètement au questionnaire autoadministré sur Internet (LimeSurvey®).

Les deux échantillons appartiennent à la même population que dans la première phase exploratoire menée au moyen des entretiens. La population est définie par l'ensemble des acteurs appartenant au champ de la santé (Social et médico-social y compris). Ils sont indépendants (groupes d'individus distincts) et peuvent exercer de façon implicite ou explicite (emploi ou rôle de coordinateur) des pratiques de coordination, être dirigeants de structure ou de dispositif de santé, être représentant d'instances institutionnelles (Ordres professionnels, syndicats, etc.). Les personnes interrogées ont été classées selon les groupes définis dans le tableau 31 page 178).

Le premier échantillon est déterminé car il est uniquement formé par les participants rencontrés individuellement ou en binôme en entretien et par les participants de la réunion de groupe. Ce premier échantillon forme le groupe des acteurs experts selon la méthode PM.

Le second échantillon est aléatoire (L'acquisition de l'échantillon est progressive selon le principe « boule de neige »).

Le groupe dit « des experts »

La constitution de l'échantillon formant le groupe d'experts est basée sur le listing des experts rencontrés lors des entretiens exploratoires (n=32) et les personnes rencontrées lors de l'entretien en groupe (n=30). Sur soixante-deux personnes vingt-trois ont répondu entièrement au questionnaire (Tableau 37 page suivante).

Les données descriptives (sexe, âge, Professions, territoire et milieu d'exercice le cas échéant [libéral et/ou en établissement] des participants du groupe des experts sont présentées et comparées avec les données descriptives du groupe en extension pages 223 à 230.

Une présentation des coordinateurs a été réalisée spécifiquement dans cette description.

Tableau 37. Échantillon des experts ayant répondu intégralement à l'enquête

<i>Id</i> ³⁵	Titre ou fonction déclaré	Exerce comme coordinateur	Entrée en fonction	Structure d'exercice	Territoire d'activité	Type acteur
6	Autre profession de santé	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle			Territoire rural	2
7	Coordinatrice	Oui	2014	MSP et PTA	Territoire rural	1
8	Infirmier	Oui	2015	PTA	Rural-Urbain- Péri urbain	1
9	Responsable service	Non		Protection des majeurs	Rural-Urbain- Péri urbain	4
11	Autre profession du social	Non			Territoire péri- urbain	NR
12	Médecin	Oui	2018	Établissement hospitalier	Territoire urbain	1
13	Autre profession du social	Non			Territoire rural	NR
15	Infirmier	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle			Territoire urbain	2
16	Infirmier	Non			Territoire urbain	2
17	Infirmier	Non			Territoire urbain	2
18	Directeur établissement médico-social	Non			Territoire rural	2
23	Médecin	Oui	2003	EHPAD	Territoire urbain	1
24	Coordinatrice de projet	Oui	2005	Établissement ou dispositif pour adultes avec un handicap	Territoire rural	1
26	Infirmier	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle			Territoire urbain	2
28	Infirmier	Non			Territoire péri- urbain	2
29	Autre profession de santé	Oui	2010	Réseau de santé	Rural-Urbain- Péri urbain	1
30	Infirmier	Non			Territoire urbain	2
31	Infirmier	Oui	1995	Service de soins à domicile (hors handicap)	Territoire péri- urbain	1
33	Infirmier	Oui	2016	Établissement hospitalier	Rural-Urbain- Péri urbain	1
35	Pharmacienne en officine	Non			Territoire urbain	NR
37	Autre profession de santé	Non			Territoire urbain	NR

³⁵ N° Questionnaire

39	Formateur médico-social	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle				Territoire urbain	2
40	Médecin	Oui	2002	PTA		Territoire rural	1

Le groupe d'enquête dit « En extension »

L'enquête a été diffusée par réseautage au sein de plusieurs dispositifs et par les ordres ou URPS. Il était demandé aux répondants de bien vouloir transmettre les liens de l'enquête à d'autres acteurs concernés par le sujet. Soixante professionnels ont répondu de façon complète (Tableau 38). Les données (Caractéristiques démographiques, professions représentées et milieux d'exercice) sont présentées à la section 5.2.3 (pages 223 à 230)

Tableau 38. Échantillon de l'enquête en extension (réponses complètes)

Id	Titre ou fonction déclaré	Exerce comme coordinateur	Entrée en fonction	Structure d'exercice	Territoire d'activité	Type acteur
1	Coordinateur PTA/PSLA	Oui	2018	MSP et PTA	Rural-Urbain-Péri urbain	1
4	Cadre de santé	Oui	2016	PTA	Territoire rural	1
5	Technicien administratif	Oui	2018	MSP et PTA	Territoire rural	1
7	Directeur	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle		EHPAD	Territoire rural	4
8	Diététicienne	Oui	2018	MSP	Territoire rural	1
10	Cadre de santé	Oui	2017	MSP	Territoire rural	1
11	Manager	Oui	1970	PTA	Rural-Urbain-Péri urbain	1
12	Assistante de direction	Oui	2019	MSP	Territoire péri-urbain	1
13	IDE avec master MOS	Oui	2018	MSP	Territoire rural	1
14	Parcours riche d'expérience variées - études sociologie/politique	Oui	2014	MSP et PTA	Territoire rural	1
17	Cadre de santé	Oui	2004	Réseau de santé	Rural-Urbain-Péri urbain	1
18	Médecin	Oui	2005	EHPAD	Territoire péri-urbain	1
20	IDE	Oui	2018	EHPAD	Territoire rural	1
22	IDE	Oui	2009	Service de soins à domicile (hors handicap)	Territoire péri-urbain	1
24	Coordinatrice	Oui	2018	PTA	Rural-Urbain-Péri urbain	1
25	Coordinatrice	Oui	2018	MSP	Autre	1

Id	Titre ou fonction déclaré	Exerce comme coordinateur	Entrée en fonction	Structure d'exercice	Territoire d'activité	Type acteur
28	Médecin	Oui	2016	MSP	Territoire péri-urbain	1
29	Autre profession de santé non précisée)	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle			Territoire rural	2
31	Psychologue	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle			Territoire rural	2
34	Médecin	Oui	2018	EHPAD	Territoire urbain	1
41	IDE	Non			Territoire urbain	2
42	Médecin	Oui	2014	EHPAD	Territoire péri-urbain	1
43	Autre profession du social	Non			Territoire péri-urbain	2
44	Coordinatrice projet	Oui	2014	SESSAD	Rural-Urbain-Péri urbain	1
45	Coordinatrice projet (fonction de)	Oui	2014	SESSAD	Rural-Urbain-Péri urbain	1
46	Éducatrice	Oui	2017	SESSAD	Territoire urbain	1
47	Médecin	Oui	NR	EHPAD	Rural-Urbain-Péri urbain	1
48	Directrice	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle		NR	Territoire rural	4
49	Autre profession de santé non précisée)	Non			Territoire péri-urbain	2
51	Autre profession de santé non précisée)	Oui	2013	Service de soins à domicile (hors handicap)	Rural-Urbain-Péri urbain	1
52	Médecin	Non			Rural-Urbain-Péri urbain	2
55	Pilote MAIA	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle		MAIA	Rural-Urbain-Péri urbain	1
56	Coordinatrice	Oui	2010	Établissement ou dispositif pour enfants avec un handicap	Rural-Urbain-Péri urbain	1
60	IDE	Oui	2017-2019	SSIAD MAIA	Territoire péri-urbain	1
61	Pilote MAIA	Oui	2019	MAIA	Rural-Urbain-Péri urbain	1
62	Assistant de service social	Oui	2013	MAIA	Territoire rural	1
63	Autre profession du social	Non			Territoire rural	2

Id	Titre ou fonction déclaré	Exerce comme coordinateur	Entrée en fonction	Structure d'exercice	Territoire d'activité	Type acteur
64	Autre profession du social	Oui	2014	CLIC	Territoire rural	1
65	Autre (non précisé)				Rural-Urbain-Péri urbain	2
69	Coordinateur	Oui	2007	Réseau de santé	Rural-Urbain-Péri urbain	1
71	Éducatrice	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle	2018	Établissement ou dispositif pour adultes avec un handicap	Territoire urbain	2
72	Formatrice	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle		NR	Rural-Urbain-Péri urbain	2
73	Coordinatrice	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle		NR	Territoire rural	2
77	Éducatrice	Oui	2018	Établissement ou dispositif pour adultes avec un handicap	Territoire urbain	1
80	Coordinatrice de Projets Personnalisés	Oui	2017	Établissement ou dispositif pour adultes avec un handicap	Territoire urbain	1
81	Gestionnaire de cas	Oui	2013	MAIA	Rural-Urbain-Péri urbain	1
83	Ergothérapeute	Oui	2018	SAMSAH cérébro lésés	Rural-Urbain-Péri urbain	1
85	Médecin	Non			Territoire urbain	2
86	Cadre infirmier	Oui	2012	Établissement hospitalier	Territoire urbain	1
87	Médecin	Oui	2016	EHPAD	Territoire rural	1
90	IDE	Non			Territoire rural	2
92	Coordinatrice	Oui	2012	Réseau Télémédecine	Rural-Urbain-Péri urbain	1
93	Éducatrice	Oui	2016	Établissement ou dispositif pour enfants avec un handicap	Territoire urbain	1
94	IDE	Oui	2014	Réseau de santé	Territoire péri-urbain	1
95	Médecin	Oui	2015	EHPAD	Territoire urbain	1
97	Coordinatrice DAC	Oui	2016	MAIA	Rural-Urbain-Péri urbain	1
98	Autre profession du social	Oui	2002	CLIC	Territoire rural	1
99	IDE	Oui	2018	Établissement hospitalier	Territoire rural	1

Id	Titre ou fonction déclaré	Exerce comme coordinateur	Entrée en fonction	Structure d'exercice	Territoire d'activité	Type acteur
102	Chef de service	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle		Conseil départemental	Rural-Urbain-Péri urbain	2
103	Coordonnateur régional	Non		Assurance Maladie	Rural-Urbain-Péri urbain	2
104	Coordinatrice	Oui	2018	CLIC	Territoire rural	1
106	Coordinateur protection enfance	Oui	2016	Établissement ou dispositif pour enfants avec un handicap	Territoire urbain	1
107	IDE	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle			Territoire urbain	2
109	IDE	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle			Territoire urbain	2
110	Autre	Non, fait de la coordination dans son activité professionnelle			Rural-Urbain-Péri urbain	2
111	IDE	Oui	2014	Établissement hospitalier	Territoire urbain	1
115	IDE	Oui	2016	Réseau de santé	Territoire rural	1
116	IDE	Oui	2016	Réseau de santé	Territoire rural	1

Construction du questionnaire

Les thèmes issus de l'analyse thématique du corpus d'entretiens ont été repris pour la conception des questions du questionnaire d'enquête. Les questions correspondent à une série d'indicateurs permettant d'approcher sous plusieurs angles (sous-thèmes) le thème par ses caractéristiques (Parizot, 2012).

Un prétest de l'enquête par questionnaire constitué de trente questions a été réalisé auprès de onze participants. Après analyse des résultats, nous avons fait évoluer le questionnaire en précisant les thématiques suivantes :

- Les mutations de l'environnement de la santé et leurs impacts possibles (neuf questions interrogeant sur l'impact de la démographie médicale, les fermetures d'établissements hospitaliers, l'organisation des soins ville-hôpital, le rôle du patient, l'arrivée des

coordinateurs dans les différentes organisations de soins, l'impact du virage inclusif et une projection des acteurs interrogés autour de l'impact qu'aurait l'intelligence artificielle dans le futur du travail réalisé auprès des patients) ;

- Les profils des coordinateurs (huit questions interrogeant sur les parcours de formation et les profils des coordinateurs dans les établissements de santé, du social et du médico-social) ;
- Le coordinateur (treize questions portant sur l'identité, l'emploi, la rémunération, le statut, les compétences et la reconnaissance du travail) ;
- Le cadre des pratiques de coordination (quatorze questions sur les nouveaux outils de partage collaboratif, le décloisonnement du parcours par les pratiques de coordination, le coordinateur paradoxalement isolé dans son travail de coordination ou promoteur de la réflexion pluridisciplinaire sans autonomie de décision, l'étendue des missions, les résistances institutionnelles et professionnelles aux pratiques de coordination, la compétition des acteurs dans l'exercice de la coordination et enfin la problématique de l'application d'un modèle unique de coordination sur tous les territoires) ;
- Le profil de chaque répondant et en particulier quand celui-ci exerçait le métier de coordinateur a fait l'objet d'un groupe de seize questions. Nous souhaitions pouvoir mettre en évidence les éventuelles influences voire les biais de confirmation entre le métier exercé et les projections interrogées.

Le questionnaire définitif est donc constitué au total de soixante questions.

Une grande majorité des questions posées ($n = 24$) a été conçue sur le principe d'une recherche du degré d'accord à l'aide d'une échelle de Likert à cinq degrés (Pas du tout d'accord, pas d'accord, sans opinion, d'accord, tout à fait d'accord). Pour certaines questions posées ($n = 10$), étant donné l'effort de projection dans le futur qui était demandé, nous avons proposé aux participants de positionner leur avis à l'aide d'une échelle de probabilité d'occurrence (ou dite « de la vraisemblance ») à cinq degrés (Très peu probable, peu probable, sans opinion, probable et très probable). Les questions avec classement par ordre de préférence ($n = 7$) ont été utilisées dans le questionnaire et ont été traitées spécifiquement. La possibilité de donner une réponse autre (texte libre) a été associée à certaines des dix-neuf questions à choix unique de réponse ($n = 19$).

La figure 33 (page suivante) fait état de la répartition des échelles utilisées dans le questionnaire d'enquête.

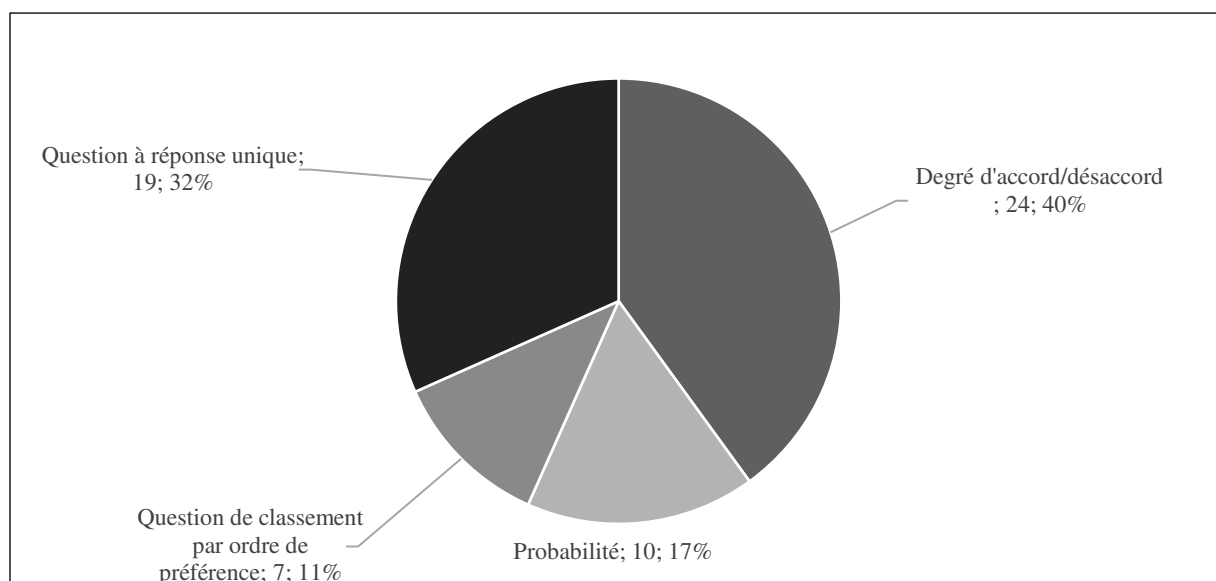


Figure 33. Types d'échelles utilisées dans l'enquête.

Après avoir été modifiée, l'enquête n'a pas été retestée. Les enquêtes par internet ont été réalisées à l'aide du logiciel d'enquête statistique LimeSurvey Professional®.

Éthique et traitement des données

Les participants potentiels ont été informés du sujet et de l'objectif de la recherche en préambule de l'enquête. La participation libre et volontaire au questionnaire valait pour consentement exprès au traitement de leurs données personnelles. Les participants avaient tous la possibilité de nous contacter en tant qu'administrateur de l'enquête et responsable de la collecte et du traitement des données.

L'utilisation des *cookies* a permis le contrôle d'accès et d'éviter des doublons. La diffusion de l'enquête est restée privée.

5.1.3. Déroulement des deux campagnes d'administration de l'enquête

La campagne d'enquête auprès des acteurs experts a eu une durée d'activité de deux mois. Sa diffusion a été faite sur la base des adresses email recueillies avec leur accord lors des différents entretiens.

Un rappel a été envoyé aux participants potentiels n'ayant pas encore répondu deux semaines après la mise en ligne de l'enquête.

Date de lancement : 10/06/2019

Dernier participant (date de la dernière action) : 26/06/2019

Clôture (Groupe fermé) : 10/08/2019

La campagne d'enquête en extension a débuté dans un second temps (décalage d'une semaine après le lancement de la première campagne). L'enquête a été disponible pendant trois mois.

Date de lancement : 12/06/2019

Dernier participant (date de la dernière action) : 05/09/2019

Clôture (Groupe fermé) : 12/09/2019

La 1^{re} campagne auprès des acteurs experts a fait l'objet de soixante-deux invitations par courriel. Trente-neuf réponses en retour (63 %), dont vingt-trois questionnaires complets (59 %) et seize questionnaires incomplets. La seconde campagne ouverte aux professionnels du secteur a eu un retour de 114 réponses avec soixante-huit questionnaires complets (60 %) et quarante-six questionnaires incomplets (Tableau 39).

Tableau 39. Caractéristiques des deux campagnes d'enquête

Enquête par questionnaire « LES COORDINATEURS DANS LE MILIEU DE LA SANTÉ »	Enquête auprès des experts Enquête adressée aux personnes interviewées.	Enquête dite en extension diffusée en « Boule de neige »
Nombre total d'invitations envoyées	62	
Questionnaires complets	23	68
Questionnaires incomplets	16	46
Total réponses	39	114
Durée moyenne d'interview	22 min. 22 sec.	41 min. 57 sec.
Médiane	21 min. 3 sec.	27 min. 33 sec.

5.1.4. Méthodologie utilisée pour l'analyse comparée

Cette sous-section a pour objectif d'expliquer la méthode mise en place pour procéder à l'analyse comparative des deux échantillons indépendants (Les répondants dits « experts » et les répondants de l'enquête en extension). Les questions sont considérées dans notre étude exploratoire comme des variables d'intérêt ou explicatives de chacune des quatre thématiques explorées. La figure suivante (Figure 34) montre le processus d'analyse des questions par thématique, la présentation standard pour chaque question puis la synthèse effectuée pour chaque thématique.

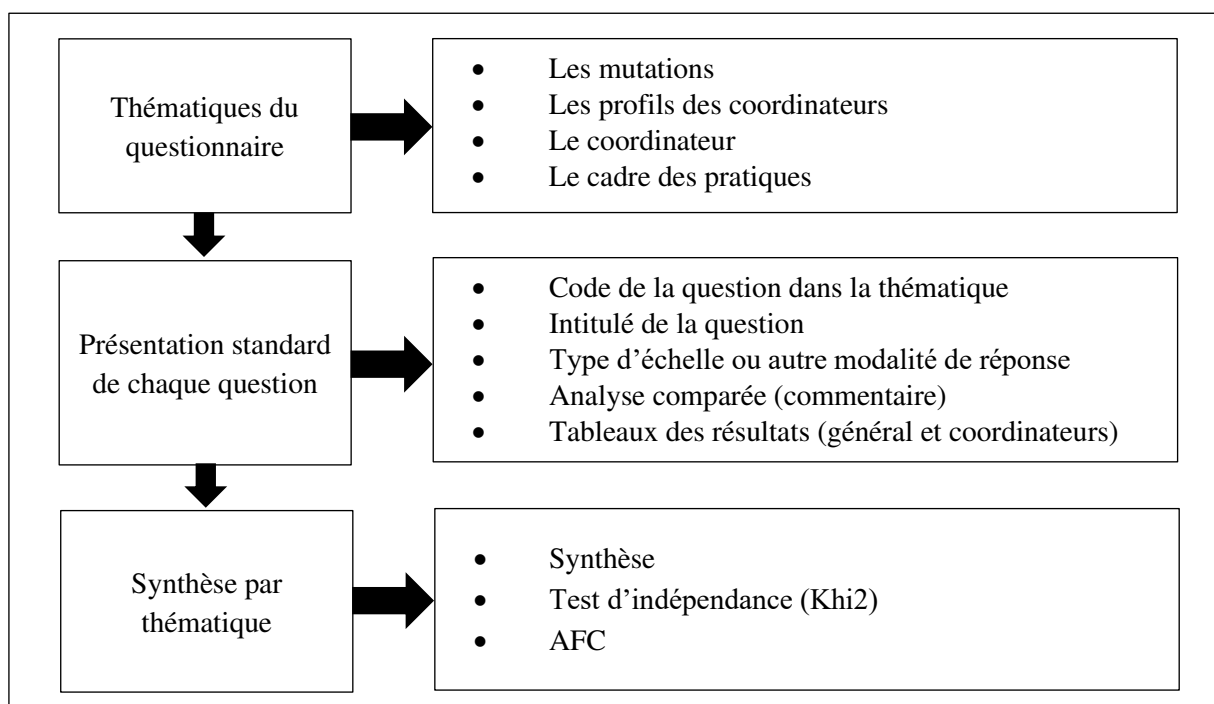


Figure 34. Méthode d'analyse comparée des enquêtes.

Les résultats obtenus ont été regroupés par types d'échelles d'opinion (Opinion d'accord ou de désaccord ; opinion sur la vraisemblance) (Parizot, 2012 ; Singly, 2008). À fin d'analyse et en fonction du type d'opinion recueillie, un code a été attribué à chaque degré d'opinion (Tableau 40)

Tableau 40. Codage des opinions

Code	Opinion d'accord/désaccord	Opinion sur la vraisemblance
A2	Pas du tout d'accord	Très peu probable
A3	Pas d'accord	Peu probable
A4	Sans opinion	Sans opinion
A5	D'accord	Probable
A6	Tout à fait d'accord	Très probable

Les opinions sont regroupées en trois modalités :

- (A2+A3) ;
- A4 ;
- (A5+A6).

Les trois regroupements d'opinions (A2+A3) (A4) et (A5+A6) forment les variables catégorielles apportant chacun des éléments d'information sur les questions considérées comme des variables d'intérêt.

Chaque résultat obtenu pour chacune des questions de l'enquête en extension a été comparé à celui obtenu dans l'enquête auprès des experts. Un commentaire a été apporté à chaque question traitée.

Les résultats recueillis chez les répondants de l'enquête en extension ont été comparés avec ceux des répondants « experts » dans le but de mettre en évidence le degré de rapprochement ou d'éloignement dans les opinions exprimées dans les deux échantillons.

Nous avons fait ressortir les positionnements des répondants coordinateurs des deux groupes dans les questions pour lesquelles le recueil d'opinions était demandé. L'objectif était alors d'avoir une représentation de l'impact des contributions des répondants coordinateurs dans chaque enquête.

Pour établir une synthèse, étant donné que « comparaison ne vaut pas raison » autrement dit que la comparaison des résultats ne peut se suffire à elle-même pour étayer la généralisation du consensus, nous avons proposé dans chaque thématique d'agrèger les résultats dans la mesure où les conditions d'administration du questionnaire n'ont pas varié entre les deux groupes (même questionnaire).

Un test d'indépendance (Khi2 ou χ^2) et une analyse factorielle des correspondances ont été réalisés dans chaque thématique. Ceci nous a permis de représenter graphiquement la distance des différentes questions par rapport aux trois choix d'opinion.

L'ensemble des analyses a été préparé à l'aide du logiciel MS Office Excel® 16.0 et de l'application Addinsoft XLSTAT® (2020). Les résultats des questions où nous avons utilisé le classement par ordre de préférence ou le choix de propositions est venu enrichir ou compléter

l'ensemble de notre analyse. Les questions avec choix ont été analysées avec le détail des réponses « autres ».

5.2. Analyse des données recueillies en entretien et au moyen des enquêtes

Dans cette sous-section nous présentons l'analyse des entretiens par thèmes ; l'analyse des discours par la grille du travail institutionnel (Création et maintien) et l'analyse comparée des deux enquêtes.

5.2.1. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens permet de présenter quatre grands thèmes à l'issue des cycles d'encodage puis de regroupement et centration progressive (Miles et al., 2014 ; Saldaña, 2016) : le coordinateur ; la coordination et ses pratiques ; les mutations et les variables liées aux différents environnements ou contextes de coordination.

Le coordinateur

La thématique est retrouvée chez tous les acteurs interviewés. La thématique « Coordinateur » est majoritairement décrite par les acteurs qui la pratiquent (Taux d'encodage cumulé = 67%) soit comme étant des coordinateurs en titre (Coordinateur explicite, taux d'encodage = 61%) soit en étant les acteurs de soins, professionnels de santé pratiquant des activités de coordination dans leur activité de soins (coordinateur implicite, taux d'encodage = 6%) (Figure 35).

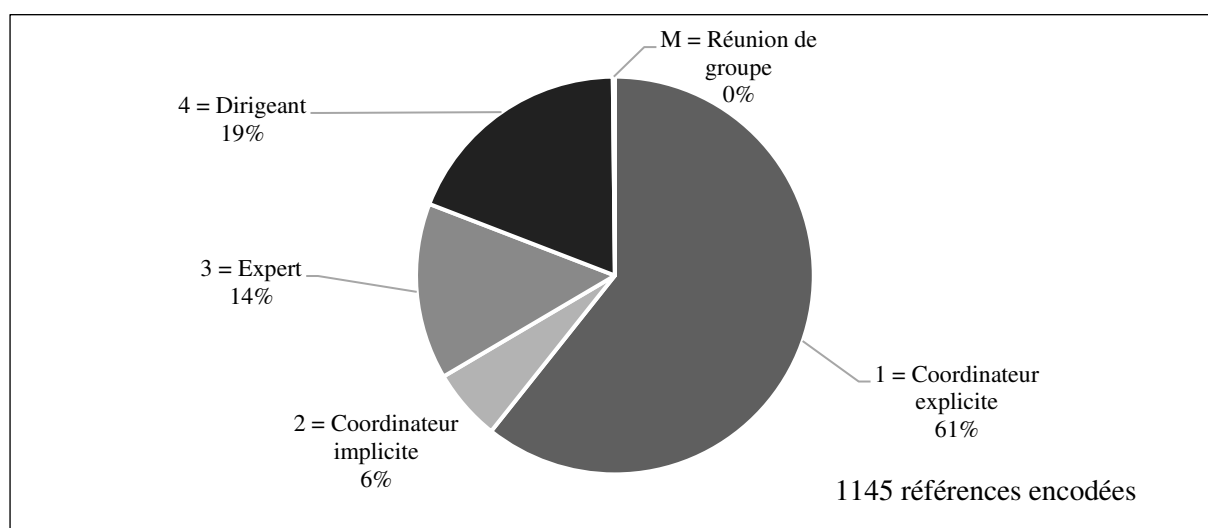


Figure 35. Encodage par type d'acteur dans la thématique « Coordinateur » (en %).

La thématique « Coordinateur » est développée en sept sous-thèmes qui permettent de la préciser. De la même façon et par ordre d'importance, chaque sous-thème est lui-même enrichi :

- Les compétences du professionnel coordinateur (27 %) ;
- Les missions attribuées (21%) ;
- Le métier (15 %) ;
- L'identité professionnelle (13 %) ;
- La carrière (avant d'être coordinateur, en cours d'exercice et le devenir envisagé) (11%) ;
- Les impacts sur la vie personnelle (qualité de vie au travail, psychologique) (9 %) ;
- Les conditions de travail (4 %).

Nous détaillons ci-dessous ces sept sous-thèmes :

i. Les compétences du professionnel coordinateur

Nous détaillons les deux catégories les plus fortement représentées (qualités professionnelles techniques = 38,70 % et qualités relationnelles = 29,67 % des références encodées dans ce thème. Les catégories ayant une plus faible représentativité (implication, apprentissage de la fonction, leadership et responsabilité) ont été regroupées comme étant des substrats ou des conséquences induites par l'activité de coordinateur.

Les qualités professionnelles (techniques)

Le premier attribut souligné par les acteurs interviewés (en termes d'importance) est la polyvalence à laquelle le coordinateur doit se confronter, à savoir le fait d'être mobilisé sur des missions différentes et sortant souvent du cadre de compétence ou professionnel initial. Par exemple le fait d'assumer des missions de management dans les organisations ou dispositifs de coordination sans avoir nécessairement de formation préalable.

« [...] Moi, mes missions grosso modo c'est 40% sur tout ce qui est justement gestion du réseau et puis 60% sur tout ce qui actions de terrain. C'est vraiment deux choses différentes. Et là en ce moment c'est vrai que ça me prend j'empiète.... C'est la partie Gestion qui empiète sur la partie Coordination du réseau, coordination d'actions de terrain » RSVLE

« [...] c'est vrai le coordinateur doit aussi être, pour moi je m'appelle la plateforme tournante d'autant plus que comme moi je suis à 80% et qu'en plus je suis celle qui a le plus de temps ici c'est vraiment moi qui suis au courant de tout ce qui au niveau des informations c'est vraiment moi qui remonte le plus d'informations je dois les re ventiler voilà et du coup aujourd'hui j'ai du mal à je ne vois pas comment pourrait être mon quotidien à moins que à moins que il y ait quelqu'un qui arrive à côté de moi et qui me dise moi maintenant je gère tout ce qui je ne sais pas la comptabilité, je gère le budget, je gère tout ce qui est gestion du personnel et du coup moi il me restera beaucoup moins de missions et peut-être que là ça sera plus facile pour moi de ranger tout ce que je peux faire au quotidien dans ces missions là je ne sais pas si je me fais bien comprendre le

problème c'est qu'on a tellement de choses, on doit être au courant de tout je vous dis : moi je m'appelle la plateforme tournante et du coup voilà aujourd'hui je ne vois pas »
EREVI

Le deuxième attribut mis en avant par les acteurs interviewés est le fait d'être un professionnel de santé pour exercer la fonction ou métier de coordinateur. Ce « prérequis » agrège le fait d'avoir une expérience professionnelle conséquente avec en particulier des compétences techniques éprouvées et un parcours de qualifications (Type diplôme universitaire, capacité).

« [...] aussi à qui on confie ce type d'action puisque ça nécessite pour être efficace pour entrer en relation avec les professionnels on comprend que ça nécessite quand même une culture santé c'est-à-dire médicale et une culture et une connaissance des pathologies, des réponses qui peuvent être apportées. Généralement ce sont des professionnels de santé. Que ce soient des cadres, des assistants de recherche clinique, des infirmiers, des psychologues voire des médecins et face à la complexité du métier de coordination souvent se c'est ce qu'on observe souvent le professionnel et quel que soit son profil se retrouve plutôt à faire ce pourquoi il a été formé et ce qui est son métier d'origine que de la fonction de coordination c'est le refuge c'est le refuge et du coup la fonction de coordination en fonction du background et de la formation du professionnel qu'il exerce à une incarnation qui peut être extrêmement différente d'un professionnel à l'autre ça on se rend bien compte. » **ARSKA**

« [...] donc j'ai passé un DU de nutrition et vieillissement et thérapeutique après j'ai passé la capacité » **MCOCR**

La spécialisation dans une pathologie, un groupe populationnel (p.ex. personnes âgées) et/ou un parcours de soins (p.ex. maladie chronique). Les acteurs interviewés décrivent souvent un parcours personnel qui les ont amenés à une forme de spécialisation par acquis d'expériences.

« [...] Par rapport à un vécu de 15 ans aux urgences et avoir côtoyé beaucoup, beaucoup de médecins on a une meilleure reconnaissance. D'une compétence spécifique oui parce que combien de fois ils nous appellent en nous disant « je ne sais pas est-ce que tu peux répondre ? Oui par rapport à la compétence » » **PRORO**

Les qualités relationnelles

Elles sont formées par un ensemble de capacités comportementales ou « savoir-être » permettant la communication entre les différentes parties prenantes d'une problématique nécessitant une coordination via l'interface d'un coordinateur.

Selon les personnes interviewées, il y a deux prérequis à la communication : la notion de respect et le fait de savoir pour chaque acteur ce que l'interlocuteur a comme champ de compétence en propre. Ces deux notions sont étroitement liées et rejoignent les éléments décrits par Gittel (2000b ; 2012).

Les capacités à être diplomate (Capacité à négocier positivement pour faire aboutir des décisions constructives), à préserver l'empathie envers l'utilisateur, sont nécessaires selon les acteurs pour faciliter le travail de coordination et afin de permettre l'aboutissement d'objectifs partagés de soins ou d'accompagnement. La disponibilité et une capacité d'adaptation au changement s'avèrent aussi indispensables et soulignent les aspects souvent aléatoires, non routiniers des parcours accompagnés. Ces capacités ou qualités génèrent la confiance, permettent l'établissement de lien de confiance, la crédibilité à s'interfacer comme médiateur et *in fine* facilitent la résolution des tensions ou des éventuels conflits entre les différentes parties prenantes.

Les autres dimensions

L'implication, le fait de porter un certain leadership du coordinateur montre le fort sentiment de responsabilité du coordinateur dans le(s) rôle(s) qui lui est (sont) confié(s) explicitement et/ou implicitement.

« On se réunit pour les mêmes principes et les mêmes valeurs on construit une identité commune et à partir de là on peut, enfin nous c'est notre cas on a tous à peu près la même notion d'équipe on a tous les mêmes valeurs donc ça fonctionne et puis c'est un nouveau projet c'est motivant c'est un challenge mais quand tu n'as pas les mêmes... et que tu viens de métiers différents » PTAGO

Les missions attribuées

Les besoins en management

Les acteurs exerçant explicitement l'activité de coordinateur soulignent l'importance de fonctions d'encadrement et/ou de management de proximité dans le cadre d'une équipe constituée.

« Je passe beaucoup de temps sur le soin quand même majoritairement après on fait obligatoirement du management d'équipe parce que ben quand on évalue un projet de soins quand on évalue quand on fait une évaluation sur une prise en charge obligatoirement si on veut emmener les équipes aussi à travailler dans le même sens que nous on a quand même un rôle de formation, d'information, d'accompagnement donc ça on le fait. » ICLEH

Le manque de compétences en gestion (en particulier concernant la gestion des ressources humaines) apparaît prioritairement dans cette problématique vécue autour du management avec une demande forte en besoins de formation. Le thème du management soulève chez les interviewés les problèmes de hiérarchie et de l'équilibre personnel à trouver par le coordinateur entre son rôle clinique et cette partie managériale.

« [...] OK je suis médecin, je suis un soignant mais j'aime bien les choses qui sont organisées et structurées donc quand je sens que la structuration est indispensable pour des meilleurs soins alors au contraire alors quand je sens que la gestion est en train de prendre complètement est en train d'écraser alors là ... C'était ça il y a deux ans j'ai été débordé par des questions dont je n'avais pas la compétence parfois et puis surtout je n'avais vraiment pas envie de m'y atteler c'était compliqué dans ces cas-là je pense que je comprends que pour certains réseaux ça doit être extrêmement compliqué ces questions-là elles se posent tout le temps. Et ce n'est pas gagné dans le sens où nous sommes dans des modèles très évolutifs » **GCBGA**

Dans nos entretiens ces éléments sont mis en avant principalement par les professionnels de santé occupant des fonctions de direction sans avoir nécessairement de formation spécifique en gestion ou management.

Des missions explicites impliquantes

Les acteurs comprennent leurs missions et globalement la position de coordinateur comme étant une interface de communication entre les différentes parties prenantes. Cette interface nécessite du coordinateur en poste de travailler deux axes : premièrement, se créer son propre réseau (en général par l'expérience et la confiance acquise auprès des professionnels de bienfondé ou utilité du travail de coordination) ; deuxièmement, de connaître l'environnement professionnel de toutes les parties prenantes. Ce deuxième axe pointe l'argument d'une appropriation progressive du réseau de connaissances existant entre les différents acteurs sur un même territoire.

« [...] enfin il faut que ça soit une coordination utile il ne faut pas que ça soit une usine à gaz. Il faut qu'elle soit lisible c'est-à-dire qu'il faut que tous les professionnels se disent à tous en tout cas qu'une majorité dise "oui, c'est utile". Il peut y avoir des coordinations très floues, je n'en ai pas en tête, je ne cible personne mais il faut que ça parte sur des besoins identifiés, il ne faut pas que ça parte d'en haut. Il faut que ça parte de professionnels qui ont des idées et du coup qui font appel au réseau, qui mettent la main à la pâte pour mettre en place des projets. Je pense que c'est que comme ça que ça peut marcher. Il faut que les gens s'approprient un réseau comme un outil. Donc ça et de la communication. » **ONCBL**

« [...] ils (nous précisons : les médecins) ont leurs habitudes, ils aiment bien travailler avec des gens qu'ils visualisent qu'ils connaissent en fait c'est vrai qu'ils ont déjà vu voilà qui leur semblent légitimes et de confiance » **MGTAN**

Les acteurs font ressortir par ailleurs le sens de leur travail et la raison transcendante d'être là pour représenter l'utilisateur, l'accompagner le cas échéant de façon plus ou moins directe. La fédération des professionnels est étroitement liée au sens à donner au travail de coordination. Il

suppose, de la part du coordinateur un travail de et sur sa propre communication, à savoir un certain filtrage « La bonne information (en un minimum de temps) à la bonne personne ».

*« [...] C'est ça exactement et puis pas trop d'informations euh pas trop peu non plus euh être capable être un coordinateur c'est quelqu'un à mon sens qui englobe toute l'information et qui est capable de capter de tous les côtés mais ça, c'est propre à la personnalité à mon avis c'est depuis tout petit on est comme ça ! on capte tout ce qui se passe et on s'en sert pour faire avancer les choses et voilà à mon sens c'est ça ! Un coordinateur c'est... c'est le filtre par lequel passent les informations. » **POLGE***

Caractéristiques du métier

Ce sous-thème collige trois catégories principales venant caractériser le potentiel métier de coordinateur :

- La formation (dynamique de construction des compétences métier) ;
- L'émergence de profils types de coordinateur ;
- Le statut dans l'emploi.

Au préalable on peut noter une multiplicité de dénominations autour de la [fonction] du coordinateur en adéquation avec le type ou sujet de « sa » coordination. Cette variété de dénomination paraît aux yeux de plusieurs professionnels contreproductive et accroît la difficulté à caractériser le métier de coordinateur. Il montre en fait qu'il semble se discerner autour du coordinateur plusieurs métiers avec des caractéristiques communes. La nécessité pour les organisations et leurs gestionnaires tout comme pour les instances institutionnelles (Tutelles, etc.) de trouver une dénomination et un cadre de compétence précise de la fonction révèle aussi le débat sur les changements et perturbations induits par la mise en place de ces coordinateurs dans une structuration hiérarchique historiquement bien établie dans le milieu de la santé.

*« [...] on a rencontré toutes les PTA normandes et il y a des dénominations métiers qui sont complètement différentes selon les PTA. Il y a le coordinateur d'appui, il y a le gestionnaire de parcours ou référent de parcours et nous sur R... enfin je me questionne énormément sur euh là... M... elle est assistante sociale, L... elle est infirmière... » **PTAGO***

La formation initiale de coordinateur

Comme prérequis à l'exercice elle fait débat chez les acteurs et dirigeants de dispositifs de coordination.

« [...] Faire un cursus long sur coordinateur je suis assez sceptique, peut-être que oui en tout cas j'ai du mal à m'imaginer. Je ne dis pas que ce n'est pas bien mais... Je pense que le fait d'apporter... par exemple en biologie on demande beaucoup les doubles et triples compétences donc biologiste et juriste par exemple, biologiste et plusieurs langues ou

*biologiste informaticien. Donc voilà il y a un cursus, il y a un cursus où on est performant et après on peut se spécialiser dans d'autres thématiques. Mais d'emblée faire un cursus de coordination sans objectif mmm...ça me paraît dangereux. Au niveau crédibilité ça me paraît dangereux parce que moi j'ai une certaine crédibilité sur la recherche par exemple mais pas sur d'autres, c'est un point de départ. Après un coordinateur qui aurait un cursus long de coordination serait peut-être très bon, je n'en sais rien. Mais voilà. » **ONCBL***

Le décalage entre les formes de coordination clinique ou en lien direct avec les soins primaires au domicile des usagers et d'autres formes de coordination projetées par les tutelles de santé et les politiques de santé, nécessite la mise en place d'actions de formation continue quasi exploratoires.

*« [...] voilà je crois que après ils (nous précisons : les coordinateurs) sont demandeurs pour la plupart de formation parce que c'est pas facile non plus de se situer par rapport à la fonction mais c'est un peu ce qu'on évoquait c'est on met un prérequis un diplôme au jour d'aujourd'hui c'est peut-être un peu tôt [...] Les nouvelles expérimentations on a beaucoup essayé de les outiller et on essaie de faire en sorte qu'il y est une animation entre eux (les coordinateurs) qu'ils se rencontrent mais pour qu'effectivement ils puissent aussi bien enfin définir au mieux ces deux complexités qui résonnent différemment sur les territoires et selon aussi (chaque) territoire d'intervention » **ARSMI***

L'émergence de profils types de coordinateur

La détermination d'un ou de plusieurs profil(s) type(s) repose sur le socle de compétences techniques auquel les formations initiales de santé et du social semblent nécessaires et suffisantes pour une clinique de la coordination. Les compétences relationnelles, quant à elles, selon les acteurs interrogés, relèvent de dispositions ou talents « à coordonner ».

*« [...] On arrive à cette limite-là après est-ce qu'il existe un profil type de coordinateur j'ai tendance à penser que oui et non, après il y a les qualités humaines qui sont ce qui est finalement ce qu'on attend du coordonnateur c'est la toile d'araignée c'est le fil invisible c'est l'apport souterrain c'est tout ça. Et c'est ce profil type là qui est très important après ça peut-être le mouton à cinq pattes. Donc euh...est-ce que c'est un professionnel qui doit évoluer vers cette fonction-là avec son bagage déjà acquis moyennant certaines exigences de compétences ou est-ce qu'il faut carrément créer une filière universitaire ? Parce qu'on peut imaginer que le côté technique c'est bien s'il y a des compétences de santé quoi de l'infirmier, de médecin enfin... mais après ces compétences-là elles ne suffiraient sans doute pas à faire un bon coordinateur parce qu'il faut sans doute... enfin voilà trouver des... à créer du lien, à faire que les gens se réunissent » **ARSKA***

Les profils types qui émergent des entretiens, de ce que sont les acteurs, de ce que font comme projections les experts et les dirigeants d'organisations ou de dispositifs de coordination peuvent se résumer ainsi (Tableau 41) :

Tableau 41. Les profils types de coordinateurs

Profil	Libellé du profil	Description
1	Le professionnel de santé ou le travailleur social coordinateur implicite	Le professionnel de santé au titre du CSP a la compétence implicite à coordonner.
2	Le professionnel de santé ou le travailleur social coordinateur explicite	Le professionnel de santé au titre du CSP est recruté explicitement comme coordinateur. (Ex. Médecin coordinateur)
3	Le gestionnaire de cas professionnel de santé ou non	Le recrutement n'a pas comme prérequis d'être professionnel de santé ou du social et le titre s'y rapportant « disparaît ».
4	Le coordinateur non diplômé en santé ou dans le social	Le coordinateur a suivi un cursus de formation universitaire de type LMD par exemple et spécifiquement orienté vers la coordination ou le management des opérations. Cette formation n'est pas un prérequis en 2019 (faute de référentiel encadrant la fonction de coordination dans les structures et dispositifs de soins) Ex. Coordinateur de maison de santé, coordinateur de bloc opératoire

La littérature et les différentes mesures de promotion de la santé montrent qu'un cinquième profil de coordinateur devrait être envisagé avec l'utilisateur-patient coordinateur de son propre parcours. Cette extension de profil pourrait s'appliquer aux proches aidants d'un usager-patient dit vulnérable, en situation de handicap. Cette dimension sera illustrée dans la section portant sur les mutations (cf. Les mutations).

Le statut dans l'emploi

Nous avons questionné les coordinateurs salariés dans les organisations ou dispositifs de droit privé associatif ou lucratif (n=8) et un coordinateur titulaire de la fonction publique hospitalière sur leur statut dans l'emploi occupé. Les questions ont porté sur la qualification retenue ou non de cadre et sur les éléments du contrat de travail (le type de contrat à durée indéterminée ou non, le temps de travail partiel ou complet, le rattachement à une convention collective, etc.). Trois coordinateurs (deux sont salariés en EHPAD privé) ont un statut cadre. Quatre coordinateurs bénéficient d'une convention collective. Quatre coordinateurs travaillent à temps partiel (Deux par choix personnel, les deux autres sont soumis aux contraintes du budget alloué

par les autorités de tutelle et ne permettant que des emplois financés à hauteur de 0,8 ETP³⁶). Tous les coordinateurs rencontrés sont en contrat à durée indéterminée.

Dans les entretiens nous notons que la rémunération n'est pas abordée sauf dans un seul cas où le coordinateur met en relation le niveau de formation, les compétences spécifiques, le statut et la reconnaissance du métier avec un niveau de salaire spécifique :

*« Il n'y a que deux formations en France et c'est la deuxième mouture sur : « Qu'est-ce qu'un coordinateur dans le social, le médico-social ? » Donc voilà je parlais l'autre fois du statut métier et je pense qu'on y arrivera, une reconnaissance salariale » **PTAGO***

L'identité professionnelle

Les catégories qui ressortent de l'analyse des entretiens (par ordre d'importance) : Les impacts du flou des missions sur le coordinateur, la reconnaissance, la légitimité et des représentations que les coordinateurs peuvent se construire à partir de leur poste.

*« [...] [les médecins] qui appelaient et puis qui attendaient presque que ce soit elle (nous précisons : la coordinatrice) qui fasse certaines choses mais qui du coup ne relevaient pas forcément de son rôle parce qu'elle est la coordinatrice mais voilà elle n'a pas non plus les connaissances de tout elle n'est pas non plus assistante sociale, médecin-infirmière ... ouais c'était compliqué de ... pour les acteurs de mais pour elle aussi j'ai senti que des fois elle ne savait pas trop où ça devait s'arrêter, où elle devait s'arrêter dans ce qu'elle faisait » **MGTAN***

Le besoin de reconnaissance

La reconnaissance (le besoin ou nécessité d'être reconnu dans son travail par les autres parties prenantes).

*« Il faut aussi que ce coordinateur enfin il soit reconnu et valorisé sinon je m'imagine que certains professionnels pourraient voir ça comme un... pas un concurrent ou on les dépossède d'une part de leur essence de travail et c'est sur le plan diplomatique peut-être se dire que, enfin, ce ne serait pas le cas mais je pense qu'au contraire ce serait bien accueilli quoi » **MGRBE***

*« Alors euh moi je trouve que ça reste un poste un peu bâtard enfin voilà je trouve que...on est... enfin voilà je trouve que c'est des postes qui sont importants dans les établissements mais qui ne sont pas suffisamment peut-être encore reconnus ou valoriser parce que finalement c'est un gros travail et c'est ce que je dis toujours mais voilà on va remercier les IDE on va valoriser les IDE le travail des IDE on va valoriser le travail de l'ergothérapeute ou du médecin co. » **ICLEH***

³⁶ ETP : Équivalent Temps Plein

La légitimité et ses sources

« Je pense que là aussi qu'est-ce qui fait le profil ou la réussite du coordonnateur c'est ses compétences professionnelles in fine et parce que là dans le domaine de la santé on reste quand même santé il y a toujours cette interpellation d'où viens-tu ? Quel est ton titre ? Quelle est ta formation ? La légitimité professionnelle elle est incontournable je pense qu'on ne peut pas ce sur un secteur comme le nôtre ne pas savoir en tout cas ne pas savoir un minimum. Cette légitimité elle n'est pas importante pour ce qu'on fait elle est importante pour le regard de l'autre et du professionnel qui travaille avec vous. »
ARSKA

Les représentations du coordinateur

Les coordinateurs rencontrés se sont construit des représentations de leur travail en adoptant une forme narrative 'storytelling' venant en soutien de leur construction de leur identité professionnelle.

« [...] l'expérimentation et aujourd'hui on la porte depuis un an voilà ... en lien avec la médecine libérale ... puisqu'en fait on fait le constat sur le plan national que les médecins traitants ont des difficultés à accompagner euh les patients dits en situation complexe à savoir sur le plan médical et sur le plan social ils n'ont pas forcément le temps ils ne connaissent pas forcément toutes les ressources de leur territoire l'idée étant de créer un dispositif qui puisse répondre à leurs besoins au quotidien. L'idée d'un guichet unique pour les professionnels de santé libéraux euh voilà c'était la naissance des coordinateurs d'appui quoi ! » **PTAGO**

« [...] c'est vrai que d'emblée je me positionnai comme ça parce que j'étais toute seule au départ... les deux autres sont arrivés un an après, et en fait, j'ai gardé ça et je l'ai revendiqué en tout cas je me suis positionné comme ça. » **RSEDU**

La carrière

Les éléments de langage qui ressortent majoritairement dans les entretiens et que nous avons catégorisés dans le sous-thème de la carrière sont les suivants :

Le devenir du coordinateur

L'emploi de coordinateur est incertain dans la durée. Il est assujéti aux financements publics expérimentaux des dispositifs de coordination et/ou aux possibles restructurations des établissements.

« [...] et puis je pense qu'on a été bousculé par l'ARS c'est l'inconfort de notre statut de ne pas savoir si on va pouvoir travailler ... travailler tranquille, travailler d'une année sur l'autre ce qui nous bouscule aussi dans nos pratiques très fort je vais te dire c'est en 2010 qu'on nous a dit voilà 10 % en moins et voilà il va y avoir un licenciement on ne sait pas si on va continuer on n'a pas de contrat pas de convention signée on a arrêté de réfléchir. » **RSEDU**

Les effets des fermetures, regroupements et mutualisations des dispositifs expérimentaux (type réseau de santé) ou de structures de soins à domicile de taille moyenne (type SIAD).

« [...] Euh voilà donc le gros risque du poste d'IDEC, du métier d'IDEC c'est de se faire avaler par de grosses entités type mutuelles mutualité française avec leur plateforme de gestion et de management, d'ingénierie et ben les IDEC qui sont des pions quoi ! »
ICLAU

La carrière antérieure

Les acteurs interviewés mettent en avant leur carrière précédente à celle de coordinateur. Cet élément au regard des autorités de santé tutélaires des dispositifs apparaît comme un prérequis.

« [...]mais sur cette fonction de coordination là, la plupart du temps on choisit quand même assez naturellement des professionnels qui ont eu une vie antérieure santé et du coup on crée potentiellement des incarnations ou en tout cas des modes d'exercice de la coordination qui sont différents d'un secteur à l'autre. » **ARSKA**

Avoir des perspectives d'évolution

Le désir d'être formé pour être reconnu dans un métier à part entière est considéré comme une évolution de la carrière.

« [...] Alors mon projet professionnel c'était de m'installer sur le poste quelque temps et ensuite d'aller vers un master de coordination. Donc ça je me suis... je m'étais donné 2017-2018 euh ça sera peut-être un peu plus loin mais c'est vraiment le projet que j'ai... j'ai un besoin de voir ce qui se passe à l'extérieur et un besoin d'être légitime dans ce poste-là. » **ICGER**

« [...] Moi je vais glisser enfin pour le coup vers de vraies fonctions enfin... je vais être légitimé dans ma fonction de coordinateur peut-être dans 2 ou 3 mois donc on va rédiger une nouvelle fiche de poste claire quoi ! » **PTAGO**

Les impacts du métier de coordinateur sur la qualité de vie au travail

Les impacts que nous avons pu mettre en évidence dans les entretiens sont en lien principalement avec le flou du métier encore existant jusqu'en 2018 (35 % des entretiens tous acteurs confondus). La persistance du flou autour du métier de coordinateur marque les rapports avec les autres acteurs. Par ailleurs les acteurs interrogés soulignent le poids des tâches multiples qui impactent, selon eux, le sens et la valeur (reconnaissance) perçus d'un travail inabouti.

« La fonction de coordination c'est de passer une heure sur une même tâche et de passer du coq à l'âne et de rentrer le soir et de se dire « je n'ai rien fait aujourd'hui ». C'est horrible je n'ai rien fait ! ». Pour moi c'est ça effectivement quand on me demande justement après qu'elles sont tes missions ça me pose des difficultés il faut vraiment, vraiment, c'est compliqué alors quand vous me demandez mes compétences n'en parlons

*pas. Pour parler des compétences, les compétences que je peux développer il me faudrait en fait je pense qu'il me faudrait une personne de l'extérieur qui pourrait si qui serait peut-être plus à même de m'aider sur ce point-là » **EREVI***

On relève par ailleurs une charge mentale et une charge de travail (liées souvent à l'implication personnelle) pouvant conduire à un épuisement du coordinateur avec le sentiment d'isolement dans la fonction face à de nombreuses injonctions paradoxales liées à la nécessité d'être auprès des usagers et de mener concomitamment des tâches administratives, etc.

*« [...] Parce qu'elle (nous précisons :la cadre de santé responsable) sait que... elle sent que l'épuisement arrive et elle me rattrape en disant : « Là vous vous reposez ! je vous mets deux RTT vous vous posez quoi ! » **ICGER***

*« [...] par contre quelqu'un qui voudrait de la reconnaissance quelqu'un qui aime bien l'autorité, la hiérarchie, dire oh là moi je suis directeur voilà c'est pas pour lui euh... il faut une très très grande ouverture d'esprit plus que 180 degrés il faut quand même avoir un petit peu les épaules un petit peu costaud parce qu'au niveau pression c'est quand même assez lourd » **POLGE***

La complexité à répondre à l'ensemble des tâches peut conduire des coordinateurs à se replier vers le métier initial.

*« [...] Que ce soient des cadres, des assistants de recherche clinique, des infirmiers, des psychologues voire des médecins et face à la complexité du métier de coordination souvent c'est ce qu'on observe souvent le professionnel et quel que soit son profil se retrouve plutôt à faire ce pourquoi il a été formé et ce qui est son métier d'origine que de la fonction de coordination c'est le refuge c'est le refuge et du coup la fonction de coordination en fonction du background et de la formation du professionnel qu'il exerce à une incarnation qui peut être extrêmement différente d'un professionnel à l'autre ça on se rend bien compte. » **ARSKA***

Les conditions de travail

Au cours des items vus en amont, nous avons pu montrer des aspects relativement communs à l'échantillon des coordinateurs rencontrés et caractérisant leurs conditions de travail dans leurs principales composantes physique, psychologique, organisationnelle, sociale et environnementale (Tableau 42).

Tableau 42. Composantes des conditions de travail dans les entretiens

Composantes	Éléments caractéristiques	Verbatim
Physique	Une charge de travail souvent importante au regard du temps de travail imparti.	« Ouais quand ça tombe ça dépend du fonctionnement des astreintes mais les week-ends les astreintes du vendredi soir au lundi matin pour la petite histoire par exemple au mois de décembre moi j'ai été appelée

		<p>samedi pas là mais avant à 21h30 je suis rentrée dans la nuit de lundi de dimanche à lundi à deux heures du matin j'étais là tout le temps. Mercredi dernier j'étais toute seule ici je suis arrivée à huit heures je suis reparti le jeudi matin à 11 heures. » PRORO</p>
Psychologique	Une charge mentale élevée souvent liée au sentiment d'isolement pour résoudre les situations à coordonner.	<p>« Toujours ces tâtonnements ces retours en arrière, etc. en tout cas moi je dirais je dirais la solitude la solitude et puis débrouille-toi, débrouille-toi. ! » RSEDU</p>
Organisationnelle	Un espace pour innover, mais aussi de plus en plus procédurier	<p>« Je sais qu'on travaille de plus en plus avec des indicateurs voilà moi ce que je crois c'est qu'aujourd'hui on a des contrats qu'on doit respecter » AIUTE</p>
Sociale	L'accès au dialogue avec sa hiérarchie est variable selon le type d'organisation	<p><u>Au sein d'un hôpital :</u> « Je trouve que pour faire court et par simplification on manque d'un cadre humain quand on comme sur l'exemple sur lequel je reviens toujours ...mais c'est ce qui me vient là tout de suite avoir un référent cadre hiérarchique un encadrement quoi... Qu'on n'est pas tout à supporter ! » PRORO</p> <p><u>Dans un dispositif de coordination :</u> « à chaque fois que le coordonnateur était en difficulté la ligne hiérarchique remontait et au moment il y avait la légitimité du boss du big boss pour dire : « je vous rappelle que l'objectif il est là donc coordonnateur finalité objectif partagé c'est tout cet environnement-là qui fait la réussite ou l'échec. » » ARSKA</p>
Environnementale	Les conditions matérielles de réalisation du travail de coordination n'ont pas fait l'objet de commentaires particuliers dans les entretiens. Toutefois on peut faire mention de l'importance de plus en plus présente des moyens de communication (NTIC) améliore le travail de coordination sans dispenser du besoin ressenti par les professionnels de se rencontrer pour réfléchir ensemble.	<p>« [...] Quand même bon il y a des outils informatiques, des outils communicants mais c'est vrai que le fait il y ait un coordonnateur euh c'est vrai que dans certaines situations on le sait parce qu'on l'a déjà partagé c'est vrai que de mettre un petit peu tout le monde autour de lit si on peut dire je reprends une image pour réfléchir un petit peu au projet de vie d'un projet de soins de la personne c'est vrai que ça devient des temps nécessaires. » MGDEM</p>

Les pratiques de coordination sont corollaires du thème concernant le coordinateur et ses profils et sont moins identifiées en termes d'encodage au sein des entretiens (590 références sur un total de 2444 références soit 24 %). Le guide d'entretien orientait (par sa conception) les participants plus à la description de leur métier dans les sous-thèmes et divers attributs mis en évidence dans la section précédente qu'aux pratiques de coordination mises en œuvre.

Il nous semble important d'apporter de façon plus succincte des éléments de connaissance ressortant des entretiens et permettant au sens de Giddens d'apprécier les impacts de ces pratiques sur le coordinateur et dans ses différentes interactions. Quatre sous-thèmes conceptuels se sont dégagés des cycles d'encodage et de leur progressive agrégation :

- Le travail de coordination dont les finalités du travail de coordination ;
- L'éthique de la coordination ;
- Les mesures de performance et l'évaluation de la coordination.

Le thème apparaît chez tous les participants. La répartition selon les types d'acteurs montre un taux d'encodage plus important au sein des discours plus techniques de la catégorie « Experts » (30 %). Chez les professionnels pratiquant la coordination « au quotidien », et ce de façon implicite dans leurs activités le taux d'encodage de ces pratiques est de 27 % et de 22 % chez les coordinateurs en titre (dits « explicites »). Chez les dirigeants le taux d'encodage est de 19 %.

Chez ces trois dernières catégories, les taux d'encodage nous semblent relativement proches et démarquent d'une certaine homogénéité dans les descriptions où est associé le métier de coordinateur avec ses pratiques de coordination. Le taux plus élevé d'encodage du thème chez les experts peut être mis en relation avec les attentes de résultats des politiques publiques déployées ou les projections théoriques sur le coordinateur et les pratiques de coordination entre les différents acteurs (Figure 36 page suivante).

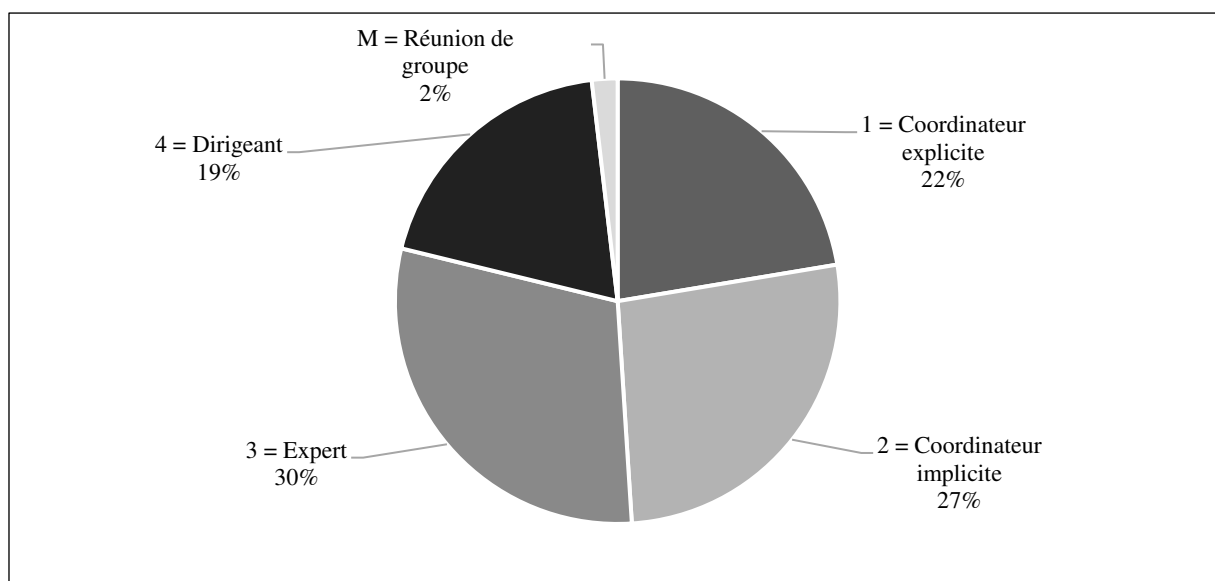


Figure 36. Encodage par type d'acteur dans la thématique "Coordination" (en %).

Le travail de coordination et ses finalités

L'item le plus fréquent est celui des résistances perçues ou observées par les acteurs. L'aspect chronophage pour les professionnels de santé et en particulier pour les médecins généralistes est fréquemment mis en avant comme un frein à la pratique même si les professionnels reconnaissent le bénéfice.

« [...] Après pour créer du lien entre des professionnels (Appel téléphonique) ça aussi le structurer parce que ce n'est pas facile je pense que des professionnels qui ont chacun leurs petits boulots, enfin leurs préoccupations et puis se réunir, ça sous-entend souvent préparer une réunion en amont euh et en aval faire un compte-rendu c'est ça qui est assez chronophage je trouve. » **MGRBE**

Les dysfonctionnements génèrent ou sont les conséquences de tensions qui peuvent déjà préexister au sein des professionnels et/ou entre les organisations. La coordination réalisée par les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) est parfois considérée comme une concurrence par certains professionnels, un empiètement à leur légitimité, une perte dans leur autonomie. Outre l'aspect chronophage de la pratique, les arguments opposés (relevés par les participants interviewés) sont la dispersion des informations pouvant altérer la relation du colloque singulier « patient-médecin », des possibles atteintes du secret médical, la « sur-coordination », la multiplicité des dispositifs, voire des pratiques de coordination hétérogènes entre chaque dispositif aboutissant selon les acteurs à une perte de qualité dans les soins. Enfin on note la valorisation financière des temps de coordination pour les professionnels de santé libéraux est évoquée non comme une résistance à la participation mais comme un facteur devant être mieux pris en compte par les pouvoirs publics et l'Assurance Maladie en particulier.

Les descriptions des pratiques « techniques » posent la question du « comment coordonner ? » et se retrouvent chez 77 % des participants (24 entretiens/31). Les compétences relationnelles vues dans la section (a. coordinateur/les compétences du professionnel coordinateur/) sont mobilisées. Elles viennent caractériser la qualité de la communication qui, in fine, fera aboutir ou non la coordination proposée.

« Et pour en avoir discuté avec les médecins traitants ils disent : “avec vous on veut bien signer des contrats de coordination parce que vous êtes souples et que vous comprenez nos problèmes d’éthique avec d’autres médecins co je ne signerai pas parce que c’est on nous impose des choses qui ne prennent pas en considération notre réalité d’exercice et ça, ce n’est pas possible !” MCOCR

L’éthique de la coordination

Elle est soulignée par seize participants au travers des valeurs professionnelles comme le respect entre professionnels. De façon plus spécifique, le point cardinal pour les acteurs coordinateurs est de veiller à ne pas se substituer aux professionnels intervenants directement auprès des usagers malades.

« Donc voilà c’est la posture des uns par rapport aux autres parce que là une expérimentation bas-normande elle est résolument en appui au médecin traitant donc il faut effectivement du coup bien intégrer ce réseau au médecin traitant. Il ne faut pas faire à la place de, il faut faire avec » ARSMI

Les mesures de performance et l’évaluation de la coordination

Coordination et coût des soins

Le lien entre la coordination et l’impact financier ou coût des soins est souligné majoritairement par les coordinateurs implicites (professionnels de santé libéraux) déjà fortement impliqués et sensibilisés à cette problématique par les tutelles de santé.

« Je pense qu’on sera aussi un gestionnaire de dépenses et ça je le pense aussi de plus en plus sur toute cette gabegie de médicaments de l’utilisation de choses qui n’ont pas lieu d’être c’est bon quoi ! Alors ça je pense qu’on est un facteur d’économie quoi ! mais quand notre travail est bien fait on est vraiment un facteur d’économie et ça il y en a qui ont commencé à le comprendre » ILIAL

Cet aspect financier est présent dans les structures du type SSIAD et peut avoir un impact sur la coordination voire créer un biais dans le processus d’admission des usagers patients (relation entre soins à coût élevé du fait de leur technicité et capacité de la structure à les assumer dans le cadre de forfait journalier).

« Mais nous on ne prend plus de cas financièrement trop élevés au niveau des soins infirmiers parce que budgétairement ça ne passe pas ! Avec les 32 euros grossièrement on arrive à passer deux gros soins lourds mais pas plus. Après ce n'est plus possible donc effectivement ça, ça a évolué. À la limite on prend plus de patients enfin plus de patients avec des soins infirmiers mais moins avec des soins lourds. Voilà on en a presque plus de perfusion intraveineuse tout ça alors qu'on les avait. » **ICLAU**

Le financement de la coordination est potentiellement dépendant de sa performance

Une illustration donnée par une tutelle préfigure l'évolution du financement de la coordination et, *in fine*, les structures et les postes de coordinateurs rattachés à ces dispositifs.

« [...] En même temps les caisses, je pense, c'est le corset national parce que quand on discute avec elles, elles en sont aussi assez conscientes il y a une négociation conventionnelle plein d'autres choses qui sont bien au-dessus... Après c'est vrai que si voulez c'est un peu pareil les coordonnateurs se situeront d'autant mieux que la fonction les actes seront aussi reconnus parce qu'aujourd'hui les médecins disent : « il faut qu'on dégage du chiffre d'affaires pour qu'on puisse rémunérer des coordinateurs » donc des actes c'est un cercle vicieux... Et après ça bouge un peu mais ça reste assez... c'est un peu à coup de lance-pierre qu'ils font évoluer les nomenclatures, il y a quelques actes qui commencent à être codifiés au niveau de la télémédecine mais c'est pareil ou protocole de rémunération après, je crois, aussi il faudrait vraiment un... il faudrait vraiment enfin y aller sur une filière quoi... y aller et dire et peut-être en tirer expérience là aussi mais modéliser sur un parcours public et puis alors c'est un peu les PAERPA pour le coup mais c'est vrai que c'est du financement public » **ARSMI**

Les mutations

Le thème des mutations est représenté par 345 références d'encodage dans vingt-sept entretiens, dont l'entretien de groupe.

Les groupes « Experts », « Dirigeants » au sein des entretiens individuels décrivent plus intensément les mutations externes et internes au secteur de la santé (Figure 37 page suivante).

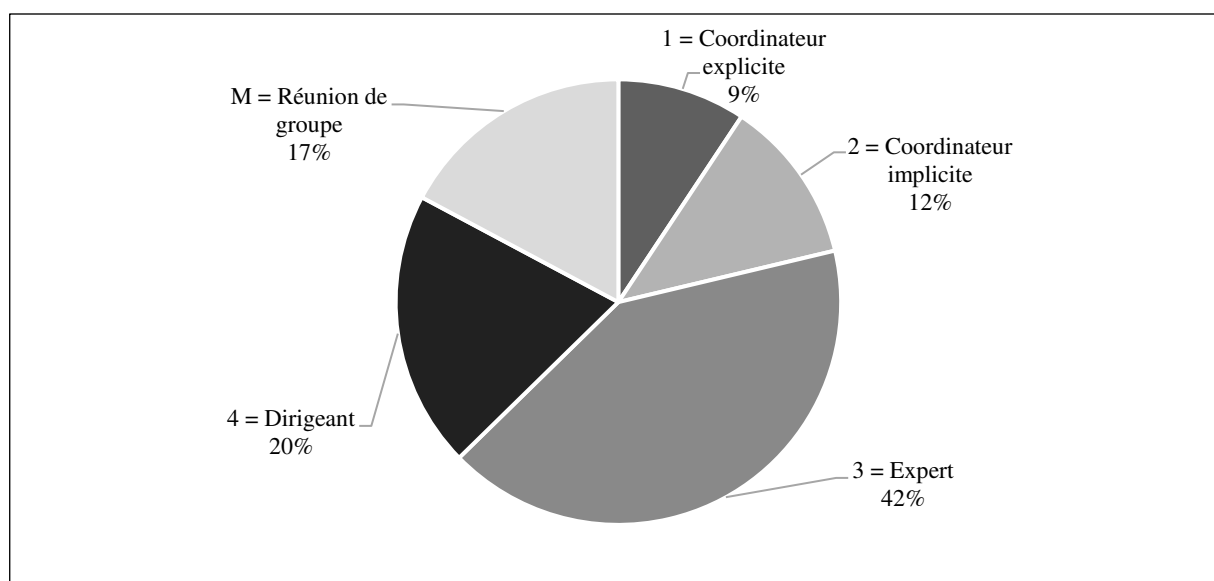


Figure 37. Encodage par type d'acteur dans la thématique "Mutations" (en %).

Au sein des entretiens il est difficile de réaliser une dichotomie des mutations externes et internes. Les acteurs les associent dans leurs discours pour les intégrer à leurs niveaux de réalité.

Sept sous-thèmes sont analysés par ordre d'importance (en nombre de références encodées dans la thématique) :

- Les nouveaux métiers, les nouvelles compétences (139 références/345 soit 40 %³⁷) ;
- L'évolution des organisations du soin (49/345 soit 14 %) ;
- Les changements de pratiques (45/345 soit 13 %) ;
- Les politiques de santé (36/345 soit 10 %) ;
- L'évolution du « Patient-Client-Expert » (33/345 soit 10 %) ;
- Les expérimentations (26/345 soit 8 %) ;
- L'environnement économique et ses contraintes (17/345 soit 5 %).

Les nouveaux métiers, les nouvelles compétences

Neuf des acteurs interviewés, dont quatre médecins (deux seniors et deux jeunes praticiens généralistes avec moins d'une année dans l'exercice libéral). Les métiers traditionnels connaissent de profonds changements et, en particulier celui du médecin. Ces changements touchent plusieurs niveaux dont la conception de l'exercice par les plus jeunes générations de médecins plus préparés au travail en pluridisciplinarité, la recherche d'une qualité de vie préservée.

³⁷ Les pourcentages sont arrondis à l'unité

*« Je sais par contre que la jeune génération ils veulent un pôle enfin ils veulent des cabinets de groupe, des pôles de santé c'est quelque chose qui souvent ressort alors est-ce c'est que pour l'échange ou aussi pour la facilité d'installation et éventuellement pour la vie justement comme je le disais d'avoir une vie à côté de pouvoir prendre des jours parce qu'on sait qu'il y a les collègues ça voilà je ne pourrai pas m'avancer là-dessus mais je sais que c'est un souhait maintenant de notre part de voilà... il y a des médecins encore ils ont une garde par semaine en campagne ils sont au téléphone la nuit régulièrement c'est plus vraiment le cas en ville en tout cas notre cas donc c'est vrai que s'il y avait un coordinateur de soins je pense qu'il y aurait voilà la nouvelle génération serait plus à même à partager » **MGRBE***

L'émergence du coordinateur dans les activités de soins (dont la coordination *ad hoc*) des professionnels de santé « traditionnels » dans le contexte d'une pression normative plus élevée et d'une complexité des accompagnements confronte ces derniers à la réflexion sur de possibles mais contraints remodelages des champs de compétences conduisant à la création de nouveaux métiers. Cette émergence peut être alors qualifiée de relative.

*« Je ne vois pas d'obstacle ordinal à la mise en place de nouveaux métiers parce que finalement c'est ça c'est la mise en place de nouveaux métiers enfin c'est pas la mise en place de nouveaux métiers c'est la définition de nouveaux métiers je pense que c'est plutôt c'était des métiers qui existaient et puis comme toujours c'est une génération spontanée ça arrive puis on dit bon il faudrait peut-être organiser un petit peu les choses. » **MGDEM***

L'évolution des organisations de soins

Les organisations de santé traditionnelles et leurs acteurs développent des stratégies (création de groupement³⁸, processus de mutualisation de moyens et/ou de compétences et de coopération) souvent moins choisies que contraintes pour s'adapter à la réorganisation globale du système de santé et en particulier, afin d'intégrer les nouvelles pratiques (dont la coordination avec les parties prenantes extérieures) autour des parcours de soins.

*« [...] Aujourd'hui, toutes ces fonctions-là ça n'a pas de sens parce qu'effectivement aujourd'hui, avant à une certaine époque si vous voulez le soin c'était l'hôpital c'était quand même le lieu du soin c'était l'hôpital aujourd'hui l'hôpital c'est un passage. Ce n'est plus du tout pareil donc vous ne pouvez pas envisager un passage sans imaginer l'avant et l'après donc effectivement aujourd'hui et encore je pense de façon importante on souffre d'un déficit de prise en compte d'un avant, d'un pendant et d'un après et les liens qu'il faut savoir tisser créer préserver renforcer entre trois segments qui peuvent ne pas se rencontrer ! » **AIUTE***

³⁸ Par exemple : Groupement de coopération sanitaire (GCS) et plus récemment création des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Les changements de pratiques

Les changements de pratiques sont suscités selon les experts participants par l'évolution des besoins d'information des usagers. Ces changements de pratiques sont concomitamment accrus par le phénomène des délégations de compétences amenant subséquemment de nouveaux acteurs dans la relation « soignant-soigné ». Face à cette nouvelle problématique les acteurs professionnels les plus anciens se sentent assez peu préparés et soulignent leurs besoins de formation, sinon que de savoir comment se partageraient les responsabilités.

*« Donc bon avant c'était par rapport à des réseaux locaux qu'on se constituait maintenant tout ça a un peu tendance à s'organiser donc je veux dire c'est une évolution je dirais naturelle un peu... le médecin tout seul dans son coin qui gère un petit peu tout c'était quelque chose qui n'est plus possible, qui ne répond pas d'une part à la demande du patient et puis à l'évolution vers l'évolution de la nécessaire information là je dirais on est de plus en plus dans un partenariat que dans une relation de délivrance de soignant à soigné, de connaissant à ignorant donc il y a quand même un dialogue qui s'établit dans le colloque singulier qui tend à une espèce d'équilibration dans tous les domaines tant dans le domaine de la connaissance de plus en plus partagée c'est une bonne chose que dans le domaine de la responsabilité donc là c'est vrai qu'ils sont... et puis du, comment dire, des possibilités d'intervention de recours des patients et ben ça je veux dire c'est quelque chose... » **MGDEM***

La valorisation financière de ces nouvelles pratiques modifiant les exercices de la médecine libérale et des professionnels de santé libéraux paramédicaux est un des facteurs-clés devant être pris en compte dans les négociations et conditionne dans une certaine mesure leur intégration.

Les politiques de santé

Les acteurs dirigeants en particulier, font part des difficultés à la mise en œuvre des politiques de santé à leur échelon tout en ressentant l'importance de maintenir leurs organisations ou des dispositifs dont ils sont responsables en phase avec les parties prenantes (p. ex. acteurs libéraux) et, en même temps, dans l'actualité de cet environnement législatif évoluant à un rythme rapide.

*« Je pense que l'ambition qu'on voit dans les textes nationaux ou même la politique régionale elle est bonne, je pense que l'ambition elle est bonne sauf qu'on ne nous dit pas comment faire, et c'est ça qui m'inquiète beaucoup. C'est que l'objectif est très bon, mais comment on va atteindre cet objectif-là et là moi sincèrement je vois pas, je vois pas en dehors de ce que je viens de vous dire, c'est-à-dire veiller déjà à ce que les acteurs soient représentés, soient fédérés le mieux possible, à la qualité des relations qu'on va pouvoir mettre entre les uns et les autres et ensuite on part sur des projets qui vont nous amener peut-être à changer certaines de nos... mais si on prend pas ces étapes-là, bah j'vois pas. Sincèrement là moi je me sens, si on ne respecte pas ces étapes-là, voilà si on nous dit voilà le parcours de santé on l'affichera, on affichera des choses, mais pour moi, je ne vois absolument pas comment ça pourra se passer quoi. » **GCBGA***

L'évolution du « Patient-Client-Expert »

Les participants (en priorité les professionnels de santé libéraux) font le constat d'une évolution encore hétérogène, cependant réelle du patient qui devient acteur de sa santé ou qui va le devenir au travers des processus d'éducation thérapeutique.

*« Alors le nouveau patient d'abord il connaît, il sait. Il sait ce qu'il a. Il veut savoir si on a quelque chose à lui proposer mais il va falloir qu'il le maîtrise lui-même parce que ça va durer longtemps. Sa pathologie va devenir chronique, je pense au cancer par exemple où il va falloir qu'il sache comment on prend ses médicaments, comment on gère les effets secondaires, comment on peut les éviter ? Euh à quels moments il va falloir qu'il alerte, il va falloir qu'il sache faire le lien entre ses professionnels de santé parce que c'est lui qui va le faire, je pense, ce n'est pas le contraire, je pense que c'est vraiment le patient qui.... On parle bien de patient-expert ce n'est pas pour rien ! Je pense même qu'on a été trop loin dans ce domaine » **ILIDE***

L'expérimentation par dispositifs, témoin d'un processus de changement actif

Les dispositifs expérimentaux témoignent pour les participants d'un système de santé toujours en recherche de solutions performantes et stabilisées. Les acteurs de terrain perçoivent ces dispositifs avec circonspection étant donné leur cycle de vie de quelques années. Ils font part de leur investissement à travailler avec ces dispositifs, à confier des accompagnements puis de constater leur disparition ou mutation.

*« Cela fait partie de ces grands mouvements de va-et-vient... de temps en temps on est sur le vertical de temps en temps on est sur l'horizontal [...] c'est dans cette réinterpellation permanente et d'adaptation permanente que se trouve la solution et c'est sans doute au-delà de l'oscillation c'est ce qui est recherché au travers de cette oscillation-là si on passe entre guillemets d'une logique institutionnelle ou de grands phénomènes de va-et-vient comme ça c'est qu'on a du mal avec cette oscillation permanente donc on va d'un dispositif à un autre ça donne des à-coups d'un côté et de l'autre parce que l'on n'arrive pas à avoir un mouvement que je qualifierai de dynamique une cinétique lente, d'adaptation permanente. Donc on a des à-coups et puis c'est très français et quand le régime ne va pas on fait la révolution on casse tout et on remet tout en cause. » **ARSKA***

L'environnement économique et ses contraintes

Cet élément revient assez peu dans les discours des participants. On note qu'il est souligné comme un des facteurs ou causes du changement des comportements vis-à-vis de la consommation de soins.

*« Moi je pense que le vrai driver de tout ce qui est en train de se passer c'est la contrainte économique à partir du moment où on imagine de vivre sans contrainte économique c'est sûr que les gens pourraient rester à l'hôpital aussi longtemps qu'ils le souhaiteraient et donc par voie de conséquence être traités avec tous les produits les plus novateurs et les plus chers qui existent sans aucune limitation et là on vivrait un autre monde. » **AAPIT***

Les variables de l'environnement de travail du coordinateur

Au sein des interviews trois dernières thématiques ont été créées : les organisations de soins et les dispositifs de coordination ; les parcours de soins et les territoires et espaces de coordination.

Leurs prévalences en termes d'encodage dans l'ensemble de toutes les thématiques sont plus faibles (6,75 % pour les organisations de soins et dispositifs de coordination, 5,77 % pour la thématique des parcours de soins et 2,45 % pour les territoires et espaces de coordination). Dans notre recherche nous considérons que ces trois thématiques sont liées. Elles constituent des éléments-clés communs aux différents environnements (Territoires et espaces de coordination) de travail. Le profil type du coordinateur recruté est dépendant de l'environnement (espace, territoire).

Les organisations de soins et les dispositifs de coordination

La référence à cette thématique est présente de façon homogène chez tous les groupes d'acteurs interrogés. On retrouve la thématique dans 29 des 31 entretiens (dont l'entretien de groupe). Les professionnels interviewés établissent des relations entre les types de coordination pratiquée (coordinateurs explicites) ou modélisée (quand il s'agit de dirigeants ou d'experts) et les différentes problématiques liées à leur organisation d'appartenance ou pensée (pour les experts) (Figure 38).

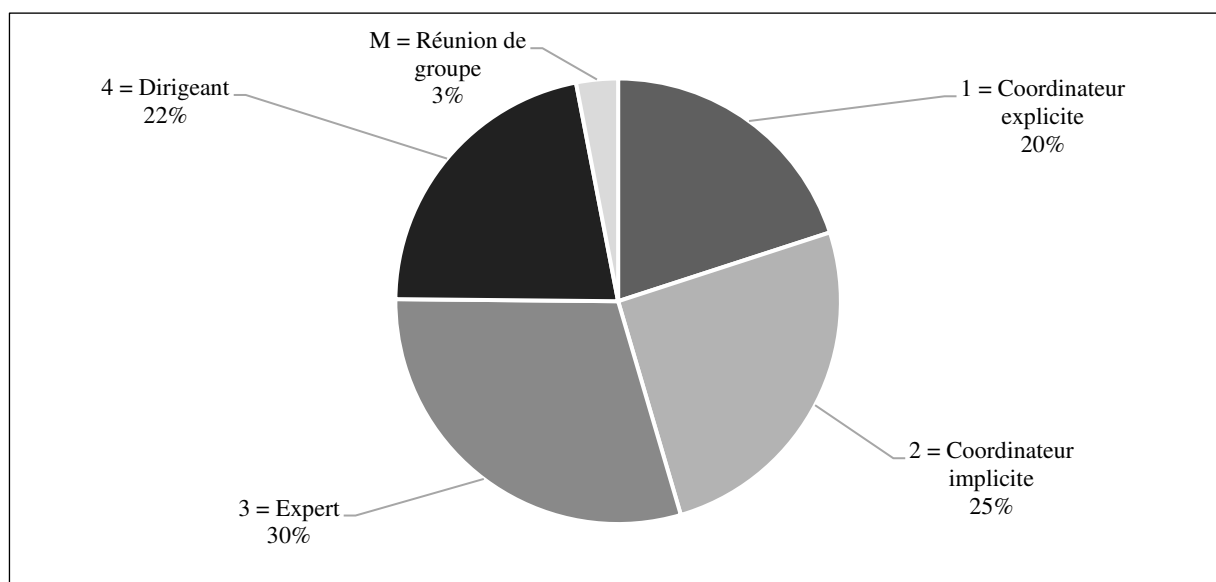


Figure 38. Encodage par type d'acteur dans la thématique « Organisations et dispositifs » (en %).

Les problématiques rattachées directement aux organisations de soins englobent principalement les tensions existantes ou ressenties dues à la mauvaise qualité des rapports professionnels

(respect mutuel) et aux défauts de communication entre les acteurs travaillant en établissement de santé ou médico-social et les professionnels de santé libéraux.

Les problématiques concernant les dispositifs de coordination sont surtout signifiées par le monde libéral et les experts, à savoir la création de multiples dispositifs qualifiés aboutissant à un effet dit de « mille-feuilles » par les professionnels de santé et l'aspect « éphémère » de ces dispositifs. Les libéraux notent leur difficulté à s'investir dans les formes de coordination proposées par ces dispositifs (p. ex., perte d'informations, perte du rôle de coordinateur du médecin généraliste) et s'attendent à une convergence de ces différents dispositifs sinon que de pouvoir disposer de moyens de coordination localisés sur leur territoire (p.ex. au sein des maisons de santé pluriprofessionnelle et des communautés professionnelles territoriales de santé).

Les parcours de soins

Le concept de « Parcours de soins » est à la fois une des mutations internes du système de santé et est aussi intégré comme une pratique de conduite de projet par la majorité des participants (22/31) dans les entretiens. Nous notons qu'au sein de l'entretien de groupe où étaient présents des professionnels dirigeants de structures sociales et du médico-social dans le secteur de l'enfance en situation de handicap, cette pratique accompagne des changements notables dans le management des structures (substitution des cadres mono-site par des coordinateurs intervenants sur plusieurs sites) (Figure 39).

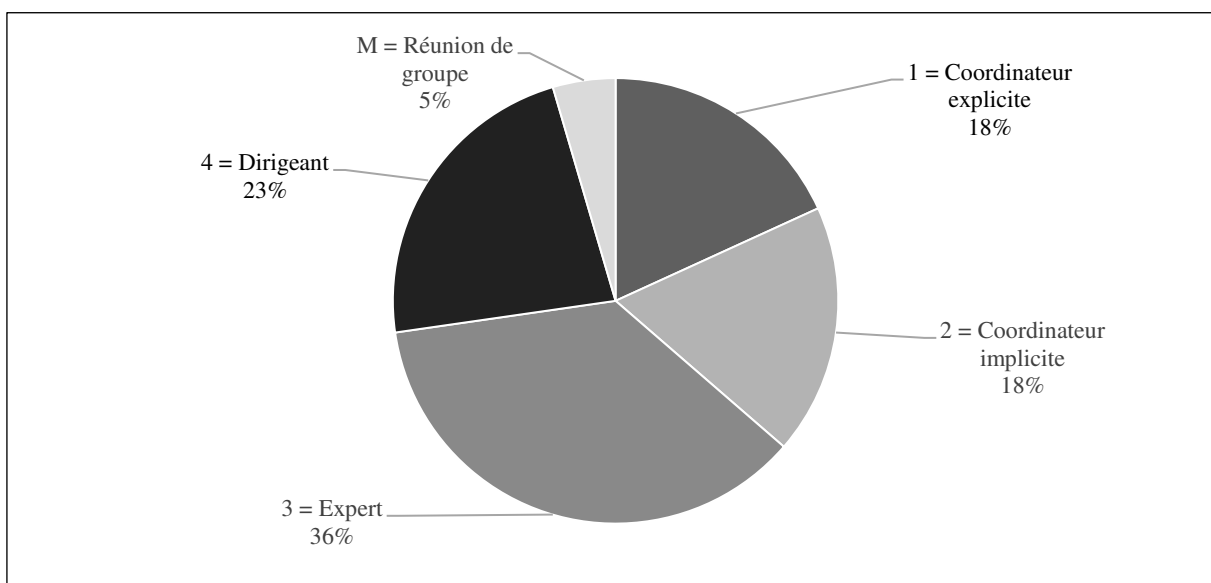


Figure 39. Encodage par type d'acteur dans la thématique "Parcours de soins" (en %).

Les problématiques liées à la thématique par les participants sont la complexité avec les caractéristiques propres à la complexité : la constatation empirique faite par les acteurs des cloisonnements internes aux organisations, inter organisationnels ainsi que, et de façon plus globale entre les différents champs du sanitaire, du social et du médico-social.

Les acteurs évoquent pour sept d’entre eux le virage ambulatoire. Cette notion est présente dans les discours des infirmiers libéraux, des services de soins à domicile (dont SIAD et HAD). Cette orientation législative a modifié notablement les pratiques soignantes et les accompagnements au domicile. De même elle a profondément réorganisé les processus du soin dans le milieu hospitalier avec des conséquences sur sa continuité au domicile et la chaîne d’acteurs concernés.

La notion de rupture de parcours est soulignée tant comme une justification à la nécessité de coordonner ces parcours que comme pouvant être paradoxalement être une des conséquences d’un « trop de coordination » avec la multiplicité des dispositifs en cours.

Les territoires et les espaces de coordination

Ce dernier sous-thème est présent dans vingt sources. Il apparaît de façon plus prépondérante dans les discours des experts (55 %) puis des dirigeants (23 %). Le concept de territoire et des espaces de coordination au terme de notre période exploratoire (2018) étaient encore à l’état de prémisses chez les acteurs de terrain (en particulier chez les professionnels libéraux) (Figure 40).

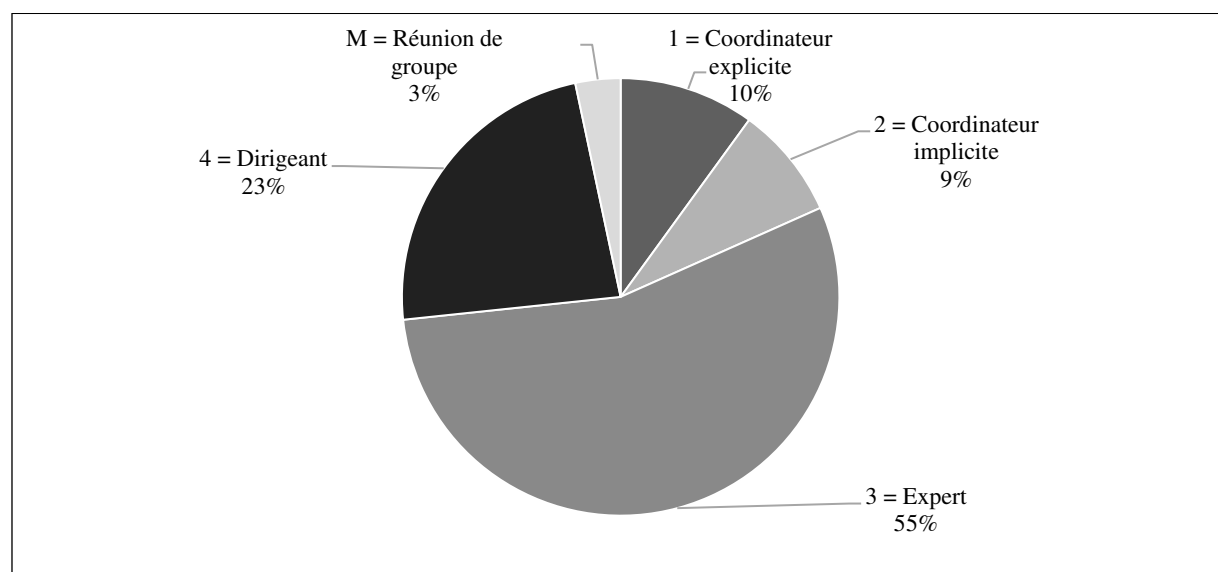


Figure 40. Encodage par type d’acteur dans la thématique « Territoires et espaces de coordination » (en %).

Chez les coordinateurs travaillant au sein des dispositifs de coordination l'ensemble des réflexions jusqu'en 2018 portait sur les problématiques de couverture géographique de leur dispositif. Le rayon d'action du dispositif passe souvent du niveau départemental à un niveau infra ou régional. L'injonction à ce type de développement de la part des autorités de tutelle est souvent accompagnée de moyens financiers et humains supplémentaires. Cette stratégie permet de préciser les projets en leur donnant une vocation plus institutionnelle et en adéquation avec les objectifs du projet régional de santé.

Synthèse analyse des entretiens

Les six thématiques suivantes sont ressorties du second cycle d'encodage. Par ordre d'importance³⁹ (Figure 41 page suivante) :

- a. Le coordinateur : l'émergence de profils d'acteur différents avec des caractéristiques et des préoccupations communes ;
- b. La coordination et les multiples aspects du travail dont les pratiques relationnelles et techniques nécessaires pour coordonner ;
- c. Les mutations : Un environnement à la fois émulateur et anxiogène ;
- d. Les organisations de soins et les dispositifs de coordination. La coordination, une histoire de communication dans et entre les organisations ;
- e. Le parcours, ou la dépendance idéologique de la coordination au concept de parcours (dans les politiques publiques) ;
- f. Territoires et espaces de coordination : Les pratiques de coordination sont contingentées.

Nous nous sommes attachés pour la présentation de notre analyse à détailler la thématique du coordinateur et afin de rester en cohérence avec la méthode PM nous présentons les mutations et les composantes constitutives de l'environnement du coordinateur, à savoir : les organisations de soins et les dispositifs de coordination, les différents parcours de soins et enfin les territoires ou espaces de coordination identifiés dans les entretiens.

³⁹ Nombre de références encodées dans les 30 entretiens individuels ainsi qu'au sein de l'entretien de groupe

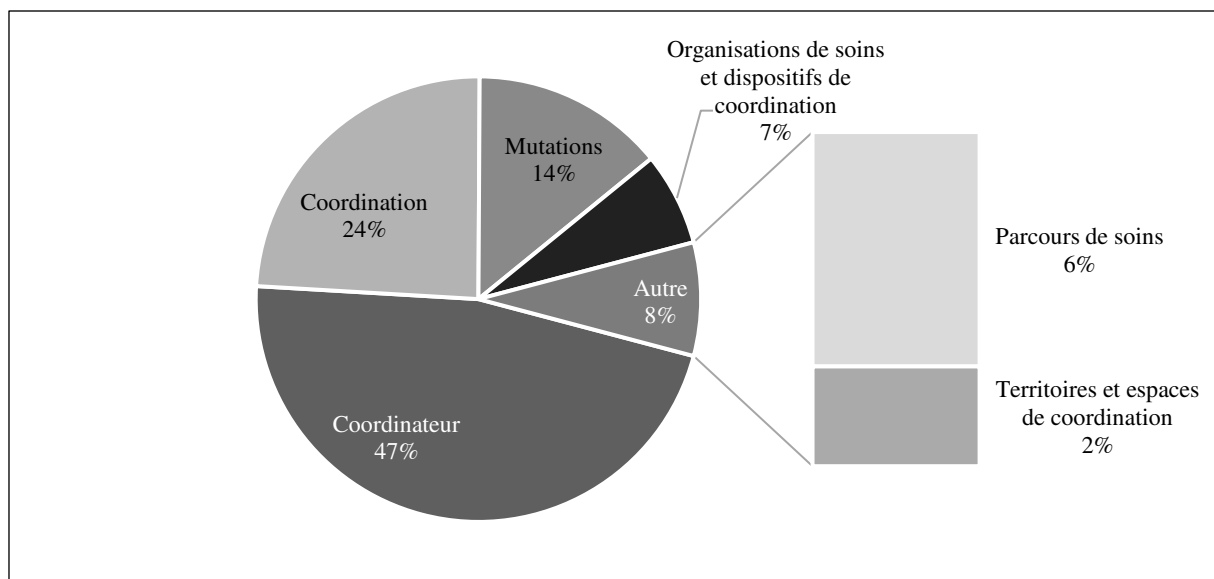


Figure 41. Représentation des thématiques principales (Nœuds parents) dans les entretiens (en %).

5.2.2. Analyse des pratiques du travail institutionnel dans les discours

Dans cette section nous rappelons les éléments de définition du travail institutionnel comme cadre d'analyse puis nous présentons notre lecture et notre analyse des entretiens réalisés au moyen de ces définitions vues dans la section 3.1.2 portant sur notre présentation du travail institutionnel (p. 94 - 96).

Définition du cadre d'analyse

Lawrence et Suddaby (2006) proposent dans leur recherche fondatrice sur le concept du travail institutionnel plusieurs outils pour opérationnaliser une étude du travail institutionnel. Ils montrent l'intérêt et la richesse de l'analyse du discours dans la rhétorique, la forme narrative dans les discours ou même simplement le dialogue. D'autres possibilités de compréhension du travail institutionnel sont possibles telles que la théorie de l'acteur-réseau (Callon, 1986 ; Latour, 1987) ou la sémiotique (Cobley, Jansz & Appignanesi, 2012). Dans le cadre de notre recherche nous nous sommes référés à une étude des discours et de la rhétorique employée. Nous avons pratiqué en conséquence une analyse des entretiens en utilisant la grille des définitions des formes de travail institutionnel. Le processus de théorisation est une des formes appartenant au travail institutionnel de création (Lawrence & Suddaby, 2006). Elle fait état de la dynamique de transition ou d'évolution d'une pratique créée pour être adoptée et donc acquérir un état stabilisé dans l'institution. C'est pourquoi nous avons utilisé les définitions liées aux formes du travail institutionnel de maintien. Le travail institutionnel dit « *disruptif* » n'a pas été retenu pour notre analyse.

5.2.2. Analyse des pratiques institutionnelles dans les entretiens

Travail institutionnel de création dans les entretiens

La figure suivante représente le graphique en barres groupées des neuf formes de travail institutionnel de création dans les entretiens réalisés (Figure 42).

La construction d'identité est la thématique la plus présente au sein des entretiens chez les coordinateurs explicites. On remarque une présence plutôt homogène des autres formes de travail institutionnel de création dans les quatre groupes de professionnels interrogés. Le développement d'un argumentaire sur les droits de propriété est encore peu apparent chez les coordinateurs explicites dans notre échantillon. Cette thématique est relevée chez les dirigeants employeurs des coordinateurs explicites montrant leur intérêt pour la reconnaissance institutionnelle de ces métiers émergents de la coordination.

Le processus de théorisation dans notre analyse des discours n'est pas dominant quantitativement par rapport aux autres formes. Il est plus présent chez les coordinateurs explicites.

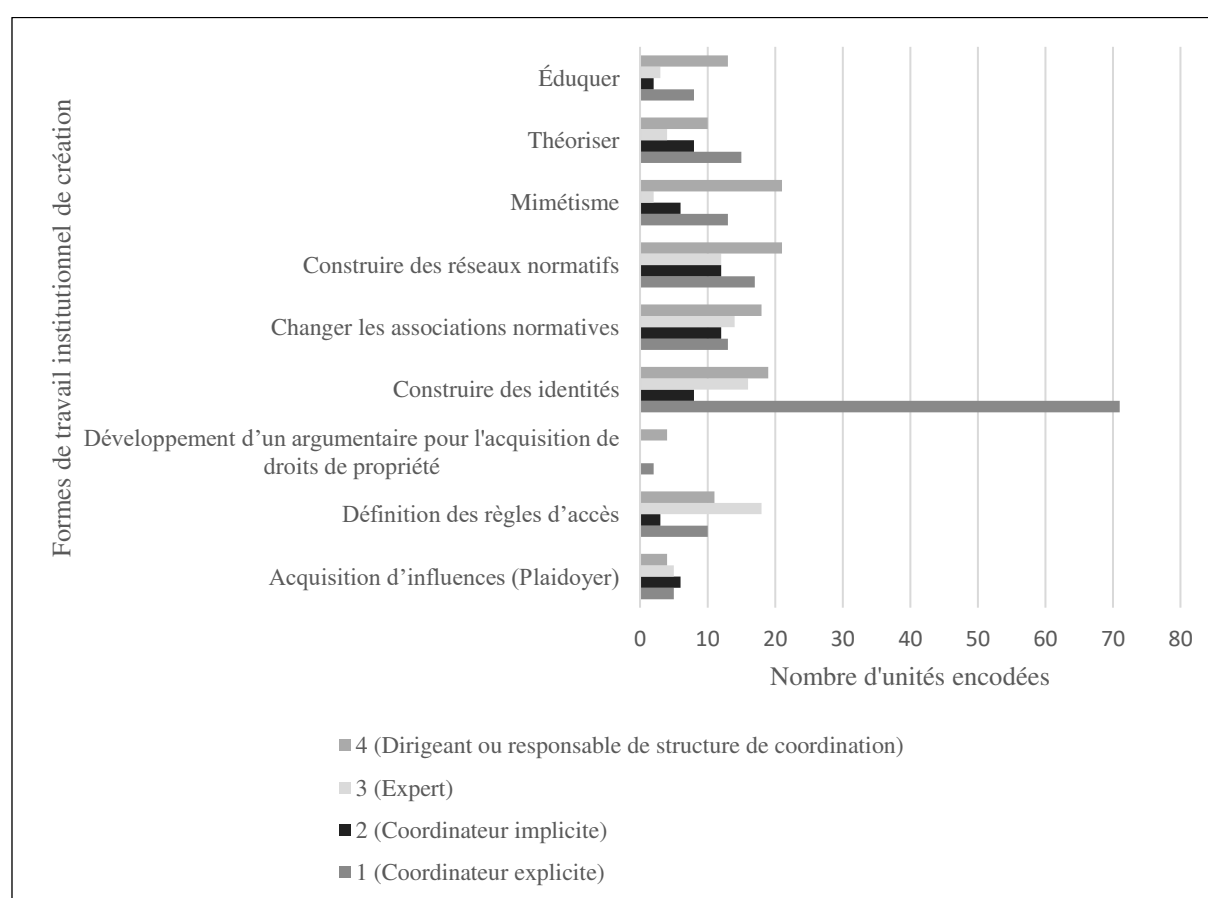


Figure 42. Incidence des neuf formes de travail institutionnel de création dans les entretiens.

La classification ascendante hiérarchique par regroupement des formes de travail institutionnel de création selon la similarité de mot dans l'ensemble des discours permet d'observer une proximité cognitive entre le processus de théorisation, la recherche d'associations des pratiques nouvelles de coordination aux valeurs et à la culture du soin ainsi qu'à la recherche active de construction de réseaux dans le travail de coordination (Figure 43).

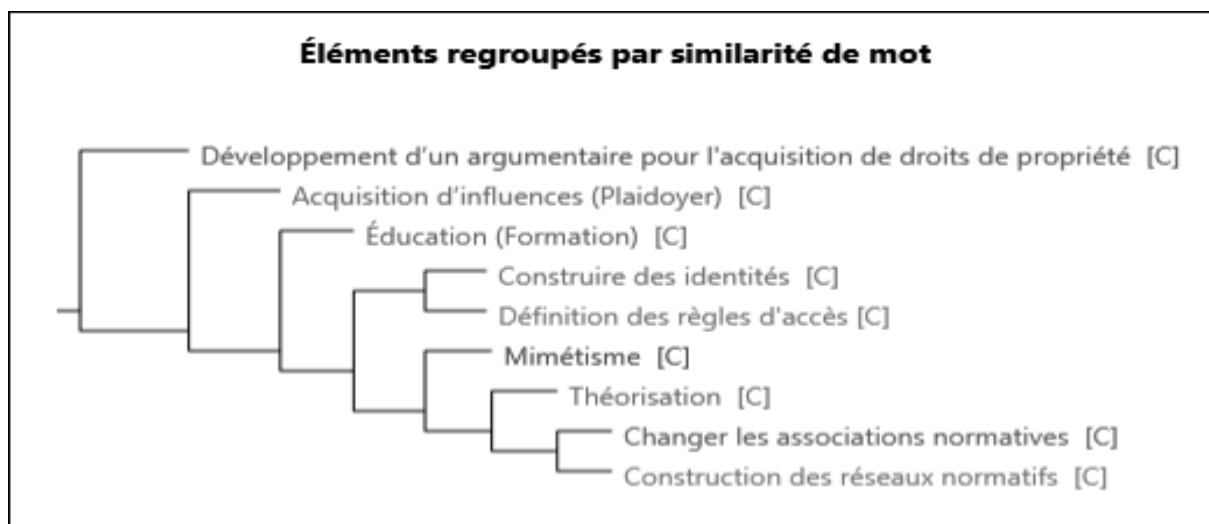


Figure 43. Classification hiérarchique ascendante des formes de travail institutionnel de création.

Travail institutionnel de maintien dans les entretiens

La figure suivante représente le graphique en barres groupées des six formes de travail institutionnel de maintien dans les entretiens réalisés (Figure 44 page suivante).

Les professionnels ont été regroupés selon qu'ils étaient coordinateurs (de façon explicite ou implicite) ou faisant partie des experts ou dirigeants de structure de coordination.

Le travail institutionnel de maintien apparaît de façon moins importante dans les discours réalisés. Les pratiques de valorisation ou de « diabolisation » sont le plus souvent mentionnées négativement dans les discours et doivent être mises en rapport avec les barrières ou frontières institutionnelles mises en place face aux innovations institutionnelles (dissuader et permettre).

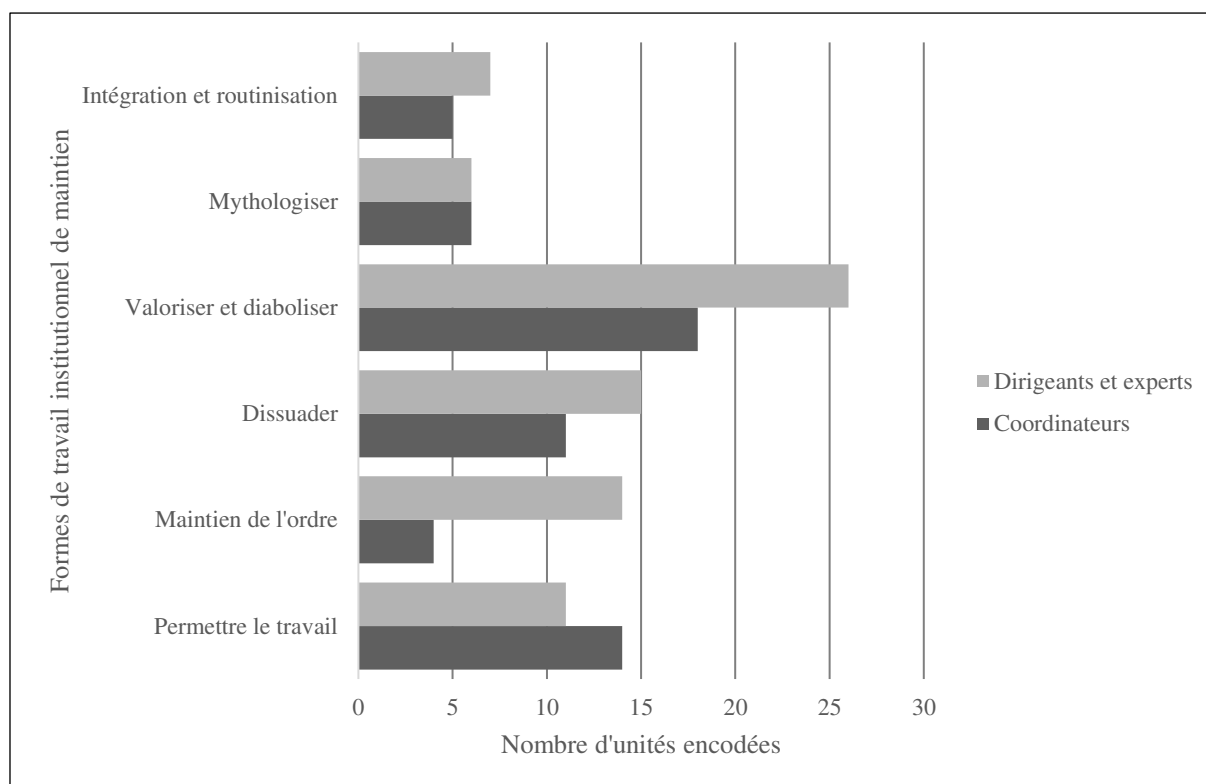


Figure 44. Incidence des six formes de travail institutionnel de maintien dans les entretiens.

Synthèse

Nous avons procédé à une dernière classification ascendante hiérarchique par regroupement des formes de travail institutionnel de création et de maintien (Figure 45 page suivante). L'objectif était d'observer les proximités entre les différentes formes selon la similarité de mot dans l'ensemble des discours.

Le processus de conceptualisation ou théorisation des pratiques émergentes de coordination et des rôles de coordinateurs dans notre échantillon n'est pas mentalement associé aux éléments de barrières caractéristiques au maintien institutionnel. La construction des identités est proche dans les discours des caractéristiques de dissuasion (définition des règles d'accès) et des ressentis plutôt négatifs dans la valorisation ou la diabolisation des pratiques de coordination et/ou du rôle des coordinateurs.

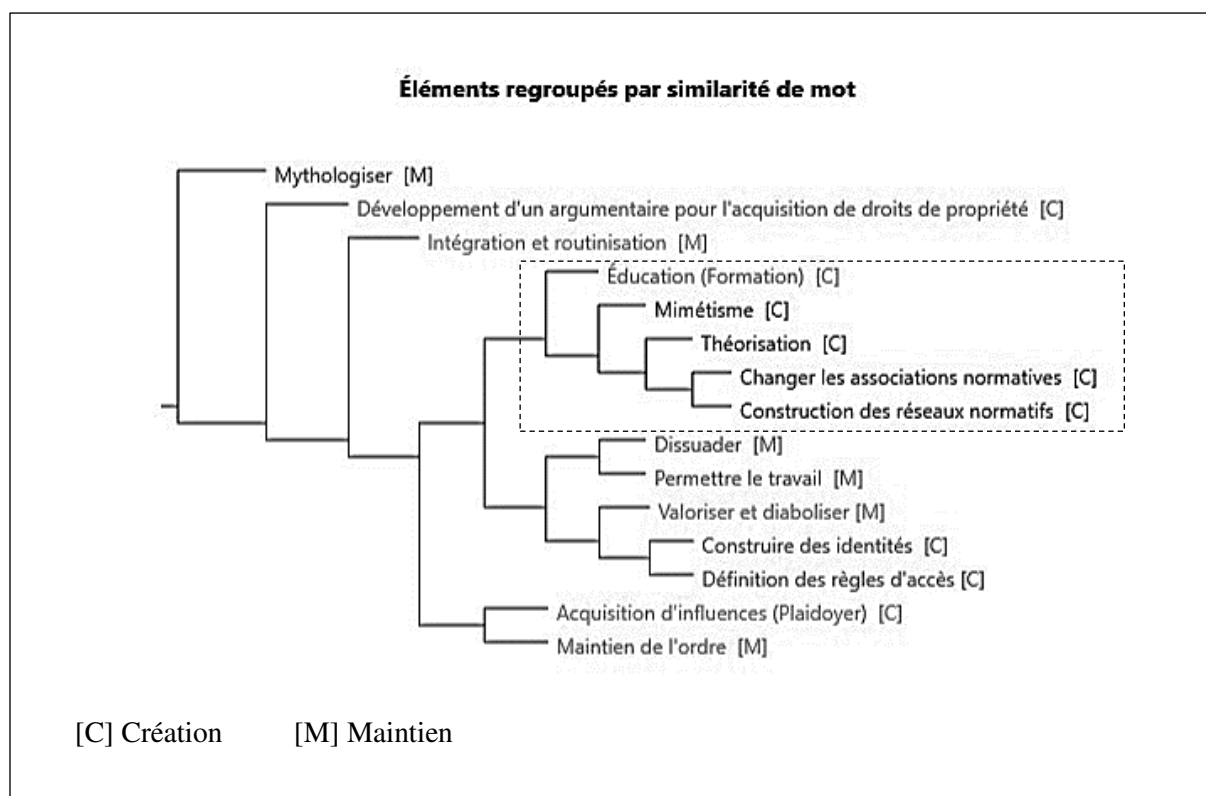


Figure 45. Dendrogramme des formes de création et de maintien dans les entretiens.

5.2.3. Analyse comparée des enquêtes

Dans cette section nous présentons dans la première sous-section les caractéristiques démographiques ainsi que les professions, les territoires et milieux d'exercice des participants. Un focus est réalisé dans cette sous-section sur les participants qui se sont déclarés comme étant des coordinateurs en fonction. Dans la seconde section chaque thème du questionnaire est analysé par comparaison des résultats (fréquences brutes et/ou pourcentage) suivie d'une interprétation.

Les trois dernières questions dans l'enquête (Questions 58, 59 et 60) ont été exclues de l'analyse comparée étant donné la présence d'artefacts dans la seconde enquête (11/12) et de la faiblesse des effectifs qui auraient dû être retenus théoriquement (trois libéraux dans la première enquête et un seul dans la seconde).

Données sur les participants

Caractéristiques démographiques (sexe et âge) Dans l'enquête auprès des experts, l'effectif (n = 23) est constitué par treize femmes (57 %) et dix hommes (43 %) (Figure 46). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 46 à 60 ans (60,87 %) puis suit la tranche des 25-45 ans (25,09 %) et la tranche des plus de 60 ans (13,04 %) (Figure 47).

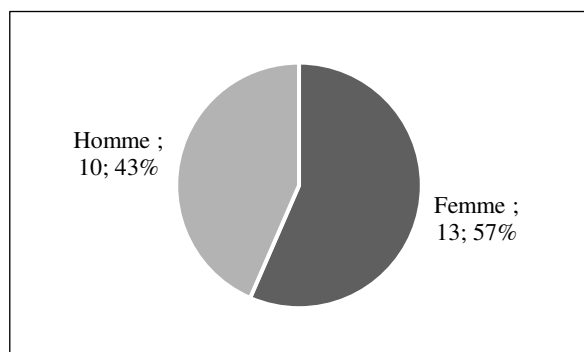


Figure 46. Répartition femmes/hommes — Questionnaire Experts.

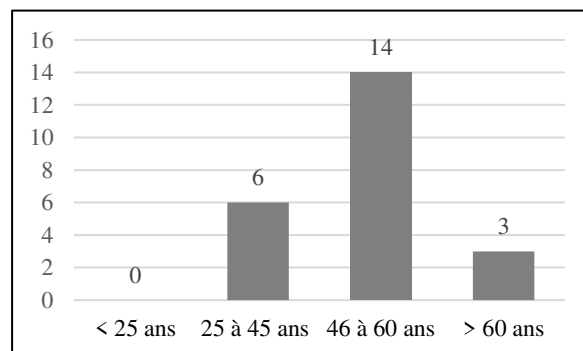


Figure 47. Tranches d'âge — Questionnaire Experts.

Dans l'enquête en extension, l'effectif (n = 68) est constitué par cinquante-quatre femmes (79 %) et quatorze hommes (21%) (Figure 48). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 25 à 45 ans (67,65 %) puis, suivent la tranche des 46 à 60 ans (29,41 %) et enfin la tranche des plus de 60 ans (2,94 %) (Figure 49).

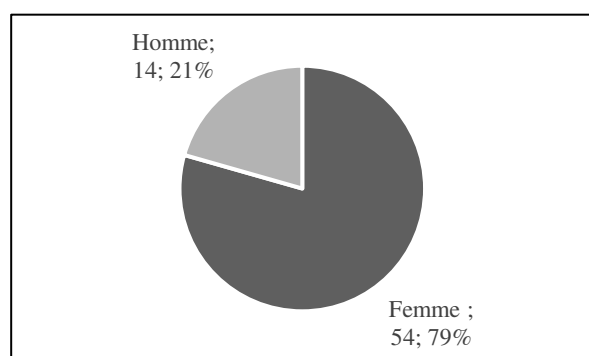


Figure 49. Répartitions femmes/hommes – Questionnaire extension.

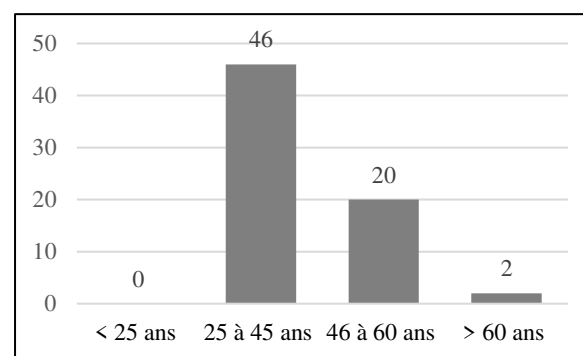


Figure 48. Tranche d'âge - Questionnaire extension.

Professions représentées

Enquête Experts

Les professions de santé sont les plus représentées (n = 16 ; 69,56 %) dans l'effectif. Parmi celles-ci, ce sont les infirmiers qui ont majoritairement répondu à l'enquête, ce qui reste cohérent avec la population des infirmiers vus en entretiens individuels et travaillant en exercice libéral ou étant coordinateurs en établissement ou au sein d'un dispositif d'appui à la coordination (Figure 50).

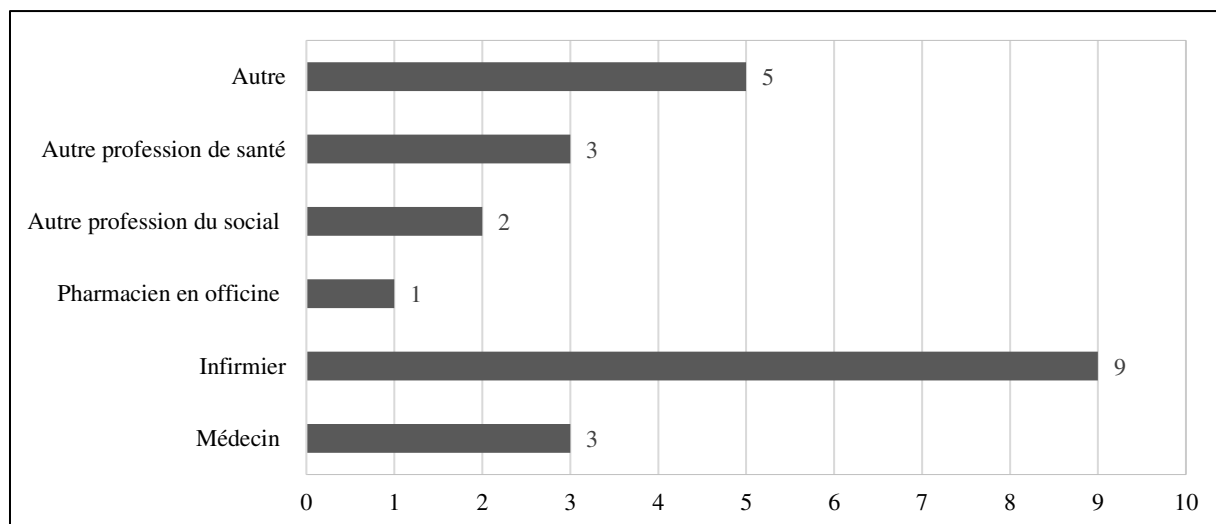


Figure 50. Professions au sein de l'enquête Experts.

Enquête en extension

Les professions de santé (n = 27) représentent 39,70 % de l'effectif total des répondants. Les professions du social (travailleurs sociaux) ont un effectif cumulé de 13,23 %. L'enquête semble avoir trouvé un intérêt plus marqué (n = 31 ; 48,53 %) auprès des autres professionnels non catalogués dans ces deux précédentes catégories. La figure 51 montre la participation de chaque profession.

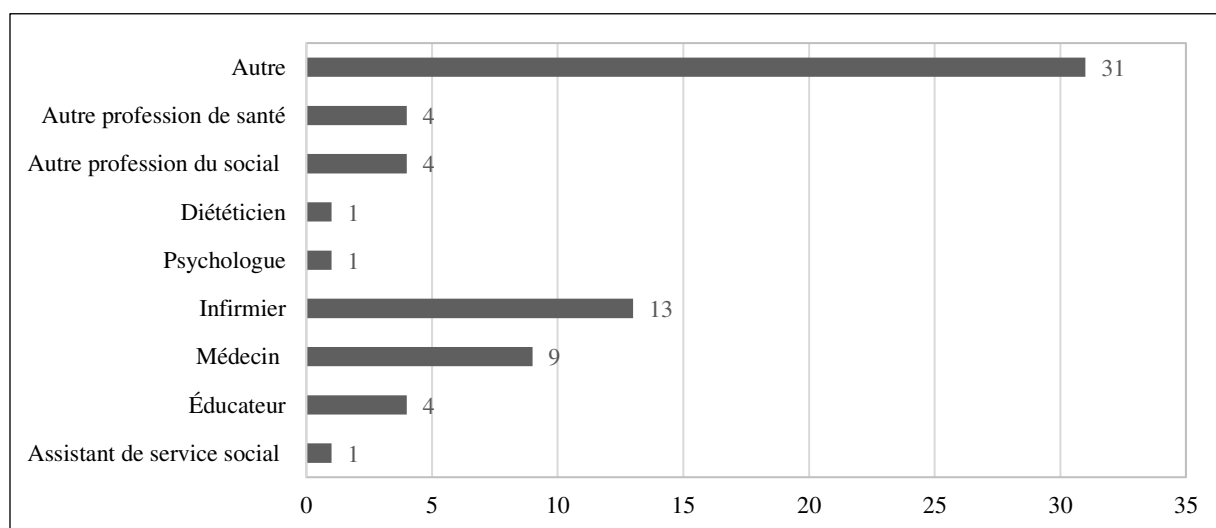


Figure 51. Professions au sein de l'enquête en extension.

Les participants qui se sont déclarés dans la catégorie « Autres » ont été répartis comme suit (n = 31) :

- Trois directeurs d'établissement médico-sociaux ;

- Neuf cadres intermédiaires, dont quatre cadres de santé, un cadre social, deux pilotes MAIA, deux managers) ;
- Seize coordinateurs dont deux en travaillant au sein d'une PTA, deux en MSP, quatre dans le médico-social, un en réseau de santé, un en télémédecine, un gestionnaire de cas MAIA. Les cinq autres n'ont pas précisé leurs structures ou dispositifs d'appartenance ;
- Trois n'indiquent pas leurs fonctions ou professions.

Les coordinateurs représentent 23,53 % de l'effectif « autres professions ». On retient que cette catégorie s'est différenciée d'elle-même des professions « traditionnelles » de la santé ou du social. Elle se caractérise aussi en associant la fonction de coordination à d'autres concepts venant la typifier (Coordinateur de projet, coordinateur de réseau, etc.).

Territoires d'exercice

La représentation des contextes géographiques définissant les territoires d'exercice des acteurs interrogés est différente entre les deux échantillons. Les acteurs experts travaillent majoritairement en milieu urbain et péri-urbain (Figure 52 page suivante), tandis que dans l'enquête en extension la représentation des répondants travaillant dans le milieu rural est plus significative (Figure 53 page suivante). La politique nationale en faveur de la création des maisons de santé pluriprofessionnelles, des plateformes territoriales d'appui et des différents dispositifs d'appui à la coordination se traduit par l'implantation des postes de coordinateurs dans l'ensemble de ces territoires. Le territoire, quels que soient les environnements (Urbain, péri-urbain, rural), constitue une variable pouvant potentiellement influencer les représentations, les besoins et le travail du coordinateur et de coordination. L'analyse comparée des thèmes dans les deux enquêtes ne permet pas d'exclure que le type de territoire soit une variable indépendante influençant les réponses des participants.

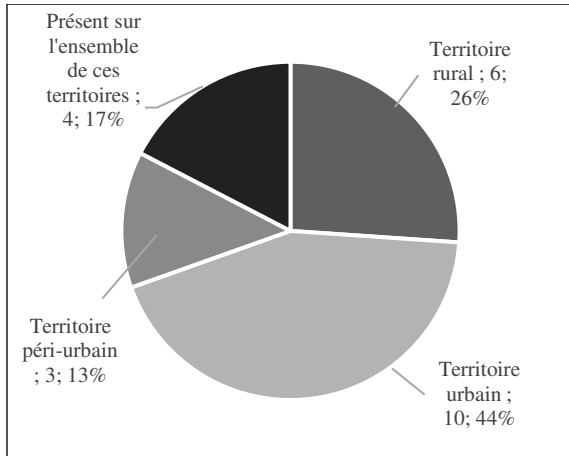


Figure 52. Territoire d'activité - Enquête Experts.

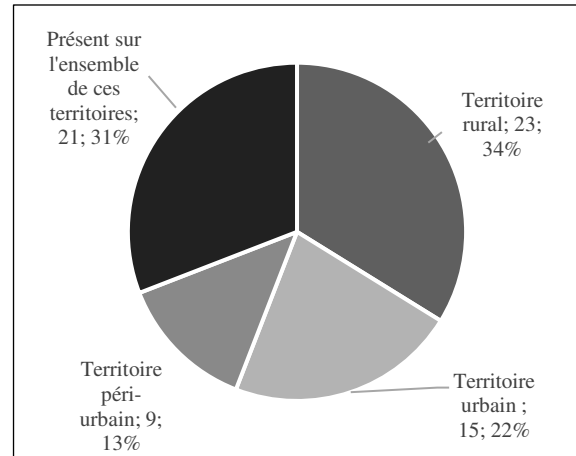


Figure 53. Territoire d'activité – Enquête en extension.

Milieux d'exercice

Les participants experts étaient principalement des professionnels de santé exerçant en milieu libéral en ville (39 %) ou rattaché à un établissement de santé (39 %). 22 % travaillaient dans des dispositifs d'appui à la coordination (Figure 54). Dans l'enquête en extension, 80 % des participants étaient salariés d'un établissement de santé (55 %) ou travaillaient au sein de dispositifs indépendants (25 %) (Figure 55). L'analyse comparée des résultats des différents thèmes dans les deux enquêtes ne permet pas d'exclure l'impact que pourrait avoir le milieu d'exercice en tant que variable indépendante sur les réponses données.

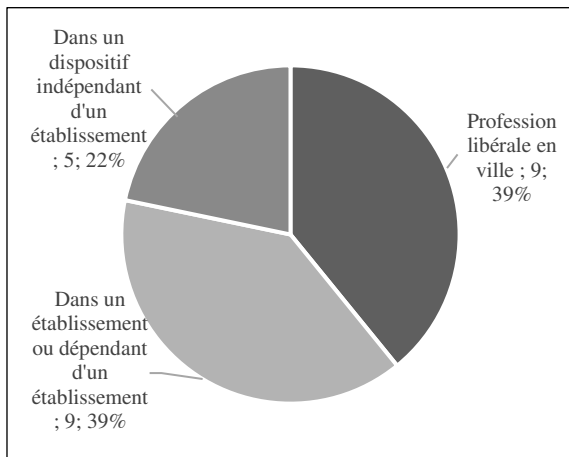


Figure 54. Milieu d'exercice - Enquête Experts.

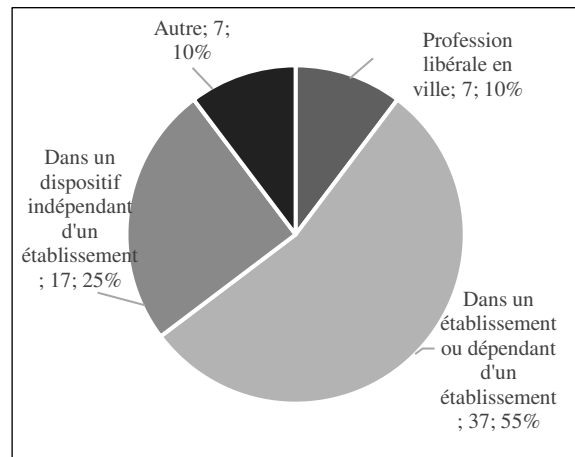


Figure 55. Milieu d'exercice — Enquête en extension.

Les coordinateurs dans les enquêtes : Qui sont-ils ?

Cette sous-section décrit la représentation des coordinateurs dans les effectifs indépendants des deux enquêtes. Les données recueillies sont déclaratives dans les deux enquêtes. Les professions initiales, le milieu de travail en termes d'organisation ou type d'établissement ou dispositifs, l'expérience dans le métier ont été recueillis et comparés dans les deux enquêtes.

Nous avons questionné pour ces deux effectifs les éléments de satisfaction et d'insatisfactions potentiels, le désir de poursuivre sa carrière dans le métier de coordinateur et les projets de formation.

Représentation des coordinateurs dans les professions et les organisations d'appartenance

Les deux figures suivantes (Figures 56 et 57 page suivante) illustrent la représentation des coordinateurs parmi les professions déclarées. On constate que, toute proportion gardée, et spécifique à notre recherche, le métier de coordinateur reste investi par les professions de santé ($n = 32$ soit 56,14 % de l'effectif cumulé des coordinateurs $n = 57$ et 35,16 % de l'effectif total cumulé des deux enquêtes $n = 91$). Le diplôme est un prérequis à la fonction de coordination dans les établissements de santé ou du médico-social quand la fonction de coordination correspond à un ensemble de missions déterminées en « extension » de la profession de santé initiale. Dans la seconde enquête, le recrutement plus large a permis d'intégrer quarante-huit coordinateurs les rendant prépondérants ($n = 48$; 71 %) dans l'effectif total. Les professions de santé représentaient alors 52 % ($n = 25$) des coordinateurs. L'ouverture de l'enquête aux professionnels des autres champs du social et du médico-social a permis le recueil d'autres avis. De même elle a permis le recueil de données en particulier auprès des professionnels de santé mais aussi issues de formations « hors » santé et exerçant dans les nouveaux dispositifs d'appui à la coordination (PTA, MAIA) mais aussi au sein des MSP (Figure 58 p.229).

Enquête Experts

Effectif total des participants N =23

Coordinateurs $f_i = 9$; Pourcentage (%) = 39,13

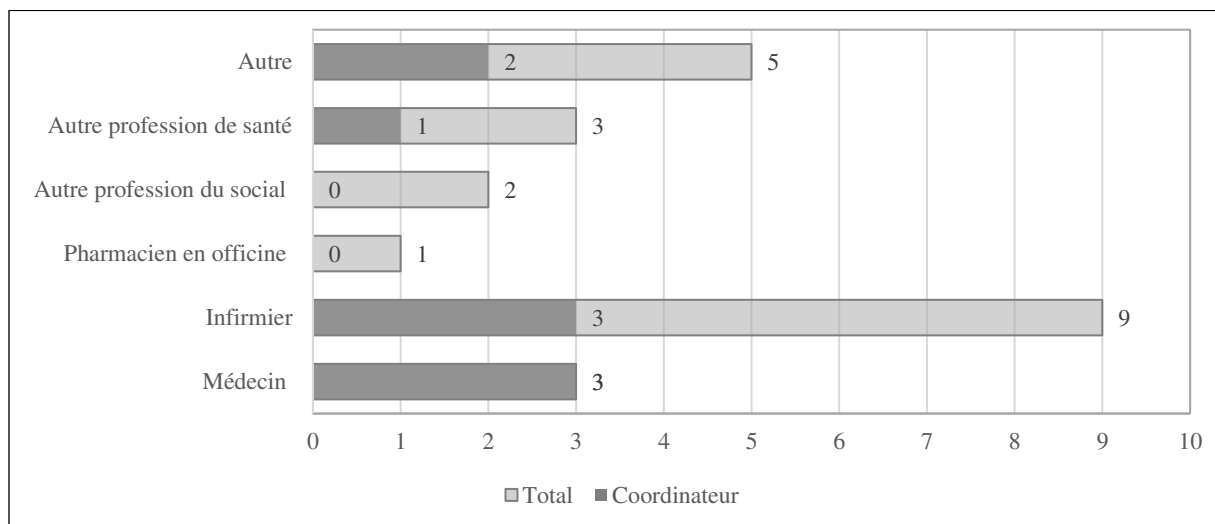


Figure 56. Représentation des coordinateurs dans les professions déclarées - Enquête Experts.

Enquête Extension

Effectif total des participants N = 68

Coordinateurs $f_i = 48$; Pourcentage (%) = 70,6

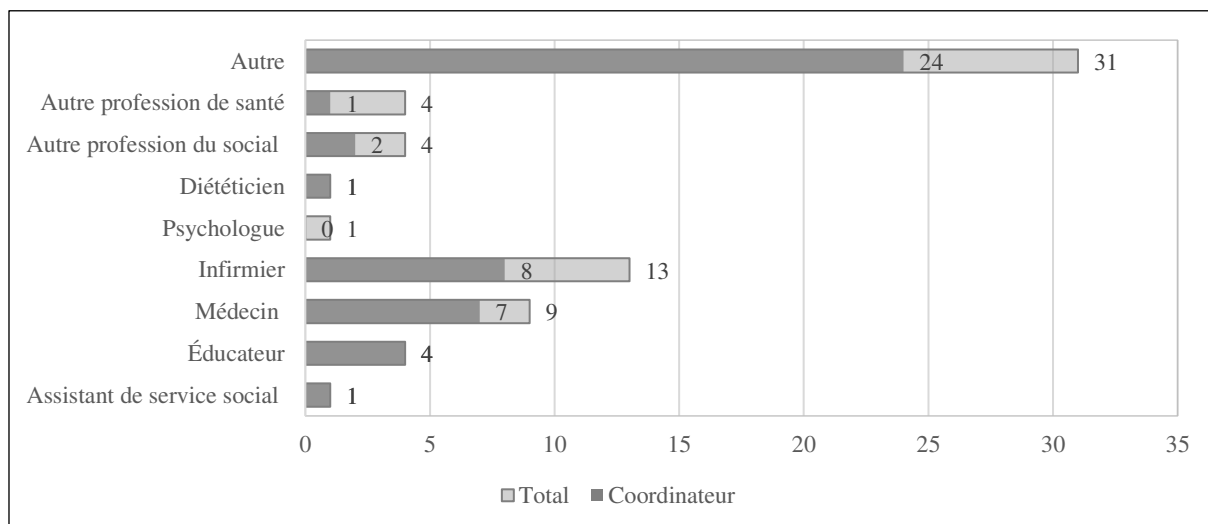


Figure 57. Représentation des coordinateurs dans les professions déclarées - Enquête en extension.

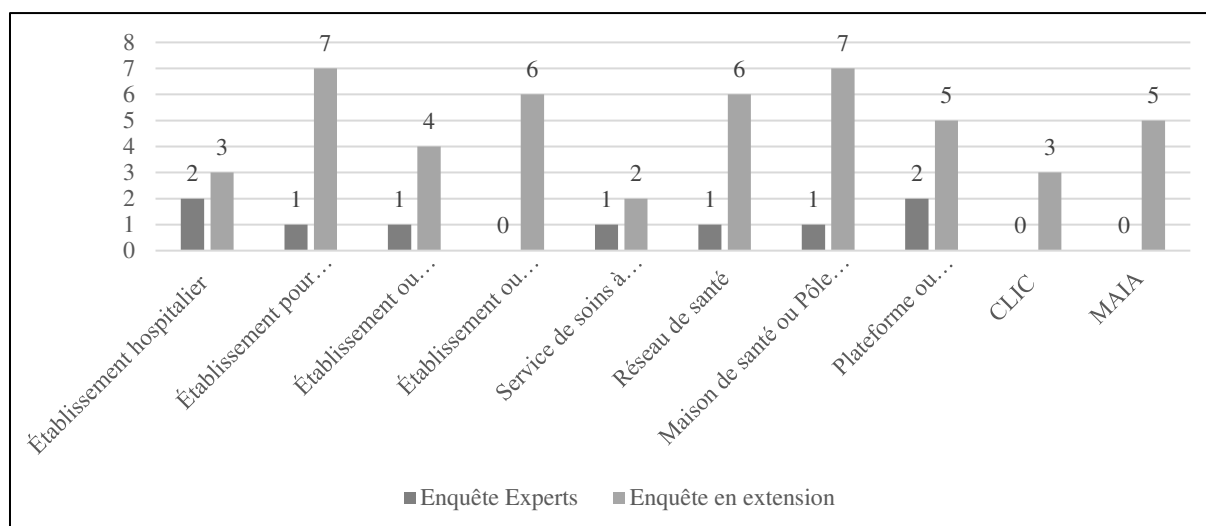


Figure 58. Types de dispositifs ou d'établissements d'appartenance des coordinateurs participants.

Expérience dans le métier (durée)

La médiane d'entrée dans la profession pour l'effectif des coordinateurs de la première campagne (Experts) est l'année 2010. La médiane d'entrée dans la profession pour l'effectif des coordinateurs de la deuxième campagne (Extension) est l'année 2016 (Tableau 38). Les deux effectifs ont des durées d'expérience variées et 50,88 % des coordinateurs interrogés dans les deux enquêtes ont une expérience dans le métier inférieure à quatre ans (Figure 59 page suivante).

Tableau 38. Année du recrutement des coordinateurs

Coordinateurs (année du recrutement)	Enquête Experts	Enquête en extension
Décompte	9	48
Moyenne	2008,67	2013,88
Minimum	1995	1970
1er quartile (Q1)	2002,5	2013,25
2ème quartile (Médiane)	2010	2016
3ème quartile (Q3)	2015,5	2018
Maximum	2018	2019

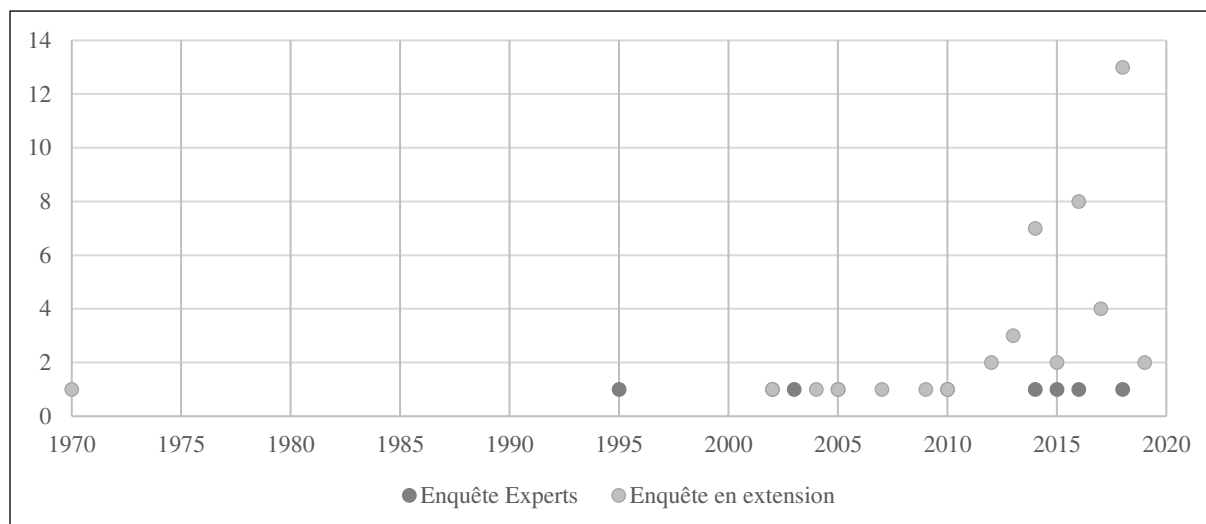


Figure 59. Effectif des coordinateurs par année du recrutement.

Des éléments qualitatifs

Motifs de satisfaction / insatisfaction des coordinateurs dans leur travail

Enquête Experts : Huit coordinateurs sur un effectif de neuf coordinateurs participants à l'enquête affichent leur satisfaction par rapport à leur travail (Plutôt satisfait = 4 ; Très satisfait = 4).

Enquête Extension : Trente-six coordinateurs sur quarante-huit coordinateurs participants à l'enquête sont satisfaits de leur travail (dont quatre se sont déclarés étant très satisfaits). Les principaux motifs retenus de satisfaction chez les coordinateurs⁴⁰ sont prioritairement dans les deux campagnes (Tableaux 43 et 44 page suivante) : la reconnaissance d'un travail améliorant la qualité des soins pour un patient, un usager, la reconnaissance du travail de coordination par les autres professionnels ou la hiérarchie et la reconnaissance de compétences spécifiques. La reconnaissance par les tiers d'un métier ou d'une fonction est relativement moins importante dans les deux groupes (inférieur à 40%). Ce qui semble en lien avec le premier motif d'insatisfaction (Tableau 43 page suivante).

⁴⁰ Par classement de préférence, toutes les réponses pouvaient être choisies ainsi que la possibilité de répondre de façon ouverte (choix « autre »)

Tableau 43. Motifs de satisfaction chez les coordinateurs dans les deux campagnes d'enquête

Q.54. CAUSSATISF « Selon vous, quels seraient les éléments qualitatifs générant de la satisfaction dans le travail de coordinateur, coordinatrice ? »	Enquête Experts Effectif n = 9/23 (f _i ; f _n)	Enquête en extension Effectif n = 48/68 (f _i ; f _n)
- La reconnaissance du travail de coordination par les autres professionnels ou la hiérarchie	6 ; 0,66	24 ; 0,5
- La reconnaissance de la fonction ou du métier de coordinateur	3 ; 0,33	19 ; 0,39
- La reconnaissance de compétences spécifiques	6 ; 0,66	20 ; 0,42
- La reconnaissance d'un travail qui améliore la qualité des soins pour un patient, un usager	8 ; 0,89	34 ; 0,71
- Autre	1 ; 0,11	8 ; 0,16

Les principaux motifs retenus d'insatisfaction chez les coordinateurs⁴¹ sont prioritairement dans les deux enquêtes (Tableau 44) : Un problème de reconnaissance de la place du coordinateur par les autres professionnels puis une charge mentale jugée comme très et/ou trop importante. Ce dernier motif peut probablement être mis en relation avec le dernier motif retenu chez un peu plus de 40% des coordinateurs interrogés « Un temps partiel qui ne correspond pas aux besoins réclamés par le travail à réaliser ».

Tableau 44. Motifs d'insatisfaction chez les coordinateurs dans les deux campagnes d'enquête

Q.55. CAUSINSATISF « Selon vous, quels seraient les éléments qualitatifs générant de l' insatisfaction dans le travail de coordinateur, de coordinatrice ? »	Enquête Experts Effectif n = 9/23 (f _i ; f _n)	Enquête en extension Effectif n = 48/68 (f _i ; f _n)
- Un problème de reconnaissance de la place du coordinateur par les autres professionnels	5 ; 0,55	21 ; 0,44
- Un problème de reconnaissance par les patients, les usagers	3 ; 0,33	6 ; 0,125
- Un manque de légitimité	1 ; 0,11	16 ; 0,33
- Un avenir incertain du poste occupé (financement du poste)	2 ; 0,22	19 ; 0,39
- Une charge mentale très et/ou trop importante	6 ; 0,66	21 ; 0,44
- Le sentiment de solitude dans la fonction	3 ; 0,33	12 ; 0,25
- Un temps partiel qui ne correspond pas aux besoins réclamés par le travail à réaliser	4 ; 0,44	20 ; 0,42
- Autre	0	5 ; 0,104

⁴¹ cf. supra

Autres (Enquête en extension) :

Il nous a semblé important de rendre compte des quelques commentaires apportés par cinq des coordinateurs appartenant à l'enquête en extension. Ils appuient les sentiments d'insatisfaction relevés :

« Tous ceux qui veulent m'apprendre mon travail alors qu'il est en train d'être construit »
« Travail délicat car il faudrait que les comportements individuels se muent en comportements interdisciplinaires »

« Une restructuration du social conduisant au risque de glissement pour la fonction. (le coordinateur n'a pas d'autorité hiérarchique sur ses collègues mais une autorité de compétences) + risque de lui en demandant toujours plus (diversification des tâches, et finalement on ne se représente plus sa mission) »

« Le manque de solutions pour orienter. »

« Des professionnels (partenaires) qui ne nous solliciteraient plus »

Les deux derniers items portaient sur le désir de poursuivre sa carrière et les projets de formation exprimés. La majorité des coordinateurs souhaitaient poursuivre leur carrière de coordinateur et exprimaient des projets de formation plus importants dans le second groupe pouvant s'expliquer avec leur recrutement relativement récent. Nous relevons dans les libellés de formation exprimés deux axes principaux : Les formations spécifiques sont liées et nécessaires pour travailler dans le contexte « à coordonner » (dix projets « en cours ou à venir) et les formations plus en lien avec l'encadrement et le management d'équipe (cinq projets « en cours ou à venir).

Poursuivre sa carrière de coordinateur ?

Enquête Experts : Oui = 7 ; 0,77 / Non = 2 ; 0,22

Enquête Extension : Oui = 31 ; 0,64 / Non = 8 ; 0,16 / Autre cas = 9 ; 0,19 (trois départs en retraite et six réorientations ou évolutions dans le poste)

Projets de formation ?

Enquête Experts : Oui = 3 ; 0,33 / Non = 6 ; 0,66

Enquête Extension : Oui = 30 ; 0,62 / Non = 18 ; 0,37

Besoins exprimés (campagne n°2) (Total : 19 réponses)

- Formation PACTE à l'EHESP = 3
- Ressources insuffisantes = 1
- Formation « Coordinateur d'établissement social et médico-social » IRTS = 1
- Formation rédaction de projet = 1

- Formation management d'équipe = 3
- Formation à la fonction de cadre = 2
- Diplôme universitaire de spécialité = 3
- Formation spécifique = 2
- Non précisé = 3

Analyse comparée des thèmes dans les deux enquêtes

Dans cette sous-section sont présentées les questions numérotées de 1 à 44. Leur traitement est identique dans leur présentation (Code⁴², intitulé, modalité de réponse et commentaire).

Les mutations⁴³

Une question générale était apportée pour introduire la thématique des mutations.

« Pensez-vous que les grands changements suivants sont en lien avec des besoins plus grands de coordination et la présence plus importante des coordinateurs dans le système de santé français ? »

Les réponses obtenues aux neuf questions venaient pour chacune d'entre elles préciser une dimension de changement. Elles sont détaillées ci-dessous.

Question n°1

Code : MUTSANTE20303

Intitulé : *« Le manque de médecins généralistes sur plusieurs territoires nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins. »*.

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Dans les deux enquêtes les choix « D'accord » et « Tout à fait d'accord » sont les réponses les plus fréquentes. Elles représentent par regroupement 95,66 % dans l'enquête auprès des experts et 94,12 % dans l'enquête en extension. Les deux effectifs acceptent l'assertion comme vraie. Elle établit une relation de causalité entre la baisse de la démographie médicale actuelle sur plusieurs territoires et la réorganisation des soins. Conséquemment le besoin de coordination des parcours de soins augmente pour les répondants.

⁴² Le code de chaque question est une forme abrégée du thème abordé dans la question (p.ex. MUTSANTE2030 = mutations dans la santé)

⁴³ Les données des questions Q1 à Q9 sont résumées dans les tableaux 45 et 46 p.237

Le degré d'accord élevé dans les deux effectifs est homogène dans sa distribution parmi les professions représentées. Les coordinateurs se positionnent à 100 % dans le premier groupe et à 93,75 % dans le second groupe en accord avec cette assertion.

Question n°2

Code : MUTSANTE20302

Intitulé : « *La fermeture d'établissements hospitaliers nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants dans les deux enquêtes sont en accord avec cette proposition (enquête « Experts » = 86,95 % ; enquête en extension = 92,65 %). La proportion des répondants coordinateurs dans les deux campagnes en accord avec la question posée est très proche des effectifs totaux dans les deux enquêtes (88,9 % ; 91,66 %).

Question n°3

Code : MUTSANTE20301

Intitulé : « *L'organisation des soins (Ville-hôpital par ex.) est trop cloisonnée et n'est pas prête pour répondre aux changements de la société française (Le changement du modèle familial comme les parents isolés par ex.).* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Le lien entre le manque d'adaptation du système de soins français (et en particulier l'organisation des soins ville-hôpital) et les changements liés à la transition démographique, est perçu modérément par les répondants dans les deux groupes. Chez les acteurs experts de la première enquête auprès des experts vingt d'entre d'eux (86,95 %) sont en accord tandis que quatre (17,39 %) sont en désaccord avec la proposition. La deuxième enquête en extension met en évidence un degré d'accord plus faible (n = 53 ; 77,94 %) ; dix répondants (14,71 %) sont sans opinion et cinq en désaccord avec la proposition. Le degré d'accord chez les coordinateurs dans les deux enquêtes est peu différent (77,77 % ; 79,16 %). Huit coordinateurs sont sans opinion et représentent 16,66 % de leur effectif. Deux coordinateurs sont en désaccord (4,16%).

Question n°4

Code : MUTSANTE20304

Intitulé : « *L'usager, le patient devient de plus en plus acteur de sa santé et de son parcours de soins. Cela nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Dans les deux enquêtes les réponses les plus fréquentes sont en accord avec la proposition. Le degré d'accord dans les deux groupes est relativement plus faible (69,57 % ; 72,06 %). Dans les deux enquêtes le degré de désaccord est plus affirmé (17,39 % ; 20,50 %). On observe une différence du degré d'accord entre les coordinateurs répondants des deux enquêtes (n = 5 ; 55,00 % vs n = 36 ; 75,00 %).

Question n°5

Code : MUTSANTE20305

Intitulé : « *Demain, l'organisation de la santé sera plus pilotée par la qualité et la valeur ajoutée des soins délivrés et coordonnés.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Le degré d'accord à cette question reste le plus élevé dans les choix de réponses. Nous avons noté que les proportions obtenues dans les deux groupes étaient les plus faibles au sein de toutes les questions posées concernant les mutations. Les répondants coordinateurs de l'enquête en extension étaient en accord avec la proposition à 50,00% (n = 24) et 41,66 % (n = 20) étaient sans opinion. La question semble poser un problème de fiabilité.

Question n°6

Code : MUTSANTE20307

Intitulé : « *La mise en place des coordinateurs dans les organisations de santé a aussi un objectif de diminution globale des coûts.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : La proposition a un degré d'accord de 86,96 % (n = 20) dans le premier groupe et de 75,00 % dans le second groupe. Huit répondants du second groupe (11,76%) se positionnent en désaccord de la proposition. Sept de ces huit répondants sont des coordinateurs.

Question n°7

Code : MUTSANTE203010

Intitulé : « *Le virage inclusif dans le milieu du handicap nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins et/ou d'accompagnement.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : La réponse la plus fréquente à cette proposition est l'accord à 86,96 % dans les deux groupes (Enquête « Experts » n = 20 ; Enquête en extension n = 59). Les coordinateurs des deux groupes sont dans les mêmes proportions (Enquête « Experts » n = 8, 89,90 % ; Enquête en extension n = 42, 87,50 %). Une proportion de 13,04 % dans les deux groupes marque l'absence d'opinion. Nous remarquons que les professionnels de santé montrent leur intérêt par leur implication à répondre à la question.

Question n°8

Code : MUTSANTE203011

Intitulé : « *La désinstitutionnalisation dans le milieu de la santé mentale nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins et/ou d'accompagnement.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : La réponse la plus fréquente à cette proposition est l'accord à 82,61 % dans le premier groupe (n = 19) et à 89,71 % dans le second groupe (n = 61). Les coordinateurs des deux groupes sont, de même, en accord (Enquête « Experts » n = 6, 66,66 % ; Enquête en extension n = 43, 89,58 %). L'implication des professionnels de santé en ville dans le cadre de la santé mentale, est une réalité déjà bien présente dans leur accompagnement et les démarches coordonnées de soins.

Question n°9

Code : MUTSANTE203012

Intitulé : « *La place de l'intelligence artificielle dans la médecine va profondément modifier les métiers de la santé dans les prochaines années.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Le degré d'accord est de 82, 61 % chez les experts (n = 19). Ce degré d'accord est inférieur dans le groupe en extension (Enquête en extension n = 43 ; 63,24 %). Les coordinateurs des deux enquêtes répondent dans les mêmes proportions (Enquête « Experts » n = 6, 66,66 % ; Enquête en extension n = 30, 62,50 %). Les conséquences restent difficiles à envisager pour les répondants, coordinateurs y compris (25 % de l'effectif total est sans opinion et 11,76 % en désaccord avec la proposition).

Tableau 45. Résultats des deux enquêtes sur la thématique des mutations

Les mutations de l'environnement de la santé et leurs impacts possibles demain	Experts N = 23			Extension N = 68								
	Degré d'accord		Sans opinion	Degré de désaccord		Sans opinion	Degré de désaccord					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)				
Q.1. MUTSANTE20303	22	95,66	0	0,00	1	4,34	64	94,12	2	2,94	2	2,94
Q.2. MUTSANTE20302	20	86,96	1	4,35	2	8,69	63	92,65	3	4,41	2	2,94
Q.3. MUTSANTE20301	19	82,61	0	0,00	4	17,39	53	77,94	10	14,71	5	7,35
Q.4. MUTSANTE20304	16	69,57	3	13,04	4	17,39	49	72,06	5	7,35	14	20,5
Q.5. MUTSANTE20305	15	65,22	6	26,09	2	8,69	40	58,82	24	35,30	4	5,88
Q.6. MUTSANTE20307	20	86,96	3	13,04	0	0,00	51	75,00	9	13,24	8	11,76
Q.7. MUTSANTE203010	20	86,96	3	13,04	0	0,00	59	86,76	9	13,24	0	0,00
Q.8. MUTSANTE203011	19	82,61	4	17,39	0	0,00	61	89,71	7	10,29	0	0,00
Q.9. MUTSANTE203012	19	82,61	1	4,35	3	13,04	43	63,24	17	25,00	8	11,76

Tableau 46. Résultats des deux enquêtes chez les coordinateurs sur la thématique des mutations

Les mutations de l'environnement de la santé et leurs impacts possibles demain	Experts Les coordinateurs N = 9/23			Extension Les coordinateurs N = 48/68								
	Degré d'accord		Sans opinion	Degré de désaccord		Sans opinion	Degré de désaccord					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)				
Q.1. MUTSANTE20303	9	100,00	0	0,00	0	0,00	45	93,75	2	4,16	1	2,08
Q.2. MUTSANTE20302	8	88,88	1	11,11	0	0,00	44	91,66	2	4,16	2	4,16
Q.3. MUTSANTE20301	7	77,77	0	0,00	2	0,00	38	79,10	8	16,66	2	4,16
Q.4. MUTSANTE20304	5	55,55	1	11,11	3	33,33	36	75,00	3	6,25	9	18,75
Q.5. MUTSANTE20305	7	77,77	2	22,22	0	0,00	24	50,00	20	41,66	4	8,33
Q.6. MUTSANTE20307	7	77,77	2	22,22	0	0,00	34	70,83	7	14,58	7	14,58
Q.7. MUTSANTE203010	8	88,88	1	11,11	0	0,00	42	87,50	6	12,50	0	0,00
Q.8. MUTSANTE203011	6	66,66	3	33,33	0	0,00	43	89,58	5	10,41	0	0,00
Q.9. MUTSANTE203012	6	66,66	1	11,11	2	22,22	30	62,50	12	25,00	6	12,50

Synthèse des mutations de l'environnement de la santé

Notre recherche a permis de constater que les répondants de l'enquête en extension ont les mêmes opinions des répondants experts de la première enquête pour chacune des neuf questions posées.

Considérant que les deux groupes (experts et extension) appartiennent à la même population nous avons procédé à la consolidation des résultats. Le test du Khi2 montre que l'on peut retenir l'hypothèse d'une dépendance entre les questions et les variables catégorielles d'opinion. À partir de l'AFC nous pouvons visualiser les différentes distances des questions par rapport aux variables catégorielles (A2+A3) (A5+A6) et (A4).

Nous proposons la synthèse suivante :

Quatre questions ont valeur de variables et ont fait consensus dans les deux groupes. Pour les répondants des deux enquêtes, le lien peut être fait entre la baisse de la démographie médicale et la restructuration de l'organisation hospitalière sur les territoires et l'accroissement des besoins en coordination. De même, les répondants valident le fait que les politiques favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap ont un impact sur l'organisation des soins à l'évidence inadaptée à cette inclusion. De ce fait, les besoins en coordination s'en trouvent accrus. De même, la politique de désinstitutionalisation en santé mentale est reconnue par l'ensemble des répondants comme ayant les mêmes effets.

Cinq questions s'éloignent d'un consensus. Les positions de désaccord sont plus nombreuses sans être majoritaires. Le lien entre les cloisonnements reconnus et leurs conséquences sur le système à s'adapter aux changements sociétaux (en particulier liés à la transition démographique) est moins évident dans les enquêtes. Les acteurs ont aussi des avis plus partagés sur la question de la diminution des coûts des soins qui pourrait être générée par une coordination des parcours. Les acteurs dans les deux enquêtes ont marqué leur désaccord de façon plus prononcée sur l'impact présumé qu'aurait le rôle de plus en plus prépondérant du patient acteur sur la réorganisation du système de soins et l'augmentation consécutive des besoins en coordination des parcours de soins. La place d'un désaccord se retrouve chez les coordinateurs répondants des deux enquêtes (22 % des effectifs cumulés). La question du pilotage de l'organisation de la santé orienté par la qualité et la valeur ajoutée d'ici à dix ans a été probablement trop éloignée du sujet de la coordination et a montré une proportion importante d'avis neutres (32,96 %) et moindres d'avis en désaccord (6,59 %). Cette proportion

de répondants « sans opinion » a été de 38,59 % chez les coordinateurs. Cette variable du changement pourtant avérée dans la littérature devrait être retestée avec une autre formulation. La dernière question portant sur la place de l'intelligence artificielle et les modifications prévisibles sur les métiers de la santé a recueilli aussi une part d'opinions neutres de 19,78 % et de désaccord (12,08 % dans l'effectif global et 14,03 % chez les coordinateurs).

Tableau 47. Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

χ^2 (Valeur observée)	98,0756
χ^2 (Valeur critique)	26,2962
DDL	16
p-value	< 0,0001
alpha	0,05

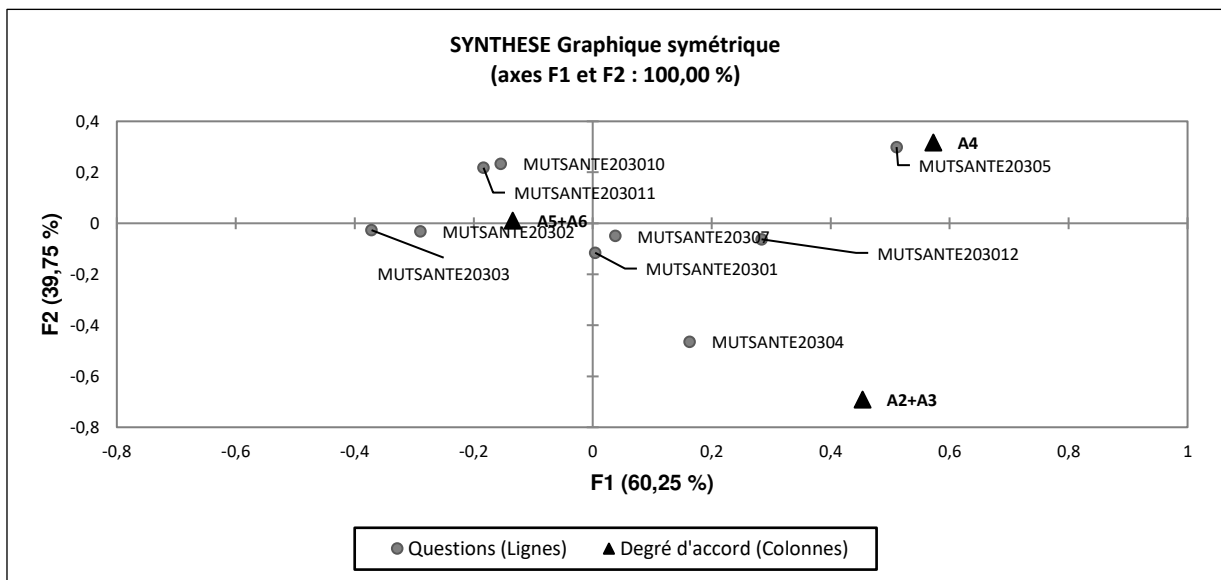


Figure 60. AFC Synthèse des deux enquêtes.

Tableau 48. Résultats consolidés des questions 1 à 9 – Les mutations

MUTATIONS SYNTHÈSE EXPERTS + EXTENSION	A2+A3		A4		A5+A6		Total
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
MUTSANTE20303	3	3,30	2	2,20	86	94,51	91
MUTSANTE20302	4	4,40	4	4,40	83	91,21	91
MUTSANTE20301	9	9,89	10	10,99	72	79,12	91
MUTSANTE20304	18	19,78	8	8,79	65	71,43	91
MUTSANTE20305	6	6,59	30	32,97	55	60,44	91
MUTSANTE20307	8	8,79	12	13,19	71	78,02	91
MUTSANTE203010	0	0,00	12	13,19	79	86,81	91
MUTSANTE203011	0	0,00	11	12,09	80	87,91	91
MUTSANTE203012	11	12,09	18	19,78	62	68,13	91
Total	59		107		653		819

Les profils des coordinateurs

Les questions 10 et 11 abordent la formation des coordinateurs. Quelle(s) formation(s) ? La possibilité d'accès au travail (aux postes dans les organisations traditionnelles et au sein des nouveaux dispositifs de coordination.

Question n° 10

Code : PROCOOR20308

Intitulé : « *Demain, la formation des coordinateurs et des coordinatrices sera différente de celle préparant à des fonctions de “cadre” (de santé, de service).* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Les réponses les plus fréquentes chez les experts comme dans l'enquête en extension sont en accord avec cette proposition concernant la formation des coordinateurs. Les répondants accréditent la projection d'une formation différente de celle d'un cadre intermédiaire type diplôme de cadre de santé dans le sanitaire ou CAFERUIS dans le milieu de l'intervention sociale (Tableaux 49 et 50 page suivante). Autrement dit, le métier de coordinateur est différent de celui de cadre de santé ou de cadre en intervention sociale. Le fait de détenir un de ces deux derniers diplômes n'est pas une condition nécessaire et suffisante pour exercer le métier de coordinateur.

Tableau 49. Résultats Question n°10

Demain, les profils des coordinateurs et des coordinatrices	Experts N = 23				Extension N = 68							
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.10. PROCOOR20308	16	69,56	6	26,09	1	4,35	54	79,42	7	10,29	7	10,29

Tableau 50. Résultats Question n°10 chez les répondants coordinateurs

Demain, les profils des coordinateurs et des coordinatrices	Experts Les coordinateurs N = 9/23				Extension Les coordinateurs N = 48/68							
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.10. PROCOOR20308	5	55,55	4	44,44	0	0,00	36	75,00	6	12,50	6	12,50

Question n° 11

Code : PROCOORD20300

Intitulé : « Demain, quel sera le niveau de formation professionnelle des coordinateurs et des coordinatrices dans la majorité des cas ? »

- Obligatoirement un diplôme de la santé ou du social
- Suivi une formation complémentaire en rapport avec la coordination
- Une formation de coordinateur sans être obligatoirement des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux »

Modalité de réponse : Trois réponses à classer par choix de préférence

Analyse comparée : Les choix ont été classés de façon similaire par les deux groupes. (Tableaux 51 et 52 page suivante). On note cependant que le fait d'être un professionnel de la santé ou du social est moins requis dans l'enquête en extension comme premier choix. Il est probable que l'effet d'un nombre plus grand de répondants dans l'enquête en extension contribue à atténuer les différences entre les choix possibles.

Tableau 51. Résultats Enquête « Experts » - Question n°11

Experts Q. 11 PROCOORD20300	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Totaux (%)
Obligatoirement un diplôme de la santé ou du social	60,87	17,39	21,74	100
Suivi une formation complémentaire en rapport avec la coordination	21,74	69,57	8,70	100
Une formation de coordinateur sans être obligatoirement des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux	17,39	13,04	69,57	100
Totaux (%)	100	100	100	

Tableau 52. Résultats Enquête en extension - Question n°11

Extension Q. 11 PROCOORD20300	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Totaux (%)
Obligatoirement un diplôme de la santé ou du social	52,94	27,94	19,12	100
Suivi une formation complémentaire en rapport avec la coordination	19,12	63,24	17,65	100
Une formation de coordinateur sans être obligatoirement des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux	27,94	8,82	63,24	100
Totaux (%)	100	100	100	

Les questions 12, 13 et 14 interrogent sur les cloisonnements entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et cherchent à connaître le niveau d'accord des répondants sur l'accès au travail possible ou non de ces champs à des coordinateurs issus d'autres filières. Le recueil de cet avis est révélateur des ancrages de carrière (Keuleyan, 2019) et du phénomène de transition lié à la création de nouvelles professions ou métiers vers l'acquisition du statut de métier reconnu correspondant au maintien dans le concept de travail institutionnel (Mena & Suddaby, 2016).

Question n°12

Code : PROCOOR20302

Intitulé : « *Demain, à l'hôpital les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des professionnels de santé.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Les experts sont majoritairement en désaccord avec cette proposition. Ce désaccord se retrouve chez les répondants de l'enquête en extension mais de façon moindre. La

proportion des répondants sans opinion de l'enquête en extension est de 14,71 %. Les répondants coordinateurs des deux enquêtes suivent les positions générales avec des écarts faibles au regard des effectifs (Tableaux 48 et 49 page suivante).

Question n° 13

Code : PROCOOR20303

Intitulé : « *Demain, dans les établissements médico-sociaux les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des professionnels de santé.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Le désaccord est la réponse la plus fréquente chez les experts et cet avis est suivi dans les mêmes proportions dans l'enquête en extension. Les avis « sans opinion » chez les experts et dans l'enquête en extension représentent une faible proportion (8,82 %). Le désaccord reste l'opinion majoritaire chez les répondants non coordinateurs. (Tableaux 48 et 49 page suivante).

Question n° 14

Code : PROCOOR20304

Intitulé : « *Demain, dans les établissements sociaux les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des travailleurs sociaux.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Le désaccord est la réponse la plus fréquente chez les experts et cet avis est suivi dans les mêmes proportions dans l'enquête en extension. Les avis « sans opinion » chez les experts et dans l'enquête en extension représentent une proportion de 13,23 % exprimée très largement par les répondants coordinateurs (Tableaux 53 et 54 page suivante).

Tableau 53. Résultats Questions 12,13 et 14

Demain, les profils des coordinateurs et des coordinatrices	Experts N = 23			Extension N = 68								
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.12. PROCOOR20302	9	39,13	1	4,35	13	56,52	23	33,82	10	14,71	35	51,47
Q.13. PROCOOR20303	6	26,09	1	4,35	16	69,56	16	23,53	6	8,82	46	67,65
Q.14. PROCOOR20304	6	26,09	6	8,70	15	65,21	14	20,59	9	13,23	45	66,18

Tableau 54. Résultats Questions 12,13 et 14 chez les répondants coordinateurs

Demain, les profils des coordinateurs et des coordinatrices	Experts Les coordinateurs N = 9/23			Extension Les coordinateurs N = 48/68								
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.12. PROCOOR20302	4	44,44	0	0,00	5	55,55	17	35,41	9	18,75	22	45,83
Q.13. PROCOOR20303	3	33,33	0	0,00	6	66,66	12	25,00	5	10,41	31	64,58
Q.14. PROCOOR20304	2	22,22	0	0,00	7	77,77	10	20,83	8	16,66	30	62,50

Le sujet de l'accès aux derniers dispositifs locaux tels que les maisons de santé pluriprofessionnelles et aux dispositifs expérimentaux de coordination et d'une éventuelle captation par les professions de santé ou du social est questionné (15 et 16).

Question n° 15

Code : PROCOOR2030

Intitulé : « Demain, dans les maisons ou pôles de santé, les coordinateurs et les coordinatrices seront :

- *Seulement des professionnels de santé*
- *D'autres professionnels non diplômés en santé*
- *Autre (encart pour texte libre) »*

Modalité de réponse : Un seul choix possible entre trois propositions. La troisième proposition permet d'exprimer une opinion « autre ».

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension ont suivi le même avis que les répondants experts. Selon eux les coordinateurs dans les MSP seront prioritairement et seulement des professionnels de santé (39,71 %) et possiblement des professionnels issus d'autres filières de formation (33,78 %). La proportion des répondants coordinateurs dans les

deux enquêtes a pu influencer la prise de position, car vingt-cinq des vingt-sept répondants ayant choisi la première proposition sont des professionnels de santé et vingt-deux professionnels de santé sont eux-mêmes des coordinateurs (Tableau 55).

Tableau 55. Résultats Question n°15

Demain, les profils des coordinateurs et des coordinatrices	Experts		Extension	
	N = 23		N = 68	
Q.15. PROCOOR20305				
« Demain, dans les maisons ou pôles de santé, les coordinateurs et les coordinatrices seront :	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
- Seulement des professionnels de santé	10	43,48	27	39,71
- D'autres professionnels non diplômés en santé	8	34,78	23	33,78
- Autre	5	21,74	18	26,47

Les avis « autre » ont été les suivants (Tableau 56 page suivante) :

Dans l'enquête auprès des experts, un participant a proposé le recrutement de deux coordinateurs différents avec un administratif pour gérer la structure et un gestionnaire de cas. Dans l'enquête en extension, trois professionnels ont émis l'avis que le choix dans le recrutement était conditionné par les besoins identifiés dans le projet de santé. Cinq professionnels ont souligné que le profil prérequis et pertinent pour un tel projet, était celui d'un professionnel de santé ou du social. Dans ce dernier groupe, trois d'entre eux ont émis l'avis que ce professionnel devrait avoir des compétences acquises complémentaires (exemple donné : Master en droit de la santé) au moment du recrutement ou « à acquérir » *ex post* (ex. Infirmier formé au travail social). Enfin deux professionnels ont proposé un recrutement uniquement de travailleurs sociaux et un seul répondant a motivé son choix en privilégiant les compétences (sans les préciser) par rapport à la formation initiale.

Tableau 56. Choix « Autre » Question 15

Experts			Extension			
Items	f _i	f _n	Items	f _i	f _n	
Les deux		3	0,6	Les deux	2	0,11
Je ne sais pas		1	0,2	Je ne sais pas	5	0,28
Autre		1*	0,2	Autre	11**	0,61
Totaux		5	1	Totaux	18	1

Question n°16

Code : PROCOOR20306

Intitulé : « *Demain, dans les dispositifs de coordination, les coordinateurs et coordinatrices seront :*

- *Seulement des professionnels de santé ou du social*
- *D'autres professionnels non diplômés en santé ou du social*
- *Autre (encart pour texte libre) »*

Modalité de réponse : Un seul choix possible entre trois propositions. La troisième proposition permet d'exprimer une opinion « autre ».

Analyse comparée : Au sein des dispositifs de coordination le recrutement de professionnels de santé ou de travailleurs sociaux n'est pas apparu plus majoritaire que celui d'autres professionnels issus d'autres parcours de formation (Tableau 57 page suivante). Les répondants coordinateurs professionnels de santé ou travailleurs sociaux n'ont pas privilégié de façon notable la formation en santé ou social comme prérequis. Les répondants (y compris des coordinateurs) ayant choisi un avis « autre », ont proposé des solutions alternatives suivantes (Tableau 58 page suivante).

Dans l'enquête auprès des experts, deux participants⁴⁴ du groupe des experts ont proposé de partager le poste en recrutant deux profils avec des compétences complémentaires (administratives et gestionnaire de cas). Trois personnes ont émis l'avis que les compétences

⁴⁴ Réponse identique à la question précédente n°15 pour un participant

relationnelles et techniques du coordinateur à « *manager les parcours* » pouvaient être plus importantes en elles-mêmes que la formation initiale de professionnel de santé ou du social.

Tableau 57. Résultats Question n°16

Demain, les profils des coordinateurs et des coordinatrices.	Experts		Extension	
	N = 23		N = 68	
Q.16. PROCOOR20306				
« Demain, dans les dispositifs de coordination, les coordinateurs et coordinatrices seront :	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
- Seulement des professionnels de santé	13	56,52	28	41,18
- D'autres professionnels non diplômés en santé	5	21,74	27	39,71
- Autre	5	21,74	13	19,12

Tableau 58. Choix « Autre » Question 16

Experts			Extension		
	<i>f_i</i>	<i>f_n</i>		<i>f_i</i>	<i>f_n</i>
Items			Items		
Les deux	2	0,4	Les deux	3	0,25
Je ne sais pas	1	0,2	Je ne sais pas	3	0,25
Autre	2*	0,4	Autre	6**	0,5
Totaux	5	1	Totaux	12	1

Question n°17

Code : PROCOOR20307

Intitulé : « *Indiquez quels pourraient être, selon vous, les parcours de formations de ces autres professionnels ? :*

- *Formation en communication*
- *Formation en gestion, management*
- *Formation en logistique*
- *Formation en comptabilité, contrôle de gestion*
- *Formation dédiée à la coordination (ex. Diplôme universitaire de coordination) »*

Modalité de réponse : Questions par classement de préférence entre plusieurs propositions

Analyse comparée : Dans les deux enquêtes une formation dédiée spécifique à la coordination est choisie comme premier choix. Le second choix diffère chez les experts qui ont opté pour une formation en gestion, management tandis que les répondants de l'enquête en extension ont préféré une formation en communication. Le troisième choix est inverse (Tableaux 59 et 60).

Tableau 59. Résultats Enquête Experts question n° 17

Experts N = 23	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Classement [5] (%)	Totaux (%)
Formation en communication	13,04	21,74	43,48	8,70	13,04	100
Formation en gestion, management	21,74	30,43	26,09	17,39	4,35	100
Formation en logistique	0	8,7	13,04	26,09	52,17	100
Formation en comptabilité, contrôle de gestion	0	17,39	8,7	47,83	26,09	100
Formation dédiée à la coordination (ex. Diplôme universitaire de coordination)	65,22	21,74	8,7	0,00	4,35	100
Totaux (%)	100	100	100	100	100	

Tableau 60. Résultats Enquête Extension question n° 17

Extension N = 68	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Classement [5] (%)	Totaux (%)
Formation en communication	1,47	41,18	23,53	22,06	11,76	100
Formation en gestion, management	22,06	29,41	30,88	10,29	7,35	100
Formation en logistique	0,00	4,41	23,53	38,24	33,82	100
Formation en comptabilité, contrôle de gestion	0,00	7,35	16,18	29,41	47,06	100
Formation dédiée à la coordination (ex. Diplôme universitaire de coordination)	76,47	17,65	5,88	0,00	0,00	100
Totaux (%)	100	100	100	100	100	

Synthèse des profils des coordinateurs

Le groupe de questions avait pour objectif de profiler les coordinateurs selon trois axes. Le premier axe (Questions 10 et 11) portait sur le parcours de formation nécessaire pour accéder à l'emploi de coordinateur dans les différents types d'établissements et dispositifs expérimentaux de santé (médico-social et social y compris). Les experts et répondants de l'enquête en extension sont majoritairement en accord pour retenir la proposition que la formation de

coordinateur est (et sera) différente de la formation de celle d'un cadre de santé ou d'intervention sociale. Autrement dit l'obtention d'un diplôme habilitant à la fonction d'encadrement dans la santé ou dans le social n'est ni suffisant, ni nécessaire pour être coordinateur. Être coordinateur sera en soi un métier à part entière et pas simplement une simple « spécialisation » ou bien une compétence évidente et/ou exclusive rattachée à un diplôme en santé ou du social.

Le second axe (Questions 12,13 et 14) interrogeait les experts et les répondants de l'enquête en extension sur le type et l'origine professionnelle des coordinateurs, alors présents, dans les différents types d'établissements et dispositifs de santé. La projection demandée aux deux groupes montre dans les résultats obtenus une position très similaire. Les deux groupes sont en accord avec la proposition que les coordinateurs auront possiblement des parcours de formation autres que ceux liés aux filières traditionnelles du soin ou du travail social.

Nous notons (Questions 15 et 16) qu'au sein des MSP et globalement dans les organisations de santé en lien avec les professionnels de santé libéraux, les coordinateurs sont préférentiellement issus des professions de santé. Cet avis est partagé dans les deux groupes et on peut supposer que le monde libéral soit encore en phase d'apprentissage et d'acceptation vis-à-vis de ces nouveaux acteurs que sont les coordinateurs.

Le troisième axe (Question 17) a questionné les orientations générales du contenu de la formation de coordinateur. Pour les postes de coordinateurs d'autres compétences sont recherchées. Ces compétences seraient apportées dans des cursus spécifiques formant aux compétences techniques de coordination. Ces cursus devraient probablement être complétés par des compétences en communication, en gestion et en management.

Tableau 61. Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes

χ^2 (Valeur observée)	89,4150
χ^2 (Valeur critique)	12,5916
DDL	6
p-value	< 0,0001
alpha	0,05

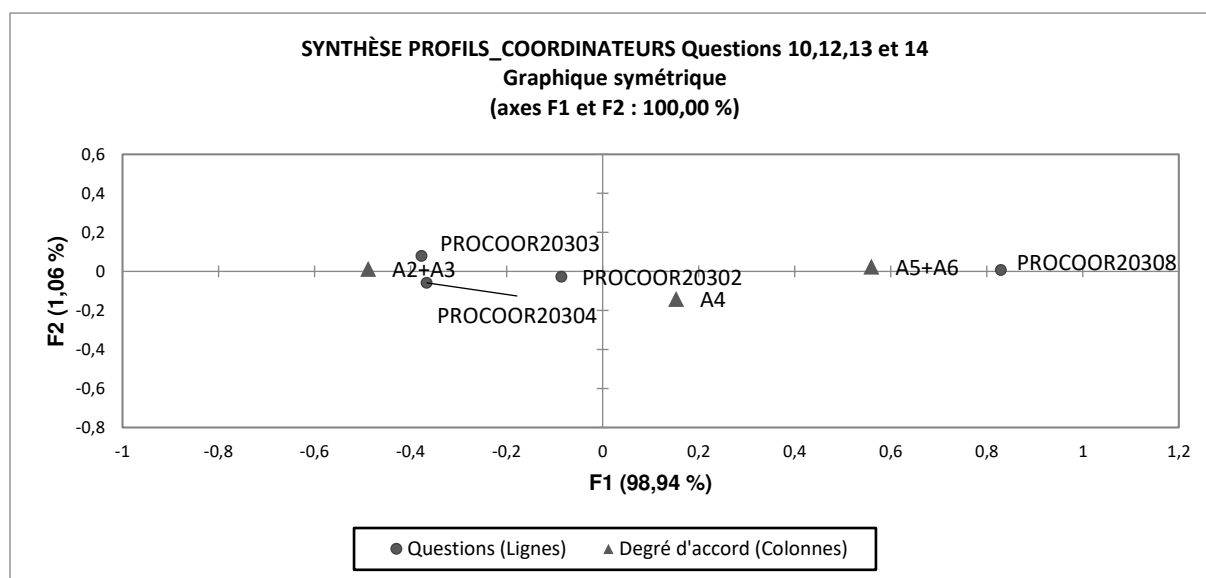


Figure 61. AFC Synthèse des questions 10,12,13 et 14.

Tableau 62. Résultats consolidés des questions 10, 12, 13 et 14

PROFILS_COORDI SYNTHÈSE EXPERTS + EXTENSION	A2+A3		A4		A5+A6		Total
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
Q.10 PROCOOR20308	8	8,79	13	14,29	70	76,92	91
Q.12 PROCOOR20302	48	52,75	11	12,09	32	35,16	91
Q.13 PROCOOR20303	62	68,13	7	7,69	22	24,18	91
Q.14 PROCOOR20304	60	65,93	11	12,09	20	21,98	91
Total	178		42		144		364

Le coordinateur, la coordinatrice

Commentaire en sous-titre : « L'emploi du coordinateur ; son identité professionnelle ; ses compétences individuelles pour coordonner. »

Questions n°18

Code : COOR2030IDENTITE7

Intitulé : « "C'est pourquoi si je me pose la question de cette dénomination (de coordinatrice, coordinateur) en fait parce que à la MAIA, au Conseil Départemental, on les appelle gestionnaires de cas on a oublié leur ancien métier et elles se présentent comme gestionnaires de cas auprès des patients" »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête externe sont d'accord avec cette proposition dans les mêmes proportions que les répondants experts. Les avis en désaccord avec cette proposition des répondants de l'enquête en extension sont partagés entre les professionnels de

santé ou du social (60 %) et les coordinateurs venant d'autres formations (40%). On a observé une relative majorité des avis en accord avec cette proposition dans les deux enquêtes. Les acteurs répondants ont choisi la modalité neutre ou se sont positionnés en désaccord dans une proportion plus faible (Tableaux 58 et 59 p.246).

Question n°19

Code : COOR2030EMPL

Intitulé : « *Demain, les emplois des coordinateurs et des coordinatrices seront reconnus dans les différentes conventions collectives du secteur de la santé (sanitaire, social, médico-social)* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : La proportion d'accord avec cette proposition est sensiblement plus élevée chez les répondants de l'enquête externe que chez les experts. Cet avis est suivi dans les mêmes proportions chez les répondants coordinateurs dans les deux enquêtes (Tableaux 58 et 59 p. 246). L'accord indique chez les répondants une confiance dans l'évolution des conventions collectives significative d'une reconnaissance ou normalisation du ou des métiers de la coordination.

Question n°20

Code : COOR2030REMU

Intitulé : « *Demain, la rémunération du coordinateur devrait-elle être spécifique dans les conventions collectives du secteur de la santé ou même dans le droit commun ?* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : La proportion d'accord avec cette proposition est sensiblement plus élevée chez les répondants de l'enquête externe que chez les experts. Cet avis est suivi dans les mêmes proportions chez les répondants coordinateurs dans les deux enquêtes (Tableaux 58 et 59 p. 246). La question d'un encadrement spécifique de la rémunération au sein des conventions collectives était corollaire à la question précédente et a montré l'accord d'une majorité des répondants pour une reconnaissance identifiée des emplois se traduisant par une rémunération spécifique (non évaluée en l'état dans notre recherche).

Question n°21

Code : COOR2030STATUT

Intitulé : « *Demain, les coordinateurs et les coordinatrices seront recrutés avec un statut « cadre » dans la majorité des cas ?* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : La proportion d'accord avec cette proposition est plutôt similaire chez les répondants des deux enquêtes. Cet avis est suivi dans les mêmes proportions chez les répondants coordinateurs dans les deux enquêtes. Cette question est elle aussi un corollaire des deux précédentes questions. Les avis neutres et en désaccord représentent dans les deux enquêtes une part importante (plus de 30% chez les experts et environ 26,5 % dans l'enquête en extension) faisant apparaître une incertitude sur les rôles qu'occuperont les coordinateurs dans les hiérarchies organisationnelles (Tableaux 58 et 59 page suivante) Cette incertitude pointe aussi l'autonomie de décision qu'auront, comme compétence, les coordinateurs.

Question n°22

Code : COOR2030REFCOMP

Intitulé : « *Demain, les coordinateurs et coordinatrices disposeront de référentiels de compétences propres à leur secteur d'activité.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension ont été majoritairement d'accord avec cette proposition et suivent dans le même ordre de proportion la même position que les répondants experts (Tableaux 58 et 59 page suivante). Cette proposition va dans le sens d'une normalisation progressive des métiers de la coordination.

Question n°23

Code : COOR2030PRAT

Intitulé : « *Demain, le travail des coordinateurs sera reconnu pour sa spécificité par la majorité des professionnels de santé et du social.* »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension ont été en accord avec cette proposition cependant de façon un peu moins élevée que chez les experts (Tableaux 63 et 64 page suivante). La proportion de répondants avec un avis neutre dans les deux enquêtes peut être due à un intitulé imprécis.

Tableau 63. Résultats des questions n°18, 19,20,21,22 et 23

Le coordinateur, la coordinatrice	Experts N = 23						Extension N = 68					
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	Q.18. COOR2030IDENTITE7	13	56,52	7	30,43	3	13,04	38	55,88	15	22,06	15
Q.19. COOR2030EMPL	18	78,26	4	17,39	1	4,35	60	88,24	4	5,88	4	5,88
Q.20. COOR2030REMU	19	82,61	4	17,39	0	0,00	62	91,18	6	8,82	0	0,00
Q.21. COOR2030STATUT	16	69,57	4	17,39	3	13,04	50	73,53	9	13,24	9	13,24
Q.22. COOR2030REFCOMP	21	91,30	2	8,70	0	0,00	64	94,12	1	1,47	3	4,41
Q.23. COOR2030PRAT	21	91,30	2	8,70	0	0,00	57	83,82	8	11,76	3	4,41

Tableau 64. Résultats des questions n°18,19,20,21,22 et 23 chez les répondants coordinateurs

Le coordinateur, la coordinatrice	Experts Les coordinateurs N = 9/23						Extension Les coordinateurs N = 48/68					
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
	Q.18.COOR2030IDENTITE7	5	55,56	4	44,44	0	0,00	26	54,16	10	20,83	12
Q.19. COOR2030EMPL	7	77,77	1	11,11	1	11,11	43	89,58	3	6,25	2	4,17
Q.20. COOR2030REMU	8	88,89	1	11,11	0	0,00	43	89,58	5	10,42	0	0,00
Q.21.COOR2030STATUT	8	88,89	1	11,11	0	0,00	34	70,83	6	12,50	8	16,67
Q.22.COOR2030REFCOMP	8	88,89	1	11,11	0	0,00	46	95,83	0	0,00	2	4,17
Q.23. COOR2030PRAT	7	77,77	2	22,22	0	0,00	39	81,25	6	12,50	3	6,25

Question n° 24

Code : COOR2030IDENTITE1

Intitulé : « *Demain, les coordinateurs et coordinatrices auront une autonomie de décision* »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : Les deux groupes de répondants pensent que cette proposition est vraisemblable. La proportion des répondants de l'enquête en extension en accord avec cette projection est un peu plus élevée que parmi le groupe des experts. Dans les deux groupes la

proportion des modalités « peu ou très peu probable » vient en second avis. Cette affirmation est marquée par l'incertitude et ne semble pas être une compétence marquante du rôle de cadre souhaité pour et par les coordinateurs (Tableaux 65 et 66 p. 255, 256).

Question n° 25

Code : COOR2030IDENTITE2

Intitulé : « *Demain, les coordinateurs et les coordinatrices disposeront d'une éthique propre à leur exercice professionnel* »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : Les deux groupes de répondants pensent que cette proposition est vraisemblable. La proportion des répondants de l'enquête en extension en accord avec cette projection est moins élevée que parmi le groupe des experts. Dans les deux groupes les modalités « sans opinion » et « peu ou très peu probable » sont importantes en proportion en représentant 28,72 % de l'ensemble des réponses dans l'enquête en extension (Tableaux 65 et 66 p. 255, 256). La proportion des coordinateurs dans ces deux dernières modalités est majoritaire. Cette proposition semble elle aussi plus éloignée des préoccupations des coordinateurs actuels laissant accroire que le métier est encore dans sa phase de création.

Question n°26

Code : COOR2030IDENTITE3

Intitulé : « *Demain, " Être un coordinateur, une coordinatrice " sera reconnu comme un métier à part entière* »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension suivent majoritairement le même avis que ceux du groupe des experts. Les deux groupes de répondants pensent que cette proposition est vraisemblable. Les proportions d'opinions neutres et d'opinion « peu à très peu probable » représentent un total proche de 14,6 % chez les répondants coordinateurs dans l'enquête en extension (Tableaux 65 et 66 p. 255, 256). Cette part d'opinion neutre ou peu à même de penser que cette proposition soit probable nous semble indiquer que la formation du concept de métier de coordinateur est encore en voie d'émergence dans l'effectif interrogé. Cette proposition peut trouver une première explication empirique due à l'expérience assez courte des coordinateurs interrogés dans les deux enquêtes. 50 % d'entre eux ont été recrutés entre 2016 et 2019.

Question n°27

Code : COOR2030IDENTITE4

Intitulé : « *Demain, " Être un coordinateur " dans le milieu de la Santé c'est d'abord être reconnu par les autres professionnels de santé ou et/ou du social comme une spécialisation d'un premier métier du soin ou du social. »*

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension suivent majoritairement le même avis que ceux du groupe des experts. Les deux groupes de répondants pensent que cette proposition est vraisemblable. Les proportions d'opinions neutres et d'opinion « peu à très peu probable » représentent un total proche de 18,75 % chez les répondants coordinateurs dans l'enquête en extension (Tableaux 65 et 66 page suivante). Ces avis sont majoritairement partagés par les coordinateurs non professionnels de santé ou du social (7/9).

Tableau 65. Résultats des questions n° 24,25,26 et 27

Le coordinateur, la coordinatrice	Experts N = 23						Extension N = 68					
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très probable	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.24 COOR2030IDENTITE1	14	60,87	0	0,00	9	39,13	50	73,53	5	7,35	13	19,12
Q.25 COOR2030IDENTITE2	18	78,26	2	8,70	3	13,04	48	70,58	10	14,71	10	14,71
Q.26 COOR2030IDENTITE3	21	91,30	1	4,35	1	4,35	59	86,76	3	4,42	6	8,82
Q.27 COOR2030IDENTITE4	19	82,61	1	4,35	3	13,04	56	82,35	7	10,30	5	7,35

Tableau 66. Résultats des questions n° 24,25,26 et 27 chez les répondants coordinateurs

Le coordinateur, la coordinatrice	Experts Les coordinateurs N = 9/23						Extension Les coordinateurs N = 48/68					
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.24 COOR2030IDENTITE1	7	77,78	0	0,00	2	22,22	36	75,00	4	8,33	8	16,67
Q.25 COOR2030IDENTITE2	8	88,89	1	11,11	0	0,00	33	68,75	9	18,75	6	12,50
Q.26 COOR2030IDENTITE3	8	88,89	1	11,11	0	0,00	41	85,42	2	4,16	5	10,42
Q.27 COOR2030IDENTITE4	8	88,89	0	11,11	1	11,11	39	81,25	6	12,50	3	6,25

Question n°28

Code : COOR2030IDENTITE5

Intitulé : « *Demain, la coordination est reconnue par les professionnels et les usagers comme une compétence :*

- *Individuelle "on voit la compétence du coordinateur et ses compétences avant la coordination*
- *Collective "on voit la coordination comme un travail pluridisciplinaire, les compétences sont collectives*
- *C'est un tout*
- *Sans opinion »*

Modalité de réponse : Un seul choix possible entre quatre propositions

Analyse comparée : Une majorité de répondants de l'enquête en extension ont fait le même choix que les répondants dans le groupe des experts. La coordination est reconnue par les participants dans les interdépendances induites par le collectif pour atteindre les objectifs et associée de façon très étroite aux compétences techniques et relationnelles du coordinateur. Les choix de réponse des coordinateurs se répartissent dans les mêmes proportions (Tableau 67 page suivante).

Tableau 67. Résultats question n° 28

Le coordinateur, la coordinatrice Q.28. COOR2030IDENTITE5 « Demain, la coordination est reconnue par les professionnels et les usagers comme une compétence :	Experts		Extension	
	N = 23		N = 68	
	n	(%)	n	(%)
- Individuelle "on voit la compétence du coordinateur et ses compétences avant la coordination "	2	8,70	10	14,71
- Collective "on voit la coordination comme un travail pluridisciplinaire, les compétences sont collectives "	7	30,43	19	27,94
- C'est un tout	14	60,87	39	57,35
- Sans opinion »	0	0,00	0	0,00

Question n°29

Code : COOR2030COMP01

Intitulé : « Demain, quelles compétences devrait-on trouver chez les coordinateurs et les coordinatrices :

- C'est un(e) expert(e) de la thématique qu'il ou elle coordonne
- Il ou elle doit avoir des capacités d'adaptation
- Il ou elle doit avoir des capacités de médiateur
- Il ou elle doit permettre que des solutions émergent
- Il ou elle doit avoir des capacités de leadership »

Modalité de réponse : Échelle par classement de l'ordre de préférence. Cinq propositions différentes à classer par ordre de préférence du répondant (de 1 à 5)

Analyse comparée : L'expertise dans la thématique est la compétence qui a été choisie en premier choix par les experts et par les répondants de l'enquête en extension. Les capacités de médiateur et d'adaptation sont ensuite choisies chez les experts et les répondants de l'enquête en extension en seconde ou troisième position avec peu de différence dans les proportions (Tableaux 68 et 69 page suivante).

Tableau 68. Résultats Enquête Experts question n° 29

Experts N = 23	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Classement [5] (%)	Totaux (%)
C'est un(e) expert(e) de la thématique qu'il ou elle coordonne	43,48	8,70	4,35	30,44	13,04	100
Il ou elle doit avoir des capacités d'adaptation	21,74	21,74	34,78	17,39	4,35	100
Il ou elle doit avoir des capacités de médiateur	8,70	30,44	17,39	17,39	26,09	100
Il ou elle doit permettre que des solutions émergent	17,39	21,74	30,44	17,39	13,04	100
Il ou elle doit avoir des capacités de leadership	8,70	17,39	13,04	17,39	43,48	100
Totaux (%)	100	100	100	100	100	

Tableau 69. Résultats Enquête Extension question n° 29

Extension N = 68	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Classement [5] (%)	Totaux (%)
C'est un(e) expert(e) de la thématique qu'il ou elle coordonne	47,06	13,24	2,94	14,71	22,06	100
Il ou elle doit avoir des capacités d'adaptation	17,65	30,88	25,00	17,65	8,82	100
Il ou elle doit avoir des capacités de médiateur	13,24	19,12	32,35	22,06	13,24	100
Il ou elle doit permettre que des solutions émergent	13,24	25,00	30,88	16,18	14,71	100
Il ou elle doit avoir des capacités de leadership	8,82	11,76	8,82	29,41	41,18	100
Totaux (%)	100	100	100	100	100	

Question n°30

Code : COOR2030IDENTITE6

Intitulé : " Dans le secteur du handicap l'ordre en ce moment c'est le virage inclusif... en gros on détricote les institutions et on passe plus sur des services en milieu ouvert etc. et on force les coopérations les partenariats "

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Cette dernière question du groupe concernant le coordinateur avait pour intention de comprendre comment l'émergence d'une identité propre au coordinateur pouvait aussi être étroitement dépendante du contexte mutationnel dans l'institution de la santé. Autrement dit, la construction, l'appropriation d'une identité constitutive du métier de coordinateur par un individu et par extension par une communauté n'est-elle pas avant tout dépendante du « courant politique » ? Ici, au travers de la question sur le mouvement du virage inclusif qu'on pourrait aussi étendre au virage ambulatoire, les répondants de l'enquête en extension ont répondu dans les mêmes proportions que les experts. La proportion des réponses neutres laisse à penser que la question n'était pas suffisamment explicite pour « capter » l'opinion des répondants (Tableau 70).

Tableau 70. Résultats question n° 30

Le coordinateur, la coordinatrice	Experts N = 23			Extension N = 68		
	Degré d'accord (%)	Sans opinion (%)	Degré de désaccord (%)	Degré d'accord (%)	Sans opinion (%)	Degré de désaccord (%)
Q.30. COOR2030IDENTITE6	60,87	30,43	8,70	63,24	27,94	8,82

Synthèse « le coordinateur »

Les questions de ce groupe avaient pour objectif d'interroger les experts puis les professionnels répondants de l'enquête en extension sur des sous-thèmes qui avaient émergé de l'analyse des entretiens préalablement effectuée. Les questions proposées autour de ces sous-thèmes ont abordé la construction de l'identité par le travail réalisé, la reconnaissance du métier de coordinateur par les professionnels historiques du secteur et de façon plus institutionnelle (définition du métier de coordinateur au sein des conventions collectives du secteur de la santé et du social, définition des cadres ou référentiels de compétences par le législateur). Les répondants ont été sollicité de façon plus prospective sur leur perception des évolutions possibles (p.ex. : mise en place d'une future éthique propre à la coordination venant témoigner d'une institutionnalisation du ou des métiers de coordinateurs.

Les choix de réponses des répondants de l'enquête en extension ont été similaires à ceux des experts. Les résultats ont été ainsi regroupés en synthèse des deux enquêtes et nous avons dégagé deux groupes permettant d'affiner le consensus général.

Les propositions qui ont fait un fort consensus auprès des acteurs répondants des deux enquêtes sont :

- L'intégration des emplois de coordinateur ;
- Une échelle des salaires spécifiques au sein des différentes conventions collectives ;
- La mise en place de référentiels de compétences pour les coordinateurs dans les différents secteurs d'activité en santé, médico-social et social ;
- Enfin et plus globalement un accord très majoritaire de tous les répondants pour que travail de coordination et du coordinateur soit reconnu dans sa spécificité.

Deux propositions s'éloignent de ce consensus. L'exercice d'un nouveau métier de coordination (p.ex. : gestionnaire de cas) serait exclusif et indépendant d'un métier du soin ou du social préalablement acquis (Question n°18 - COOR2030IDENTITÉ7). Le niveau d'opinion en désaccord vis-à-vis de cette proposition montre peut-être que le libellé de la question n'est pas suffisamment explicite. D'autre part, la proposition concernant le coordinateur comme nouvel acteur induit par le mouvement général redéfinissant les modalités de recours et les rôles de l'ensemble des institutions (Le virage inclusif dans le milieu du handicap et de la santé mentale et le virage ambulatoire dans le système hospitalier) (Question n°30 - COOR2030IDENTITÉ6) recueille un nombre d'opinions neutres relativement élevé. Compte tenu des avis en désaccord la proposition se trouve plus éloignée du consensus. Ce résultat peut être aussi dû à une formulation ambiguë de la proposition.

La question n°21 (COOR2030STATUT) portant sur l'acquisition et la reconnaissance du statut de cadre pour le métier de coordinateur dans les conventions collectives du secteur recueille aussi une part quasi équivalente d'avis soit neutres soit en désaccord. Nous l'excluons d'un consensus fort.

Pour quatre propositions le type d'échelle utilisée sollicitait les répondants de donner leurs opinions sur la probabilité ou non que la proposition puisse être réalisée en 2030. L'analyse comparée entre les réponses des experts et les répondants de l'enquête en extension montre des résultats similaires. Les résultats des deux enquêtes ont aussi fait l'objet d'une synthèse.

Les propositions des questions 26 et 27 rejoignent le consensus (Tableau 74 et figure 63, page 263). Pour les experts comme pour les répondants de l'enquête en extension le métier de coordinateur sera totalement reconnu à terme (Q.26 COOR2030IDENTITE3). Cette proposition montre le processus en cours de formation de l'image du métier (Brillet & Gavaille,

2016; Gavaille, 2014). Même si elle ne semble pas être exclusive pour devenir coordinateur le fait d'être préalablement un professionnel de santé ou du social fait consensus pour les répondants des deux enquêtes. La pratique de la coordination et plus formellement « être coordinateur » dans ce contexte sont reconnus chez ces professionnels comme une forme de spécialisation par l'ensemble des répondants (Q.27 COOR2030IDENTITE4).

Les propositions des questions 24 et 25 s'éloignent du consensus (Tableau 74 et figure 63 p. 263). La proposition d'une autonomie dans les décisions (Q.24 COOR2030IDENTITE1) est marquée par l'incertitude chez les répondants des deux enquêtes et ne semble pas être une compétence marquante du rôle de cadre souhaité pour et par les coordinateurs. De même la proposition à terme de pouvoir disposer d'une éthique professionnelle caractéristique d'une normalisation du métier est apparue comme étant assez éloignée des préoccupations des coordinateurs actuels laissant penser que le métier est encore dans sa phase de construction (Q.25 COOR2030IDENTITE2).

Les questions 28 et 29 n'ont pas pu être intégrées dans les AFC du fait de leur construction respective. Nous retenons que les résultats (Choix et classements) des répondants de l'enquête en extension sont similaires à ceux des experts. La compétence à coordonner est reconnue par la capacité individuelle à faire travailler et aboutir un collectif dans ses décisions (Q. 28 COOR2030IDENTITE5). De même la question 29 (COOR2030COMP01) renforce dans les deux enquêtes la compétence d'expert du coordinateur (en fonction de la thématique animée) et les capacités d'adaptation et de médiateur du coordinateur (même si elles varient dans leur classement dans les deux enquêtes) sont retenues comme des compétences relationnelles indispensables au métier.

Ces deux dernières propositions rejoignent le consensus général.

Tableau 71. Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes - questions 18 à 23 et 30

χ^2 (Valeur observée)	77,3567
χ^2 (Valeur critique)	21,0261
DDL	12
p-value	< 0,0001
alpha	0,05

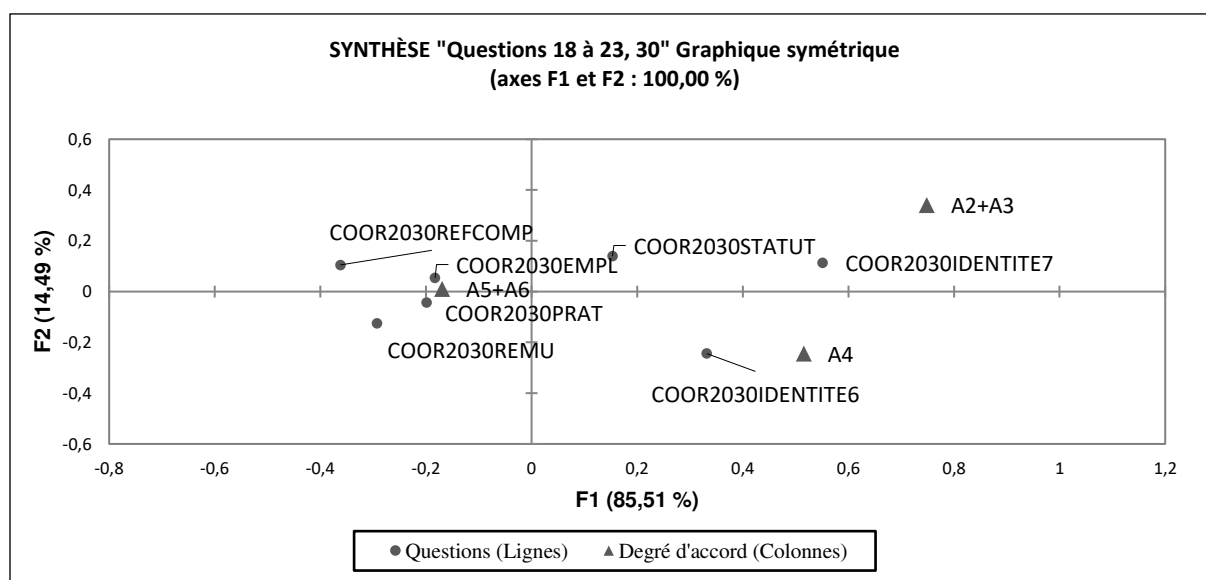


Figure 62. AFC Synthèse des questions 18 à 23 et 30.

Tableau 72. Résultats consolidés des questions 18 à 23 et 30

COORDINATEUR SYNTHÈSE EXPERTS + EXTENSION	A2+A3		A4		A5+A6		Total
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
Q.18 COOR2030IDENTITE7	18	19,78	22	24,18	51	56,04	91
Q.19 COOR2030EMPL	5	5,49	8	8,79	78	85,71	91
Q.20 COOR2030REMU	0	0,00	10	10,99	81	89,01	91
Q.21 COOR2030STATUT	12	13,19	13	14,29	66	72,53	91
Q.22 COOR2030REFCOMP	3	3,30	3	3,30	85	93,41	91
Q.23 COOR2030PRAT	3	3,30	10	10,99	78	85,71	91
Q.30 COOR2030IDENTITE6	8	8,79	26	28,57	57	62,64	91
Total	49		92		496		637

Tableau 73. Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes - questions 24 à 27

χ^2 (Valeur observée)	19,0213
χ^2 (Valeur critique)	12,5916
DDL	6
p-value	0,0041
alpha	0,05

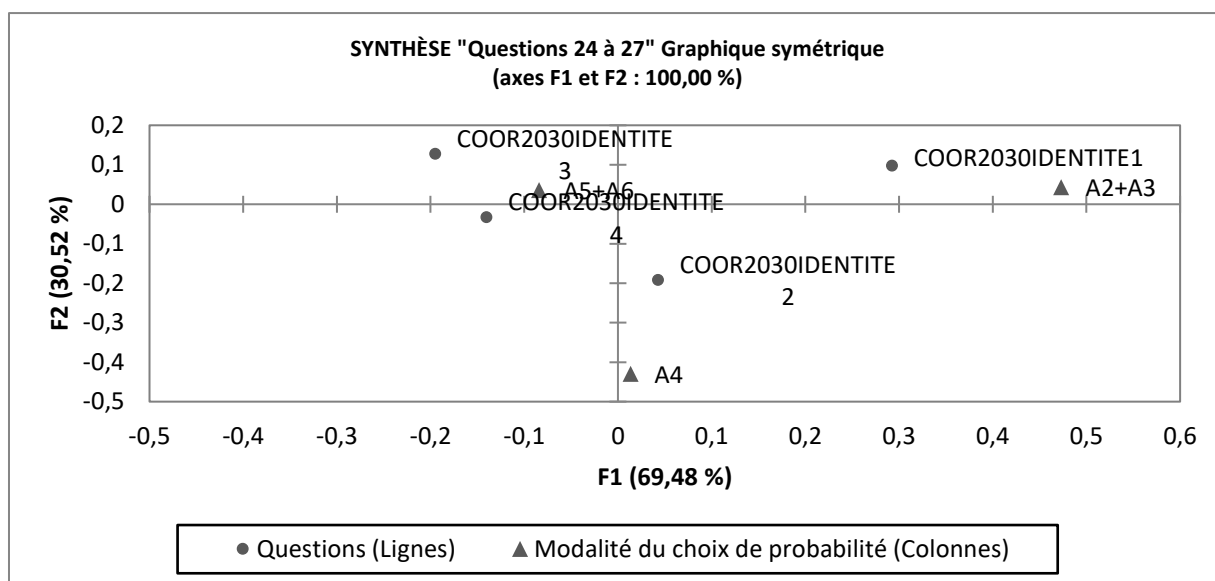


Figure 63. AFC Synthèse des questions 24 à 27.

Tableau 74. Résultats consolidés des questions 24 à 27

COORDINATEUR SYNTHÈSE EXP+OUV	A2+A3		A4		A5+A6		Total
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
Q.24 COOR2030IDENTITE1	22	24,18	5	5,49	64	70,33	91
Q.25 COOR2030IDENTITE2	13	14,29	12	13,19	66	72,53	91
Q.26 COOR2030IDENTITE3	7	7,69	4	4,40	80	87,91	91
Q.27 COOR2030IDENTITE4	8	8,79	8	8,79	75	82,42	91
Total	50		29		285		0

Le cadre des pratiques de coordination

Questions n° 31

Code : CONDIW203014

Intitulé : « Les nouveaux outils de partage collaboratif comme les services numériques d'appui à la coordination (SNAC) vont-ils renforcer le rôle des coordinateurs dans les différents parcours de soins ou d'accompagnement ? »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête et les coordinateurs de ce groupe donnent un accord plus net que les experts à cette proposition (Tableaux 75 et 76 page suivante). Cependant les proportions des répondants sans opinion viennent modérer ce degré d'accord. Elles semblent indiquer que ces nouveaux outils et services numériques de partage d'information ne sont pas encore suffisamment implantés dans les pratiques entre les professionnels et chez les coordinateurs eux-mêmes.

Tableau 75. Résultats question n° 31

Le cadre des pratiques de coordination	Experts N = 23						Extension N = 68					
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.31. CONDIW203014	11	47,83	12	52,17	0	0,00	40	58,82	21	30,89	7	10,29

Tableau 76. Résultats question n° 31 chez les répondants coordinateurs

Le cadre des pratiques de coordination	Experts Les coordinateurs N = 9/23						Extension Les coordinateurs N = 48/68					
	Degré d'accord (%)		Sans opinion (%)		Degré de désaccord (%)		Degré d'accord (%)		Sans opinion (%)		Degré de désaccord (%)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.31. CONDIW203014	4	44,44	5	55,55	0	0,00	27	56,25	16	33,33	5	10,42

Questions n° 32

Code : CONDIW20302

Intitulé : « *Demain, l'intégration des coordinateurs dans l'organisation des parcours de soins aura permis le décloisonnement du système de santé.* »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (Probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : La proposition est acceptée dans les deux groupes dans des proportions similaires (Tableau 77 page suivante). La représentation (en %) des coordinateurs (Tableau 78 page suivante) dans les deux groupes en accord avec cette proposition (41,18 % chez les experts et 64,29 % dans l'enquête en extension) indique, selon nous, une dimension d'adhésion assez forte chez ces coordinateurs à leur travail et au sens qu'ils lui attribuent dans ses finalités. Cet élément nous semble aussi être un élément d'importance par sa contribution à la constitution d'un nouveau métier dans le secteur de la santé.

Tableau 77. Résultats question n° 32

Le cadre des pratiques de coordination	Experts N = 23				Extension N = 68							
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.32 CONDIW20302	17	73,91	1	4,35	5	21,74	52	76,47	5	7,35	11	16,18

Tableau 78. Résultats question n° 32 chez les répondants coordinateurs

Le cadre des pratiques de coordination	Experts Les coordinateurs N = 9/23				Extension Les coordinateurs N = 48/68							
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.32 CONDIW20302	7	77,77	1	11,11	1	11,11	36	75,00	4	8,33	8	16,67

Question n°33

Code : CONDIW20303

Intitulé : « *Demain, le coordinateur sera assez seul pour "faire travailler ensemble les autres professionnels ou bien sera-t-il intégré dans les équipes pluridisciplinaires (par ex. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ?* »

Commentaire en sous-titre de la question : « Le coordinateur "paradoxalement" est souvent isolé dans son travail de coordination alors que la finalité de son travail est de favoriser l'interdisciplinarité, le "travailler ensemble" »

Modalité de réponse : Un seul choix possible entre quatre propositions

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension ont formulé le même avis que les experts (Tableau 79 page suivante). Les organisations intégreront le travail du coordinateur dans leurs processus et leurs projets. Le coordinateur n'est pas un animateur isolé mais est un cadre responsable du management dans tout ou partie d'un domaine d'activité de l'organisation.

Tableau 79. Résultats question n° 33

Le cadre des pratiques de coordination	Experts		Extension	
	N = 23		N = 68	
Q.33. CONDIW20303				
« Demain, le coordinateur sera assez seul pour "faire travailler ensemble les autres professionnels ou bien sera-t-il intégré dans les équipes pluridisciplinaires (par ex. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ? »	n	(%)	n	(%)
- Probablement seul	3	13,04	9	13,24
- Probablement en équipe	19	82,61	55	80,88
- Sans opinion	1	4,35	2	2,94
- Autre (réponse ouverte)	0	0,00	2	2,94*

* Deux réponses : « Je ne sais pas » et « les deux »

Question n°34

Code : CONDIW20304

Intitulé : « Demain, le coordinateur assurera plusieurs missions ou tâches dans son organisation »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (Probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension ont formulé le même avis que les experts (Tableaux 80 et 81 page suivante). Le fort consensus autour de cette proposition regroupant tous les experts et plus de 95 % de l'enquête en extension emporte *de facto* l'accord des coordinateurs pour des compétences multiples du coordinateur que nous explorons dans la question suivante n°35.

Tableau 80. Résultats question n° 34

Le cadre des pratiques de coordination	Experts				Extension							
	N = 23				N = 68							
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très probable	
n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Q.34 CONDIW20304	23	100,00	0	0,00	0	0,00	65	95,59	1	1,47	2	2,94

Tableau 81. Résultats question n° 34 chez les répondants coordinateurs

Le cadre des pratiques de coordination	Experts						Extension					
	Les coordinateurs						Les coordinateurs					
	N = 9/23						N = 48/68					
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable	
n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Q.34 CONDIW20304	9	100,00	0	0,00	0	0,00	46	95,83	0	0,00	2	4,17

Question n°35

Code : CONDIW203011

Intitulé : « *Demain, quelles pourraient être les autres tâches ou missions du coordinateur ?* »

- *Comptabilité générale,*
- *Gestion et analyse financière, préparation des budgets prévisionnels,*
- *Ressources humaines,*
- *Représentation auprès des autorités tutélaires,*
- *Tâches administratives,*
- *Accueil des usagers,*
- *Maintenance technique »*

Commentaire en sous-titre de la question : Cette question est en lien avec la question précédente n°34 (cf. tableaux 80 et 81).

Modalité de réponse : Échelle par classement de l'ordre de préférence. Sept propositions différentes à classer par ordre de préférence du répondant (de 1 à 7)

Analyse comparée : Le classement dans les deux groupes s'est « dispersé » du fait du nombre trop important de missions proposées (Tableaux 82 et 83 page suivante). Néanmoins on retrouve une similitude dans les deux classements. L'accueil des usagers et la représentation (du dispositif ou de la structure) auprès des tutelles semblent être privilégiés dans les missions pouvant être rattachées au coordinateur. Les missions en lien avec des compétences de gestion ont été moins sélectionnées que les missions où les compétences d'expert auprès des usagers (cf. Question 29) et les compétences en communication qui ont été préférentiellement choisies. Les types et les niveaux de complexité des organisations ou des dispositifs, où va travailler le coordinateur, viendront probablement paramétrer les niveaux de compétences nécessaires à la mission de coordination.

Tableau 82. Résultats Enquête Experts question n° 35

Experts N = 23	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Classement [5] (%)	Classement [6] (%)	Classement [7] (%)	Totaux (%)
Comptabilité générale	0,00	13,04	4,35	30,43	17,39	21,74	13,04	100
Gestion et analyse financière, préparation des budgets prévisionnels	0,00	13,04	26,09	17,39	21,74	17,39	4,35	100
Ressources humaines	13,04	17,39	26,09	13,04	17,39	8,70	4,35	100
Représentation auprès des autorités tutélaires	39,13	21,74	21,74	4,35	13,04	0,00	0,00	100
Tâches administratives	17,39	17,39	4,35	21,74	21,74	17,39	0,00	100
Accueil des usagers	30,43	17,39	13,04	13,04	8,70	13,04	4,35	100
Maintenance technique	0,00	0,00	4,35	0,00	0,00	21,74	73,91	100
Totaux (%)	100	100	100	100	100	100	100	

Tableau 83. Résultats Enquête Extension question n° 35

Extension N = 68	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Classement [5] (%)	Classement [6] (%)	Classement [7] (%)	Totaux (%)
Comptabilité générale	0,00	2,94	4,41	13,24	30,88	38,24	10,29	100
Gestion et analyse financière, préparation des budgets prévisionnels	11,76	7,35	20,59	17,66	16,18	13,24	13,24	100
Ressources humaines	19,12	16,18	19,12	26,47	5,88	7,35	5,88	100
Représentation auprès des autorités tutélaires	29,41	29,41	19,12	10,29	4,41	7,35	0,00	100
Tâches administratives	7,35	30,88	14,71	19,12	17,65	7,35	2,94	100
Accueil des usagers	30,88	13,24	19,12	4,41	10,29	16,18	5,88	100
Maintenance technique	1,47	0,00	2,94	8,82	14,71	10,29	61,76	100
Totaux (%)	100	100	100	100	100	100	100	

Question n° 36

Code : CONDIW20305

Intitulé : « *Demain, les résistances manifestées plus ou moins explicitement au travail des coordinateurs par les professionnels en 2019, n'existeront plus demain.* »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (Probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension sont en accord avec les répondants experts (Tableau 84). Cependant les avis pensant que cette affirmation sera probablement l'état de fait sont très proches de la moyenne de chacun des effectifs. Les avis représentant ceux des répondants pensant que les résistances des professionnels vis-à-vis du travail des coordinateurs persisteront dans les prochaines années, ont représenté près d'un tiers du total des avis des experts et près de 40 % de l'effectif de l'enquête en extension. Les coordinateurs partagent cette position, signifiant de fait la réalité de leurs vécus professionnels, et ce, indépendamment de la projection demandée (Tableau 85 page suivante).

Question n°37

Code : CONDIW20306

Intitulé : « *Demain, les résistances manifestées plus ou moins explicitement au travail des coordinateurs par les usagers et/ou les patients en 2019, n'existeront plus.* »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (Probabilité d'occurrence) à cinq degrés.

Analyse comparée : Les positions prises vis-à-vis de cette proposition sont similaires à la question précédente (Q. 36) (Tableaux 84 et 85). La difficulté des répondants dans les deux enquêtes à prendre position en lieu et place des bénéficiaires usagers ou patients a pu susciter une réorientation d'une partie des avis vers l'absence d'opinion.

Tableau 84. Résultats questions n° 36 et 37

Le cadre des pratiques de coordination	Experts N = 23				Extension N = 68							
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion	Occurrence peu ou très probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très probable		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.36 CONDIW20305	11	47,83	5	21,74	7	30,43	35	51,47	7	10,29	26	38,24
Q.37 CONDIW20306	12	52,17	8	34,79	3	13,04	36	52,94	14	20,59	18	26,47

Tableau 85. Résultats questions n° 36 et 37 chez les répondants coordinateurs

Le cadre des pratiques de coordination	Experts Les coordinateurs N = 9/23				Extension Les coordinateurs N = 48/68							
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion		Occurrence peu ou très peu probable	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.36 CONDIW20305	3	33,33	3	33,33	3	33,33	26	54,17	5	10,42	17	35,41
Q.37 CONDIW20306	4	44,44	3	33,33	2	22,22	25	52,08	11	22,92	12	25,00

Question n°38

Code : CONDIW20307

Intitulé : « Selon vous, demain quelles seraient les raisons de la persistance de ces résistances chez les professionnels :

- *Le manque de temps pour travailler en pluridisciplinarité*
- *Le sentiment de perdre sa liberté de choix, de décision*
- *L'attachement des professionnels à leurs prérogatives*
- *L'atteinte de la position sociale »*

Modalité de réponse : Échelle par classement de l'ordre de préférence. Quatre propositions différentes à classer par ordre de préférence du répondant (de 1 à 4).

Analyse comparée : Cette question faisait suite à la question n° 37 sur les résistances des professionnels vis-à-vis du travail des coordinateurs. Les répondants de l'enquête en extension ont fait un classement comparable (Tableaux 86 et 87 page suivante). Le manque de temps pour travailler en pluridisciplinarité chez les professionnels de santé semble être à l'origine de la résistance au travail de coordination. Le paradoxe de ce motif de résistance repose dans le fait que le manque de temps est unanimement constaté par les professionnels et que ce problème pourrait être au moins partiellement résolu par le travail de coordination. Cette position met en évidence la dynamique de changement induite par l'arrivée des nouveaux métiers (dont celui de coordinateur) et les résistances générées par les différents professionnels. Les sentiments de perte de liberté, de perte de prérogatives propres à la fonction de médecin en particulier (et par extension propre au contexte du travail en libéral) ont été relativement proches quand ils ont été classés en première position. Quand les répondants des deux enquêtes ont classé en premier choix l'atteinte de la position sociale comme étant une des raisons explicatives à la résistance

au travail de coordination, leur choix s'est manifesté un peu plus objectivement et a été suivi du manque de temps pour travailler en pluridisciplinarité.

Tableau 86. Résultats Enquête Experts question n° 38

Experts N = 23	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Totaux (%)
Le manque de temps pour travailler en pluridisciplinarité	43,48	8,70	13,04	34,78	100
Le sentiment de perdre sa liberté de choix, de décision	13,04	56,52	17,39	13,04	100
L'attachement des professionnels à leurs prérogatives	34,78	30,43	34,78	0,00	100
L'atteinte de la position sociale	8,70	4,35	34,78	52,17	100
Totaux (%)	100	100	100	100	

Tableau 87. Résultats Enquête Extension question n° 38

Extension N = 68	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Totaux (%)
Le manque de temps pour travailler en pluridisciplinarité	44,12	22,06	11,76	22,06	100
Le sentiment de perdre sa liberté de choix, de décision	14,71	38,24	38,24	8,82	100
L'attachement des professionnels à leurs prérogatives	38,24	22,06	30,88	8,82	100
L'atteinte de la position sociale	2,94	17,65	19,12	60,29	100
Totaux (%)	100	100	100	100	

Question n°39

Code : CONDIW203015

Intitulé : « Selon vous, demain quelles seraient les raisons de la persistance de ces résistances chez les usagers/patients :

- La crainte d'une perte de confidentialité sur ses données personnelles
- La perte du lien avec les soignants de proximité
- La crainte d'être dirigé par obligation dans son parcours de soin ou d'accompagnement
- Autre »

Modalité de réponse : Échelle par classement de l'ordre de préférence. Quatre propositions différentes à classer par ordre de préférence du répondant (de 1 à 4)

Analyse comparée : Cette question a sollicité les professionnels répondants des deux enquêtes sur leur ressenti de leur relation de soignant et/ou de coordinateur avec les usagers ou patients avec lesquels ils sont en lien. Les classements exprimés (Tableaux 88 et 89), bien que subjectifs, ont traduit pour partie les convictions personnelles des professionnels interrogés et d'autre part les avis recueillis près des usagers ou des patients. La perte du lien avec les soignants de proximité a été suivie du sentiment de crainte d'une contrainte à suivre les prescriptions du parcours (Compliance) comme premier classement. Le sentiment d'altération des données personnelles a toujours été classé en seconde ou troisième position.

Tableau 88. Résultats Enquête Experts question n° 39

Experts N = 23	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Totaux (%)
La crainte d'une perte de confidentialité sur ses données personnelles	13,05	34,78	52,17	0,00	100
La perte du lien avec les soignants de proximité	52,17	34,78	13,05	0,00	100
La crainte d'être dirigé par obligation dans son parcours de soin ou d'accompagnement	34,78	30,44	34,78	0,00	100
Autre	0,00	0,00	0,00	100,00	100
Totaux (%)	100	100	100	100	

Tableau 89. Résultats Enquête Extension question n° 39

Extension N = 68	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Totaux (%)
La crainte d'une perte de confidentialité sur ses données personnelles	19,12	26,47	50,00	4,41	100
La perte du lien avec les soignants de proximité	42,65	32,35	23,53	1,47	100
La crainte d'être dirigé par obligation dans son parcours de soin ou d'accompagnement	33,82	39,71	22,06	4,41	100
Autre	4,41	1,47	4,41	89,71	100
Totaux (%)	100	100	100	100	

Question n°40

Code : CONDIW20308

Intitulé : « *Demain, la réflexion pluridisciplinaire autour des parcours de soins et d'accompagnement sera majoritairement organisée par :*

- *Les équipes hospitalières, médico-sociales ou sociales*
- *Les usagers, les patients ou parents (si mineur)*
- *Les professionnels de proximité*
- *Les professionnels spécialistes*
- *Les coordinateurs dédiés au type de parcours »*

Modalité de réponse : Échelle par classement de l'ordre de préférence. Cinq propositions différentes à classer par ordre de préférence du répondant (de 1 à 5)

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension ont classé en première intention les coordinateurs dédiés au parcours et ont fait le même choix que les experts (Tableaux 90 et 91 page suivante). Les professionnels de proximité plus sollicités chez les experts ont été moins choisis que les équipes hospitalières dans l'enquête en extension. Les coordinateurs, les professionnels de proximité et les équipes hospitalières forment les acteurs principaux d'une réflexion pluridisciplinaire. (cf. section 3.3. « Pratiques de coordination »). Les coordinateurs occupent les rôles à la fois de négociateurs-médiateurs et d'organiseurs du débat ou concertation pluridisciplinaire. On remarque en l'état le faible classement des usagers dans le rôle potentiel d'organisateur de cette concertation attribué par l'ensemble des répondants.

Tableau 90. Résultats Enquête Experts question n° 40

Experts N = 23	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Classement [5] (%)	Totaux (%)
Les équipes hospitalières, médico-sociales ou sociales.	21,74	26,09	30,43	17,39	4,35	100
Les usagers, les patients ou parents (si mineur)	0,00	8,70	30,43	21,74	39,13	100
Les professionnels de proximité	21,74	30,43	17,39	26,09	4,35	100
Les professionnels spécialistes	0,00	4,35	17,39	30,43	47,82	100
Les coordinateurs dédiés au type de parcours	56,52	30,43	4,35	4,35	4,35	100
Totaux (%)	100	100	100	100	100	

Tableau 91. Résultats Enquête Extension question n° 40

Extension N = 68	Classement [1] (%)	Classement [2] (%)	Classement [3] (%)	Classement [4] (%)	Classement [5] (%)	Totaux (%)
Les équipes hospitalières, médico-sociales ou sociales.	20,59	33,82	32,35	10,29	2,94	100
Les usagers, les patients ou parents (si mineur)	8,82	7,35	20,59	22,06	41,18	100
Les professionnels de proximité	7,35	26,47	25,00	35,29	5,88	100
Les professionnels spécialistes	2,94	8,82	11,77	29,41	47,06	100
Les coordinateurs dédiés au type de parcours	60,29	23,53	10,29	2,94	2,94	100
Totaux (%)	100	100	100	100	100	

Question n°41

Code : CONDIW20309

Intitulé : « " Il y a un risque qu'il y ait une forme de compétition à coordonner... autrement dit : trop de coordinateurs, trop de coordination risque de nuire au but recherché ! " »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : L'avis des répondants de l'enquête en extension est similaire à celui des experts (Tableau 92 page suivante). Cette proposition rencontre un désaccord assez significatif chez les coordinateurs (Tableau 93 page suivante) dans l'enquête en extension (27,08 % de leur effectif). La progression de la mise en place des plateformes numériques de coordination et le mouvement général de regroupement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Question n°42

Code : CONDIW203010

Intitulé : « " On ne peut pas superposer un modèle de coordination sur tous les territoires de manière uniforme. " »

Modalité de réponse : Échelle d'accord à cinq degrés

Analyse comparée : Les répondants de l'enquête en extension et les experts sont majoritairement d'accord avec cette proposition. On remarque que dans l'enquête en extension les coordinateurs représentent la totalité des effectifs en désaccord ou sans opinion (Tableaux 87 et 88). Cette position pourrait être mis en relation avec les formations dédiées (ex. PACTE).

Tableau 92. Résultats questions n° 41 et 42

Le cadre des pratiques de coordination	Experts N = 23						Extension N = 68					
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.41. CONDIW20309	16	69,57	2	8,70	5	21,74	40	58,82	11	16,18	17	25,00
Q.42 CONDIW203010	19	82,61	2	8,70	2	8,70	56	82,35	4	5,88	8	11,76

Tableau 93. Résultats questions n° 41 et 42 chez les répondants coordinateurs

Le cadre des pratiques de coordination de demain	Experts Les coordinateurs N = 9/23						Extension Les coordinateurs N = 48/68					
	Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord		Degré d'accord		Sans opinion		Degré de désaccord	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.41. CONDIW20309	7	77,77	1	11,11	1	11,11	28	58,34	7	14,58	13	27,08
Q.42 CONDIW203010	6	66,66	1	22,22	2	22,22	36	75,00	4	8,33	8	16,67

Question n°43

Code : CONDIW203012

Intitulé : « *Demain, il y aura davantage de coordinateurs et de coordinatrices dans les dispositifs de coordination.* »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (Probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : La projection positive recueille la majorité dans les deux enquêtes (tableau 94 page suivante). Chez les répondants experts comme chez les répondants de l'enquête en extension un petit effectif s'exprime dans l'absence de position voire dans l'expression « peu ou très peu probable ». Ces avis se retrouvent dans les mêmes proportions chez les coordinateurs (Tableau 95 page suivante).

Question n°44

Code : CONDIW203013

Intitulé : « *Demain, il y aura moins de coordinateurs et de coordinatrices dans les dispositifs de coordination.* »

Modalité de réponse : Échelle de vraisemblance (Probabilité d'occurrence) à cinq degrés

Analyse comparée : La projection proposée prenait volontairement le contrepied de la proposition précédente. On peut remarquer que les résultats diffèrent par une augmentation des positions « sans opinion » chez les experts et des avis « probable ou très probable » chez les répondants de l'enquête en extension (Tableau 89). Chez ces derniers les coordinateurs en fonction sont partagés entre 14,58 % « sans opinion » et 10,42 % qui pensent qu'il y aura moins de coordinateurs à échéance (Tableau 90). L'environnement incertain reste une variable importante à prendre en compte dans le processus de création des métiers de la coordination (et à terme la création d'une communauté de métiers). Ces deux dernières propositions renforcent la nécessité d'intégrer l'incertitude comme variable dans l'élaboration des scénarios d'évolution.

Tableau 94. Résultats questions n° 43 et 44

Le cadre des pratiques de coordination	Experts N = 23						Extension N = 68					
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion	Occurrence peu ou très probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion	Occurrence peu ou très probable			
	n	(%)		n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)
Q.43 CONDIW203012	21	91,30	2	8,70	0	0,00	56	82,35	7	10,30	5	7,35
Q.44 CONDIW203013	0	0,00	8	34,78	15	65,22	7	10,29	10	14,71	51	75,00

Tableau 95. Résultats questions n° 43 et 44 chez les répondants coordinateurs

Le cadre des pratiques de coordination	Experts Les coordinateurs N = 9/23						Extension Les coordinateurs N = 48/68					
	Occurrence probable ou très probable		Sans opinion	Occurrence peu ou très probable		Occurrence probable ou très probable		Sans opinion	Occurrence peu ou très probable			
	n	(%)		n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)
Q.43 CONDIW203012	7	77,77	2	22,22	0	0,00	40	83,33	5	10,42	3	6,25
Q.44 CONDIW203013	0	0,00	5	55,55	4	44,44	5	10,42	7	14,58	36	75,00

Synthèse du cadre des pratiques de coordination

Par l'intermédiaire de ce dernier groupe de quatorze questions l'intention était d'interroger les professionnels répondants (dont les coordinateurs en place) sur leurs appréciations actuelles des pratiques générales du travail de coordination et par continuité celles du coordinateur ; ces pratiques étant idéalement projetées dans un avenir proche. La méthodologie est restée

inchangée et une analyse comparative de chaque proposition a été effectuée dans le but de dégager celles d'entre elles faisant consensus.

Les résultats obtenus ont été regroupés par types d'échelles d'attitude (Degré d'accord ou désaccord ; vraisemblance). Ils ont donné lieu à un test d'indépendance (Tableau 96 p. 279 et tableau 98 p. 280) et à une analyse factorielle des correspondances a été réalisée (Figure 64 p. 279 et figure 65 p. 280) pour avoir une représentation graphique des différentes questions avec les trois catégories d'opinion.

Les propositions faisant consensus

Q.32 (CONDIW20302). Cette proposition est validée par les deux groupes de répondants. Les acteurs répondants (y compris les non-coordonateurs) intègrent les coordonateurs comme de nouveaux acteurs dont le travail (avec les compétences rattachées) aura à échéance aidé au décloisonnement du système de santé.

Q.33 (CONDIW20303). Le travail comme l'ensemble des pratiques du coordonateur et le cadre de ses interventions devraient se dérouler quasi exclusivement dans un environnement d'équipe et seront interdépendants de cette équipe. Certains postes de coordination pourraient cependant être plus caractéristiques d'un niveau de pratiques et d'autonomie propres à un cadre avec une autonomie de décision et supérieur dans une hiérarchie organisationnelle. Les deux groupes valident cette proposition.

Q.34 (CONDIW20304). Les coordonateurs auront la responsabilité de plusieurs missions ou tâches. Cette proposition a paru complètement vraisemblable aux experts (100 % des répondants) et aux répondants de l'enquête en extension (95,59 %). Il était de ce fait important de questionner les répondants sur la nature possible de ces missions ou tâches. La question n°35 permettait aux répondants de classer sept types de missions. Dans les deux groupes les missions de proximité auprès des usagers et de communication auprès des tutelles administratives ont émergé en première intention. Les autres missions proposées plus en rapport avec des compétences de management ou de gestion ont été classées moins préférentiellement et seraient à requestionner en fonction de la complexité du type et du niveau de complexité de l'organisation ou du dispositif où interviendra le coordonateur. Il nous semble plus préférable de rejeter la question n°35 du consensus.

Q.42 (CONDIW203010). Les répondants des deux enquêtes ont placé le territoire comme une variable indépendante conditionnant ou nécessitant une adaptation des pratiques de

coordination propres aux caractéristiques de ce territoire. Ce qui semble écarter l'idée d'une modélisation ou standardisation institutionnelle à l'échelle des finalités souhaitées dans les politiques publiques de santé.

Q.43 (CONDIW203012) et Q.44 (CONDIW203013). En validant ces deux dernières propositions, les acteurs répondants ont accepté l'idée que le métier de coordinateur va s'ancrer durablement dans le temps, dans les pratiques et les environnements professionnels. L'évolution des effectifs de coordinateurs en plus comme en moins a permis de tester chez les professionnels leur confiance dans la pérennité de ce nouveau métier indissociable de sa pratique ; tous deux promus par le politique et conditionnés par les financements publics encore expérimentaux.

Les propositions s'éloignant du consensus

Q.31 (CONDIW203014). Les scores dans les deux groupes d'enquête ont montré une opinion en accord avec cette proposition. Cette opinion est plus marquée dans l'enquête en extension (58,82 %). Ce sont les coordinateurs qui ont influencé majoritairement cette opinion et la part refuge des répondants sans opinion a souligné le fait que les autres professionnels avaient encore peu investi ces services et outils numériques de coordination.

Q.36 (CONDIW20305) et Q.37 (CONDIW20306). La probabilité d'une disparition des résistances actuelles des professionnels et les usagers à échéance a remporté le même score dans les deux enquêtes. Les pourcentages restent proches de 50 % dans les deux groupes de répondants. La question n° 38 (CONDIW20307) a été posée en complément de la question n°36 concernant les motifs de résistance des professionnels au travail des coordinateurs. Il existe un consensus sur le problème de la surcharge de travail et le manque de temps pour les professionnels à investir le travail en coordination. Pour les deux groupes ce problème est l'argument principal expliquant le phénomène de résistance. La question n°39 (CONDIW203015) venait, quant à elle, préciser les motifs potentiels de résistance chez les usagers (selon les répondants interrogés) évoqués à la question n°37. Les professionnels ont alors exprimé que selon eux chez les usagers les résistances sont dues à la crainte d'une perte du lien avec les soignants de proximité. Le sentiment de crainte d'une contrainte à suivre les prescriptions du parcours (compliance) a été moins relevé et le sentiment d'une perte de confidentialité des données personnelles a toujours été classé en seconde ou troisième position.

Ces questions complémentaires (Q.38 et Q.39) nous paraissent plus incertaines dans leurs résultats pour les intégrer au consensus.

Q.40 (CONDIW20308). La concertation pluridisciplinaire s’inscrit durablement dans les pratiques des professionnels de santé et dans le travail inter organisationnel (tous champs confondus, social, médico-social et sanitaire) au profit du parcours comme projet directeur. Le coordinateur est reconnu et investi par les autres acteurs du soin dans la responsabilité et l’organisation de cette concertation. Cette proposition est choisie par 56,52 % des répondants chez les experts et par 60,29 % chez les répondants de l’enquête en extension. Les pourcentages obtenus tendent à montrer que cette proposition reste encore à confirmer.

Q.41 (CONDIW20309). Le risque de compétition entre les différents dispositifs a été validé par les deux groupes de répondants toutefois il a fait l’objet d’un niveau de désaccord et d’avis neutres assez importants compte tenu des effectifs de coordinateurs répondants.

Tableau 96. Test d’indépendance entre les lignes et les colonnes - questions 31,41 et 42

χ^2 (Valeur observée)	37,6319
χ^2 (Valeur critique)	9,4877
DDL	4
p-value	< 0,0001
alpha	0,05

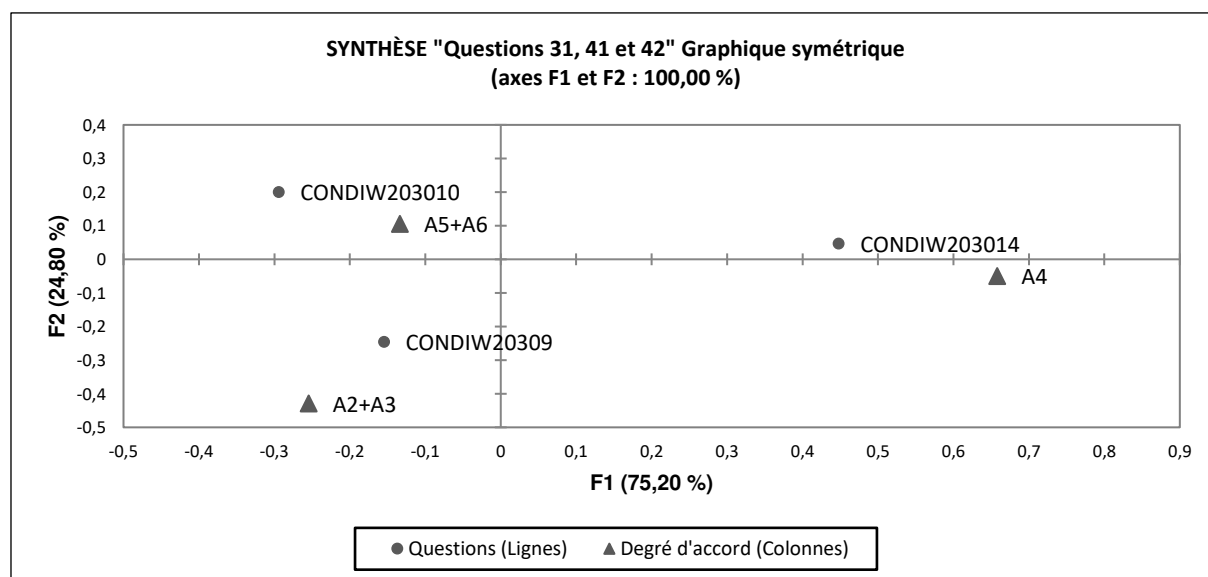


Figure 64. AFC Synthèse des questions 31,41 et 42.

Tableau 97. Résultats consolidés questions 31,41 et 42

PRATIQU COORDI SYNTHÈSE EXP+OUV	A2+A3		A4		A5+A6		Total
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n
Q.31 CONDIW203014	7	7,69	33	36,26	51	56,04	91
Q.41 CONDIW20309	22	24,18	13	14,29	56	61,54	91
Q.42 CONDIW203010	10	10,99	6	6,59	75	82,42	91
Total	39		52		182		

Tableau 98. Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes - questions 32, 34,36, 37, 43 et 44

χ^2 (Valeur observée)	217,5378
χ^2 (Valeur critique)	18,3070
DDL	10
p-value	< 0,0001
alpha	0,05

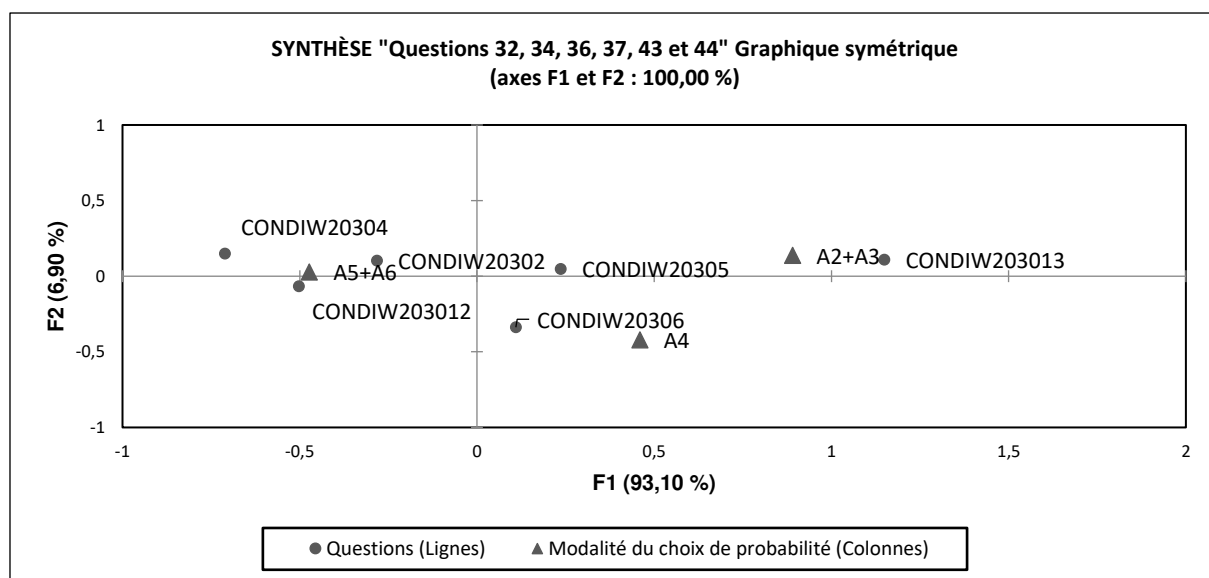


Figure 65. AFC Synthèse questions 32, 34,36, 37, 43 et 44.

Tableau 99. Résultats consolidés questions 32, 34,36, 37, 43 et 44

PRATIQU COORDI SYNTHÈSE EXP+OUV	A2+A3		A4		A5+A6	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Q.32 CONDIW20302	16	17,58	6	6,59	69	75,82
Q.34 CONDIW20304	2	2,20	1	1,10	88	96,70
Q.36 CONDIW20305	33	36,26	12	13,19	46	50,55
Q.37 CONDIW20306	21	23,08	22	24,18	48	52,75
Q.43 CONDIW203012	5	5,49	9	9,89	77	84,62
Q.44 CONDIW203013	66	72,53	18	19,78	7	7,69
Total	143		68		335	

Synthèse générale de l'analyse comparée des enquêtes

Dans le cadre de la méthode PM que nous avons modifiée dans son déroulement nous complétons notre recherche en proposant une échelle d'évaluation du consensus. Cette échelle élaborée empiriquement à partir des résultats consolidés de la même enquête menée auprès des acteurs experts et de ceux de l'enquête en extension. Pour rappel notre questionnaire a été mis au point à partir des thématiques principales issues de l'analyse thématique des entretiens et, d'autre part, s'est appuyé sur la revue de la littérature abordée dans la première partie de la thèse. Le score de l'opinion (« Pour » ou « Contre ») qui a obtenu le niveau le plus élevé pour chaque proposition est retenu, est évalué selon la graduation de l'échelle (Figure 66) Seules les propositions ayant obtenu un score supérieur ou égal à 85 % (ou le cas échéant < - 85 %) ont été retenues. Les positions « Neutre = sans opinion » sont exclues de l'échelle.

Échelle d'évaluation du consensus							
Opinion « Contre »				Opinion « Pour »			
Fort (Score >95%)	Modéré (Score > 90 % et < 95%)	Faible	Pas de consensus évident		Faible	Modéré (Score > 90 % et < 95%)	Fort (Score >95%)
	95<>100	95<>90	90<>70	70<>50	50<>70	70<>90	

Figure 66. Échelle d'évaluation du consensus.

Dans les tableaux suivants ont été classés les quarante-quatre propositions selon cette échelle. Les onze questions où nous avons sollicité un choix ou un classement de plusieurs propositions ont été classées selon cette échelle mais sont exposées dans un tableau différent afin de pouvoir exposer le choix ou classement retenu majoritairement. Les questions où un classement a été demandé ont subi une dispersion des réponses du fait du nombre de propositions faites.

Les propositions faisant un consensus modéré (Score > 90 % et < 95%) à fort (Score >95 %)

Quatre propositions sur quarante-quatre obtiennent un score supérieur à 90 % et, selon l'échelle proposée, peuvent être considérées comme faisant consensus auprès de l'ensemble des professionnels interrogés. Il y a une seule proposition ayant obtenu un score supérieur à 95 %.

Le score des trois autres propositions permet leur classement en consensus modéré. Les quatre propositions sont présentées dans le tableau de la page suivante (Tableau 100 page suivante).

Tableau 100. *Consensus modéré à fort*

Thématique	Question	Proposition évaluée dans le cadre d'une recherche de consensus	Type échelle	Tendance de l'opinion	(%, n) N=91
Mutations	Q.1	<i>Le manque de médecins généralistes sur plusieurs territoires nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins.</i>	Accord	Pour	94,51 (86)
	Q.2	<i>La fermeture d'établissements hospitaliers nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins.</i>	Accord	Pour	91,21 (83)
Coordinateur	Q.22	<i>Demain, les coordinateurs et coordinatrices disposeront de référentiels de compétences propres à leur secteur d'activité.</i>	Accord	Pour	93,41 (85)
Pratiques de coordination	Q.34	<i>Demain, le coordinateur assurera plusieurs missions ou tâches dans son organisation.</i>	Probable	Pour	96,70 (88)

Les propositions avec un consensus faible (Score > 70 % et < 90 %)

Dix-huit propositions ont été classées comme relevant d'un consensus faible sont présentées dans le tableau 101 (Tableau 101 p. 283, 284).

Les propositions pour lesquelles le consensus n'est pas évident (Score > 50% et < 70 %)

Onze questions ont été classées dans cette catégorie. Les scores sont supérieurs à 50 % cependant dans la mesure où l'effectif global est modeste numériquement il paraît prudent d'identifier ces questions comme des variables validées mais peu ou pas fiables (Tableau 102 p. 285).

Les propositions ayant fait l'objet de questions à choix ou avec classement de propositions

Onze questions ont été classées dans cette catégorie. Le traitement de ces questions, du fait de la dispersion des effectifs dans les choix ou les classements, présente, au tableau 103 (pages 286 à 288) les résultats et les pourcentages obtenus du choix majoritaire ou de la proposition ayant été indiquée en premier classement.

Nous présentons une synthèse graphique de l'ensemble des scores (Figure 67 p.289) qui sera exploitée dans les résultats.

Tableau 101. *Consensus faible*

Thématique	Question	Proposition évaluée dans le cadre d'une recherche de consensus	Type échelle	Tendance de l'opinion	(%, n) N=91
Mutations	Q.3	<i>L'organisation des soins (Ville-hôpital par ex.) est trop cloisonnée et n'est pas prête pour répondre aux changements de la société française</i>	Accord	Pour	79,12 (72)
	Q.4	<i>L'utilisateur, le patient devient de plus en plus acteur de sa santé et de son parcours de soins. Cela nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins.</i>	Accord	Pour	71,43 (65)
	Q.6	<i>La mise en place des coordinateurs dans les organisations de santé a aussi un objectif de diminution globale des coûts</i>	Accord	Pour	78,02 (71)
	Q.7	<i>Le virage inclusif dans le milieu du handicap nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins et/ou d'accompagnement.</i>	Accord	Pour	86,81 (79)
	Q.8	<i>La désinstitutionnalisation dans le milieu de la santé mentale nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins et/ou d'accompagnement.</i>	Accord	Pour	87,91 (80)
Profils des coordinateurs	Q.10	<i>Demain, la formation des coordinateurs et des coordinatrices sera différente de celle préparant à des fonctions de "cadre" (de santé, de service)</i>	Accord	Pour	76,92 (70)
Coordinateur	Q.19	<i>Demain, les emplois des coordinateurs et des coordinatrices seront reconnus dans les différentes conventions collectives du secteur de la santé (sanitaire, social, médico-social)</i>	Accord	Pour	85,7 (78)
	Q.20	<i>Demain, la rémunération du coordinateur devrait-elle être spécifique dans les conventions collectives du secteur de la santé ou même dans le droit commun ?</i>	Accord	Pour	89,01 (81)
	Q.21	<i>Demain, les coordinateurs et les coordinatrices seront recrutés avec un statut « cadre » dans la majorité des cas ?</i>	Accord	Pour	72,53 (66)
	Q.23	<i>Demain, le travail des coordinateurs sera reconnu pour sa spécificité par la majorité des professionnels de santé et du social.</i>	Accord	Pour	85,71 (78)
	Q.24	<i>Demain, les coordinateurs et coordinatrices auront une autonomie de décision.</i>	Probable	Pour	70,33 (64)
	Q.25	<i>Demain, les coordinateurs et les coordinatrices disposeront d'une éthique propre à leur exercice professionnel.</i>	Probable	Pour	72,53 (66)
	Q.26	<i>Demain, " Être un coordinateur, une coordinatrice " sera reconnu comme un métier à part entière.</i>	Probable	Pour	87,91 (80)
	Q.27	<i>Demain, " Être un coordinateur " dans le milieu de la Santé c'est d'abord être reconnu par les autres professionnels de santé ou et/ou du social comme une spécialisation d'un premier métier du soin ou du social.</i>	Probable	Pour	82,42 (75)

Pratiques de coordination	Q.32	<i>Demain, l'intégration des coordinateurs dans l'organisation des parcours de soins aura permis le décloisonnement du système de santé.</i>	Probable	Pour	75,82 (69)
	Q.42	<i>On ne peut pas superposer un modèle de coordination sur tous les territoires de manière uniforme.</i>	Probable	Pour	82,42 (75)
	Q.43	<i>Demain, il y aura davantage de coordinateurs et de coordinatrices dans les dispositifs de coordination.</i>	Probable	Pour	84,62 (77)
	Q.44	<i>Demain, il y aura moins de coordinateurs et de coordinatrices dans les dispositifs de coordination.</i>	Probable	Contre	72,53 (66)

Tableau 102. Pas de consensus évident

Thématique	Question	Proposition évaluée dans le cadre d'une recherche de consensus	Type échelle	Tendance de l'opinion	(%, n) N=91
Mutations	Q.5	<i>Demain, l'organisation de la santé sera plus pilotée par la qualité et la valeur ajoutée des soins délivrés et coordonnés.</i>	Accord	Pour	60,44 (55)
	Q.9	<i>La place de l'intelligence artificielle dans la médecine va profondément modifier les métiers de la santé dans les prochaines années.</i>	Accord	Pour	68,13 (62)
Profils des coordinateurs	Q.12	<i>Demain, à l'hôpital les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des professionnels de santé.</i>	Accord	Contre	52,75 (48)
	Q.13	<i>Demain, dans les établissements médico-sociaux les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des professionnels de santé.</i>	Accord	Contre	68,13 (62)
	Q.14	<i>Demain, dans les établissements sociaux les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des travailleurs sociaux.</i>	Accord	Contre	65,93 (60)
Coordinateur	Q.18	<i>C'est pourquoi si je me pose la question de cette dénomination (de coordinatrice, coordinateur) en fait parce que à la MAIA, au Conseil Départemental, on les appelle gestionnaires de cas on a oublié leur ancien métier et elles se présentent comme gestionnaires de cas auprès des patients"</i>	Accord	Pour	56,04 (51)
	Q.30	<i>Dans le secteur du handicap l'ordre en ce moment c'est le virage inclusif... en gros on détricote les institutions et on passe plus sur des services en milieu ouvert etc. et on force les coopérations les partenariats</i>	Accord	Pour	62,64 (57)
Pratiques de coordination	Q.31	<i>Les nouveaux outils de partage collaboratif comme les services numériques d'appui à la coordination (SNAC) vont-ils renforcer le rôle des coordinateurs dans les différents parcours de soins ou d'accompagnement ?</i>	Accord	Pour	56,04 (51)
	Q.36	<i>Demain, les résistances manifestées plus ou moins explicitement au travail des coordinateurs par les professionnels en 2019, n'existeront plus.</i>	Probable	Pour	50,55 (46)
	Q.37	<i>Demain, les résistances manifestées plus ou moins explicitement au travail des coordinateurs par les usagers et/ou les patients en 2019, n'existeront plus.</i>	Probable	Pour	52,75 (48)
	Q.41	<i>Il y a un risque qu'il y ait une forme de compétition à coordonner... autrement dit : trop de coordinateurs, trop de coordination risque de nuire au but recherché !</i>	Accord	Pour	61,54 (56)

Traitement des questions à choix ou avec classement de propositions

Il n'y a pas de proposition ayant obtenu un score supérieur à 90 %. Donc il n'y a pas de consensus au moins modéré dans les questions posées. Les questions 17 et 33 obtiennent un score permettant de les classer dans la catégorie des consensus faibles concernant la formation initiale des coordinateurs non professionnels de santé ou du social. Le concept de travail en équipe pour le coordinateur remporte le meilleur score dans l'ensemble des enquêtés (81,32%).

Tableau 103. Évaluation du consensus par thématiques

Thématique	Question	Proposition évaluée dans le cadre d'une recherche de consensus	Choix ou classement majoritaire	(%, n) N=91
Profils des coordinateurs	Q.11	<p><i>Demain, quel sera le niveau de formation professionnelle des coordinateurs et des coordinatrices dans la majorité des cas ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Obligatoirement un diplôme de la santé ou du social</i> - <i>Suivi une formation complémentaire en rapport avec la coordination</i> - <i>Une formation de coordinateur sans être obligatoirement des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux</i> 	<p><i>Obligatoirement un diplôme de la santé ou du social</i> (1^{er} classement)</p>	54,94 (50)
	Q.15	<p><i>Demain, dans les maisons ou pôles de santé, les coordinateurs et les coordinatrices seront :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Seulement des professionnels de santé ou du social</i> - <i>D'autres professionnels non diplômés en santé ou du social</i> - <i>Autre (encart pour texte libre)</i> 	<p><i>Seulement des professionnels de santé ou du social</i> (Choix majoritaire)</p>	38,14 (37)
	Q.16	<p><i>Demain, dans les dispositifs de coordination, les coordinateurs et coordinatrices seront :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Seulement des professionnels de santé ou du social</i> - <i>D'autres professionnels non diplômés en santé ou du social</i> - <i>Autre (encart pour texte libre)</i> 	<p><i>Seulement des professionnels de santé ou du social</i> (Choix majoritaire)</p>	45,05 (41)
	Q.17	<p><i>Indiquez quels pourraient être, selon vous, les parcours de formations de ces autres professionnels ? :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Formation en communication</i> - <i>Formation en gestion, management</i> - <i>Formation en logistique</i> - <i>Formation en comptabilité, contrôle de gestion</i> 	<p><i>Formation dédiée à la coordination (ex. Diplôme universitaire de coordination)</i> (1^{er} classement)</p>	73,62 (67)

		- Formation dédiée à la coordination (ex. Diplôme universitaire de coordination)		
Thématique	Question	Proposition évaluée dans le cadre d'une recherche de consensus	Choix ou classement majoritaire	(%, n) N=91
Coordinateur	Q.28	<p>Demain, la coordination est reconnue par les professionnels et les usagers comme une compétence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle "on voit la compétence du coordinateur et ses compétences avant la coordination - Collective "on voit la coordination comme un travail pluridisciplinaire, les compétences sont collectives - C'est un tout - Sans opinion 	C'est un tout (Choix majoritaire)	58,24 (53)
	Q.29	<p>Demain, quelles compétences devrait-on trouver chez les coordinateurs et les coordinatrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> - C'est un(e) expert(e) de la thématique qu'il ou elle coordonne - Il ou elle doit avoir des capacités d'adaptation - Il ou elle doit avoir des capacités de médiateur - Il ou elle doit permettre que des solutions émergent - Il ou elle doit avoir des capacités de leadership 	C'est un(e) expert(e) de la thématique qu'il ou elle coordonne (1 ^{er} classement)	46,15 (42)
Pratiques de coordination	Q.33	<p>Demain, le coordinateur sera assez seul pour "faire travailler ensemble les autres professionnels ou bien sera-t-il intégré dans les équipes pluridisciplinaires (par ex. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probablement seul - Probablement en équipe - Sans opinion - Autre (réponse ouverte) 	Probablement en équipe (Choix majoritaire)	81,32 (74)
	Q.35	<p>Demain, quelles pourraient être les autres tâches ou missions du coordinateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité générale - Gestion et analyse financière, préparation des budgets prévisionnels - Ressources humaines - Représentation auprès des autorités tutélaires 	<p>Représentation auprès des autorités tutélaires</p> <p>Accueil des usagers</p> <p>(1^{er} classement différent entre les experts et l'enquête en extension)</p>	31,87 (29) 30,77 (28)

		<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tâches administratives</i> - <i>Accueil des usagers</i> - <i>Maintenance technique</i> 		
Q.38	<p><i>Selon vous, quelles seraient les raisons de la persistance de ces résistances chez les professionnels :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le manque de temps pour travailler en pluridisciplinarité</i> - <i>Le sentiment de perdre sa liberté de choix, de décision</i> - <i>L'attachement des professionnels à leurs prérogatives</i> - <i>L'atteinte de la position sociale</i> 	<p><i>Le manque de temps pour travailler en pluridisciplinarité (1^{er} classement)</i></p>	43,95 (40)	
Q.39	<p><i>Selon vous, demain quelles seraient les raisons de la persistance de ces résistances chez les usagers/patients :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>La crainte d'une perte de confidentialité sur ses données personnelles</i> - <i>La perte du lien avec les soignants de proximité</i> - <i>La crainte d'être dirigé par obligation dans son parcours de soin ou d'accompagnement</i> - <i>Autre</i> 	<p><i>La perte du lien avec les soignants de proximité</i></p> <p><i>La crainte d'être dirigé par obligation dans son parcours de soin ou d'accompagnement</i></p> <p>(1^{er} classement différent entre les experts et l'enquête en extension)</p>	37,36 (34) 37,36 (34)	
Q.40	<p><i>Demain, la réflexion pluridisciplinaire autour des parcours de soins et d'accompagnement sera majoritairement organisée par :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Les équipes hospitalières, médico-sociales ou sociales</i> - <i>Les usagers, les patients ou parents (si mineur)</i> - <i>Les professionnels de proximité</i> - <i>Les professionnels spécialistes</i> - <i>Les coordinateurs dédiés au type de parcours</i> 	<p><i>Les coordinateurs dédiés au type de parcours (1^{er} classement)</i></p>	59,34 (54)	

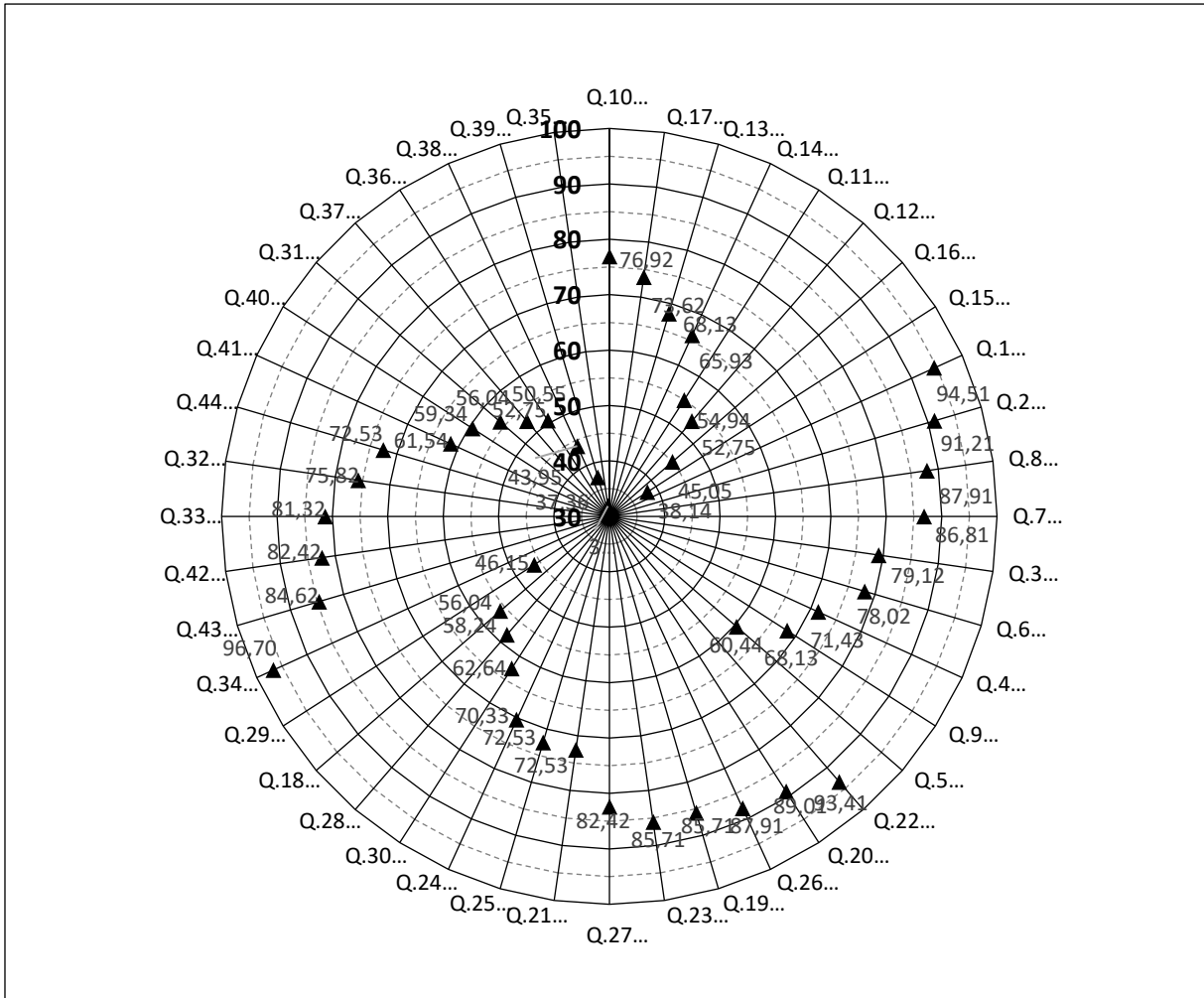


Figure 67. Synthèse en radar des scores consolidés.

Synthèse Chapitre V

Le chapitre a présenté le recueil et l’analyse des données. Le recueil a été réalisé sur la base de la méthode PM que nous avons adapté à notre terrain de recherche et à ses contraintes (principalement de disponibilité).

Trente entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de coordinateurs salariés (que nous appelons explicites), de professionnels de santé coordinateurs implicites de par leurs compétences, des professionnels experts (représentants d’ordres professionnels, représentants de syndicaux professionnels, représentants d’ARS) ainsi que des dirigeants de structure ou dispositif de type réseau de santé.

Un entretien de groupe a été réalisé avec trente participants professionnels venant des secteurs du travail social, du médico-social et du sanitaire.

Une analyse de contenu puis progressivement thématique a été réalisée par cycles selon Miles et al. (2014) et Saldaña (2016).

Les thèmes majeurs qui sont ressortis de cette première analyse ont permis la construction d'un premier questionnaire d'enquête qui a été autoadministré auprès de l'ensemble des personnes rencontrées en entretien et qualifiées d'experts selon la terminologie de la PM. Cette adaptation de la PM s'est substituée aux étapes de pré formalisation et de construction. Ce même questionnaire a été autoadministré en extension selon la méthode dite 'boule de neige' dans les milieux sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Au total vingt-trois questionnaires complets chez les experts et soixante-huit questionnaires complets en extension ont été recueillis et les résultats ont pu être comparés selon la méthode PM.

L'ensemble des résultats est similaire dans les deux groupes et dans un objectif de recherche de consensus nous avons proposé une échelle d'évaluation du consensus pour chaque thématique.

Nous avons observé des niveaux de consensus qui, selon notre proposition d'échelle d'évaluation, sont faibles (dix-huit propositions sur quarante ont un score supérieur à 70 % et inférieur à 90 %). Quatre propositions ont des scores supérieurs à 90 % et nous retenons entre autres le consensus autour d'une reconnaissance des métiers de la coordination dotés de référentiels de compétences.

Chapitre VI – Résultats et discussion

Plan

Introduction

6.1. Résultats

6.1.1. Les profils types de coordinateur

6.1.2. Les autres variables-clés

6.1.3. La mise en évidence de quatre types d'espace de coordination

6.1.4. Présentation synthétique des résultats constitutifs des scénarios

6.2. Discussion

6.2.1. Apports théoriques

6.2.2. Apports méthodologiques

6.2.3. Apports managériaux : La présentation de trois scénarios possibles d'évolution du processus de théorisation

6.3. Limites de la recherche

6.3.1. Limites théoriques

6.3.2. Limites méthodologiques

Voies de recherche possibles

Introduction

L'objet de ce dernier chapitre est de présenter les résultats et les éléments ou axes de réflexion dans une discussion issus de notre recherche.

La méthode PM a été adaptée à notre recherche. Nous avons montré la capacité de cette méthode pour opérationnaliser une recherche axée sur le travail institutionnel. Au-delà de cette méthode, nous avons voulu mettre en avant l'intérêt de la recherche en prospective pour comprendre la dynamique du travail institutionnel. La méthode PM permet, à notre sens, de comprendre les impacts concrets et durables des mutations institutionnelles sur les acteurs mus par pragmatisme dans leurs actions et leurs stratégies individuelles par leur « futurité » (Commons, 1934 ; 1990). Ce néologisme a été traduit par Bazzoli (1999) et Gislain (2002) « L'homme vit dans le futur et il agit au présent » avec un ensemble d'enchâssements et de contraintes sociales en élaborant « au mieux » sa sécurité d'anticipation pour garantir ou assurer ses hypothèses d'évolution.

6.1. Résultats

La présentation des résultats consiste à faire des choix parmi les données recueillies des éléments significatifs eu égard à la question de recherche (Mongeau, 2008). Dans cette section nous présentons en synthèse de notre étude exploratoire les trois principaux résultats constituant au moins pour partie de la réponse que nous pouvons apporter à cette question de recherche. La mise en évidence de quatre typologies d'espace de coordination, la mise en évidence de quatre profils types de coordinateur, et la mise en évidence des pratiques dépendantes des espaces mais peu différenciées. Enfin, à l'aide de variables-clés que nous avons étayées par la théorie et par notre étude exploratoire (Godet, 1983), nous proposons trois scénarios s'appuyant sur cinq composantes et permettant d'envisager les évolutions possibles du processus global (Rôles et pratiques en fonction de l'espace) de théorisation.

6.1.1. Les profils types de coordinateur

Dans le tableau suivant, nous présentons en synthèse les quatre profils types de coordinateur que nous avons pu identifier dans la littérature et au sein de notre étude exploratoire (Tableau 104 page suivante).

Les profils types des coordinateurs ont surtout émergé de l'analyse des entretiens et des observations. Les deux enquêtes font moins consensus et évoquent plutôt une diversité de profils. Dans les deux questionnaires ces variables sont regroupées dans le groupe de

questions 10 à 17 (Profils de coordinateur) et les résultats montrent des scores allant de 38 à 77 %) (Voir synthèse en radar figure 67 p. 289).

Tableau 104. *Les quatre profils-types de coordinateur*

Libellé du profil type	Description
Le professionnel de santé coordinateur implicite	Le professionnel de santé au titre du CSP a la compétence implicite à coordonner.
Le professionnel de santé coordinateur explicite	Le professionnel de santé au titre du CSP est recruté explicitement comme coordinateur. (Ex. Médecin coordinateur).
Le gestionnaire de cas professionnel de santé ou non	Le recrutement au poste de gestionnaire de cas a comme prérequis d'être professionnel de santé. Cependant la qualification disparaît (Assistant de service social, IDE, psychologue).
Le coordinateur non professionnel de santé	Le coordinateur a suivi un cursus de formation universitaire de type LMD par exemple spécifiquement orientée vers la coordination ou le management des opérations. Cette formation n'est pas un prérequis en 2019 (faute de référentiel encadrant la fonction de coordination dans les structures et dispositifs de soins) Ex. Coordinateur de maison de santé, coordinateur de bloc opératoire.

6.1.2. Les autres variables-clés

Chacun des profils de coordinateur est soumis à des variables clés issues d'une part de l'environnement externe et d'autre part constituant l'environnement interne.

L'analyse structurelle a pour finalité de pouvoir objectiver une classification entre les variables externes indépendantes et motrices du phénomène et les variables internes dépendantes ou résultantes dudit phénomène. La prépondérance ou l'importance (hiérarchie selon Godet (1983) p.113) des variables externes indépendantes sur les variables internes dépendantes relèverait d'une étude quantitative non abordée ici.

Les variables clés externes (C2)

Les thématiques évoquées dans les entretiens marquent le contexte de la coordination, de ses acteurs et des compétences à coordonner. Le milieu, ou type d'organisation (évoqué par 100 % des entretiens) encadrant l'action, est défini soit par la structuration formalisée des modes de gouvernance et de coordination soit par la hiérarchie (p. ex. l'hôpital) ou bien encore par l'hétérarchie quand les niveaux de décision sont multiples (p. ex. relations ville-hôpital dans un parcours de soins). Les thématiques de mutations ou changement sont moins prégnantes (80,64 %) mais restent un élément de contexte important et très souvent mis en relation avec le sentiment d'incertitude. Une des variables définissant l'environnement externe concerne le

territoire (54,84 %) et nous reprenons le concept de régionalisation faisant mieux état des phénomènes humains se déroulant dans un espace donné sur un temps donné au sens de Giddens (1984). Le concept de régionalisation fait état des phénomènes humains se déroulant dans un espace donné dans une temporalité donnée au sens de Giddens (1984). Nous présentons une synthèse des variables-clés externes dans le tableau suivant (Tableau 105).

Dans les deux questionnaires ces variables sont regroupées dans le groupe de questions 1 à 9 (Mutations) et les résultats montrent des scores allant de 60 à 94 %) (Voir synthèse en radar figure 67 p. 289).

Tableau 105. *Les variables clés externes*

Variable externe	clé	Entretiens (n = 31)	Références encodées	Définition
Mutations ou changements	ou	25/31 (80,64 %)	249	Le terme indique la transformation et le changement de l'institution de la santé dans ses constituants sociaux, économiques, ses représentations, sa modélisation et son éthique. Les mutations affectent tous les niveaux de l'institution (<i>micro</i> : les acteurs, <i>meso</i> : les organisations, <i>macro</i> : le système de santé.
Organisations ou dispositifs de coordination de soins	ou de de	31/31 (100 %)	166	Les organisations sont historiquement ancrées sur les territoires. Les dispositifs de soins procèdent de l'expérimentation (non pérennes) et sont plus réifiés.
Parcours de soins		13/31 (41,93 %)	30	La notion de parcours de soin transcende les organisations et les dispositifs, les organisations et dispositifs sont utilisés comme ressources.
Politique de santé		10/31 (32,26 %)	22	Désigne le mouvement perçu comme continu par les acteurs de terrain des nouveaux modes de prise en charge dans les soins, des centres d'intérêt pour tel ou tel type de pathologie, population à risque, etc.
Régionalisation (Territoire)		17/31 (54,84 %)	86	Le concept de régionalisation fait état des phénomènes humains se déroulant dans un espace donné dans une temporalité donnée au sens de Giddens (1984).

Les variables clés internes (C3)

Nous présentons une synthèse des variables-clés internes dans le tableau suivant (Tableau 101). Cette synthèse est issue de l'analyse des entretiens.

Dans les deux questionnaires ces variables sont regroupées dans le groupe de questions 18 à 30 (Conditions de travail) et les questions 31 à 44 (Cadre des pratiques). Les résultats montrent des scores allant de 58 à 93 %) pour les questions portant sur les conditions de travail et, concernant le cadre des pratiques les scores vont de 50 à 96 % (Voir synthèse en radar figure 67 p. 289).

Tableau 106. *Les variables clés internes*

Variable interne	clé	Entretiens (n = 31)	Références	Définition
Le coordonnateur (l'acteur) et ses rôles		30/31 (96,77%)	610	Dimension définissant l'acteur coordonnateur par l'ensemble des aspects cognitifs exprimés mais aussi au travers des représentations sociales exprimées par les coordinateurs eux-mêmes et les acteurs parties prenantes (Experts, dirigeants).
La coordination (l'action) – Les pratiques reconnues		31/31 (100%)	656	Dimension définie par le travail de coordination (Caractéristiques des interdépendances et des interactions générées par le travail d'articulation et de régulation).
La compétence à coordonner et les conditions de travail		28/31 (90,32%)	229	Dimension définie dans les apprentissages qui émergent des situations à coordonner. L'acquisition des savoirs résultants de ces apprentissages par l'expérience renforce les compétences individuelles du coordinateur et collectives (cadre organisationnel). On peut classer toutefois les compétences individuelles en deux modes : <ul style="list-style-type: none"> - fonctionnelles (Gittell & Weiss, 2004) - relationnelles (Gittell, 2000a, 2000b; 2000b; 2002; Gittell, 2002)

Les conflits institutionnels (C4)

À partir des entretiens réalisés, l'analyse des discours au moyen des pratiques institutionnelles de création et de maintien (cf. 5.2.2 p. 219 à 222) nous avons pu mettre en évidence un ensemble de représentations présentes chez les acteurs en position de maintien institutionnel et un ensemble de représentations présentes chez les acteurs (Coordinateurs) positionnés dans un travail de création institutionnel. Nous présentons dans le tableau suivant (Tableau 107) en parallèle les deux positions (en colonne) et les représentations (en ligne).

Tableau 107. Les représentations des acteurs

	MAINTIEN	CRÉATION
Représentations	Représentations des coordinateurs vis-à-vis des professionnels de santé historiques <i>« Les professions historiques sont typiquement représentées par... »</i>	Représentations des professions historiques vis-à-vis des coordinateurs <i>« Les coordinateurs sont typiquement représentés par... »</i>
Positionnement social que donne le métier	Hiérarchie, Relations verticales de type bureaucratique Forte identité (Catégorie socio-professionnelle, statut et capital social)	Construction des identités Pluri et interdisciplinarité Relations horizontales et transversales Absence ou faible reconnaissance d'une identité sociale de coordinateur
Champs de référence (Normes, lois habilitant à coordonner implicitement ou explicitement)	Profession protégée Cadre légal de l'exercice (Code de santé publique, etc.)	Définir les cadres de référence Phase de création, compétition des champs de compétences
Espace ou territoire	Sentiment de propriété Fonctionnement en groupe restreint (Clan) Limité géographiquement (territoire)	Envahisseur (peut prendre la place des acteurs historiques) Peut intégrer le « clan » Large, fonctionnement en réseau
Processus	Défini (chaque professionnel sait ce qu'il a à faire et où sa mission s'arrête)	Imprécis (Flou de la fonction) dans les niveaux d'implication et les limites de l'action. Le coordinateur s'expose volontairement ou non au risque de substitution
Contenu (référentiel métier)	Explicite => le métier, la profession	Compétence en phase de création, repose sur des concepts théoriques « mous »
Temporalité <i>Approche synchronique = temps « bref »</i> <i>Approche diachronique = temps « long »</i>	Coordonne un sujet à partir d'un historique qu'il détient Approche synchronique (par les événements qui se succèdent dans la vie du patient) et diachronique (l'histoire d'une vie)	Coordonne un parcours dans une logique de compréhension systémique Approche diachronique ++ (parcours, trajectoire) Approche synchronique en fonction du parcours
Forces	Stable (Cycle long)	Compétences spécifiques (spécialisées) à la typologie de parcours
Faiblesses	Ne peut plus occuper tout le territoire Ne maîtrise plus l'ensemble des processus Manque de temps Surcharge de travail Compétences généralistes Rétribution du temps de coordination	Grande variation des dispositifs de coordination => création de « postes » de coordinateur Pérennité des financements des postes (Cycle court lié à la sélection puis rétention des dispositifs de coordination)

Les tendances connues en 2020 (C5)

Les tendances sont principalement issues de la revue de la littérature. Elles ont nécessité la veille documentaire et le suivi des actualités professionnelles. Ces tendances prennent leur origine dans les phénomènes suivants :

- Le phénomène d'expérimentation des dispositifs de coordination financés par l'action publique (Bonafini & Nobre, 2011), leur durée de vie suivant le cycle « Variation – sélection - rétention » ;
- La déconstruction bureaucratique des fonctions d'encadrement dans les organisations de soins ;
- L'évolution des métiers de la santé ;
- Les besoins en santé de la population accrus.

Il ressort de ces phénomènes (par synthèse) les tendances suivantes :

- 1^{re} tendance – La « fonction de coordination » prolifère dans tous les champs de la santé. Cette affirmation est difficile à confirmer (pas de données chiffrées) ;
- 2^e tendance – Une compétition de « compétence à coordonner » s'opère dans les recrutements de coordinateur ;
- 3^e tendance – Les métiers de la santé restent « attirants ».

6.1.3. La mise en évidence de quatre types d'espace de coordination

Les quatre types d'espace de coordination que nous présentons en résultats ne sont ni exhaustifs ni exclusifs. Nous présentons ces types sous forme de cas. Ces quatre cas ont été établis à partir de nos observations et de l'analyse de l'ensemble des sources (littérature, veille, entretiens, enquêtes). Nous conservons le terme d'espace tel que Lauriol, Perret et Tannery (2008) ont pu en donner une approche de définition « l'espace est appréhendé non seulement comme une construction sociale mais également comme une ressource et donc comme un outil potentiel de stratégies intentionnelles ». Giddens (1984) introduit le concept de régionalisation qui associe l'espace et le temps pour concevoir le territoire (le lieu). Chez Giddens la régionalisation permet de comprendre que le système est hétérogène, caractérisé par un ensemble de territoires où interagissent dans le cadre de pratiques (sociales, professionnelles) des acteurs chacun dans leurs rôles et, tous préalablement théorisés au niveau du système.

Chaque espace, que nous présentons en résultat, illustre la situation d'un coordinateur dans un environnement contextualisé (par une thématique de parcours, un processus particulier) au sein du système de santé français actuel.

Les quatre cas abordent dans leurs unités d'analyse le coordinateur et les types ou modalités de coordination (activités et pratiques) dans les espaces suivants :

- Les établissements hospitaliers et médico-sociaux ;
- Le secteur des soins en ville ;
- Le secteur où les soins nécessitent une coordination entre les acteurs de soins en ville et les acteurs de soins hospitaliers ;
- La coordination institutionnelle.


Le tableau qui suit (Tableau 108 p 299, 300) fait la synthèse des cas par typologie en précisant le contexte global et la pratique de coordination requise. Les cas sont symbolisés par un schéma indiquant :

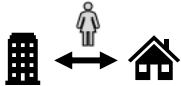
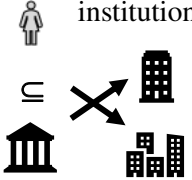
- Le contexte « géographique » où est localisé le coordinateur et le(s) besoin(s) de coordination. Il peut s'agir du secteur hospitalier ou d'un établissement médico-social ou du secteur dit de « la médecine ou soins en ville » ;
- Le contexte ou mode d'activité pour le coordinateur (activité de coordination explicite, implicite) mené seul ou en groupe ;
- Vers qui ? (Coordination d'autres professionnels par exemple) et où ? (En établissement, au domicile, entre le domicile et l'institution).

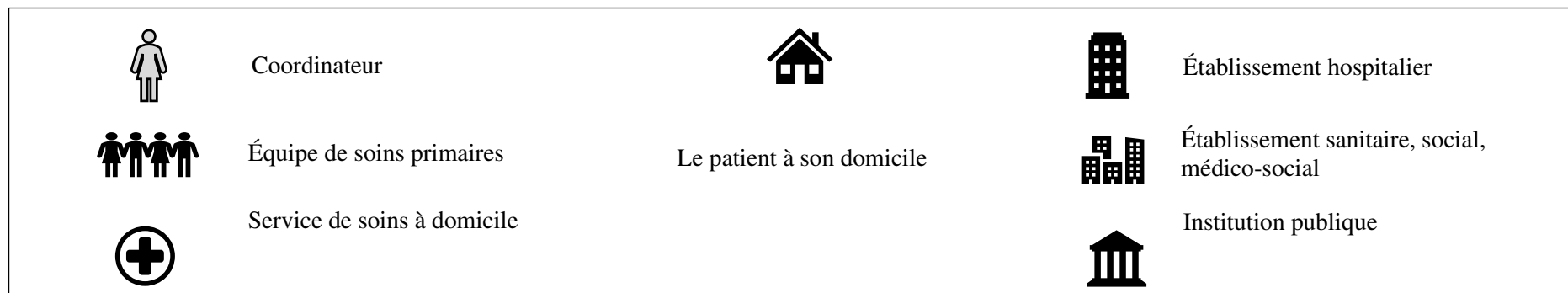
Les unités d'analyse sont notifiées par la dénomination explicite ou thématique de coordination ou la profession des coordinateurs.

Les sources de preuve documentant les cas (p.ex. entretiens avec les unités d'analyse, entretiens avec des experts, etc.) sont précisées en colonnes.

Tableau 108. Les cas présentés en typologie et leurs sources d'information

Cas	Espace du coordinateur	Unité d'analyse	Sources de preuve			
			Entretiens	Enquête	Autre(s)	Entretiens d'expert
Cas n° 1	Coordinateur dans un établissement hospitalier	CLCC — Gestion des cas complexes CHU — Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus	ICGER PRORO	Non	Réunion de professionnels tous secteurs (santé, social, médico-social)	AIUTE
		Coordinateur dans un établissement médico-social	EHPAD — Médecin coordinateur EHPAD — Infirmière coordinatrice	MCOCR ICLEH	Non	Réunion de professionnels tous secteurs (santé, social, médico-social)
Cas n° 2	Coordinateur dans une structure en ville (type MSP)	CABLIB — IDEL	ILIZH	Non	Non	ILIGA
		CABLIB — IDEL	ILIMO			
		MSP — IDEL	ILICO			
		MSP - Coordinatrice non professionnelle de santé salariée	POLGE			
Coordinateur dans un service de soins à domicile	à domicile	SSIAD – IDE Coordinatrice + directrice	ICLAU	Non	Non	Non
		HAD – IDE Coordinatrice directrice	AIVIA			

Cas	Espace du coordinateur	Unité d'analyse	Sources de preuve			
			Entretiens	Enquête	Autre(s)	Entretiens d'expert
Cas n° 3	Coordinateur dans un dispositif médiateur de coordination 	Réseau de services — Coordinatrice directrice	RSVLE	Non	Non	ARSKA
		Réseau de santé pathologie Coord	RSEDU			
		Espace régional d'éducation thérapeutique — Coordinatrice administrative	EREVI			
		Réseau de santé handicap - directrice	RDYLE			
		PTA – IDE Coordinateur	PTAGO			
		Prestataire de service	AAPIT			
Cas n° 4	Coordinateur inter institutionnel 	Réseau régional Oncologie - directeur	ONCBL	Non	Réunion de professionnels tous secteurs (santé, social, médico-social)	Non
		Groupement de coopération sanitaire — directeur	GCBGA			
		Réseau institutionnel Qualité — directeur	RNQAL			



Cas n° 1 – Les établissements hospitaliers et médico-sociaux

Le système hospitalier (public, privé d'intérêt collectif et privé lucratif) est l'un des deux piliers avec la médecine de ville sur lesquels repose l'offre de soins en France (Chap. 1 – sous-section 1.2.3. L'organisation des soins dans les territoires p.53). Les missions historiques de l'hôpital public à partir de la Seconde Guerre mondiale ont évolué en parallèle du mouvement de réformes plus structurelles gestionnaires et managériales avec les différentes mutations sociales, économiques et démographiques. En tant qu'espaces de coordination, les structures hospitalières demeurent structurellement des espaces et des laboratoires d'expérimentation de coordination tant les besoins sont nombreux. La loi HPST (2009) a positionné le système hospitalier français dans son rôle de coordination et de « supra » coordinateur. Il s'agit pour le système hospitalier d'intégrer la logique de parcours et donc de s'ouvrir à la pluridisciplinarité et à la coordination avec la médecine de ville mais aussi de façon transverse à s'inclure au projet d'accompagnement personnalisé avec les autres secteurs sociaux et médico-sociaux.

L'hôpital a des besoins croissants en coordination interne de ses différents processus propres à sa chaîne de valeur. Ces besoins de coordination révèlent en fait des processus et surtout des interprocessus permettant pour l'organisation hospitalière d'assurer une productivité performante (process RH, management (Claveranne, 2003 ; Claveranne & Pascal, 2004), coûts d'obtention de la qualité (Eve, 2014), maintien dans le processus continu de certification, investissements dans les technologies nouvelles, restructuration architecturale des établissements vers et pour intégrer ces nouvelles technologies « *Smart hospital* » (Langevin, 2020), relations avec les usagers.

D'autres missions de coordination incombent à l'Hôpital (au sens large) sur les territoires (Mise en place des GHT). Les niveaux de coordination sont différents et sont orientés vers l'organisation des collaborations et des coopérations interorganisationnelles et/ou interprofessionnelles.

Les parcours de soins au sens normatif constituent des entités propres. Ils sont insérés de façon personnalisée aux parcours de vie individuels des patients bénéficiaires. Ces parcours de soins nécessitent la mobilisation de plusieurs champs et niveaux de compétences pour parvenir à éviter au maximum la fragmentation contreproductive des actions ou interventions des différents corps d'activité (p.ex. sanitaire, social, médico-social, éducatif). Cette mobilisation forme le cadre plus ou moins étendu et spécifique du travail de coordination et du coordinateur

dévolu. Au niveau des acteurs et des relations avec les usagers les coordinations des parcours de soins nécessitent des compétences de plus en plus spécifiques relevant de formations dédiées.

Le contexte du travail de coordination spécifique aux établissements médico-sociaux. Dans ces établissements les postes de coordination sont le plus souvent liés à une profession de santé (Médecin, IDE ou une profession du travail social (Éducateur). Ces postes ont le plus souvent le statut de cadre intermédiaire. Cependant le diplôme de niveau II (6) type cadre de santé ou CAFERUIS n'est pas un prérequis obligatoire à la fonction de coordinateur dans les établissements relevant d'un statut juridique privé non lucratif ou lucratif.

Cas n° 2 – Les structures en ville (MSP et service de soins à domicile)

Face aux problèmes posés par l'essoufflement du dispositif de premier recours à répondre aux différents défis posés dont la baisse de la démographie médicale générant des zones de déserts médicaux aussi bien dans les espaces ruraux qu'urbains et d'autre part la prévalence croissante des maladies chroniques et les pathologies liées au vieillissement attendu de la population française (Juilhard, Crochemore, Touba & Vallancien, 2010), la volonté de l'action publique et des autorités de santé a été de mener et de soutenir une politique de développement d'ouverture des maisons de santé et des pôles de santé sur les territoires. Les premières MSP ouvrent en 2007, 2008 (Code de la santé publique CSP), et c'est la loi HPST (2009) qui promeut cette politique (Articles 39 et 40).

En mars 2015 le total des MSP ouvertes et en projets est de 1023 MSP (616 MSP en fonctionnement et 407 projets sélectionnés) (DGOS, 2015). En mars 2017 le nombre total de MSP est de 1244 (910 MSP en fonctionnement, 334 en projets) (DGOS, mars 2017). Le nombre des professionnels libéraux installés dans ces structures reste encore, pour autant, inférieur à celui des professionnels exerçant en groupe (ou société). Or l'idée majeure est de développer l'exercice inter et pluri professionnel (p. ex. médecin et infirmier), l'exercice isolé des professions de santé libérales, dans les prochaines années et, au terme de cette politique de création des MSP, devrait rester l'exception du système de santé. Cette révolution dans le mode d'exercice s'opère dans les faits (Chaput et al., 2019) et aussi progressivement dans les comportements '*ethos*' (Beaucourt, Kustos, Masingue & Roux, 2014; Beaucourt, Kustos & Roux, 2017 ; Beaucourt & Roux, 2015).

L'objectif de regroupement des professionnels semble être une des principales réponses aux enjeux de démographie médicale, de santé publique (Mousquès & Daniel, 2015), d'accès à

l'offre de soins, des aspirations plus marquées des nouvelles générations de professionnels de travail en exercice coordonné (Beaucourt et al., 2014).

Les services de soins en ville⁴⁵ sont structurés en fonction du champ sanitaire, social ou médico-social auxquels ils appartiennent. Dans le champ sanitaire (p. ex. Service HAD, SIAD) les coordinateurs sont des professionnels de santé diplômés cadres de santé dans la fonction publique territoriale ou hospitalière. Dans les services relevant du privé non lucratif ou lucratif, le diplôme de cadre n'est pas nécessairement exigé. Au sein des services relevant du médico-social et encadrés par la loi 2002-2 (CASF) les niveaux de recrutement des coordinateurs dépendent du rattachement du service ou non au service public.

Cas n° 3 – Les dispositifs médiateurs de coordination (Ville, Hôpital, ESMS, Collectivités territoriales)

L'appui à la coordination pour les professionnels de santé en ville regroupe un ensemble de dispositifs expérimentaux et parfois innovants qui sont financés par les tutelles administratives de santé et/ou les collectivités territoriales. À partir des années 80, les réseaux de soins puis de santé ont formé la première vague de ces dispositifs de coordination. D'autres dispositifs d'aide ou d'appui à la coordination sont apparus dans l'environnement des professionnels de santé libéraux tels les MAIA, les PTA, CTA par exemple. Bonafini et Nobre (2011) ont montré le caractère court du cycle de vie de ces dispositifs en se référant aux réseaux de santé. Le processus expérimental de ces dispositifs innovants a été souvent généré par les acteurs de terrain (phase de « pré-histoire ») puis a été progressivement normalisé sous l'effet de référentiels de bonnes pratiques issus des autorités de santé. Un cycle de vie court caractérise ces dispositifs. Il est souvent justifié par une évaluation de leur performance et/ou de leur service rendu peu ou pas évident (au sens de la preuve). Le mouvement de mutualisation de la quasi-totalité de ces expérimentations aboutit à des fermetures de plusieurs d'entre elles (déclin).

⁴⁵ Nous classons dans cette catégorie tous les services coordonnants et délivrant des soins généraux ou relevant de prise en charge thématique spécifique à destination de groupes populationnels spécifiques tels l'enfance, les situations de handicap et la santé mentale par exemple.

Les derniers dispositifs introduits récemment en France telles les MAIA par exemple ou la création de nouvelles compétences (IPA, assistants médicaux, etc.) sont promus par les autorités de santé par diffusion institutionnelle (Strang & Meyer, 1993) des pratiques et rôles théorisés dans les pays anglosaxons dès les années 60.

Le caractère incertain de la pérennité de ces dispositifs nous a semblé être une des composantes importantes à prendre en compte dans le ou les métiers de la coordination s'exerçant au sein de ces espaces.

Cas n° 4 – La coordination inter institutions

L'espace de coordination inter institutionnel est constitué de dispositifs antérieurs de type réseau de santé. Cet espace a progressivement évolué et a une conception fonctionnelle et juridique proche d'une méta organisation (Leys, 2011) avec une dimension géographique pouvant aller d'un territoire ou un bassin de population (dans le cadre de la mise en place des CPTS) jusqu'à une entité administrative du type région.

Les caractéristiques principales de cet espace de coordination sont : une thématique de santé publique souvent déclinée dans un plan gouvernemental, une coordination au service d'une population et le plus souvent sans relation directe avec les usagers. La coordination d'une politique de santé (p.ex. Plan Cancer) ou d'une thématique organisationnelle (p.ex. Démarche qualité des établissements) sont alors au bénéfice direct des professionnels de santé en ville et/ou des institutions concernées.

Dans ces contextes les compétences du coordinateur sont élevées avec un haut niveau d'expertise de la thématique. Les compétences relationnelles demeurent fondamentales pour la gestion des hétéarchies.

6.1.4. Présentation synthétique des résultats constitutifs des scénarios

La démarche de construction des scénarios est reprise à partir de la méthodologie proposée à la section 4.2.1. (Voir figure 29 page 163). Les scénarios sont développés dans les apports managériaux à la section 6.2.3.

La démarche est synthétisée dans le schéma suivant (Figure 68 page suivante).

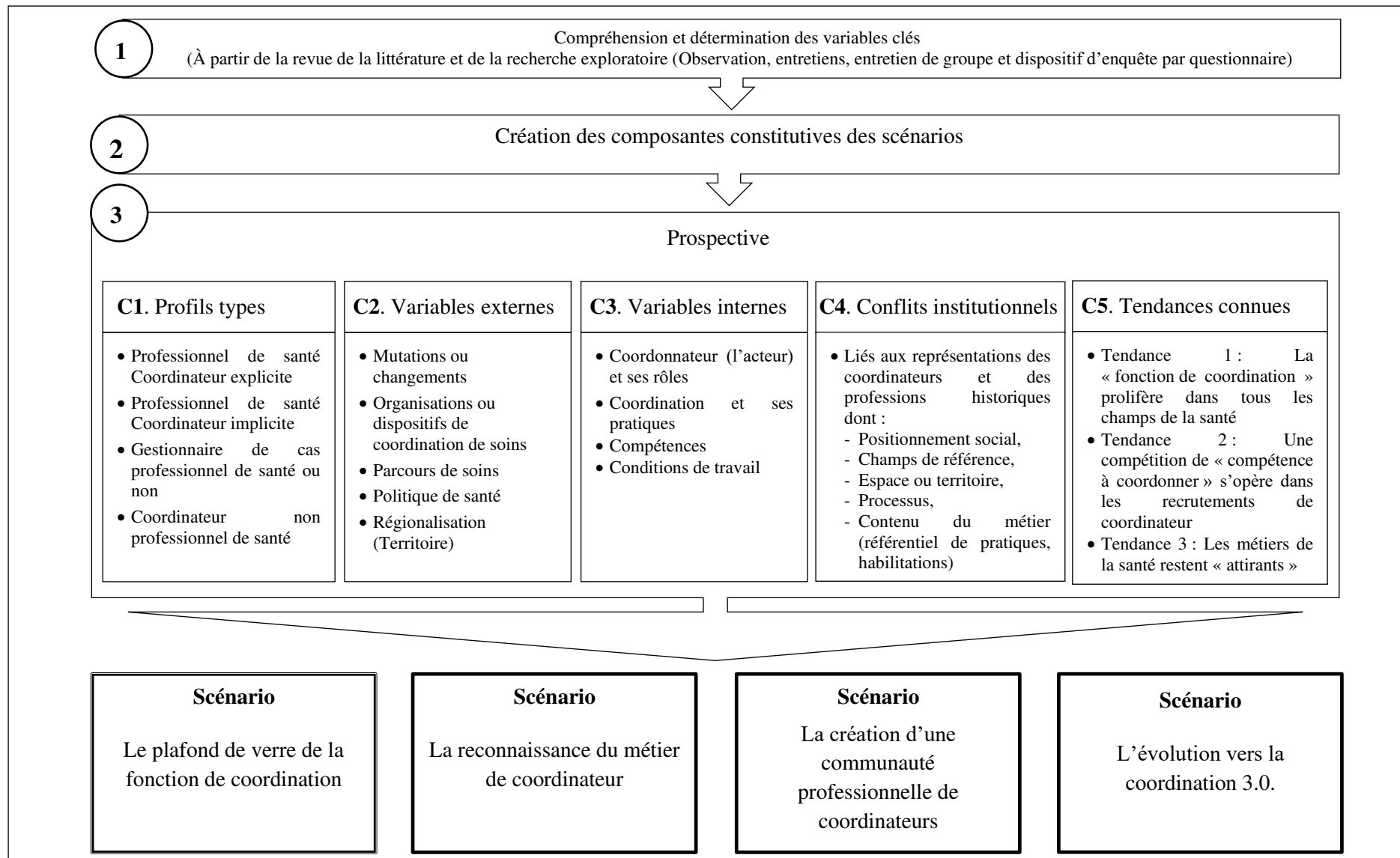


Figure 68. Synthèse des résultats pour la construction des scénarios.

6.2. Discussion

La discussion et l'interprétation des résultats constituent la dernière partie du travail de recherche (Forgues, 2007, 2011; Mongeau, 2008). Il s'agit de mettre en lien les résultats obtenus avec la problématique et la question de recherche définie. Dans cette section sont présentés les points de convergence ou de divergence entre ces résultats et cette dernière.

Nous présentons en premier lieu une analyse des apports théoriques liés au concept de théorisation institutionnelle dans notre recherche.

Ensuite nous présentons l'intérêt de notre analyse par l'apport méthodologique de la « Prospective des Métiers » dans la compréhension du processus de théorisation d'un nouveau métier, ici, appliqué à la coordination.

6.2.1. Apports théoriques

Notre travail de recherche avait pour objectif de comprendre le processus d'émergence des métiers de la coordination. Nous nous sommes appuyés sur le concept du travail institutionnel qui nous a permis d'apposer un cadre d'analyse aux changements dans l'institution de la santé en France. Ce concept a fait l'objet de plusieurs recherches. Son application à la recherche se fonde entre autres sur une approche et une analyse du discours des acteurs du terrain. (Lawrence & Suddaby, 2006). Le concept du travail institutionnel comme grille de lecture et de compréhension des dynamiques de changements de l'institution et des arrangements dans lesquels elle s'est construite puis maintenue nous a permis d'aborder le phénomène d'émergence.

Le phénomène d'émergence est complexe et fait ressortir le problème de la causalité descendante et des racines dans les formes organisationnelles préexistantes. Autrement dit, les métiers de la coordination à défaut d'être nouveaux sont-ils émergents (dans le sens où ils seraient irréductibles aux pratiques existantes) ?

La création en tant que forme de travail institutionnel décrit les stratégies des acteurs pour intégrer leurs idées ou innovations « réorganisatrices » dans l'institution. Ces stratégies ont été décrites par les leviers politique, cognitif et normatif utilisés. La théorisation est une pratique décrite du travail de création de nouveaux arrangements institutionnels. La théorisation consiste à conceptualiser les pratiques issues des idées créées afin d'en assurer la diffusion dans l'institution. Mena et Suddaby (2016) ont compris la théorisation comme étant intrinsèquement

un processus dynamique ayant comme entrée l'idée créée et en sortie un concept normalisé, reconnu, accepté par l'institution et diffusé en son sein.

Le processus de théorisation des pratiques : une acquisition du changement hétérogène en fonction des niveaux organisationnels

Appliqué à notre recherche sur l'émergence des métiers de la coordination nous avons pu constater la prééminence des pratiques dans les discours des professionnels interrogés par rapport à la définition du rôle ou des rôles de coordinateur. De même nous faisons le même constat que Mena et Suddaby (2016) : les acteurs décrivent un accroissement des pratiques de coordination qui reste cependant cohérent dans le sens où les contenus fondamentaux varient peu. Ce consensus observé est localisé à notre recherche. Il semble permettre aux acteurs traditionnels d'accepter l'externalisation du travail de coordination et de faire confiance aux nouveaux acteurs coordinateurs dans la mesure où les nouvelles pratiques sont finalement peu éloignées ou différenciées de leurs propres pratiques. Ces formes d'homéostasie et d'isomorphisme institutionnels suscitent chez plusieurs acteurs des sentiments de réassurance et de mise à distance vis-à-vis du danger potentiel formé à la fois par ces nouvelles pratiques et ces nouveaux rôles. Cette proposition est partagée assez largement dans les enquêtes où nous avons retrouvé la préférence au recrutement de profils de coordinateurs issus des professionnels de santé ou du social.

La littérature montre cependant que les contenus des pratiques et des rôles de coordination sont en cours de se différencier avec un accroissement de leurs modélisations en fonction des thématiques (p. ex. parcours de soins). À ce titre les recommandations d'instauration d'ontologies de langage spécifiques en sont un exemple (Cardoso et al., 2016) et probablement contributives à la constitution future à plus ou moins brève échéance de communautés professionnelles (Goode, 1957).

Ces deux faits montrent, à notre sens, des niveaux d'acquisition des changements de pratiques différents selon le degré organisationnel (micro, méso et macro). Cette hétérogénéité de compréhension du processus de théorisation entre les acteurs de l'action publique (Instances gouvernementales, agences, corps et branches professionnelles) et les acteurs locaux sur les territoires peut s'apprécier d'une part, dans les discours recueillis et d'autre part dans la littérature et l'évolution de la réglementation.

La mise en évidence des pratiques dépendantes des espaces de coordination

Notre recherche a fait le constat de pratiques spécifiques de coordination caractérisées par une thématique particulière limitée à un espace de coordination et/ou adapté à un territoire. Le processus de théorisation des pratiques en cours est souvent piloté par les autorités (HAS) et le système gouvernemental d'agences (p.ex. ANAP). Ces administrations ont piloté stratégiquement, et ce très en amont, les pratiques innovantes portées par les établissements de santé. Certaines pratiques de coordination ont été innovées par des acteurs de terrain afin de répondre à des problématiques de prise en soins et d'accompagnement sans solution institutionnelle (p. ex. Prise en charge des patients sidéens dans les années 80). Ces pratiques ont été développées en étant accompagnées des leviers politique, normatif et cognitif propres à la condition de création dans le travail institutionnel (Lawrence & Suddaby, 2006).

Nous soulignons dans la figure suivante (Figure 69 page suivante) la possibilité d'arrêt de la pratique innovante pendant la phase de création et le processus de théorisation.

L'étude exploratoire a permis de faire le constat que l'ensemble des acteurs coordinateurs ou non souligne une faible variation entre les pratiques initiées (« officieuses ») dans la phase de création et celles « officielles » en phase de théorisation c'est-à-dire leur stabilisation dans la condition de maintien institutionnel. Autrement dit les acteurs professionnels reconnaissent l'intérêt du travail de coordination et des pratiques développées (p. ex. concertation pluridisciplinaire) sans toutefois lui attribuer une véritable originalité. Vu par les professionnels de terrain il s'agirait plus d'une forme de délégation de leurs propres pratiques de coordination (et de leurs responsabilités) que d'une véritable innovation. Cette conception encore présente tend à disparaître sous l'effet de la théorisation mais reste un des freins à la reconnaissance du métier de coordinateur. Sans la reconnaissance d'une pratique différenciée et authentique de la coordination, il semble difficile de pouvoir reconnaître la légitimité du rôle de coordinateur.

La phase non aboutie de la recherche est évoquée dans la figure dans la zone de maintien où idéalement la pratique serait institutionnalisée, c'est-à-dire stabilisée par les leviers du travail coercitif et normatif caractéristiques de la condition de maintien.

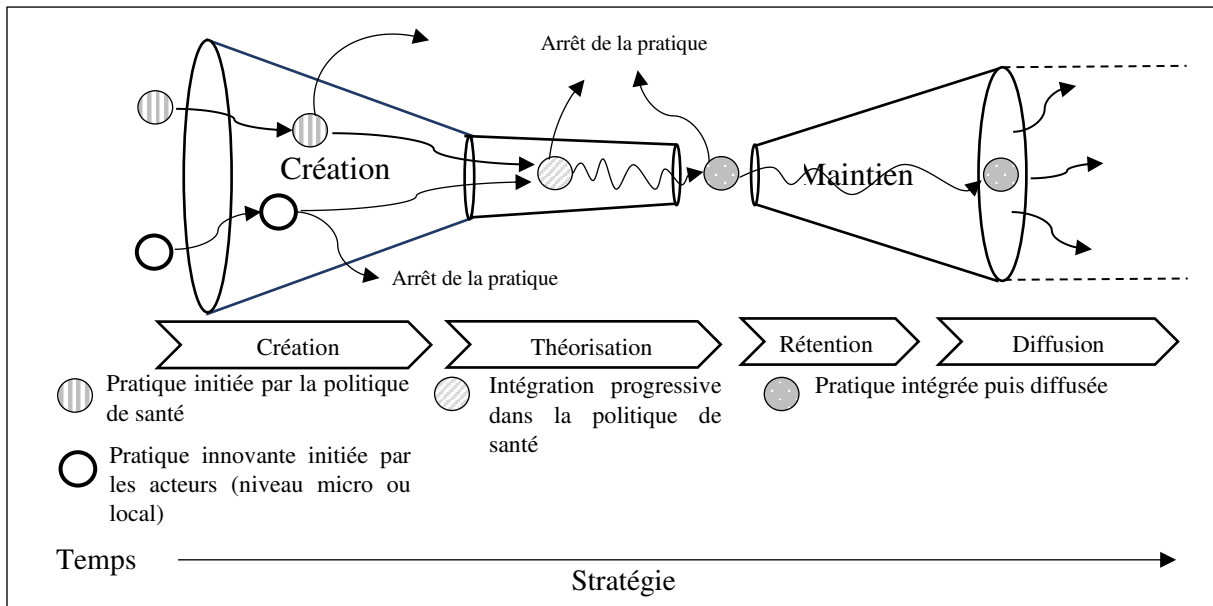


Figure 69. Travail de théorisation des pratiques (inspiré du schéma de Chesbrough (2006)).

Le processus de théorisation des rôles : vers un remodelage (une normalisation) des rôles par l’institution en vue de leur adoption et de leur diffusion

Selon Mena et Suddaby (2016) la théorisation des rôles correspond aux modifications subies durant la transition et, ce, afin qu’ils soient rendus « conformes » ou « éligibles » au maintien dans l’institution. Selon ces auteurs les changements de contenu, subis par ces rôles entre leur création et leur adoption (ou maintien) peuvent être importants et sont nécessaires pour pouvoir assurer leur diffusion dans l’institution.

Notre recherche a pu mettre en évidence dans les discours des acteurs (y compris institutionnels comme l’ARS) les éléments caractéristiques d’innovation avec les besoins en compétences dans la création des postes de coordinateur avec aussi la reconnaissance des réussites comme des échecs souvent en relation avec des manques de définition du rôle du coordinateur. L’institution par ses différents acteurs représentatifs du corps social (instances gouvernementales, branches et ordres professionnels par exemple) a appris des expérimentations diverses financées dans les territoires et procède dorénavant à la professionnalisation des contenus et des rôles.

La mise en évidence d’une variation dans les rôles

Dans notre recherche des rôles de coordinateurs occupés par des acteurs historiques tels que les professions de santé ou du travail social ont été mis en évidence dans la revue la littérature. Ces premiers rôles de coordinateurs sont reconnus implicitement au travers des pratiques professionnelles nécessitant une coordination inter et multidisciplinaire (p. ex. rôle de

coordination du médecin traitant) dans les référentiels de compétences liés aux professions de santé et du social.

Les mutations du système et en particulier sa recherche d'adaptation et de réponses aux nouveaux besoins dus à la baisse de la démographie de la population médicale et aux grands défis sociaux et de santé publique, depuis la fin des années 70, ont fait apparaître dans les organisations traditionnelles et au sein des nouveaux dispositifs (de coordination) expérimentaux de nouveaux postes de coordinateurs investis majoritairement par des professionnels de santé ou du social.

La diffusion à partir des pays anglo-saxons et plus particulièrement du Canada, des nouvelles pratiques liées à des programmes spécifiques tels que la gestion de cas au sujet des personnes âgées a initié l'arrivée de nouveaux profils et *in fine* de nouvelles compétences autour du « *case management* ». Ces nouvelles compétences s'appuient le plus souvent sur des professionnels du soin ou du social sans distinction et subordonnent les titres professionnels.

Les organisations de santé et du social publiques ou privées (lucratives ou non) ont connu un mouvement important de mutualisation, fusion-absorption restructurant leurs managements et plus globalement leurs technostructures au sens de Mintzberg (1982). La débureaucratiation au profit du managérialisme (Dreyfus, 1999) avec le nouveau management public dans les organisations de santé publiques a modifié, d'une part, les pratiques de l'encadrement de proximité et, d'autre part, a suscité le besoin de recruter de nouvelles compétences pour gérer les flux de productivité dans les différents processus de soin (ANAP) (p.ex. La gestion des blocs opératoires, la gestion des lits d'aval '*bed manager*' ; la coordination des séjours). De façon plus générale on assiste au recrutement de profils de compétences très divers (communication, administratif, etc.) non issus des carrières du soin ou du social à des postes de coordinateurs. Le processus de théorisation des espace-temps de coordination : Une double variable modératrice à prendre en compte dans le processus global de théorisation.

La recherche a montré que les acteurs de terrain ont la perception que leurs pratiques et les rôles qu'ils occupent sont conditionnés par l'espace dans lequel ils évoluent et par le temps (comme paramètre intimement lié à leurs actions aussi bien dans les temporalités courtes que longues).

Les coordinateurs exercent dans des espaces limités ou non géographiquement allant du simple service ou unité fonctionnelle à l'hôpital à des structururations organisationnelles plus complexes de type GHT, CPTS ou de type réseau par exemple. Les pratiques (sociales et techniques) sont

majoritairement spécifiques à l'espace où elles sont mises en œuvre pour les acteurs répondants ou rencontrés dans notre recherche.

Les temporalités modèrent et viennent caractériser les pratiques de coordination et leurs stratégies de mise en œuvre (Bartolini, 1986). Deux caractéristiques sont ressorties du travail de recherche :

- L'action médiante de coordination avec une stratégie à la fois intensive (c.-à-d. en termes de compétences requises et à mobiliser) et aussi extensive dans la mesure où plusieurs situations sont à coordonner de façon concomitante. Cette coordination est séquentielle et se déroule généralement sur un temps « court » ;
- Le temps de l'action longue (diachronie) est décrit par les acteurs dans le travail mené dans la durée vis-à-vis des changements de pratiques qu'ils induisent chez les professionnels traditionnels.

Selon Mena et Suddaby (2016), le processus de théorisation des pratiques et des rôles relève du temps long. Nous montrons que le temps court de l'action et les stratégies employées sont à prendre en compte dans le processus global de théorisation comme variable d'influence à son aboutissement. Ces temps développent progressivement l'expérience chez les acteurs traditionnels et installent positivement les sentiments de confiance ou à l'opposé ancrent plus négativement les résistances au changement vis-à-vis de ces nouvelles pratiques de coordination et de ces nouveaux rôles. Les enquêtes ont montré à cet égard une position souvent plus neutre qu'opposée au changement pour les acteurs répondants.

6.2.2. Apports méthodologiques

L'approche de notre recherche a été basée sur la méthode proposée par la prospective métiers. Cette méthode nous a permis d'aborder le micro-monde des acteurs, de pouvoir en observer les pratiques de coordination et les rôles construits de coordinateur en fonction de différents contextes que nous avons identifiés comme espaces de coordination.

La méthode PM adaptée à notre recherche a structuré notre démarche compréhensive du phénomène d'émergence de métiers de la coordination. Elle a permis l'expression de la réalité du comportement de futurité « *l'homme vit dans le futur et agit au présent* » chez les acteurs rencontrés et interrogés par enquête. Elle a aussi permis d'étayer plus amplement la validité du consensus d'experts au moyen d'une enquête que nous avons autoadministrée à un effectif plus important. L'étude comparative des résultats a montré des niveaux de réponse similaires sur

tous les items (40) (mutations, pratiques, caractéristiques du rôle de coordinateur) entre les deux groupes. Nous avons notamment proposé une échelle permettant de classer les consensus obtenus par degré d'importance.

La méthode PM modifiée, par son approche mixte qualitative et quantitative, a, selon nous tout son intérêt pour étudier les effets du travail institutionnel et de ses différentes formes dans les organisations mais aussi dans les milieux inter organisationnels.

6.2.3. Apports managériaux : La présentation de quatre scénarios possibles en lien avec le processus de théorisation

Nous proposons en synthèse trois scénarios finalisant possiblement le processus de théorisation. Les quatre scénarios présentés dans le tableau suivant (Tableau 104 page suivante) ont été construits en intégrant pour chacun d'entre eux les éléments significatifs interprétés puis retenus à partir de notre étude exploratoire. Les cinq composantes, tel que nous les avons définies ont été prises en compte : les profils de coordinateur (1), les variables-clés de l'environnement externe (2) et interne (3), les conflits institutionnels (4) et les tendances connues en 2020 (5).

À partir des principales variables des composantes, nous avons construit quatre scénarios. Pour rappel les variables externes sont indépendantes et vont avoir une incidence plus ou moins importante sur les variables internes. Ces dernières sont dépendantes des variables externes.

En s'appuyant sur les éléments d'information issus des entretiens puis des enquêtes nous proposons trois scénarios. Ces scénarios envisagent les formes possibles résultantes du processus de théorisation des pratiques et des rôles. Les scénarios représentent des tendances. Nous présentons pour chaque scénario les composantes avec les éléments qui pourraient intervenir en faveur ou en défaveur de chaque scénario.

Le processus de théorisation correspond à une période de transition dans l'institution. Il comporte en conséquence des caractéristiques propres aux conditions du travail de création et en même temps de maintien des arrangements institutionnels. Les éléments que nous avons retenus pour construire les scénarios sont analysés en les regroupant sous ces caractéristiques.

Les scénarios

Contexte général

Le rapport Hénart, Berland et Cadet en 2011 (Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire – Professionnels d’aujourd’hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer) propose d’imposer une démarche métier qui selon les auteurs représente une modernisation de la politique des ressources humaines en santé. Il s’agit de sortir de l’exigence de l’obtention du diplôme pour exercer un métier pour aller vers une logique plus à même de mieux répondre aux besoins et aux évolutions de la population en termes de santé.

Ils proposent ainsi de substituer le schéma :

Diplôme → métier

Par le suivant :

Besoin → activités → compétences → métier → formation → diplôme

Pour les auteurs de ce rapport :

« Bien que schématique et donc forcément réductrice, cette présentation témoigne de la nécessité d’inverser le paradigme en cours s’agissant de l’utilisation du levier des métiers. La démarche métier consiste à penser le métier à partir du besoin en compétences, lui-même assis sur les besoins de la population, puis à en déduire les référentiels de formation et les diplômes nécessaires. » (p. 8).

A cette première proposition Berland, Hénart et Cadet proposent deuxièmement de conforter et de développer les métiers socles en faisant évoluer les professions paramédicales *« qu’au regard de la réponse aux besoins de santé de la population, et non l’inverse, et les formations doivent être pensées à partir de l’envergure du champ et des modalités d’exercice professionnels. » (p. 8).*

Nous retenons dans le cadre de notre recherche et des scénarios la nouveauté proposée de créer des professions de santé intermédiaires (3^{ème} proposition) en valorisant les parcours professionnels (4^{ème} proposition).

Le cadre est limité et il permet de répondre aux besoins prioritaires :

« C’est d’une part celui des domaines de santé prioritaires relevés par la mission et qui se sont également dégagés lors des auditions et tables rondes : premier recours, maladies chroniques, cancer, vieillissement et personnes âgées. C’est d’autre part celui d’un mode d’intervention du nouveau professionnel en seconde intention, c’est à dire en relais du médecin. » (p. 9).

Ces nouveaux métiers répondront à des critères précis (p. 9) :

« - ils sont construits à partir des métiers paramédicaux d’aujourd’hui ;

- ils ne sont pas redondants avec un métier existant ;
- ils correspondent à un mode d'exercice professionnel et des responsabilités identifiées ;
- ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie. »

Les scénarios proposés s'appuient sur ces critères tout en intégrant l'arrivée et la croissance en nombre de nouveaux acteurs non professionnels de santé comme coordinateurs.

Origine des données

Pour rappel les quatre scénarios suivants ont été élaborés à partir des données issues de la revue de la littérature ou état des lieux, des données issues de l'enquête qualitatives (n = 31 entretiens professionnels dont un entretien en groupe avec trente professionnels) et des résultats d'une enquête comparative entre un groupe d'experts (n = 23) et un échantillon plus large (n = 68) constitué de professionnels coordinateurs concernés par la thématique de la coordination dans leur travail.

La méthodologie mise en œuvre a été adaptée de la méthode PM.

Traitement des données

Les données qualitatives ont été obtenues par cycles d'encodage progressifs aboutissant à quatre thématiques principales. Le traitement des entretiens et l'analyse de l'encodage ont été réalisés à l'aide du logiciel NVivo 12®.

Les données quantitatives issues de l'enquête comparative ont été traitées à l'aide des logiciels MS Excel®2019 et XLSTAT®2020.

Méthode de construction des scénarios

Les quatre scénarios ont été construits en intégrant pour chacun d'entre eux les éléments significatifs interprétés puis retenus à partir de notre état des lieux et de l'étude exploratoire mixte conduite dans notre recherche.

Cinq composantes ont été prises en compte : les profils de coordinateur, les variables-clés de l'environnement externe et interne, les conflits institutionnels et les tendances connues en 2020.

Pour rappel les variables externes sont indépendantes et vont avoir une incidence plus ou moins importante sur les variables internes. Ces dernières sont dépendantes des variables externes.

Les quatre scénarios présentés

Les quatre scénarios présentés sont les suivants et sont représentés dans la figure ci-dessous

- « **Le plafond de verre de la fonction de coordination** ». La compétence reste une fonction dans les organisations de santé et du social. Le changement repose sur un axe technique celui de la formation ;
- **La reconnaissance du métier de coordinateur par les pouvoirs publics et les différentes institutionnelles (branches professionnelles, ordres professionnels, etc.)**. Le changement repose sur un axe politique celui de l’engagement et la mobilisation des acteurs coordinateurs qui se fédèrent ;
- **La création d’une communauté professionnelle hiérarchisée**. Le changement repose sur un axe sociologique ;
- **L’évolution vers la coordination 3.0**. Le changement repose sur un axe technologique.

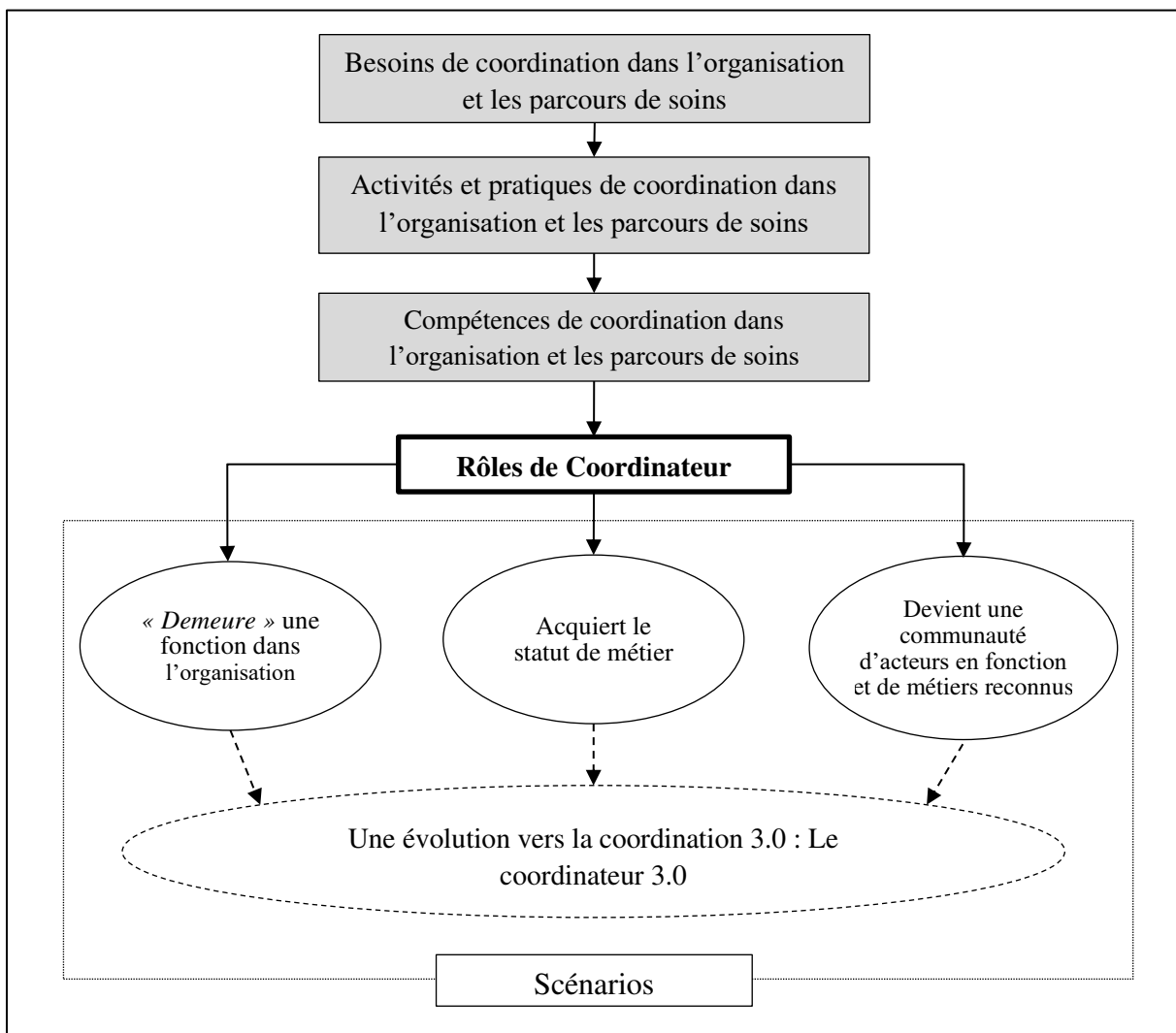


Figure 70. Les scénarios possibles.

« Le plafond de verre de la fonction de coordination »

La compétence de coordination reste une fonction intégrée aux organisations, il n’y a pas d’évolution du statut vers la création de métier de coordinateur. Cependant la fonction évolue par le développement des techniques de coordination.

Ce scénario reste dans le champ technique de la formation initiale et continue. L’ingénierie de formation sert le déterminisme de l’action publique dans la conduite du changement et de l’évolution des politiques publiques de santé (cf. Ségur de la santé sur la transformation des métiers).

Présentation générale du scénario

Proposition : Avant d’être un métier la coordination est d’abord intégrée comme une compétence « fonctionnelle » aux métiers historiques du soin et du social. Il s’agit d’une fonction « adjointe » au métier (p.ex. infirmier coordinateur) venant spécialiser le professionnel sur un des éléments du parcours de soin sur un territoire ou pour un des process de production ou de logistique des activités de soin dans un établissement de soin (p.ex. l’hôpital, un établissement médico-social, un dispositif d’appui à la coordination).

Description : Dans ce scénario, plusieurs éléments considérés comme variables internes sont classés autant comme étant en faveur du processus de théorisation qu’en défaveur de son aboutissement vers une condition d’adaptation par l’institution (Travail de normalisation signifié par l’intégration « routinière » de ces nouvelles pratiques et rôles de coordination). Ainsi la formation initiale des professions de santé et du social est éprouvée. Elle est en faveur de ce scénario mais l’offre concurrente de formations préparant à des diplômes de coordination aujourd’hui fait débat sur la valeur et l’employabilité futures.

Argument : Les professions de santé restent hiérarchisées et fonctionnent en grande partie par délégation ou sous la responsabilité des professions médicales. Sans évolution des référentiels de compétences, le cadre des pratiques de coordination reste limité et pose le problème de la légitimité à agir, à être responsable. L’identité professionnelle reconnue liée à la profession de santé ou du social initiale risque à terme de limiter le fait d’être coordinateur à une simple fonction attribuée ou venant qualifier une activité spécifique.

Impacts du scénario et préconisations

Sur les acteurs des thématiques Ressources humaines, Management et Formation

ACTEURS DES THÉMATIQUES	Impact(s) possibles du scénario	Préconisation(s)
RH	<p>La fonction de coordination et de coordinateur reste dans le champ des professions de santé et du social.</p> <p>Le diplôme de professionnel de santé ou du social est un prérequis à la fonction de coordination.</p> <p>Exclusif ou quasi exclusif</p>	<p>Une attention doit être portée aux formations de coordinateur « passerelles » vers un parcours classique de cadre intermédiaire.</p> <p>La carrière du coordinateur et son évolution dans l'organisation doit être envisagée en termes de cycle.</p> <p>Les catégories de coordinateur en fonction des conventions collectives doivent être intégrées aux stratégies RH de recrutement (Incidence rémunération dans les budgets prévisionnels).</p>
MANAGEMENT	<p>Les responsables RH ou les dirigeants de dispositifs sont amenés à devenir des accompagnateurs des futurités dans les organisations de soin.</p> <p>La fonction étant émergente est instable. Elle permet deux considérations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une fonction émergente peut être un levier pour innover dans l'organisation ; - Une vision plus « terre à terre » où le coordinateur serait « un cadre à moindre coût ». 	<p>Nécessité d'un encadrement rapproché de type déléгатif avec un suivi des actions par tableau de bord afin d'éviter « l'électron libre » dans l'organisation.</p> <p>Suivre ou évaluer le niveau de réification du coordinateur [indicateur].</p> <p>Réfléchir les rapports hiérarchiques institutionnels entre cadres intermédiaires et coordinateurs [Écologie des niveaux d'autonomie].</p>
FORMATION	<p>Suivre les stratégies extensives [individuelle] d'acquisition des pratiques et des rôles et intensives [participations aux congrès, etc.] et les équiper en réagissant aux besoins de formation.</p>	<p>Privilégier le mentorat et le tutorat ?</p> <p>Bloc de compétences à insérer dans les formations initiales des professions de santé et du social [Niveau 2].</p>

Sur les acteurs coordinateurs

Il s'agit d'apprécier les impacts que ce scénario serait susceptible de produire sur les acteurs coordinateurs « en poste » aujourd'hui.

Impacts : La tendance de l'opinion des acteurs interrogés dans les enquêtes est partagée vis à vis de ce scénario. 52,75 % des personnes enquêtées sont plutôt contre un accès exclusif de la coordination aux métiers de la santé ou du social [Q.12] ; toutefois 54,94 % des enquêtés [Q.11] pensent que les coordinateurs auront majoritairement comme niveau de formation professionnelle un diplôme de santé ou du social dans le cadre de la coordination en milieu hospitalier et s'affirme un peu plus contre une compétence exclusivement rattachée à un diplôme paramédical ou social dans les établissements médico-sociaux [Q13 = 68,13 %] ou sociaux [Q.14 = 65,93 %].

Préconisations : La valorisation des acquis par l'expérience dans ce scénario permet déjà l'accès aux formations qualifiantes de coordinateur [Parcours LMD]. Il serait nécessaire de renforcer la valeur qualifiante du diplôme universitaire dans ce contexte.

Sur les métiers existants

Impacts : Vers une meilleure identification de la fonction au sein des cursus de formation des filières médicales, paramédicales et du travail social.

Le premier scénario pourrait consister à intégrer plus formellement la fonction tout au long du cursus de formation médical et infirmier et en particulier à la rendre plus spécifique (validation formelle de la capacité à coordonner).

Une redéfinition des rôles et des pratiques dans ce scénario est nécessaire. Cette redéfinition doit prendre en compte les compétences actuelles et les référentiels de compétences existants. Ce scénario maintient les métiers existants et la coordination (ou capacité à coordonner) devient spécifique mais reste configurée ou limitée dans son autonomie aux professions existantes.

Dans les faits on observe aujourd'hui des offres de formation en coordination [licence, master I et II et diplôme universitaire, etc.] permettant à des professionnels du sanitaire, du social d'acquérir les compétences les autorisant à postuler à des postes différents de leur champ initial (p. ex. sanitaire vers social).

Préconisations :

A – La coordination : responsabilité médicale

Le médecin traitant est au centre de la coordination des soins [article L.4130-1 du code de la santé publique]. Il a la responsabilité « *d’orienter ses patients, selon leurs besoins* » et de « *s’assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients* » [article L.4130-1 du code de la santé publique].

La coordination est limitée aux soins et est considérée comme une simple orientation. La notion de besoins est floue et recouvre toutes les dimensions du sentiment de bien-être.

La fonction de coordination pourrait être intégrée de manière plus intensive dans le cursus des études de médecine en formation initiale et continue. La formation continue pourrait à son tour développer des évaluations des pratiques professionnelles [EPP] en coordination et proposer des actions de formation dans le cadre du développement professionnel continu [DPC].

B —La coordination : une compétence de l’infirmier

Une des difficultés de l’exercice de la fonction est en lien avec la standardisation des qualifications. Elle pose le postulat du défaut de légitimité liée au titre ou statut professionnel (ex. infirmier/médecin), ou induit par un rapport à la hiérarchie (ex. infirmier/cadre de santé). Le diplôme d’état infirmier offre un cadre de compétence en cohérence avec la fonction de coordination dans les organisations sanitaires et médico-sociales. Les compétences en organisation et coordination sont plus en adéquation avec le champ du soin (coordination d’appui) c’est-à-dire visant à organiser les interventions soignantes. Cependant on peut observer dans le référentiel de compétences l’absence de compétences managériales et gestionnaires nécessaires aux fonctions d’encadrement propres au champ de la direction (implication dans le pilotage administratif des dispositifs MSP) (Voir encadré ci-dessous).

Compétence 9 — Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...);
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences ;
3. Choisir les outils de transmissions de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité ;
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile ;
5. Coopérer au sein d'une équipe pluri professionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ;
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins ;
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral

Diplôme d'État d'infirmier — Référentiel de compétences (2009).

C – La coordination : Le référentiel d'activités du cadre de santé

Les cadres de santé sont formés en Institut de Formation de Cadres de Santé. Ils sont recrutés au sein de trois filières de soin après un minimum de quatre années d'expérience préalable à l'inscription au concours d'entrée (Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé):

- La filière infirmière :

Infirmier, Infirmier de bloc opératoire (IBODE), Infirmier anesthésiste (IADE),
Puériculteur.

- La filière rééducation :

Audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste,
orthoptiste, opticien-lunetier, pédicure-podologue, psychomotricien.

- La filière medicotechnique :

Manipulateur en électroradiologie médicale, préparateur en pharmacie, technicien de
laboratoire.

La formation prépare en une année à un diplôme de cadre de santé et permet un management de proximité à un premier niveau d'exercice un encadrement de type intermédiaire. Au sein du référentiel des activités conduites par le cadre de santé (2012) le concept de coordination d'appui (Point 1) est associé à des activités de type gestionnaire, management d'équipe, conduite de projets et veille professionnelle (Encadré ci-dessous).

Point 1 — Conception et coordination des organisations de soins³ et des prestations associées⁴

- Prévision et planification des activités de soins et prestations associées
- Conception et adaptation des organisations de soins
- Organisation au quotidien de la production des soins et des prestations associées d'un secteur d'activité
- Coordination et suivi des soins et des prestations, coordination des parcours de soin, coordination des interventions des différents acteurs
- Coordination avec l'équipe médicale et avec les différents acteurs (différents services, partenaires extérieurs,) internes et externes en lien avec l'activité du service
- Contrôle de la réalisation des soins et des prestations
- Echanges et entretiens avec tous les acteurs concernés dont les patients et leur entourage
- Gestion des aléas, des dysfonctionnements et des situations difficiles ou imprévues, des situations de crise

³ Il s'agit des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

⁴ Il s'agit de l'ensemble des prestations qui concourent à la prise en charge de la personne.

Référentiel d'activités et de compétences Diplôme de Cadre de santé — adapté du document de travail — Ministère des Affaires sociales et de la Santé — DGOS (2012).

D - Les travailleurs sociaux et les cadres CAFERUIS

Les missions de coordination sont des marqueurs de l'évolution des métiers du travail social autour des projets de vie personnalisé (Vauchez, 2010). Le cadre des compétences et des besoins en coordination semble s'élargir dans plusieurs organisations associatives pour occuper des rôles d'encadrement multiservices. Des formations de coordinateur sont proposées par plusieurs instituts régionaux du travail social en lien possiblement avec la formation au CAFERUIS (acquisition de compétences) où la compétence est référée au management des équipes dans les interventions (Arrêté du 8 juin 2004 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale, 2004)

Crédibilité du scénario

Dans ce scénario l'institution limite sa reconnaissance de la coordination aux compétences se rattachant aux pratiques spécifiques ou spécialisées à un type de parcours ou à un process. Les pratiques sont reconnues c'est-à-dire qualifiées voire protégées par un accès (diplôme requis). Ce scénario peut représenter une stratégie gagnante pour l'innovation interne et la performance de l'organisation si cette dernière intègre ces fonctions au sein d'un laboratoire d'idées (Lab). L'organisation peut apprendre du concept de futurité et du TI et en particulier du processus de théorisation pour innover, se transformer et s'adapter dès maintenant aux nouveaux défis de réorganisation du système de santé et en particulier aux projets territoriaux. C'est peut-être ça l'agilité dans la fragilité et l'instabilité qui caractérisent les organisations historiques mais aussi qui inaugurent les nouvelles organisations territoriales de demain avec les GHT, CPTS et DAC.

La reconnaissance du métier de coordinateur dans les métiers de la coordination

Présentation générale du scénario

Proposition : La reconnaissance du nouveau métier de coordinateur dans des formes diverses de coordination. À l'exemple des infirmiers en pratique avancée le ticket d'entrée est un niveau de compétences élevé de type Master (cf. p. ex. Master « Ingénierie de la santé parcours Coordination des trajectoires de santé » Université de Lille). L'accès est possiblement ouvert par la formation initiale, préférence d'accès pour les professionnels de santé, accès possible aussi VAE.

Description : Le second scénario proposé met en avant un élargissement de l'accès aux métiers de la coordination aux personnes autres que les professionnels de santé ou du social. Autrement dit la détention d'un diplôme de santé ou du travail social n'est plus obligatoire dans ce scénario, pour devenir coordinateur. Les pratiques deviennent de plus en plus spécifiques et nécessitent des formations spécifiques (Thématiques). Ces formations sont des pré requis à l'exercice de la coordination.

Argument : Les éléments de contexte (Variables externes) montrent un travail politique intense d'acquisition d'influence des différents dispositifs ou structures de coordination (Réseaux de santé, Plateformes d'éducation thérapeutique, Maisons de santé de santé pluriprofessionnelles, CPTS, fédérations, etc.) auprès des institutions gouvernementales ou professionnelles (y compris au sein des OPCO dédiées à la santé) afin de permettre l'aboutissement du travail de théorisation des nouvelles pratiques et des nouveaux rôles dans les différents champs de la coordination. La finalité consiste à la création de métiers durablement ancrés dans l'institution de la santé.

La fonction de coordination devient un métier avec un cursus universitaire.

Les professions de santé étant réglementées il s'agit d'ouvrir les métiers au sens de la définition donnée par la DGOS « *Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique. Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Le métier est distinct : du poste, qui est lié et en particulier* » et en l'occurrence de donner à la fonction de coordination les caractères et la reconnaissance sociale d'appartenance propre à un métier.

Ce scénario peut être rapproché de la proposition n° 8 du rapport Hénart et al. (2011).

Proposition n° 8 : « Mettre en place des filières universitaires pour bien positionner dans le système LMD les métiers socles et les futurs métiers en santé de niveau intermédiaire et garantir des carrières évolutives, lisibles et autonomes. »

Proposition n° 8 : Mettre en place des filières universitaires (Hénart et al. (2011).

Ce scénario justifierait le recensement des étudiants en formation initiale (FI) et en formation continue (FC). Le recrutement des apprenants venant en formation continue permettrait une adhésion plus large que les métiers socles du soin tel que les métiers du champ social (Assistante de service social, professionnels possédant le CAFERUIS, etc.), des disciplines telles que la sociologie et la psychologie. L'intérêt de ces parcours de formation serait d'intégrer des enseignements à la fois portant sur la clinique, les besoins sociaux spécifiques du type de parcours de soin à coordonner, le management et la gestion des structures sanitaires, sociales et médicosociales et des dispositifs inter organisationnels tel que les réseaux par exemple. Les technologies de communication en e-santé devraient s'insérer dans les formations et permettre le développement de compétences du type « *Community manager* ».

Impacts du scénario et préconisations

Sur les acteurs des thématiques Ressources humaines, Management et Formation

ACTEURS DES THÉMATIQUES	Impact(s) possibles du scénario	Préconisation(s)
RH	<p>Le métier est caractérisé par le type de coordination et forme dans l'organisation un groupe hétérogène avec des compétences spécifiques attachées à un type de coordination et peu ou pas mobilisables dans les autres types de coordination.</p> <p>Le diplôme de santé ou du social n'est pas nécessairement prérequis au poste de coordinateur à pourvoir (formation). Le métier de coordinateur s'ouvre à des personnes venant de filières de formation autres que celles de la santé ou du social.</p>	<p>Une distinction doit être reconnue entre les établissements relevant du service public (Fonction publique hospitalière pour les postes de coordinateur dans le secteur de la santé et fonction publique territoriale pour les établissements médico-sociaux) et les établissements de santé et médico-sociaux relevant du droit privé lucratif et non lucratif.</p> <p>Un recensement des possibles métiers de coordination dans les organisations permettrait d'alimenter les politiques de gestion prévisionnelle d'emploi et des compétences. Les politiques de formation et de recrutement doivent être associées aux stratégies de</p>

MANAGEMENT	<p>L'arrivée de nouveaux entrants peut créer une modification des rôles propres et des activités dans les métiers du soin ou du social « historiques ».</p> <p>L'impact sur la décision qui devient pluridisciplinaire.</p>	<p>développement des GHT et des différentes formes de coopération existantes (GCS, GCS-MS, etc.) dans les projets territoriaux (Loi du 24 juillet 2019 dite Ma Santé 2022)</p> <p>La formation de l'encadrement intermédiaire et supérieur à ces nouveaux entrants avec des niveaux d'étude élevés est nécessaire.</p> <p>La place du travail en inter et pluridisciplinarité doit être pensée dans les organisations pour être reconnue par l'ensemble des acteurs et donner une valeur authentique aux décisions concertées.</p>
FORMATION	<p>Le schéma conduisant à ces nouveaux métiers est basé sur celui envisagé dans le rapport Hénart, Berland et Cadet (2011) où les nouveaux besoins dans l'organisation génèrent de nouvelles activités nécessitant de nouvelles compétences définissant de nouveaux métiers. Ces nouveaux métiers supposent des parcours de formation spécifiques aboutissant à des diplômes « protégeant » le ou les métiers de la coordination.</p>	<p>La construction des formations devrait être basée sur le schéma décrit ci-contre afin d'éviter les formations généralistes.</p>

Sur les acteurs coordinateurs

Impacts : Les acteurs interrogés dans les deux enquêtes que nous avons menées s'accordent fortement (87,91 %) pour que soit admis à terme le métier de coordinateur. Une éthique propre à leur exercice professionnel (72,53 %), une identification des emplois dans les conventions collectives (85,7 %), un niveau de rémunération spécifique (89,01 %) et un statut de cadre dans la majorité des emplois (72,53 %). Ces éléments sont en faveur de la reconnaissance du métier de coordinateur.

Préconisations : Les parcours de formation doivent permettre l'acquisition de diplômes de niveau 6 ou 7 pour les personnes ne possédant pas de formation initiale en santé ou dans le travail social.

Sur les métiers existants

Impacts et préconisations :

Professions médicales

La coordination reste une compétence de l'exercice médical. Elle pourrait faire l'objet d'une capacité de 3^{ème} cycle.

Professions paramédicales, du travail social et encadrement intermédiaire

Les diplômes universitaires (DU) sont plutôt orientés vers les professionnels paramédicaux ou du travail social et devraient être valorisés pour valider un futur métier de coordinateur.

Crédibilité du scénario

Ce scénario envisage la reconnaissance par l'institution d'un nouveau métier lié aux pratiques de coordination au sens large. Le travail politique des acteurs coordinateurs qui se fédèrent pour la création des métiers de la coordination fait face à des résistances de la part des différents représentants institutionnels dont les pouvoirs publics. La situation peut cependant évoluer favorablement dans le sens d'une reconnaissance peut-être au départ très ciblée (p.ex. coordinateur en MSP).

La création d'une communauté professionnelle de coordinateurs

Présentation générale du scénario

Proposition : Ce scénario envisage la création d'une communauté professionnelle composée des professionnels exerçant explicitement une fonction de coordination et des professionnels de santé ou non ayant acquis par la formation le titre ou niveau de qualification les amenant au métier de coordinateur. Il ne s'agit pas uniquement d'une communauté de pratique(s) au sens de Wenger, McDermott et Snyder (2002), (Dameron & Josserand, 2007) mais d'une communauté professionnelle telle que Goode (1957) a pu la définir (cf. tableau 109 page 329). Dans son sein il y a des professionnels en fonction et d'autres reconnus dans leur métier de coordinateur ce qui créerait une forme de hiérarchisation par la valeur (le métier est supérieur à la fonction).

Description :

Le concept de communauté d'activité

Bourdoncle (2000) pour spécifier le processus de professionnalisation dans et par la communauté en devenir d'être qualifiée de professionnelle, emploie l'expression de groupe ou communauté exerçant l'activité. Goode (1957) met en avant que les professions peuvent être caractérisées socialement comme autant de communautés insérées dans la communauté plus large que forme la société dans son ensemble. Selon Goode (1957) une communauté représentative d'une profession est définie par neuf caractéristiques (Tableau 109 page 329).

Le processus de professionnalisation d'une communauté (tableau 4)

La professionnalisation est définie dans la littérature comme un concept mais aussi tel un processus. Elle est envisagée historiquement au travers des approches sociologiques fonctionnaliste et interactionniste. Bourdoncle (2000) conçoit la professionnalisation tel un dispositif stratégique conçu par un groupe, une communauté d'activité afin d'obtenir le statut de profession (état final d'une reconnaissance sociale par l'ensemble de la société civile).

Selon Roquet (2012), la professionnalisation constitue le processus aboutissant à la constitution d'une profession. Cependant trois sens doivent être retenus pour circonscrire le concept de professionnalisation : le premier sens renvoie au processus ou parcours d'apprentissage et d'acquisition de compétences spécifiques spécialisant un individu pour l'amener au statut de professionnel. Le second sens, selon Roquet (2012), est celui de l'autonomie individuelle dans le domaine d'expertise. Cette autonomie peut-être caractérisée par un exercice exclusif,

monopolistique protégé par l'obtention d'un diplôme (Wilensky, 1964). Le troisième sens révèle l'impact de la communauté professionnelle dans la société. Cet impact (rang social) varie avec les évolutions techniques et peut aboutir dans la population des métiers sectoriels historiques soit vers une professionnalisation « positive » (La communauté professionnelle détient une notoriété et procure un rang et un capital social plus ou moins élevé selon la profession exercée) ou, *a contrario*, vers une déprofessionnalisation « négative » avec une dégradation dans l'échelle sociale. La redistribution de compétences vers d'autres métiers ou professions en compétition ou concurrence, historiques ou émergents ou la disparition du besoin d'une compétence professionnelle du fait d'une évolution technologique peut avoir pour conséquence extrême la disparition d'une profession).

Argument : Ce scénario associe les deux premiers scénarios envisagés ci-avant. La communauté professionnelle se construit et prend place progressivement indépendamment des professions de santé et des professions du travail social. Cependant la communauté reste hétérogène par les membres qui la constituent.

Impacts du scénario et préconisations

Sur les acteurs des thématiques Ressources humaines, Management et Formation

ACTEURS DES THÉMATIQUES	Impact(s) possibles du scénario	Préconisation
RH	La recherche par la communauté d'activité du statut de profession peut conduire les organisations publiques et privées à réorganiser leur cartographie des emplois et des compétences avec la gestion prévisionnelle qui l'accompagne.	Cartographier de façon prospective (stratégique) les processus où les fonctions de coordination évolueraient possiblement vers des métiers. Envisager les besoins et les spécificités des coordinations à mettre en place à l'échelle des GHT et des différents types de coopérations territoriales.
MANAGEMENT	Potentiels conflits entre les générations populationnelles et les différents statuts dans la communauté (fonction vs métier). Potentiels conflits sur les évolutions pour les uns progressistes pour les autres dégradant tout ou partie des valeurs partagées, du contenu des compétences.	À l'échelle des organisations évaluer l'intérêt de mettre en place des groupes d'échanges cliniques (évaluation de pratiques professionnelles). Concevoir le pilotage et la composition de ces groupes pour éviter une forme potentielle d'isolement ou communautarisme dans l'organisation.

	<p>Potentielle compétition entre la communauté professionnelle et d'autres communautés exerçant potentiellement des activités voisines.</p> <p>Activisme politique ayant pour objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'obtention et la protection d'un monopole légal d'exercice - La diffusion des règles, pouvoirs et modes de sanction attribués à la communauté et à ses instances - La création d'un code de déontologie spécifique à la communauté professionnelle 	<p>Travailler la pluridisciplinarité avec les professions historiques.</p> <p>Veille administrative et dialogue avec les acteurs potentiellement concernés et/ou impliqués dans les instances (fédérations, syndicat voire ordres professionnels).</p>
FORMATION	Implication de la communauté dans les parcours de formation :	Rechercher les partenariats avec la communauté

Sur les acteurs coordinateurs

Conscientisation progressive des acteurs coordinateurs aboutissant dans un premier temps à la théorisation de leurs pratiques et de leurs rôles pour élaborer collectivement une action politique ayant pour finalité la formation d'un groupe d'activité pouvant représenter une communauté professionnelle authentique émergente.

Sur les métiers existants

La création d'une communauté et sa reconnaissance sociale pourraient modifier ou limiter les champs de compétence à coordonner des professionnels historiques dans les cas complexes. La création d'une communauté aurait alors pour conséquence de transformer les métiers existants en améliorant dans leurs formations respectives les compétences de coordination (fonctionnelles et relationnelles).

Crédibilité du scénario

Les prémisses d'une communauté des métiers de la coordination peuvent objectivement être reconnues aujourd'hui au travers de la fédéralisation des différents parcours et catégories de coordinateurs (Fédération française des infirmières diplômées d'État coordinatrices, Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours en santé, etc.).

Tableau 109. *Mise en parallèle des caractéristiques d'une communauté selon Goode (1957) et du processus de professionnalisation de cette communauté selon Wilensky (1964)*

Caractéristiques d'une communauté (Goode, 1957)	Caractéristiques du processus de professionnalisation dans une communauté professionnelle dans son objectif de promotion sociale (Wilensky, 1964)
Lieu physique (instances représentatives)	Création d'une association professionnelle nationale
Origines diverses des membres	Apparition de conflits entre les générations populationnelles de la communauté sur les évolutions pour les uns progressistes pour les autres dégradant tout ou partie des valeurs partagées, du contenu des compétences. Pour les uns il y a progression du statut professionnel (professionnalisation de la communauté ou groupe d'activité)
Sentiment d'identité ou appartenance	Compétition entre la communauté professionnelle et d'autres communautés exerçant potentiellement des activités voisines
Statut à vie sous réserve de respecter le code de déontologie, éthique, des bonnes pratiques professionnelles	
Valeurs communes partagées	
Rôles identifiés entre les membres et les non-membres par convention	Activisme politique ayant pour objectifs :
La communauté exerce un pouvoir sur ses membres (limites sociales claires et en accord avec les règles du droit commun)	
Contrôle son processus de pérennisation par un processus de sélection dans le recrutement des stagiaires, et le contrôle du parcours de formation autorisant l'exercice	
	<ul style="list-style-type: none"> - L'obtention et la protection d'un monopole légal d'exercice - La diffusion des règles, pouvoirs et modes de sanction attribués à la communauté et à ses instances - La création d'un code de déontologie spécifique à la communauté professionnelle

L'évolution vers la coordination 3.0

Ce dernier scénario présenté envisage la place et les possibles impacts qu'aurait la digitalisation en transformant la coordination des différents acteurs interagissant en dépendance ou en interdépendance dans une ou plusieurs séquences caractérisant aux parcours ou aux process de soin (santé, social, etc.) sur les coordinateurs actuels en fonction ou en devenir d'un possible métier.

Présentation générale du scénario

Proposition : Le concept du web 3.0 en santé est récent et interroge plusieurs domaines sur la place et les impacts que les technologies de l'information auront dans la santé et en particulier dans la relation « soignant-soigné » (Gagnon & Chartier, 2012). L'autogestion en santé par les patients connaît un fort développement. Elle est une des évolutions importantes liées aux technologies de l'information dans la santé. Le recours à ce mode de communication est aussi de plus en plus usité dans les relations entre les patients et les soignants avec mais aussi entre les soignants (et au premier chef les médecins) par le biais de plateformes numériques d'appui à la coordination (SNAC) et de services de télémédecine en déploiement.

Description : Dans ce dernier scénario les impacts à terme seront probablement nombreux et conduiront à des innovations « disruptives » (Christensen et al., 2000). Nous envisageons ici les impacts possibles sur les coordinateurs et les métiers traditionnels du soin dans les pratiques et la redistribution des activités comme des rôles déjà entrevus par la loi du 24 juillet 2019 et les conclusions du Ségur de la Santé en 2020 ⁴⁶.

Argument et crédibilité du scénario : La e-santé reconfigure les relations entre les patients et les soignants et supposent un changement de paradigme en faisant évoluer ces relations de la dépendance du patient envers le soignant à la coresponsabilité (Gagnon & Chartier, 2012). Selon Wyatt, Henwood, Hart, and Platzer (2004) le professionnel de santé restera un médiateur très présent et nécessaire dans le traitement de l'information. Il reste que la transformation des professions de santé et du social sera effective par une redistribution des compétences. Face à ces changements les fonctions de coordination et les métiers émergents de la coordination pourraient rapidement évoluer ou bien disparaître pour certains (création de métiers de

⁴⁶ « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent » et « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers ».

« *community manager* » pour les communautés de patients et de gestionnaire de plateforme de e-santé, SNAC par exemple).

Impacts du scénario et préconisations

Sur les acteurs des thématiques Ressources humaines, Management et Formation

Dans ce tableau sont envisagés les impacts directs et indirects sur les professions existantes ainsi que potentiellement sur les professionnels en charge d’une fonction de coordination dans les organisations de santé du médico-social et du social. Les acteurs des thématiques RH et du management sont regroupés dans la même colonne car les problématiques évoquées comme impactantes dans les organisations sont selon nous identiques et supposeraient une stratégie commune d’adaptation des compétences et d’innovation.

ACTEURS DES THÉMATIQUES	Impacts possibles du scénario	Préconisations
RH & MANAGEMENT	<p>Les professionnels de santé et du social ont déjà des besoins avérés de formation pour adapter leurs pratiques à ces nouveaux usages.</p> <p>Face à ces nouveaux modes de communication le risque de fragiliser les populations de soignants les plus anciennes pourrait accroître les difficultés (en particulier dans la population médicale avec des départs prématurés)</p> <p>Dans les organisations les fonctions de coordination s’intègrent aux nouveaux dispositifs et services de e-santé et dès lors deux hypothèses semblent permises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transformation des fonctions de coordination existantes en les spécialisant dans le sens de coordination 3.0 ; - Disparition progressive des fonctions de coordination à la faveur de métiers 3.0 intégrateurs de ces fonctions de coordination. 	<p>Les professionnels déjà diplômés doivent pouvoir bénéficier de formation continue pour accompagner la transformation et l’adaptation aux nouvelles technologies et modes de communication liée à la e-santé.</p> <p>Proposer de manière intensive des sessions de formation aux nouvelles technologies aux populations les plus âgées.</p> <p>Proposer d’adjoindre par délégation ces nouvelles compétences vers les IPA et les assistants médicaux.</p> <p>Proposer de manière intensive des sessions de formation aux nouvelles technologies aux professionnels en charge d’une fonction de coordination en étudiant l’évolution des besoins de coordination connectée et de e-santé dans les territoires de référence.</p>
FORMATION	<p>Former les professionnels déjà diplômés (FC) et les nouveaux professionnels de santé et du social (FI) aux technologies, aux pratiques liées à la e-santé ainsi qu’à l’adaptation de la communication.</p> <p>Adapter les contenus des formations déjà existantes.</p> <p>Penser les futurs métiers possibles dans le domaine de la e-santé à partir des besoins et des activités qui émergent.</p>	

Sur les acteurs coordinateurs

En termes de résultat il n'y a pas de consensus évident selon nous, chez les professionnels interrogés (56 %) concernant l'impact des nouveaux outils de partage collaboratif comme les services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans le renforcement potentiel des rôles des coordinateurs dans les différents parcours de soins ou d'accompagnement.

Les formes ou pratiques "cliniques" de coordination (suivi des patients au domicile) seront abandonnées ou seront réservées à certaines situations et seront possiblement justifiées dans un arbre décisionnel. Ce seront les soignants en soins primaires qui déclencheront ces interventions. Ces algorithmes iront dans le sens d'une médecine collaborative et plus globalement d'une prise en charge pluridisciplinaire concertée et coordonnée dans les territoires.

Les fonctions se transformeront ou disparaîtront progressivement en étant regroupées dans des compétences professionnelles principalement techniques caractéristiques des coordinateurs 3.0 (manager de cas, de projet, de communauté via l'internet). Celles-ci permettront d'animer et de coordonner des projets personnalisés à distance via les NTIC.

Sur les métiers existants

La transformation des pratiques de coordination liées au diagnostic sera probablement une des conséquences de la e-santé. La santé sous l'angle des NTIC procède de l'EBM ou médecine factuelle et se renforcera dans ses aspects décisionnels de l'exploitation des données massives de santé. L'approche clinique deviendra possiblement « historique » et en tout cas ne pourrait plus être initiale mais secondaire et serait réservée ou cantonnée dans un algorithme.

La virtualisation des échanges avec l'interface des NTIC représente un changement de paradigme dans la pratique médicale et pose la question du colloque singulier dans la relation du sujet patient avec le médecin.

Crédibilité du scénario

Plusieurs éléments de ce scénario se mettent en place aujourd'hui concernant la place des technologies de l'information et de la communication. L'accélération du recours à la médecine 3.0 en lien avec l'actuelle crise sanitaire devrait faire émerger à partir des besoins constatés les nouvelles pratiques, compétences puis métiers sinon que d'accélérer la transformation des métiers de la santé.

6.3. Limites de la recherche

Les limites que nous avons pu objectiver dans notre travail concernent notre cadre théorique et la méthodologie mise en œuvre.

6.3.1. Limites théoriques

Le sujet de notre recherche a pris forme à partir de notre expérience professionnelle dans la coordination en santé. Le flou ressenti dès la fin des années 90 à propos de la « fonction » de coordination a grandement motivé notre désir de compréhension des pratiques et des rôles de coordination. Les deux mémoires préparés avant l'engagement dans un travail doctoral nous ont montré la nécessité d'aller au-delà de la seule approche du terrain. La nécessité de choisir un cadre théorique s'est faite quand la littérature nous a permis de comprendre la nature plus profondément systémique du problème de la coordination et du coordinateur. Nous nous sommes arrêtés premièrement sur l'approche de la théorie de la structuration élaborée par Giddens (1984) mais elle nous a paru difficile à mettre en œuvre dans son application à notre recherche. Pourtant cette théorie offrait un cadre global tout à fait pertinent donnant de resituer les dynamiques de réflexivité et de récursivité en jeu entre l'acteur, les acteurs et les processus structurés commandant les interactions avec l'institution. Progressivement le concept du travail institutionnel lui-même issu du courant théorique néo-institutionnaliste s'est imposé comme une voie possible et d'intérêt de recherche. Nous avons trouvé des limites à nous approprier l'étendue et la richesse des connaissances déjà produites. Pourtant le processus de théorisation nous a paru être un axe d'étude permettant d'associer l'acteur et l'institution. L'objet de notre recherche est celui des métiers émergents de la coordination et nous avons trouvé peu de travaux réalisés sur le sujet des métiers émergents sous l'angle du travail institutionnel (Nigam & Dokko, 2019) ou proche du sujet (Suddaby & Viale, 2011). Notre contribution à cette voie de recherche dans le travail institutionnel nous semble insuffisamment étayée pour être transférable même si, néanmoins nous avons cherché à y apporter des éléments sur sa validité (construit, validité interne et externe).

Nous avons bâti notre recherche sur la problématique que l'institution de la santé en étant elle-même en situation de mutation et d'adaptation, n'était pas à même d'orienter ni de stabiliser les comportements prospectifs des acteurs occupant un métier émergent de coordinateur. Elle n'a pas les capacités de réduire la complexité de l'agir au présent pour préparer l'avenir chez ces acteurs. Le concept de travail institutionnel a été mobilisé pour situer et caractériser l'action de

ces acteurs dans le travail institutionnel de création. L'institution de la santé a été positionnée, dans notre recherche uniquement dans un travail de maintien institutionnel donc peut-être plus dans une attitude « coercitive » en élevant les barrières normatives. Ce positionnement des coordinateurs dans un travail de création institutionnel d'un côté et l'institution de la santé globalement dans un travail de maintien devrait être reconsidéré. L'histoire de ces vingt dernières années et l'actualité montrent aussi une institution dans ses instances dirigeantes qui se cherche dans ses innovations, procède par essais/erreurs et modélise les nouveaux métiers de façon directive.

Le processus de théorisation est conçu empiriquement comme venant concrétiser l'implication individuelle des coordinateurs dans une stratégie collective visant à faire adopter leur métier par l'institution puis à l'insérer activement dans les fondements et les routines de l'institution.

6.3.2. Limites méthodologiques

La méthodologie a permis de reconnaître les contours du processus de théorisation mais n'a permis en l'état de comprendre les dynamiques internes constitutives du processus. La méthodologie que nous avons utilisée n'a pas permis d'explorer le processus de théorisation autrement que par l'analyse des discours. Une exploration plus en profondeur du processus de théorisation reste nécessaire pour montrer comment travaille l'acteur dans ce processus. Un modèle structurel permettrait d'étudier la participation effective ou non des différents leviers politiques, cognitifs, normatifs.

Notre principale limite méthodologique concerne notre adaptation de la méthode PM qui à notre sens peut avoir aussi fragilisé la crédibilité de notre recherche.

Au niveau de la méthodologie des enquêtes, nous n'avons pas eu la possibilité de vérifier les deux échantillons et leur appartenance réelle à la population étudiée. Cette impossibilité affaiblit la validité des consensus.

Nous notons aussi que l'analyse comparée souffre d'un nombre peu important et probablement insuffisamment représentatif de la population qui n'est pas officiellement connue statistiquement.

Voies de recherche possibles

Deux axes de recherche nous semblent possibles et porteurs d'enseignements pouvant être appliqués dans le domaine stratégique des nouveaux métiers dans le domaine de la santé. Le premier axe serait de renforcer la connaissance du concept du travail institutionnel et de développer une application pratique. Le second axe serait de mener une étude rétrospective sur les nouveaux métiers annoncés (p.ex. assistants médicaux,) ce qu'ils deviennent ou ce qu'ils sont devenus.

- Approfondir la connaissance du processus de théorisation. La connaissance des dynamiques mobilisées dans ce processus par les instances décisionnaires (Autorités, tutelles de santé, employeurs publics et privés dans leur branche professionnelle, observatoires des métiers, opérateurs de compétences ainsi que l'ensemble de l'ingénierie de formation dans les filières de l'enseignement et de la formation professionnelle) serait contributive au dialogue entre les niveaux institutionnels. La compréhension des innovations portées par les acteurs de terrain et de leurs motivations personnelles enrichirait le débat sur les nouveaux métiers et les décisions stratégiques de financement des parcours de formation dédiés. Cet axe de recherche permettrait d'étudier le processus de diffusion d'un nouveau métier dans l'institution de la santé. Cet axe de recherche appliqué au domaine des nouveaux métiers permettrait de suivre et d'accompagner leurs évolutions dans l'institution de la santé et possiblement d'éviter les cycles de vie courts, les organisations adoptant rarement les pratiques d'autres organisations sans conflit ni effort (Lawrence & Suddaby, 2006). Le recours à la prospective apparaît approprié à cet objectif.
- Étendre la recherche à d'autres métiers émergents de la santé et aussi rétrospectivement ceux ayant été étudiés (cf. (Tissioui, 2008, 2010).

Conclusion 2^{ème} partie

Les objectifs de cette deuxième partie étaient de procéder à l'exploration du terrain en rencontrant dans un premier temps directement les acteurs puis d'analyser avec méthode les résultats issus de la collecte des données.

Le fil conducteur de cette exploration a été la méthode PM. La première phase de la PM EI a été réalisée à partir d'une trentaine d'entretiens semi-directifs auprès de plus de trente acteurs institutionnels, professionnels de santé, coordinateurs en structure ou de dispositifs expérimentaux et enfin une réunion de trente professionnels cadres dirigeants de structures sanitaires, sociales et médico-sociales nous avons retenu quatre thématiques principales dont trois d'entre elles offrent un cadre d'analyse à l'ensemble des pratiques affectant le travail de coordination, aux contenus des rôles de coordinateur et enfin caractérisant les plusieurs espaces dans lesquels vont s'exercer les métiers potentiels de coordination. La quatrième thématique recense les mutations aussi bien internes qu'externes notifiées par les acteurs interviewés.

À partir de ces thématiques constitutives de la dynamique des pratiques (et du processus de leur transformation) autour de la coordination, des dynamiques relatives aux nouveaux rôles et leurs contenus de coordinateur puis enfin des dynamiques mais aussi des contingences générées par les concepts de temps et d'espace sur les pratiques comme sur ces pratiques et ces rôles, nous avons, en tenant compte des mutations externes et internes, élaboré un questionnaire prospectif (l'horizon des prochaines années). Celui-ci a été soumis à l'ensemble des participants rencontrés en entretien et lors de la réunion de groupe. Cette première enquête représente le « groupe Experts » (Effectif retenu n = 23) (Étape 2 de la PM). Enfin le même questionnaire a été soumis selon la technique dite « de la boule neige » auprès des professionnels de santé y compris coordinateurs sans distinction du type d'organisation ou du champ sanitaire, social, médico-social. Ce deuxième effectif est appelé dans notre recherche « groupe Extension » (Effectif retenu n = 68).

Les résultats comparés ont montré une similitude des résultats entre les deux groupes dans les degrés d'accord et les différents classements d'opinion proposés. Nous avons analysé plus spécifiquement chaque question posée afin d'avoir une représentation plus « épaisse » du consensus qui aurait été basé uniquement sur la simple comparaison des pourcentages des deux groupes. L'application stricte identique de l'enquête confortée par la similitude des résultats a

permis un regroupement des résultats et nous avons proposé une échelle d'évaluation du consensus.

Trente-trois questions permettaient de rechercher un consensus. Vingt-quatre d'entre-elles ont obtenu un pourcentage supérieur à soixante-dix pour cent. Selon notre l'échelle d'évaluation et dans le cadre de notre échantillon ces consensus peuvent ainsi être qualifiés de globalement faibles⁴⁷ (N = 20/24) à modérés⁴⁸ (N = 3/24), une seule question obtient un score supérieur à 95 %.

Les consensus concernant les pratiques sont faibles (N = 5/6) ou fort (N = 1/6).

Les consensus concernant les rôles (profils de coordinateur et conditions de travail) sont faibles (N = 10/11) ou modéré (N = 1/11).

Les consensus concernant les mutations sont faibles (N = 5/7) à modérés (N = 2/7).

Nos résultats tendent à montrer que le processus de théorisation est une réalité dynamique chez les acteurs de terrain (le micro-monde des acteurs) coordinateurs explicites ou non. Les coordinateurs intègrent le concept de métier de coordinateur dans leurs comportements et dans leurs stratégies individuelles pour penser leur avenir et agir dans leur présent. À notre sens, la faiblesse des consensus au niveau des acteurs interrogés montre indirectement l'actualité du processus de théorisation. La faiblesse des consensus peut aussi s'expliquer par l'impact des diversités d'espaces de coordination sur les pratiques encore hétérogènes et sur les rôles encore diversement délimités.

Nous notons que les coordinateurs interrogés dans les deux enquêtes (Effectif total N_{Total} = 57) montrent des niveaux de satisfaction et un désir important d'engagement (à poursuivre leur carrière comme coordinateur et à se former dans ce sens).

La littérature et l'actualité des corps professionnels (fédération, branches professionnelles) montrent la dynamique de l'action collective pour promouvoir ces métiers et les installer dans l'institution de la santé.

⁴⁷ Faible = Score > à 70% et < à 90 %)

⁴⁸ Modéré = (Score > à 90% et < à 95 %

CONCLUSION GÉNÉRALE

Plan

Introduction

Synthèse de la recherche

Problématique

Principaux résultats

Apports et les limites de la recherche

Voies de recherche possibles

La prospective métiers dans le travail institutionnel une voie de recherche pour comprendre

Introduction

Le système de santé français connaît de difficiles adaptations aux mutations sociétales, économiques, technologiques et démographiques. À l'heure où nous rédigeons cette conclusion, une pandémie frappe durement, prend des vies humaines en grand nombre et vient éprouver au-delà de toutes limites les femmes et les hommes acteurs soignants ou non qui font vivre la raison d'être de ce système : soigner et prendre de soin de l'autre.

Il n'y a pas de soin, ni de parcours de soin, ni même d'accompagnement (au sens d'être au côté de l'Homme en demande de soin) sans coordination, et ce, quelle que soit la complexité de chaque situation.

Ces adaptations ont été traduites par de nombreux changements dans l'institution de la santé, un courant d'innovations plus ou moins pérennes reprises ou non dans le *mainstream* des politiques successives de santé.

L'incertitude est la composante omniprésente vis-à-vis de ces innovations et constitue en elle-même un risque psychosocial à intégrer aux conditions de travail propre à ces dispositifs expérimentaux.

Les pratiques de coordination et les rôles de coordinateur se sont multipliés dans toutes les organisations des champs de la santé, du social et du médico-social.

Notre recherche doctorale avait deux objectifs principaux fortement liés. Le premier était de comprendre comment les acteurs de terrain intégraient individuellement le fait d'être dans des rôles et des pratiques émergents de coordination. Le second était de pouvoir identifier s'il existait des traits communs ou des invariants dans les discours des acteurs coordinateurs, et qui viendraient caractériser le phénomène de création décrit dans le concept de travail institutionnel.

Le processus de théorisation est une des étapes décrites inhérentes au travail de création institutionnel. Le but de ce processus consiste à délocaliser du terrain les pratiques et les rôles émergents créés souvent de manière innovante par les acteurs pour les conceptualiser (rendre abstrait). La première finalité du processus de théorisation est de permettre l'intégration de ces pratiques et rôles innovants en les normalisant. La seconde étant de pouvoir ensuite permettre leur diffusion dans l'institution.

Notre conclusion se fera sur la base d'une synthèse de notre travail de recherche doctorale puis nous ferons un rappel de notre problématique et des principaux résultats. Nous présenterons à la suite les apports, les limites et enfin les voies possibles pour donner une continuité à notre travail de recherche.

Synthèse de la recherche

La première partie de la thèse avait pour objectif de présenter la santé en tant qu'institution dans la société française. On peut souligner que la santé est un terrain de recherche d'intérêt pour de nombreuses disciplines dont les sciences de gestion l'économie et plus globalement les sciences humaines et sociales. Dans la littérature académique ou celle émanant des institutions internationales et des sources gouvernementales, la terminologie d'usage pour évoquer l'institution de la santé d'un pays est celle du système de santé. Le concept de système reflète surtout des organisations et des modes de protection sociale différents selon les pays. Néanmoins un premier constat commun aux principaux systèmes de santé des pays industrialisés est représenté par le problème de l'accroissement de leur complexité. Cette complexité accrue a de nombreuses conséquences et notamment sur la performance de plusieurs systèmes de santé, dont celui de la France. Le service rendu et globalement le niveau de santé des bénéficiaires s'améliore, mais apparaît moins efficient au regard des investissements lourds consentis en termes de part de PIB.

En France, l'ensemble des acteurs reconnaissent le problème de la complexité du système de santé. Comme ailleurs il est fragmenté et cette fragmentation se traduit en France par des cloisonnements multiples dans l'ensemble du système. Ces cloisonnements se répercutent dans les trois niveaux organisationnels. Au niveau macro-organisationnel, les trois grands secteurs de la santé (sanitaire, social et médico-social) sont historiquement référés à des codes différents (CSP et CASF) ; les cultures différentes se sont instituées dans les trois secteurs et ont renforcé les cloisonnements. Au niveau méso des séparations des établissements appartenant ou service public, de ceux relevant du droit privé lucratif ou non lucratif. Enfin au niveau micro des acteurs de santé et de leurs interactions, ces cloisonnements se traduisent par des dysfonctionnements et des incohérences autrement dit des défaillances de coordination de prise en charge préjudiciables au bénéficiaire du système de santé dans son ensemble.

Les différents gouvernements français comme au sein des autres nations (Au moins dans plusieurs des pays membres de l'OCDE) ont en commun des programmes politiques recherchant l'efficacité de leur propre système de santé.

En France les évolutions des politiques de santé amènent à au moins deux autres constats retrouvés dans la littérature.

Le second constat repose sur l'adoption progressive d'une stratégie de la santé aux dépens d'une planification jusqu'alors dominante dans les grands sujets portant sur la santé. Ces stratégies successives de changement ont toutefois des dénominateurs communs telles l'importation, la diffusion de concepts de soins anglosaxons puis leur opérationnalisation dans l'ensemble des organisations de santé françaises. À cet égard les concepts de parcours et de coordination de parcours illustrent cette stratégie. L'innovation a été l'un des axes promus par ces stratégies de santé. L'expérimentation et le financement (par définition non pérenne) de plusieurs dispositifs innovants ont été promus dans les territoires. Le processus de variation-sélection puis rétention est identifié à la fois dans la variété de dispositifs (p. ex. réseaux de soins puis de santé, MAIA, plateformes territoriales, MSP). Ces dispositifs ont été soit « reproduits » à partir d'expériences d'autres pays soit ont été innovés par les acteurs locaux dans les territoires. La phase de rétention que l'on peut reconnaître depuis 2007 se retrouve dans le mouvement de mutualisation et de regroupement de ces dispositifs locaux en dispositifs régionaux ou infra dits d'appui à la coordination. Les plus performants d'entre eux en étant retenus (c.-à-d. financés) ont servi de modèles pour la restructuration par mutualisation des ressources (DGOS, 2012). Les deux caractéristiques communes à ces dispositifs sont, d'une part la normalisation du concept de parcours décliné en autant de process que de thématiques reconnues et, d'autre part l'application *ad hoc* du mode de coordination spécifique à ces différents parcours.

Le troisième constat établi concerne l'émergence des métiers de la coordination dans la santé. Les causes de cette émergence sont plurielles (Foote, 1987). Les concepts de centration du parcours sur le patient, de pilotage du parcours de soin par la valeur ajoutée, d'organisation collective des connaissances, de décisions de soins basées sur une médecine factuelle, de diffusion accélérée des innovations, des nouvelles technologies, de l'exploitation des métadonnées en santé avec le recours à l'intelligence artificielle et le *deep learning*, transforment le système « ancien » et remodelisent le système des professions du soin. Enfin la recherche soutenue de la qualité et de la performance de l'ensemble du système de santé avec

une maîtrise voire une diminution globale des coûts demeure le paramètre ou l'objectif constant qui accompagne chacun de ces concepts et leurs applications.

La mise en place dès les années 60 aux États-Unis de professions venant partiellement pallier le déficit de médecins dans les territoires a été, depuis, répliquée dans plusieurs pays et trouve progressivement (malgré des résistances institutionnelles) sa place aujourd'hui en France. La réingénierie des métiers du soin avec une redistribution des compétences prépare ce changement à terme. L'émergence des nouveaux métiers de la coordination met en évidence les besoins d'expertises dédiées spécifiquement aux parcours de soins. On observe aussi dans les organisations la substitution de l'encadrement intermédiaire par des postes de coordination. On constate dans les faits un flou dans la grande variété des pratiques professionnelles et des rôles professionnels chez les coordinateurs.

Problématique

À partir de ces trois constats, nous avons proposé une problématique se résumant dans la question de recherche suivante :

Comment les acteurs coordinateurs travaillent et imaginent les futurs possibles de la coordination pour faire adopter leurs métiers émergents par l'institution française de la santé ?

Les propositions

Les métiers de la coordination sont pluriels, car ils recoupent des réalités professionnelles diverses. Ils font l'objet de débats dans les instances gouvernementales, les branches professionnelles et viennent interroger les milieux de la formation professionnelle, y compris universitaires, dans leurs stratégies d'offre de formation.

Le concept de travail institutionnel permet de comprendre comment les acteurs créent, cherchent à maintenir ou déstabilisent voire détruisent intentionnellement les arrangements constitutifs d'une institution (Lawrence & Suddaby, 2006). Le processus de théorisation est une des pratiques propres à la forme de création de ces nouveaux arrangements dans l'institution. Son application au concept de nouveau métier offre un cadre d'analyse et permet de donner un sens au discours des acteurs et une compréhension des dynamiques de ces acteurs pour penser

et agir pour leur propre futurité (Bazzoli, 1999 ; Commons, 1934 ; 1990) dans le contexte d'un métier émergent.

Le processus de théorisation forme en lui-même un environnement stratifié et complexe (Smets & Jarzabkowski, 2013). Nous avons situé notre étude au niveau des acteurs « coordinateurs » en poste en particulier et avons porté notre attention à la compréhension de leur identité, de leurs rôles et de leurs pratiques (Berwick, 2016 ; Freidson, 1984 ; Osty, 2002). Le processus de théorisation étant conçu comme un environnement, nous avons intégré les dimensions d'espaces et de temps comme composantes et facteurs contributifs à la diversité des métiers de la coordination.

La seconde partie de notre recherche doctorale avait pour objectif l'exploration qualitative du processus de théorisation. La méthode de la prospective nous a guidés pour opérationnaliser notre recherche et permettre de dégager des éléments de consensus relatifs à notre question de recherche.

Principaux résultats

Les résultats que nous présentons sont issus principalement de données que nous avons recueillies puis analysées au terme d'une exploration en trois phases en lien avec la PM.

La première phase exploratoire est issue de notre champ d'exercice professionnel et a consisté dans une observation directe. Elle nous a permis d'objectiver la diversité de représentations et des attentes projetées sur le rôle et le cadre des pratiques attendues d'un futur coordinateur par les professionnels de terrain au sein d'un même territoire et réunis autour d'un projet commun de MSP. Cette observation empirique a renforcé la nécessité de comprendre ces représentations et ces attentes en rencontrant un échantillon plus large d'acteurs coordinateurs ou concernés par les dynamiques de coordination ainsi que des représentants institutionnels.

La seconde phase exploratoire réalisée au moyen des trente entretiens individuels et de l'entretien de groupe a permis d'identifier quatre grandes thématiques par regroupement progressif ou cycles d'encodage (Miles et al., 2014 ; Saldaña, 2016). Le coordinateur et ses différents profils, les pratiques de coordination, les espaces ou territoires de coordination ainsi que les mutations internes et externes ressenties par les acteurs interrogés.

La troisième phase exploratoire s'est déroulée en deux parties. Une première partie correspondante aux étapes de construction (Étape 3) et de validation (Étape 4) de la PM, a consisté à proposer une enquête par questionnaire auprès des acteurs interviewés retenus comme acteurs experts (61). Le questionnaire a été établi à partir des quatre thématiques et de leurs sous-thèmes respectifs. La deuxième partie a suivi le principe de l'étape complémentaire dite enquête en extension et a donc repris dans son intégralité (Forme et contenu) l'enquête réalisée auprès des acteurs experts. Un élément important est de souligner que les coordinateurs ayant répondu représentent 62,64 % de l'effectif total des répondants (Enquête Experts = 39,13 % ; Enquête en extension = 70,59 %). Les résultats de l'analyse comparée des deux enquêtes sont très proches. Les répondants de l'enquête en extension ont les mêmes positions que les répondants experts sur toutes les questions posées. Les niveaux d'accord ou de vraisemblance sont similaires, de même les classements par préférence dans les deux enquêtes.

Les éléments retenus dans les entretiens (par encodage) et réinterrogés dans les deux enquêtes participent à la construction de sens donné par les acteurs au processus de théorisation. Trois constructions de sens ont pu être identifiées dans notre recherche :

- Le sens donné par les acteurs aux mutations dans le processus de théorisation.

Les acteurs donnent un sens à leur « monde et à leur métier » à partir des faits actuels. Ces faits sont considérés comme des éléments participants aux mutations de la santé (p. ex. le déficit de médecins généralistes dans les territoires) et sont mis en relation de causalité avec des besoins accrus en coordination. On remarque que les éléments de mutation plus conceptuels (p. ex. les nouvelles technologies, la qualité ou la notion de coût de la santé) sont moins appropriés comme pouvant être explicatifs des besoins de coordination pour les acteurs enquêtés.

- Le sens donné par les acteurs aux différents profils de coordinateurs et à leurs conditions de travail pour définir les rôles des coordinateurs dans le processus de théorisation.

Les enquêtes ont confirmé qu'il existe une variété de rôles de coordinateurs dans les organisations et dans les dispositifs. Aujourd'hui les profils des coordinateurs recrutés sont encore essentiellement issus des professions de santé ou du social. Les organisations (Les établissements de santé ou du médico-social) recrutent des professionnels de la santé ou du social majoritairement, mais aussi par nécessité réglementaire (Cas des médecins coordinateurs) tandis qu'au sein des dispositifs d'appui à la coordination (hors établissements) les recrutements sont plus diversifiés et ce sont les compétences techniques, mais aussi relationnelles qui sont

recherchées. Dans nos enquêtes les acteurs valident majoritairement un parcours de formation spécifique pour les coordinateurs bien distincts des parcours de formation type cadre de santé ou du social. La coordination n'est pas conçue comme une extension, mais devient une entité à part entière (Un métier, une profession). La filière d'entrée dans la profession débute, selon les enquêtés par une formation dédiée à la coordination sans prérequis. La faiblesse des consensus recueillis (très proche de 70 %) fait envisager que l'image du métier de coordinateur n'est pas encore fixée, mais encore en construction. On peut noter que les enquêtés sont faiblement majoritaires à approuver l'idée que les postes de coordinateur seraient « réservés » à l'avenir soit aux professionnels de santé ou du social. Cette position laisse à penser que les métiers de la coordination viendront modifier notablement le système des professions dans la santé et le social. L'idée de déterminer des profils types de coordinateur concourt en elle-même à la théorisation. Nous proposons les quatre profils suivants : le professionnel de santé ou du social est un coordinateur implicite dans le système de santé ; le professionnel de santé ou du social est recruté explicitement comme coordinateur (La mission de coordinateur est « accolée » à son titre professionnel) ; le gestionnaire de cas ou manager (Le recrutement au poste de gestionnaire de cas ou de manager a comme prérequis d'être un professionnel de santé ou du social. Cependant le titre professionnel disparaît et enfin le coordinateur non titulaire d'un titre professionnel en santé ou du social et qui a suivi un cursus de formation spécifique à la coordination (p. ex. MAIA, MSP, réseau de santé).

La théorisation des métiers de la coordination (et, *in fine*, leurs reconnaissances par l'institution de la santé) se traduit chez les enquêtés (Experts et en extension) par leur plaidoyer en faveur de référentiels de compétences spécifiques à chaque domaine ou thématique de coordination, d'une reconnaissance propre du métier dans les conventions collectives (Emploi-cadre, grille de rémunération distincte).

- Le sens donné par les acteurs aux pratiques et aux espaces de coordination dans le processus de théorisation.

Notre recherche montre que les pratiques de coordination sont étroitement associées et dépendantes de l'espace où elles se déroulent. Les pratiques professionnelles sont différenciées selon l'espace et/ou le territoire. Là aussi on remarque que les pratiques sont aussi caractérisées par le type d'organisation (Établissement), le secteur auquel cette organisation est référée (Sanitaire, social, médico-social) et la culture propre à ce secteur. Dans le contexte des organisations, les pratiques de coordination sont souvent peu différenciées des cadres de

référence à cause des normes déjà existantes. Cependant les nouvelles missions de santé publique nécessitent ou laissent place à l'innovation managériale. Les pratiques de coordination en dehors des établissements sont souvent étendues à d'autres pratiques ou compétences professionnelles (Management, gestion, communication, etc.). Les acteurs partagent très largement ce dernier point (96,70 %).

Apports et les limites de la recherche

Notre recherche dans ses résultats a apporté des enseignements d'ordre théorique, méthodologique et pouvant être au bénéfice du management en particulier dans le domaine de la stratégie de développement des compétences par la formation.

Contribution théorique

Notre travail doctoral est une contribution à la recherche sur le travail institutionnel et sur la prospective. Il a consisté à comprendre les liens pouvant être établis chez les acteurs entre leur stratégie individuelle d'évolution (prospective) et leur implication dans le processus de la théorisation comme levier institutionnel nécessaire pour faire adopter le métier émergent de coordinateur.

Une stratégie personnelle extensive dans l'appropriation du rôle et des pratiques de coordination
Nous avons pu mettre en évidence dans nos études (Entretiens et enquêtes) les stratégies extensives individuelles des acteurs coordinateurs consistant à acquérir les pratiques professionnelles de coordination et à posséder une certaine maîtrise des pratiques sociales dans lesquelles sont insérées les pratiques professionnelles. L'ensemble de ces pratiques ont été considérées comme autant de propriétés acquises progressivement (Courbe **a.** figure 70 p. 326) avec succès ou non dans le temps et sur lesquelles le coordinateur capitalisera pour être reconnu par son environnement professionnel.

Les pratiques professionnelles mises en évidence dans les discours se sont révélées comme étant essentiellement déjà existantes dans les interactions implicites des acteurs professionnels « traditionnels ». Cependant nous avons pu constater une normalisation explicite des pratiques professionnelles de plus en plus évidente dans plusieurs espaces de coordination. Cette normalisation est majoritairement désirée et est mise en œuvre par les coordinateurs eux-mêmes. Cette normalisation est le produit du processus de théorisation.

La construction des rôles est apparue très contingentée par les pratiques et les espaces de coordination. Ce qui nous fait constater aujourd'hui une population de coordinateurs hétérogène autant dans les rôles que dans les pratiques.

Nous notons que cette stratégie extensive d'appropriation du rôle et des pratiques par les acteurs coordinateurs se traduit aussi dans le travail institutionnel de création par une activité de normalisation des pratiques (Changement des normes « établies » par établissement de liens entre les pratiques nouvelles de coordination et les valeurs éthiques propres au monde soignant) et des rôles (Construction d'identité). Le travail d'établissement de liens avec les professionnels et/ou les institutions, a pour objectif d'établir un maillage territorial par réseautage.

Une stratégie collective intensive rendue possible par la fédération des individus dans le processus de théorisation

La problématique de recherche établie s'intéressait au sens des interactions faites par les coordinateurs entre leur prospective personnelle (Scouarnec, 2008) et leur implication stratégique dans le processus de théorisation. La théorisation est un processus reconnu dans le travail cognitif ayant pour objectif de modifier à terme propre les frontières institutionnelles. La théorisation mobilise les autres pratiques ou leviers stratégiques décrits dans le travail institutionnel : travail politique et travail de normalisation par reconfiguration des systèmes de croyances.

Nous considérons que l'implication des acteurs coordinateurs dans le processus de théorisation de leurs métiers fait partie intégrante et sert aux intérêts de leur stratégie pragmatique et prospective sur un temps long (Dodier, 1993). Empiriquement nous avons pu observer dans les discours des différents acteurs ce travail politique de plaidoyer, de définition, mises en place de règles constitutives et d'acquisition d'influence. L'implication dans l'action collective constitue un deuxième axe stratégique cette fois intensif mis en place intentionnellement par les acteurs. Cette stratégie intensive se concrétise actuellement par un courant fédératif des coordinateurs (Courbe **b**, figure 67 page suivante) dans les différents dispositifs, typologies ou structures de coordination (Association professionnelle, fédération, etc.).

Ces deux stratégies se déroulent dans le temps long ou temporalité diachronique (Courbe **c**, figure 71 page suivante) et interagissent entre elles pour faire aboutir intentionnellement et positivement le processus en faisant adopter (stabiliser) le nouveau métier dans l'institution de

la santé. L'action collective en fédérant les rationalités individuelles vient en retour, renforcer le sentiment d'appartenance et d'identité chez les acteurs coordinateurs.

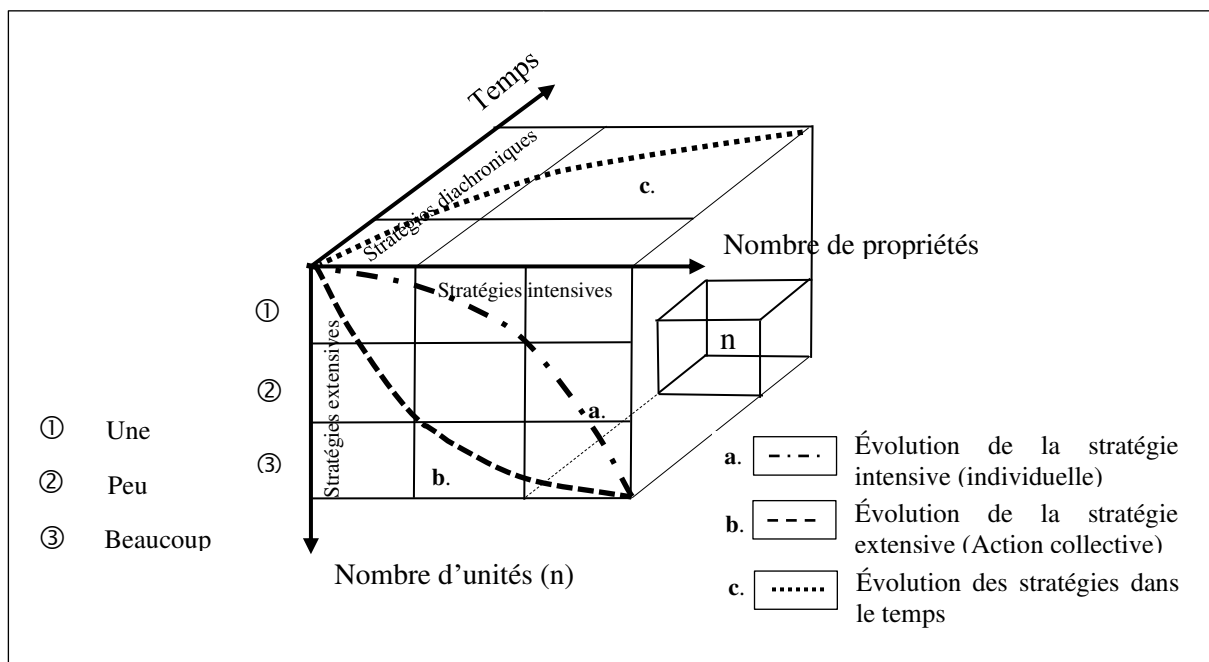


Figure 71. Stratégies individuelles et collectives dans le temps (schéma élaboré à partir du schéma de Bartolini (1986)).

Contribution méthodologique

Notre recherche a adapté la méthode PM adaptée à une recherche sur la prospective et le processus de théorisation. Elle s'est focalisée sur les acteurs coordinateurs en situation. Les comportements liés à la futurité ont des traductions concrètes dans les rôles, les pratiques et les espaces de coordination. Ils révèlent des formes de rationalité pragmatique (Commons, 1934 ; 1990) guidant et articulant, dans le temps, prospective personnelle et stratégie de l'action collective (Mérindol et al., 2009 ; Scouarnec, 2008). La prospective, avec la méthodologie PM en particulier, que nous avons adaptée, permettent de mener premièrement une approche appliquée à la compréhension de la diversité des réalités des acteurs coordinateurs puis deuxièmement, et en continuité du premier point, de pouvoir observer et documenter les dynamiques d'anticipation que mettent en place les acteurs coordinateurs pour leur prospective personnelle et leur implication dans l'action collective. Ces réalités sont modelées par le pragmatisme et conditionnent les stratégies d'implication à l'action collective en vue de faire adopter leur métier émergent par l'institution.

Contribution au management (axe GRH)

Notre recherche montre l'intérêt de la prospective pour comprendre la stratégie développée par un acteur pour, d'une part, s'approprier de manière intensive les propriétés d'un métier émergent (c'est-à-dire les pratiques professionnelles et sociales ainsi que le rôle déterminé par ces dernières) et d'autre part s'impliquer dans une stratégie extensive (action collective de théorisation) visant à faire reconnaître son métier émergent. Nous avons observé et exploré le métier émergent de coordinateur. Nous avons pu mettre en évidence par notre démarche que les pratiques de coordination doivent être référées à l'espace dans lesquelles elles existent et que le rôle de coordinateur est modelé par les pratiques et l'espace de coordination. Il n'y a donc pas un métier émergent de la coordination mais des métiers émergents de la coordination : il existe des métiers de la coordination.

Selon Scouarnec (2004), un travail d'observation d'un métier doit pouvoir produire un savoir « actionnable » (Argyris, 1993) « dont l'utilisation permet de tester la validité du construit théorique » (Argyris, 1993 ; Argyris, Moingeon & Ramanantsoa, 1995).

Les applications en GRH qui pourraient être faites de notre observation du métier de coordinateur doivent prendre en compte la caractéristique d'émergence et la diversité des situations (c-à-d. diversité de pratiques) dans la recherche de normalisation. Nous rappelons que l'émergence peut être qualifiée de relative dans la mesure où une partie conséquente de ses propriétés sont issues des pratiques professionnelles et sont peu différenciées des pratiques sociales « historiquement agissantes » dans les interactions des professionnels du soin et/ou du social.

Les évolutions possibles d'une théorisation des pratiques de coordination et des rôles de coordinateur prendront en compte l'axe technique de la formation, l'axe politique des stratégies collectives dans la reconnaissance du ou des métiers par l'institution, l'axe sociologique d'une création d'une communauté professionnelle et enfin d'un axe technologique avec le développement des NTIC qui seront déterminantes du cycle de vie du métier de coordinateur en le transformant ou en le faisant progressivement disparaître.

Conclusion finale

Le concept du travail institutionnel dans la théorie néo-institutionnelle nous a donné une grille d'analyse et une compréhension de ce qui pouvait se jouer dans l'interaction individu-institution ou pour reprendre un langage plus académique une méthodologie alternative à l'individualisme d'une part et à l'holisme (Favereau, 2002) d'autre part.

Notre recherche procède tout d'abord de notre propre observation en tant que professionnel de santé des profonds changements organisationnels tant dans le milieu hospitalier que dans le milieu des soins extrahospitaliers. Le paradigme du chercheur a été source d'expériences mais aussi d'influences toujours présentes comme potentiel biais de confirmation. L'encadrement méthodologique, la découverte ou parfois la relecture d'auteurs, nous ont permis progressivement « ce pas de côté », cette autre distanciation qu'il nous fallait avoir pour nous éloigner de nos affects et aussi de nos préjugés accumulés. La rencontre du terrain pour notre étude exploratoire a été facilitée par une certaine connaissance des codes sociaux propres au milieu de la santé mais cette « connaissance » a pu être aussi à l'origine d'un biais d'interprétation que nous ne pouvons pas nier ou refouler totalement. Il fallait l'accepter et pour le coup tenter de le raisonner en menant notre propre controverse, aidé par les faits établis dans la littérature et la démarche exploratoire du terrain.

C'est pourquoi nous nous sommes retrouvés dans l'expression de Jean Giono.

*« Je me suis efforcé de décrire le monde, non pas comme il est, mais comme il est quand je m'y ajoute, ce qui évidemment ne le simplifie pas. »*⁴⁹

⁴⁹ Jean Giono, *Voyage en Italie* p.57

References

- Abbasi, K. (1999). The World Bank and world health: Changing sides. *British Medical Journal*, 318, 865–869.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor* (Vol. 1). Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Abbott, A. (2008). Le concept de l'ordre social et la sociologie des processus de l'école de Chicago. In S. Guth (Ed.), *Logiques sociales. Modernité de Robert Ezra Park: Les concepts de l'École de Chicago* (pp. 117–131). Paris: l'Harmattan.
- Äberg Yngwe, M. *Resources and relative deprivation: Analysing mechanisms behind income, inequality and ill-health*, Stockholm.
- Adler, P. S. (1995). Interdepartmental Interdependence and Coordination: The Case of the Design/Manufacturing Interface. *Organization Science*, 6(2), 147–167.
- Allard-Poesi, F., & Maréchal, G. (2007,2011). Construction de l'objet de recherche. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 34–57). Paris: Dunod.
- Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2011). Fondements épistémologiques de la recherche. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 13–33). Paris: Dunod.
- Alméras, J.-P. (2012). O.M.S: Organisation mondiale de la santé. In *Encyclopaedia Universalis*.
- Alsène, É., & Pichault, F. (2007). La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel. *Annales des Mines - Gérer et Comprendre*. (87), 61–81. Retrieved from <http://www.annales.org/gc/2007/resumes/mars/06-gc-resum-FR-AN-AL-ES-mars-2007.html>
- ANAP. Gestion des lits - Gestion des lits: Vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan - 2.9. FICHE 9 : Mettre en place une fonction de coordination des séjours.
- Ancelin, C. (1983). L'analyse structurelle: le cas du vidéotex. *Futuribles*, 71(2), 11–34.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 36(1), 1–10.
- André, C. (2015). Les systèmes de santé européens en longue période. *Revue de la régulation*. Advance online publication. <https://doi.org/10.4000/regulation.11177>

- Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2019). *La dynamique des groupes restreints* (2e éd). *Quadrige manuels. Psychologie, psychanalyse*. Paris: puf.
- Argyris, C. (1993). *Knowledge for action: A guide to overcoming barriers to organizational change. The Jossey-Bass social and behavioral science series*. San Francisco: Jossey-Bass Publ.
- Argyris, C., Moingeon, B., & Ramanantsoa, B. (1995). *Savoir pour agir: Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*. Paris: InterEditions.
- Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.
- Arrêté du 8 juin 2004 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale, NOR: LPEA0421861A (2004).
- ARS (2012). *Parcours de soins. Parcours de santé. Parcours de vie: Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers*. Lexique de A à Z.
- Ashby, W. R. (1957). *An introduction to cybernetics* (2nde édition). London: Chapman & Hall Ltd.
- Askenazy, P., Dormont, B., Geoffard, P.-Y., & Paris, V. (2013). Pour un système de santé plus efficace. *Notes du conseil d'analyse économique*, 8(8), 1. <https://doi.org/10.3917/ncae.008.0001>
- Avdeev, A., Eremenko, T., Festy, P., Gaymu, J., Le Bouteillec, N., & Springer, S. (2011). Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010). *Population*, 66(1), 9. <https://doi.org/10.3917/popu.1101.0009>
- Avenier, M.-J. (2008). Une démarche méthodologique pour l'enrichissement réciproque entre théories et pratiques de gestion: Série Recherche. *Cahier de recherche*, 15, non communiqué. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00526707>
- Balandier, G. (1971, 2004). *Sens et puissance: Les dynamiques sociales* (4e édition). *Quadrige. Essais débats*. Paris: Presses universitaires de France.
- Banerjee, M., Capozzoli, M., McSweeney, L., & Sinha, D. (1999). Beyond kappa: A review of interrater agreement measures. *Canadian Journal of Statistics*, 27(1), 3–23. <https://doi.org/10.2307/3315487>
- Barlet, M. (D.), & Marbot, C. (D.) (2016). *Portrait des professionnels de santé. Panoramas de la Drees Santé*.
- Barley, S. R. (1990). The alignment of technology and structure through roles and networks. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 61–103.

- Barnard, C. I. (1968). *The functions of the executive*. Cambridge: Harvard University Press.
- Barnay, T., Hartmann, L., & Ulmann, P. (2007). Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France - Cairn.info. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2007/1 (n°1), 109–126. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-1-page-109.htm>
- Bartolini, S. (1986). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN POLÍTICA: Capítulo 2. In G. Pasquino, S. Bartolini, M. Cotta, L. Morlino, & G. Panebianco (Eds.), *Manual de ciencia politica*.
- Pasquino, G. (Ed.) (1998). *Alianza universidad textos: Vol. 125. Manual de ciencia politica*. Madrid: Alianza Editorial.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3. <https://doi.org/10.2307/3321642>
- Bateson, G. (1972, 2000). *Steps to an ecology of mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology* (University of Chicago Press ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Batifoulier, P. (2015). Aux origines de la privatisation du financement du soin: Quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire. *Revue de la régulation*. Advance online publication. <https://doi.org/10.4000/regulation.11196>
- Batifoulier, P., Domin, J.-P., & Gadreau, M. (2007). Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation? In Les Presse de l'ISMÉA (Ed.), *État social et politique de santé: Tome LX - n° 1. économie appliquée: an international journal of economic analysis* (Vol. 1, pp. 5–35). Paris: Isméa Les Presses.
- Batifoulier, P., Domin, J.-P., & Gadreau, M. (2008). Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française. *Revue Française de Socio-Économie*, 1(1), 27. <https://doi.org/10.3917/rfse.001.0027>
- Baudelot, C., & Caillé, Y. (2017). Faire entendre la voix des patients. *Revue Française des Affaires Sociales*. (1), 154–163. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-154.htm>
- Baumard, P. (Ed.) (1997). *Constructivisme et processus de la recherche: L'émergence d'une "posture" épistémologique chez le chercheur*.

- Baumard, P., & Ibert, J. (2007,2011). Quelles approches avec quelles données? In R.-A. Thiéart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 84–106). Paris: Dunod.
- Bazzoli, L. (1999). *L'économie politique de John R. Commons: Essai sur l'institutionnalisme en sciences sociales. Études d'Économie Politique*. Paris: l'Harmattan.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics* (Sixth Edition): Oxford University Press; USA.
- Beaucourt, C., Kustosz, I., Masingue, A., & Roux, L. (2014). La coordination au sein des maisons de santé: D'une mise en cohérence à l'animation d'interactions. *Gestion et management public*, 2/n°4(2), 61. <https://doi.org/10.3917/gmp.024.0061>
- Beaucourt, C., Kustosz, I., & Roux, L. (2017). Les espaces de médiation en maisons de santé pluriprofessionnelles: Une lecture par l'ethos. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 25(1), 3. <https://doi.org/10.3917/rimhe.025.0003>
- Beaucourt, C., & Roux, L. (2015). Les formes d'agir dans la gouvernance des maisons de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 33(6), 347. <https://doi.org/10.3917/jgem.156.0347>
- Becker, H. (2006). *Le travail sociologique: Méthode et substance. Res Socialis: Vol. 26*: Academic Press Fribourg.
- Benamouzig, D. (2005). *La santé au miroir de l'économie: Une histoire de l'économie de la santé en France. Sociologies*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bercot, R. (2006). La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles. *Négociations*, 5(1), 35. <https://doi.org/10.3917/neg.005.0035>
- Berger, G. (1964). *Phénoménologie du temps et prospective* (Vol. 1). Paris: Presses universitaires de France.
- Berger, G. (2007). Sciences humaines et prévision: Article initialement publié dans La Revue des Deux Mondes, 3, 1er février 1957, pp. 417- 426 (NdE). In P. Durance (Ed.), *Prospective: Vol. 1. De la prospective: Textes fondamentaux de la prospective française / 1955-1966*. Paris: l'Harmattan.
- Berger, G., Bourbon Busset, J. d., & Lévy-Leboyer, M. (1959). *Prospective. Prospective: Vol. 1*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bergson, H., Worms, F., & François, A. (2013). *L'évolution créatrice* (12e édition). *Quadrige*. Paris: Presses universitaires de France.

- Berlinguet, M. (1985). Structures et fonctions hospitalières. In J. Dufresne, F. Dumont, & Y. Martin (Eds.), *Traité d'anthropologie médicale: L'institution de la santé et de la maladie* (pp. 353–383). Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bertalanffy, L. v. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications* (Revised edition). *The International Library of systems theory and philosophy*. New York: Braziller.
- Berthod-Wurmser, M., Bousquet, F., & Legal, R. (2017). Patients et usagers du système de santé: L'émergence progressive de voix qui commencent à compter. *Revue Française des Affaires Sociales*. (1), 5–19. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-5.htm>
- Berwick, D. M. (2016). Era 3 for Medicine and Health Care. *JAMA*, *315*(13), 1329–1330. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.1509>
- Beynier, D. (2006). Les métiers de l'intervention sociale. *Informations sociales*, n° 133(5), 38. <https://doi.org/10.3917/inso.133.0038>
- Blanc, A. (2012). Institutions, pouvoir et acteurs: un modèle intégrateur. *AIMS, XXIe Conférence de l'AIMS*(Lille, France).
- Blaug, M. (1980). *The methodology of economics, or, How economists explain*. *Cambridge surveys of economic literature*. Cambridge Eng., New York: Cambridge university press.
- Blaug, M. (1982). *La méthodologie économique*. *Cambridge surveys of economic literature*. Paris: Economica.
- Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. *Santé social*. Paris: Dunod.
- Bloch, M.-A., Hénaut, L., Sardas, J.-C., & Gand, S. (2011). *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*.
- Bloy, G., & Schweyer, F.-X. (Eds.) (2010). *Singuliers généralistes: Sociologie de la médecine générale*. *Métiers santé social: Vol. 1*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Bolland, J. M., & Wilson, J. V. (1994). Three faces of integrative coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health Services Research*, *29*(3), 341–366.

- Bonafini, P., & Nobre, P. T. (2011). Un cycle de vie pour les réseaux de santé ? Le cas de la cancérologie. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 29(1), 47. <https://doi.org/10.3917/jgem.111.0047>
- Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012a). L'émergence du patient-expert: Une perturbation innovante. *Innovations*, 39(3), 13. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>
- Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012b). L'émergence du patient-expert: Une perturbation innovante. *Innovations*, 39(3), 13. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>
- Bouffartigues, J., & Delrieu, A.-M. (1996). Les racines latines. In Encyclopaedia Britannica France LTD (Ed.), *Étymologies du français*. s.l.: Éditions Belin.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction: Critique sociale du jugement. Le Sens commun*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Bourdoncle, R. (2000). « Professionnalisation, formes et dispositifs ». *Recherche & Formation*, 35(1), 117–132. <https://doi.org/10.3406/refor.2000.1674>
- Bourgueil, Y., Marek, A., & Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0094>
- Bourque, R., & Thuderoz, C. (2011). *Sociologie de la négociation* (Nouvelle édition avec études de cas). *Didact: Vol. 1*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Bouty, I., Drucker-Godard, C., Godé, C., Lièvre, P., Nizet, J., & Pichault, F. (2011). Les pratiques de coordination en situation extrême. *Management & Avenir*, 41(1), 387. <https://doi.org/10.3917/mav.041.0387>
- Boyer, L. (2002). Le devenir des métiers. *Revue française de gestion*, 28(140 septembre/octobre), 151–168.
- Boyer, L., & Scouarnec, A. (2002). Job prospective: definition, interest and methodology, *DMSP*.
- Boyer, L., & Scouarnec, A. (2009). *La prospective des métiers. Questions de société: Vol. 1*. Cormelles-le-Royal: Ed. EMS Management & société.
- Brami, J. (2015). *Lexique ou glossaire de termes à utiliser [dans les productions HAS] pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé*.
- Bras, P.-L. (2016). Politique économique et politique de santé. *Les Tribunes de la santé*, 53(4), 73. <https://doi.org/10.3917/seve.053.0073>

- Bréchat, P.-H., & Lopez, A. (2017). Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation. *Les Tribunes de la santé*, 55(2), 75. <https://doi.org/10.3917/seve.055.0075>
- Breton, P. (2014). Du singulier à l'universel: la typologie duhamélienne des blessés de l'ambulance 9/3. *Siècles, Cahiers du Centre d'histoire "Espaces et Cultures"*, 39-40.
- Brignall, S., & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management Accounting Research*, 11(3), 281–306. <https://doi.org/10.1006/mare.2000.0136>
- Brillet, F., & Gavaille, F. (2016). L'image métier: Exploration d'une notion au cœur du choix professionnel. *Management & Avenir*, 84(2), 53. <https://doi.org/10.3917/mav.084.0053>
- Broenner, C., & Beautement, P. (2013). Putting Complexity to Work: Supporting Practitioners in Health Systems. In J. P. Sturmberg & C. M. Martin (Eds.), *Handbook of Systems and Complexity in Health* (pp. 643–660). Springer New York.
- Bruneau, P. (2011). CLARK Colin (1905, 1989). *Encyclopaedia Universalis*.
- Bruni, A. (2005). Shadowing Software and Clinical Records: On the Ethnography of Non-Humans and Heterogeneous Contexts. *Organization*, 12(3), 357–378. <https://doi.org/10.1177/1350508405051272>
- Bruni, A., Pinch, T., & Schubert, C. (2013). Technologically Dense Environments: What For? What Next? *TECNOSCIENZA - Italian Journal of Science & Technology Studies*, 4(2), 51–72.
- Bryman, A. (2008). The End of the Paradigm Wars? In P. Alasuutari, L. Bickman, & J. Brannen (Eds.), *The SAGE handbook of social research methods* (pp. 13–25). London: Sage.
- Burrell, G., & Morgan, G. (1979). *Sociological paradigms and organisational analysis: Elements of the sociology of corporate life*. London: Heinemann.
- Buthion, V. (2010). *Gérer les organisations complexes à espaces de décision multiples : application à l'organisation des soins de santé*, Université Lumière Lyon 2. Retrieved from <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00605872>
- Caillaud, S., & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique: Ou comment penser son plan de recherche. In G. Lo Monaco, S. Delouée, & P. Rateau (Eds.), *Ouvertures psychologiques. Les représentations sociales: Théories, méthodes et applications*. Louvain-La-Neuve: De Boeck Supérieur.

- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 36, 169–208.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963, 1966). Experimental and quasi-experimental designs for research.
- Canguilhem, G. (1966, 2013). *Le normal et le pathologique* (12e édition). *Quadrige*. Paris: Presses universitaires de France.
- Cardoso, S., Aimé, X., Melo Mora, L. F., Jaulent, M.-C., Grabli, D., Meininger, V., & Charlet, J. (2016, June). Les ontologies pour aider à comprendre les parcours de santé dans le cadre des maladies neurodégénératives¹. *Conference paper*.
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs (Project Hope)*, 32(2), 223–231. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>
- Carrier, S. (2013). Les pratiques de coordination en gestion de cas dans le secteur du soutien a domicile pour les personnes en perte d'autonomie liee au vieillissement, une analyse conventionnaliste [Coordination in case management practices in the context of integrated home care networks devoted to the frail elderly, a qualitative exploratory analysis]. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 32(3), 260–269. <https://doi.org/10.1017/S0714980813000263>
- Carrier, S., Couturier, Y., Etheridge, F., Gagnon, D., Leneveut, Laurence, Périsset, Catherine, Saint-Jean, Olivier, Somme, D., & Trouvé, H. (2008). *Rapport public PRISMA: Intégration des services aux personnes âgées : La recherche au service de l'action*.
- Castañer, X., & Oliveira, N. (2020). Collaboration, Coordination, and Cooperation Among Organizations: Establishing the Distinctive Meanings of These Terms Through a Systematic Literature Review. *Journal of Management*, 20, 014920632090156. <https://doi.org/10.1177/0149206320901565>
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale: Une chronique du salariat*. Folio: Vol. 1.
- Catellin, S. (2004). L'abduction: Une pratique de la découverte scientifique et littéraire [Abduction: A discovery practice for science and literature]. *Hermès, La Revue*, 39(2), 179–185. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2004-2-page-179.htm>

- Ceccaldi, J. (2009). Le consentement, entre souveraineté et allégeance. *Laennec*, 57(2), 31. <https://doi.org/10.3917/lae.092.0031>
- Chalmers, A. F. (1990). *Qu'est-ce que la science ? Récents développements en philosophie des sciences / Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend. Le Livre de poche: Vol. 1*. Paris: Librairie générale française.
- Chaput, H., Monziols, M., Fressard, L., Verger, P., Ventelou, B., & Zaytseva, A. (2019). Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. *Études et Résultats*. (1114). Retrieved from <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en>
- Charreire Petit, S., & Durieux, F. (2007,2011). Explorer et tester: Les deux voies de la recherche. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 58–83). Paris: Dunod.
- Chauvière, M. (2017). Déconstruire la rhétorique du parcours et de la coordination. In Université de Rouen, Normandie Université, & CIRNEF (Chairs), *Colloque international, Mont-Saint-Aignan*.
- Chazel, F. (1974). *La théorie analytique de la société dans l'œuvre de Talcott Parsons. Société, Mouvements Sociaux et Idéologie. 1ère Série, Études: Vol. 16*. Paris, La Haye: Mouton.
- Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. D. (2000). Best Practices in Coordinated Care: Reference No.: 8534–004). Princeton, NJ : Mathematica Policy Research Inc. *Mathematica Policy Research Inc.* (8534 –004). Retrieved from <http://www.mathematicampr.com/publications/PDFs/bestpractices.pdf>
- Cherba, M., & Vasquez, C. (2012). La santé à l'épreuve des débats disciplinaires et des pratiques de gestion: L'organisation de la santé ou la santé organisationnelle? In A. Mayere, C. Vasquez, A. Jolivet, & R. Bercot (Chairs), *La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : Bilan et perspectives*. Symposium conducted at the meeting of ACFAS, Montréal.
- Chesbrough, H. W. (2006). Open Innovation: A new paradigm for understanding industrial innovation. In H. W. Chesbrough, W. Vanhaverbeke, & J. West (Eds.), *Open innovation: Researching a new paradigm* (Vol. 1). Oxford: Oxford University Press.

- Chevillard, G., Mousquès, J., Lucas-Gabrielli, V., Bourgueil, Y., Rican, S., & Salem, G. (2013). *Maisons et pôles de santé: places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France*. Document de travail (Vol. 57). Paris.
- Childress, J. F., & Mount, E. (1983). Who Should Decide? Paternalism in Health Care. *Theology Today*, 40(3), 352–357. <https://doi.org/10.1177/004057368304000314>
- Chisholm, D. W. (1992,1989). *Coordination without hierarchy: Informal structures in multiorganizational systems*. Berkeley: University of California Press.
- Christensen, C. M., Bohmer, R., & Kenagy, J. (2000). Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review*, 78(5), 102-12, 199.
- Clark, C. (1947, 1960). *Les conditions du progrès économique: the Conditions of economic progress*. Traduit de l'anglais sur la 3ème édition par Annie Morin-Rambert: Presse Universitaires de France.
- Classification internationale des handicaps: Déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies* (1988). *Flash-informations: no hors sér.* 165. Vanves, Paris: Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations; Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Claveranne, J.-P. (2003). L'hôpital en chantier : du ménagement au management. *Revue française de gestion*, 5(146), 125–129.
- Claveranne, J.-P., & Pascal, C. (2004). *Repenser les processus à l'hôpital: Une méthode au service de la performance*. Paris: Médica.
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Éducation et didactique*, 1(1), 83–93. <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.106>
- CNSA (2016). *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*. Retrieved from CNSA website: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjFweya54HqAhX3TxUIHaXCDCwQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.cnsa.fr%2Fdocumentation%2Fcnsa_chiffrescles2016-web.pdf&usg=AOvVaw28a5xKtSnWzPIVp0HPPZye
- Cobley, P., Jansz, L., & Appignanesi, R. (2012). *Introducing semiotics. Introducing*. London, Minneapolis: Icon Books, Ltd.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. The Rock Carling Fellowship, 1971*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

- Cochrane, A. L., Rougemont, A., Gubéran, É., & Massé, L. (1977). *L'Inflation médicale: Réflexions sur l'efficacité de la médecine. Collection R.C: Vol. 1*. Paris: Éditions Galilée.
Article L4130-1.
- Cogan, M. L. (1955). The Problem of Defining a Profession. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 297(1), 105–111.
<https://doi.org/10.1177/000271625529700114>
- Collier, D., & Gerring, J. (Eds.) (2009). *Concepts and method in social science: The tradition of Giovanni Sartori* (Vol. 1). New York, London: Routledge.
- Commons, J. R. (1934;1990). *Institutional economics: Its place in political economy*. News Brunswick N.J. U.S.A.: The MacMillan Company; Transaction publishers.
- Parsons, K. H. (Ed.) (1970 1950). *The economics of collective action*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Compagnon, C. (2017). L'essor du patient expert au service d'une démocratie en santé. *Revue Française des Affaires Sociales*. (1), 143–153. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-143.htm>
- Conseil Constitutionnel - Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.
- Contandriopoulos, D., Benoît, F., Bryant-Lukosius, D., Carrier, A., Carter, N., Deber, R., . . . Perroux, M. (2017). Structural analysis of health-relevant policy-making information exchange networks in Canada. *Implementation Science : IS*, 12(1), 116.
<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0642-4>
- Cordier, A. (2013). *Un projet global pour la stratégie nationale de santé: 19 Recommandations du comité des « sages »*.
- Corin, E. (1985). La santé: Nouvelles conceptions, nouvelles images. In J. Dufresne, F. Dumont, & Y. Martin (Eds.), *Traité d'anthropologie médicale: L'institution de la santé et de la maladie* (pp. 45–73). Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Corley, K. G., & Gioia, D. A. (2004, June). Identity Ambiguity and Change in the Wake of a Corporate Spin-Off. *Administrative Science Quarterly*, 49(2), 173–208.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks Calif.: SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks Calif.: SAGE Publications.

- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (Fourth edition, Vol. 1). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système: Les contraintes de l'action collective. Points: Vol. 1*: Éditions du Seuil.
- Da Silva, N., & Gadreau, M. (2015). La médecine libérale en France. *Revue de la régulation*. Advance online publication. <https://doi.org/10.4000/regulation.11120>
- Da Silva, N., & Gadreau, M. (2016). La médecine de ville en France: La grande transformation? Retrieved from <http://www.laviedesidees.fr/La-medecine-de-ville-en-France-la-grande-transformation.html>
- Damart, S. (2013). *Innovations managériales en établissements de santé: Vers un management intégratif. Versus: Vol. 1*. Cormelles-le-Royal: Éditions EMS Management & société.
- Dameron, S., & Josserand, E. (2007). Le développement d'une communauté de pratique. Une analyse relationnelle. *Revue française de gestion*, 33(174), 131–148. <https://doi.org/10.3166/rfg.174.131-148>
- Denis, J.-L., Langley, A., & Cazale, L. (1995). Peut-on transformer les anarchies organisées? Leadership et changement radical dans un hôpital. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2(2), 165–189.
- Depecker, L. (Ed.) (2011). *Comment aborder le concept d'un point de vue linguistique?* Peter Lang AG.
- Desreumaux, A. (2015). *Théorie des organisations* (3e édition). *Les essentiels de la gestion*. Cormelles-le-Royal (14): EMS management & société.
- DGOS (2012). *Guide méthodologique: Améliorer la coordination des soins. comment faire évoluer les réseaux de santé ?*
- DGOS (2015, March). Observatoire des MSP: 4ème journées FFMPS.
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In T. Evans (Ed.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 12–23). Oxford England, New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002>
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>

- Dodier, N. (1993). Les appuis conventionnels de l'action. *Éléments de pragmatique sociologique. Réseaux*, 11(62), 63–85. <https://doi.org/10.3406/reso.1993.2574>
- Donabedian, A., Wheeler, J. R., & Wyszewianski, L. (1982). Quality, cost, and health: An integrative model. *Medical Care*, 20(10), 975–992.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment. His Explorations in quality assessment and monitoring: Vol. 1*. Ann Arbor Mich.: Health Administration Press.
- Donnadieu, G., & Karsky, M. (2002). *La systémique, penser et agir dans la complexité. (Aucune)*. Rueil-Malmaison: Ed. Liaisons.
- Drago, G. (2015). Le droit à la santé: Un droit constitutionnel effectif ? *Revue juridique de l'Ouest*, 28(1), 17–34. <https://doi.org/10.3406/juro.2015.4675>
- Dreyfus, F. (1999). *L'invention de la bureaucratie: Servir l'Etat en France, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, XVIIIe-XXe siècle. Textes à l'appui*. Paris: Découverte.
- Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (2007,2011). Validité et fiabilité de la recherche. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 263–293). Paris: Dunod.
- Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions* (4e édition). *Collection U: Vol. 1*. Paris: Armand Colin.
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution. L'épreuve des faits*. Paris: Éditions du Seuil.
- Dufresne, J., Dumont, F., & Martin, Y. (Eds.) (1985). *Traité d'anthropologie médicale: L'institution de la santé et de la maladie*. Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Dumesnil, H., Saliba-Serre, B., Régi, J.-C., & Léopold, Y. (2009). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville: prévalence et déterminants (1). *SFSP "Santé Publique"*, 21(4), 355–364.
- Dumez, H. (2011). Qu'est-ce qu'un concept ? *Le Libellio d' AEGIS*, 7(1 - Supplément - Printemps), 67–79.
- Dumontet, M., Buchmueller, T., Dourgnon, P., Jusot, F., & Wittwer, J. (2017). Gatekeeping and the utilization of physician services in France: Evidence on the Médecin traitant reform. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 121(6), 675–682. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.04.006>

- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Esping-Andersen, G. (2007). *Les trois mondes de l'Etat-providence. Le Lien social*. Paris: Presses universitaires de France.
- Espinosa, A., Lerch, J., & Kraut, R. (2004). Explicit vs. Implicit Coordination Mechanisms and Task : Dependencies: One Size Does Not Fit All. In E. Salas & S. M. Fiore (Eds.), *Team cognition: Understanding the factors that drive process and performance* (Vol. 1). Washington, DC: American Psychological Association.
- Euzéby, C., & Reysz, J. (2011). *La dynamique de la protection sociale en Europe. L'économie en plus*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Eve, A. (2014). *Appropriation of a Management Standard and its Impact on Workplace Attitudes to Control the Activity of the Organization: The Case of ISO 9001 Standard*. Université de Rouen, France, Rouen. Retrieved from <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01574348>
- Experton, B. (2017). L'information est l'avenir des patients et des systèmes de santé. *Les Tribunes de la santé*, 1(54), 55–59.
- Fainzang, S. (2014). Les inégalités au sein du colloque singulier: L'accès à l'information. *Les Tribunes de la santé*, 43(2), 47. <https://doi.org/10.3917/seve.043.0047>
- Favereau, O. (2002). Conventions et régulation. In R. Boyer & Saillard Yves (Eds.), *"Recherches". Théorie de la régulation, l'état des savoirs* (2nd ed., pp. 511–520). Paris: la Découverte. Retrieved from <https://www.cairn.info/theorie-de-la-regulation-l-etat-des-savoirs--9782707137654-page-511.htm>
- Fédération hospitalière de France (2017). La ligne rouge est dépassée : les hôpitaux devraient connaître un déficit historique de 1,5 milliards d'euros. Réformes structurelles et financière... - Fédération Hospitalière de France (FHF). Retrieved from <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/La-ligne-rouge-est-depassee-les-hopitaux-devraient-connaître-un-déficit-historique-de-1-5-milliards-d-euros.-Reformes-structurelles-et-financieres-sont-desormais-vitales>
- Felder, M., van de Bovenkamp, H. M., Maaijen, M. H., & Bont, A. de (2018). Together alone: Organizing integrated, patient-centered primary care in the layered institutional context of

- Dutch healthcare governance. *Journal of Professions and Organization*, 13(5), 653. <https://doi.org/10.1093/jpo/joy006>
- FHF (2020, April 15). Les nouveaux métiers de la coordination: Quels profils ? Quels besoins ? - Fédération Hospitalière de France (FHF). Retrieved from <https://www.fhf.fr/Actualite/Agendas/Les-nouveaux-metiers-de-la-coordination-quels-profils-Quels-besoins>
- Flannelly, K., Flannelly, L., & Jankowski, K. (2018). Threats to the Internal Validity of Experimental and Quasi-Experimental Research in Healthcare. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 24, 1–24. <https://doi.org/10.1080/08854726.2017.1421019>
- Flick, J. U. (Ed.) (2014). *The Sage handbook of qualitative data analysis*. Los Angeles: Sage.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4e ed.). London, Thousand Oaks (Calif.): SAGE Publications.
- Fombrun, C. J. (1986). Structural Dynamics within and between Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 31(3), 403. <https://doi.org/10.2307/2392830>
- Foot, S. B. (1987). Assessing Medical Technology Assessment: Past, Present, and Future. *The Milbank Quarterly*, 65(1), 59. <https://doi.org/10.2307/3350013>
- Forgues, B. (2007,2011). La rédaction du travail du travail de recherche. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 521–537). Paris: Dunod.
- Foucault, M. (1974). L'incorporation de l'hôpital dans la technologie moderne: Troisième conférence prononcée dans le cadre du cours de médecine sociale à l'Université d'État de Rio de Janeiro.
- Foucault, M. (1979). *Les Machines à guérir: Aux origines de l'hôpital moderne. Architecture + archives*. Bruxelles: P. Mardaga.
- Foucault, M. (1994). *Pourquoi étudier le pouvoir: La question du sujet*.
- Freidson, E. (1984). *La Profession médicale. Médecine et sociétés*. Paris: Payot.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fugelli, P. (2007). The healing dance.: Why society and medicine need the general practitioner.
- Gagnon, S., & Chartier, L. (2012). Health 3.0—The patient-clinician “arabic spring” in healthcare. *Health*, 04(02), 39–45. <https://doi.org/10.4236/health.2012.42008>

- Galand, C., & Salès-Wuillemin, É. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 105(3), 35. <https://doi.org/10.3917/soc.105.0035>
- Galbraith, J. R. (1968). *Environmental and Technological Determinants of Organization Design: A Case Study: Boeing Research Project*. M.I.T. Alfred P. Sloan School of Management. Working paper -- 352-68, Working paper (Sloan School of Management) -- 352-68. (352-68). Retrieved from https://openlibrary.org/books/OL18078371M/Environmental_and_technological_determinants_of_organization_design
- Galbraith, J. R. (1973). *Designing Complex Organizations*: Addison-Wesley Longman Publishing Co., Inc.
- Garros, B. (2009). Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? *Santé Publique*, 21(hs1), 7. <https://doi.org/10.3917/spub.090.0007>
- Garrus, R. (1996). Curiosités étymologiques. In Éditions Belin (Ed.), *Étymologies du Français* (2002nd ed.). Versailles: Encyclopaedia Britannica France.
- Gauléjac, V. d. (2009). *La société malade de la gestion: Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social* (Nouvelle édition). Points. Économie. Paris: Points.
- Gauléjac, V. d. (2014). *La recherche malade du management. Sciences en questions*. Versailles Cedex, Lieu de publication inconnu: Editions Quæ; Cairn. Retrieved from <http://merlin.u-picardie.fr/login?url=http://www.cairn.info/la-recherche-malade-du-management--9782759218691.htm>
- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (Eds.) (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion: Réussir son mémoire ou sa thèse* (2e édition): Pearson.
- Gavoille, F. (2014). *Conceptualisation et étude du processus de formation de l'image métier* (Sciences de gestion). Université François-Rabelais de Tours, Tours.
- Giddens, A. (1984). *La constitution de la société: Éléments de la théorie de la structuration* (2e édition, 2012). *Quadrige*. Paris: puf.
- Giddens, A., & Blair, T. (2002). *La troisième voie: Le renouveau de la social-démocratie. La couleur des idées*. Paris: Éditions du Seuil.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>

- Gioia, D. A., & Poole, P. P. (1984). Scripts in Organizational Behavior. *Academy of Management Review*, 9(3), 449. <https://doi.org/10.2307/258285>
- Gislain, J. J. (2002). Causalité institutionnelle: La futurité chez J.R. Commons. *Économie et Institutions*, 1.
- Gittell, J. H. (2002). Coordinating mechanisms in care provider groups: relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*, 48(11), 1408–1426.
- Gittell, J. H. (2012). New Directions for Relational Coordination Theory. In K. S. Cameron & G. M. Spreitzer (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of positive organizational scholarship*. New York: Oxford University Press.
- Gittell, J. H., Weinberg, D., Pfefferle, S., & Bishop, C. (2008). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Human Resource Management Journal*, 18(2), 154–170.
- Gittell, J. H. (2000a). Beth Israel Deaconess Medical Center: Coordinating Patient Care. *Harvard Business School*, 9-899-213, 1–23.
- Gittell, J. H. (2000b). Organizing work to support relational co-ordination. *The International Journal of Human Resource Management*, 11(3), 517–539. <https://doi.org/10.1080/095851900339747>
- Gittell, J. H. (2000c). Paradox of Coordination and Control. *California Management Review*, 42(3), 101–117. <https://doi.org/10.2307/41166044>
- Gittell, J. H., Beswick, J., Goldmann, D., & Wallack, S. S. (2015). Teamwork methods for accountable care: Relational coordination and TeamSTEPPS®. *Health Care Management Review*, 40(2), 116–125. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000021>
- Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organization Science*, 21(2), 490–506. <https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0446>
- Gittell, J. H., & Weiss, L. (2004). Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework. *Journal of Management Studies*, 41(1), 127–153. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00424.x>
- Glée, C., & Scouarnec, A. (2009). Plaidoyer pour une gestion humaine des transitions professionnelles ou: Ne plus subir mais choisir ! *Humanisme et Entreprise*, 293(3), 1. <https://doi.org/10.3917/hume.293.0001>

- Glouberman, S. (2010). Est-il possible de prévoir les changements que les TI apporteront aux soins de santé? *Santé en devenir*, 33-36.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease-
-Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69; discussion 87-9.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2002). *Complicated and complex systems: What would successful reform of medicare look like? Discussion paper: no. 8.* [Saskatoon]: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Godet, M. (1983). Méthode des scénarios. *Futuribles*, 110–120.
- Godet, M., & Monti, R. (Eds.) (2006). *Les pratiques de Prospective en Gestion des ressources humaines: Bilan et perspectives.*
- Goldberg, M., Melchior, M., Leclerc, A., & Lert, F. (2002). Les déterminants sociaux de la santé: Apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 75–128. <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1570>
- Goode, W. J. (1957). Community Within a Community: The Professions. *American Sociological Review*, 22(2), 194. <https://doi.org/10.2307/2088857>
- Gozé-Bardin, I. (2008). Le scénario prospectif, outil d'exploration de l'intention stratégique ? *Management & Avenir*, 17(3), 298. <https://doi.org/10.3917/mav.017.0298>
- Granovetter, M. S. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380. Retrieved from www.jstor.org/stable/2776392
- Green, L. A., Fryer, G. E., Yawn, B. P., Lanier, D., & Dovey, S. M. (2001). The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine*, 344(26), 2021–2025. <https://doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>
- Gregory, D. (1981). Human Agency and Human Geography. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 6(1), 1–18. <https://doi.org/10.2307/621969>
- Grenier, C., & Josserand, E. (2007,2011). Recherches sur le contenu et recherches sur le processus. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 107–139). Paris: Dunod.
- Grote, G., Weichbrodt, J. C., & Günter, H. (Eds.) (2009). *Coordination in high-risk organizations: The need for flexible routines.* : Vol. 11.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publ.

- Guigner, S. (2011). L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique: européanisation verticale et horizontale. *Sciences sociales et santé*, 29(1).
- Habermas, J., & Ferry, J.-M. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel. L'espace du politique*. Paris: Fayard.
- Hannan, M. T., & Freeman, J. (1977). The Population Ecology of Organizations. *American Journal of Sociology*, 82(5), 929–964. <https://doi.org/10.1086/226424>
- Hassenteufel, P. (2013). Quelle européanisation des systèmes de santé? *Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) - Informations sociales*, 1(175), 48–59.
- Hauray, B. (2011). Mécanismes d'européanisation et politiques de santé. *Sciences sociales et santé*, 29(1), 107. <https://doi.org/10.3917/sss.291.0107>
- Haut Conseil de la santé publique (2017). *Stratégie nationale de santé: contribution du Haut Conseil de la santé publique*.
- Heard, M. (2008). Les récents rapports de prospective en santé: Introduction. In D. Tabuteau (Ed.), *Office de prospective en santé, rapport 2008* (Vol. 1, pp. 11–26). Paris: Ed. de Santé; Presses de Sciences po.
- Hénart, L., Berland, Y., & Cadet, D. (2011). *Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire: Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* (No. 113). Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000061.pdf>
- Henrard, J.-C. (1988). Maladies chroniques invalidantes, maintien de l'autonomie et respect de la personne (Commentaire). *Sciences sociales et santé*, 6(2), 25–30. <https://doi.org/10.3406/sosan.1988.1092>
- Hitt, M. A., Beamish, P. W., Jackson, S. E., & Mathieu, J. E. (2007). Building theoretical and empirical bridges across levels: multilevel research in management. *Academy of Management Journal*, 50(6), 1385–1399. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2007.28166219>
- Hospimédia- La Fédération des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours en Santé imagine les déterminants de la convergence | LinkedIn. Retrieved from <https://www.linkedin.com/pulse/la-facs-f%C3%A9d%C3%A9ration-des-dispositifs-de-ressources-et-dappui-metayer/>
- Huault, I. (2017). XI. Paul DiMaggio et Walter W. Powell – Des organisations en quête de légitimité. In S. Charreire Petit & I. Huault (Eds.), *Les Grands Auteurs en Management* (p. 166). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.charr.2017.01.0166>

- Hubert, E. (2010). *Mission de concertation sur la médecine de proximité*.
- Hughes, E. C. (1937). Institutional Office and the Person. *American Journal of Sociology*, 43(3), 404–413. <https://doi.org/10.1086/217711>
- Hughes, E. C. (1951). Studying the Nurse's Work. *AJN The American Journal of Nursing*, 51(5), 294–295. Retrieved from http://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/1951/05000/Studying_the_Nurse_s_Work_.25.aspx
- Hughes, E. C. (1996). *Le regard sociologique: Essais choisis. Recherches d'histoire et de sciences sociales: Vol. 1*. Paris: Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales.
- INPES (2010). *Prospective santé 2030—prévention 2010*. Retrieved from http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/etude_prospective_sante.pdf
- INSEE (2016). Définition - Soins ambulatoires. Retrieved from <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>
- Jackson, M. C. (2003). *Systems thinking: Creative holism for managers* (Vol. 1). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Jarillo, J. C. (1988). On strategic networks. *Strategic Management Journal*, 9(1), 31–41.
- Jeanneret, Y., & Chevalier, Y. (2009). La physionomie des systèmes: Diagramme et représentation. *Communication langages*, N° 160(2), 63–79. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-communication-et-langages1-2009-2-page-63.htm>
- Jeannot, G. (2005). *Les métiers flous: Travail et action publique. Collection Travail & activité humaine*. Toulouse: Octarès éditions.
- Jepperson, R. L. (1991). Institutions, institutional effects, and institutionalism.: Chap. 6. In W. W. Powell & P. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis* (143–163). Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Jonas, S., Goldsteen, R. L., & Goldsteen, K. (2007). *An introduction to the U.S. health care system* (Sixth edition, Vol. 1). New York: Springer Publishing Company.
- Juilhard, J.-M., Crochemore, B., Touba, A., & Vallancien, G. (2010). *Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement*.
- Kaghan, W., & Lounsbury, M. (2011). Institutions and Work. *Journal of Management Inquiry*, 20(1), 73–81. <https://doi.org/10.1177/1056492610387225>

- Kaneko, M., Matsushima, M., & Irving, G. (2017). The ecology of medical care on an isolated island in Okinawa, Japan: A retrospective open cohort study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1979-8>
- Kastler, F. (2016). La mutation des institutions internationales en matière de santé. *Les Tribunes de la santé - Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.)*, 51(2), 65–72. <https://doi.org/10.3917/seve.051.0065>
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2e édition, Vol. 1). New York: Wiley.
- Katznelson, I. (1988). The Welfare State as a Contested Institutional Idea. *Politics & Society*, 16(4), 517–531. <https://doi.org/10.1177/003232928801600407>
- Keuleyan, R. (2019). *Le renouveau des carrières organisationnelles: Une approche prospective des ancrés de carrière dans les industries alimentaires*. Université de Caen - Normandie, Caen.
- Kim, J. (1993). *Supervenience and mind: Selected philosophical essays*. Cambridge studies in philosophy. New York NY USA: Cambridge university press.
- Kim, J. (2000). L'émergence, les modèles de réduction et le mental. *Philosophiques*, 27(1), 11–26. <https://doi.org/10.7202/004937ar>
- Kim, Y. S., & Choi, Y. J. (2016). The Ecology of Medical Care in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 31(11), 1684–1688. <https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.11.1684>
- Kleiber, G. (1990). *La sémantique du prototype: Catégories et sens lexical* (1re éd). *Linguistique nouvelle*. Paris: Presses universitaires de France.
- Kleiber, G. (1997). Sens, référence et existence: Que faire de l'extra-linguistique ? *Langages*, 31(127), 9–37. <https://doi.org/10.3406/lgge.1997.2123>
- Kodner, D,L, & Kyriacou, C,K (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, <http://www.ijic.org/>.
- Kremer-Marietti, A. (2003). Le biologique et le social chez Auguste Comte. In M. Bourdeau, J.-F. Braunstein, & A. Petit (Eds.), *Philosophie, épistémologie. Auguste Comte aujourd'hui: Colloque de Cerisy (3-10 juillet 2001)* (pp. 64–90). Paris: Editions Kimé. <https://doi.org/10.3917/kime.bourd.2003.01.0064>
- Kutzin, J. (2000). *Toward Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis*. Washington, DC 20433.

- Lalande, A., & Poirier, R. (2010). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (3e édition "Quadrige). *Quadrige. Dicos poche*. Paris: Presses universitaires de France.
- Lamy, E. (2015). Le désir de faire science de gestion. *Le Portique [Online]*, 35(document 2). Retrieved from <http://journals.openedition.org/leportique/2814>
- Langevin, F. (2020). Bientôt, des « smart hôpitaux » ? Retrieved from <http://theconversation.com/bientot-des-smart-hopitaux-130578>
- Lanteri-Laura, G. (2012). Psychiatrie: Origines et évolution. In *Encyclopaedia Universalis*.
- Laplantine, F. (1984). Jalons pour une anthropologie des systèmes de représentations de la maladie et de la guérison dans les sociétés occidentales contemporaines. *Histoire, économie et société*, 641–650.
- Laplantine, F. (1993). *Anthropologie de la maladie: Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Bibliothèque scientifique Payot: Vol. 1*. Paris: Éd. Payot.
- Latour, B. (1987). *Science in action: How to follow scientists and engineers through society*: Harvard University Press.
- Latour, B. (1995). *La science en action. Collection Folio, Essais: Vol. 267*. [Paris]: Gallimard.
- Laude, A. (2013). Le patient entre responsabilité et responsabilisation. *Les Tribunes de la santé*, 41(4), 79. <https://doi.org/10.3917/seve.041.0079>
- Lauriol, J., Perret, V., & Tannery, F. (2008). Stratégies, espaces et territoires. Une introduction sous un prisme géographique. *Revue française de gestion*, 34(184), 91–103. <https://doi.org/10.3166/rfg.184.91-103>
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and Integration in Complex Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1–47.
- Lawrence, P. R., Lorsch, J. W., Ledru, J., & Crozier, M. (1994). *Adapter les structures de l'entreprise: Intégration ou différenciation* (2e tir). *Les classiques EO*. Paris: Les Ed. d'Organisation.
- Lawrence, T., Suddaby, R., & Leca, B. (2011). Institutional Work: Refocusing Institutional Studies of Organization. *Journal of Management Inquiry*, 20(1), 52–58. <https://doi.org/10.1177/1056492610387222>
- Lawrence, T. B., & Suddaby, R. (2006). Institutions and Institutional Work. In S. Clegg, C. Hardy, & T. B. Lawrence (Eds.), *The SAGE handbook of organization studies* (pp. 215–

- 254). London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
<https://doi.org/10.4135/9781848608030.n7>
- Lawrence, T. B., Suddaby, R., & Leca, B. (Eds.) (2009). *Institutional work: Actors and agency in institutional studies of organizations*. Cambridge, New York: Cambridge university press.
- Le Breton-Lerouillois (2015). *Atlas national de la démographie médicale 2015: Situation au 1er janvier 2015*.
- Le Gall, A. (2011). La nouvelle architecture sanitaire d'organisation des soins depuis la loi du 21 juillet 2009. *Médecine & Droit*, 2011(108), 150–158.
<https://doi.org/10.1016/j.meddro.2011.03.005>
- Le Gallou, F., & Bouchon-Meunier, B. (1992). *Systémique: Théorie et applications*. Paris: Lavoisier-Tec & Doc.
- Le Menn, J., & Milon, A. (2014). *Rapport d'information - au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé* (N° 400). Retrieved from Sénat website: <http://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-400-notice.html>
- Le Moigne, J.-L. (1994, 2006). *La théorie du système général: Théorie de la modélisation. Collection Les CLASSIQUES du réseau Intelligence et complexité*. Retrieved from mcxapc@mcxapc.org
- Lemieux, V. (1999). *Les réseaux d'acteurs sociaux*: Presses universitaires de France.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S.-C. (2007). Comparing the Disability Creation Process and International Classification of Functioning, Disability and Health Models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(5_suppl), 233–242.
<https://doi.org/10.1177/000841740707405S02>
- Lewes, G. H. (impr. 2009). *Problems of life and mind: The study of psychology : its object, scope, and method* ([Reprod. en fac-sim.]). *Kessinger publishing's rare reprints*. [Whitefish (Mont.)]: Kessinger Publishing.
- Leys, V. (2011). *Les établissements de santé face à la nécessité de coopérer: la méta-organisation, une réponse émergente à des enjeux multiples*. Caen, Basse-Normandie, Caen.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 1). Newbury Park, Calif., London: Sage.
- Littré, P.-É. (1994). *Dictionnaire de la langue française*: Encyclopaedia Britannica France.

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF* (2002).
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 *JORF* (2009).
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), *JORF* (2016).
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. (1975).
- Lombard, M., Snyder-Duch, J., & Bracken, C. C. (2002). Content Analysis in Mass Communication: Assessment and Reporting of Intercoder Reliability. *Human Communication Research*, 28(4), 587–604. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2002.tb00826.x>
- Lombard, M., Snyder-Duch, J., & Campanella Bracken, C. (2004). Practical Resources for Assessing and Reporting Intercoder Reliability in Content Analysis Research Projects.
- Louart, P. (1996). L'apparente révolution des formes organisationnelles. *Revue française de gestion*. (107), 74–85.
- Lowndes, V. (1996). Varieties of new institutionalism: A critical appraisal. *Public Administration*, 74(2), 181–197. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1996.tb00865.x>
- Lowndes, V., Marsh, D., & Stoker, G. (Eds.) (2018). *Theory and methods in political science* (4th edition). *Political analysis*. London: Palgrave.
- Luca Barrusse, V. de (2016). *La population de la France. Repères*: la Découverte.
- Malherbe, J.-F. (1981). Logique et langage ordinaire dans les «Philosophische Untersuchungen» de Wittgenstein. *Revue Philosophique de Louvain*, 191–211.
- Malone, T. W., & Crowston, K. (1994). The Interdisciplinary Study of Coordination. *ACM Computing Surveys*, 26(1), 87–119.
- March, J. G., & Simon, H. A. (1991). *Les organisations: problèmes psychosociologiques* (2. ed.). *Sciences humaines*. Paris: Bordas.
- March, J. G., & Olsen, J. P. (1998). The Institutional Dynamics of International Political Orders. *International Organization*, 52(4), 943–969. <https://doi.org/10.1162/002081898550699>
- March, J. G., Simon, H. A., & Geetzkow, H. (1958). *Organizations*. New York [etc.]: John Wiley & Sons [etc.].

- Marchesnay, M. (2004). *Management stratégique: ADREG-08*: Les Éditions de l'ADREG. Retrieved from <http://www.editions-adreg.net>
- Martinache, I. (2013). Les Transformations de la société Française depuis 1945. In *La protection sociale en France* (pp. 11–26).
- Martínez-García, M., & Hernández-Lemus, E. (2013). Health Systems as Complex Systems. *American Journal of Operations Research*, 03(01), 113–126. <https://doi.org/10.4236/ajor.2013.31A011>
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique: Sociétés, cultures et santé*. Saint-Nicolas (Québec): Les Presses de l'Université Laval.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. *Boston studies in the philosophy of science: Vol. 42*. Dordrecht Holland, Boston: D. Reidel Pub. Co.
- Mbengue, A., & Vandangeon-Derumez, I. (1999). Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique. In AIMS (Chair), *VIIIème Conférence de l'AIMS*. Symposium conducted at the meeting of AIMS, Châtenay-Malabry.
- McDonald, K. M., Sundaram, V., & Bravata, e. a. (2007). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review: 7: Care Coordination*: Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- McKelvey, B., & Aldrich, H. (1983). Populations, Natural Selection, and Applied Organizational Science. *Administrative Science Quarterly*, 28(1), 101. <https://doi.org/10.2307/2392389>
- McMaster, R., Batifoulier, P., & Domin, J.-P. (2015). Health is a matter of social definition. *Revue de la régulation*. Advance online publication. <https://doi.org/10.4000/regulation.11103>
- Mena, S., & Suddaby, R. (2016). Theorization as institutional work: The dynamics of roles and practices. *Human Relations*, 69(8), 1669–1708.
- Menichetti, J., Libreri, C., Lozza, E., & Graffigna, G. (2016). Giving patients a starring role in their own care: A bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Health Expectations*, 19(3), 516–526. <https://doi.org/10.1111/hex.12299>
- Mérindol, V., Rouby, E., Versailles, D. W., & Thomas, C. (2009). Une méthodologie de prospective métiers fondée sur les compétences collectives: L'exemple du métier de pilote de chasse. *Management & Avenir*, 25(5), 315–334. <https://doi.org/10.3917/mav.025.0315>

- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (Eds.) (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd). *Méthodes en sciences humaines: Vol. 1*. Bruxelles: De Boeck.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd edition). Los Angeles etc.: Sage.
- Mill, J. S. (1988). *Système de logique déductive et inductive: Philosophie et langage*. Bruxelles: P. Mardaga.
- Miller, A. S., Ailey, S. H., Buchholz, S. W., Fogg, L., & Ingram, D. (2019). Improving Stage of Change in an Employee Wellness Program. *Workplace Health & Safety*, 2165079919838291. <https://doi.org/10.1177/2165079919838291>
- Miller, R. (1985). La stratégie d'entreprise et la gestion des ressources humaines. *Relations industrielles*, 40(1), 68–86.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2013). *Stratégie nationale de santé: Feuille de route*.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (2017). *Stratégie nationale de santé 2017-2022: Dossier de presse*.
- Mino, J.-C. (2007). "Conclusions" Du colloque singulier aux bases de données. *Laennec, Tome* 55(1), 59–61. <https://doi.org/10.3917/lae.071.0059>
- Mino, J.-C., & Robelet, M. (2010, March). Coordonnateur, référent, assistant...des fonctions de plus en plus visibles. *adsp actualité et dossier en santé publique*. (70), 22–23. Retrieved from <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=110>
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research. His Theory of management policy series*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations: The structuring of organizations* (2008th ed., Vol. 1). Paris: Eyrolles - Les Éditions d'Organisation.
- Moatti, J.-P. (2012). Santé - Économie de la santé. In *Encyclopaedia Universalis*.
- Mohr, L. B. (1971). Organizational Technology and Organizational Structure. *Administrative Science Quarterly*, 16(4), 444–459.
- Mongeau, P. (2008). *Réaliser son mémoire ou sa thèse: Côté jeans & côté tenue de soirée*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

- Monnier, A. (2006). *Démographie contemporaine de l'Europe: Évolutions, tendances, défis. Collection U: Vol. 1*. Paris: Armand Colin.
- Monod, J. (1970). *Le hasard et la nécessité: Essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne. Points: Vol. 1*. Paris: Éd. du Seuil.
- Montialoux, C. (2007). Service public et intérêt général. *Regards croisés sur l'économie*, 2(2), 25. <https://doi.org/10.3917/rce.002.0025>
- Moos, A. I., & Dear, M. J. (1986). Structuration theory in urban analysis: 1. Theoretical exegesis. *Environment and Planning A*, 18, 231–252. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.1961&rep=rep1&type=pdf>
- Morgan, D., & Astolfi, R. (2013). *Health Spending Growth at Zero: Which countries, which sectors are most affected?* (Vol. 60). Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-spending-growth-at-zero_5k4dd1st95xv-en
- Morgan, G. (1999). *Images of organisation* (2nd ed., Vol. 1). London: Sage Publ.
- Morgan, G. (2006). *Images of organization* (Update edition). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Morgan, G., & Deschesnes, J. (1999). *Images de l'organisation. Management*. Bruxelles: De Boeck.
- Morin, E., & Le Moigne, J.-L. (1997). *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. LILLE: ASPEPS Edition.
- Morlino, L. (2013). *Introduction à la politique comparée. Cursus: Vol. 1*. Paris: A. Colin.
- Mouneyrat, M.-H. (2001). Éthique du secret et secret médical. *Pouvoirs*, 97(2), 47. <https://doi.org/10.3917/pouv.097.0047>
- Mousquès, J., & Daniel, F. (2015). L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes: Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Questions d'économie de la santé - IRDES*. (211).
- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000). Un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé / C. J. L. Murray et J. Frenk. *Bulletin de l' Organisation mondiale de la Santé : la revue internationale de santé publique : recueil d' articles 2000 ; 3 : 152-165*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58039>
- Murray, C. J. L., Fullman, N., & Barber, R. M. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and

- territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease 2015 study. Retrieved from <http://www.healthdata.org/research-article/healthcare-access-and-quality-index-based-mortality-causes-amenable-personal-health>
- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks Calif.: SAGE Publications.
- Neuendorf, K. A. (2017). *The content analysis guidebook* (2e édition). Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. *Review of General Psychology*, 2(2), 175–220. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.2.175>
- Nigam, A., & Dokko, G. (2019). Career Resourcing and the Process of Professional Emergence. *Academy of Management Journal*, 62(4), 1052–1084. <https://doi.org/10.5465/amj.2015.0038>
- NIHCM (Ed.) (2003). *Accelerating Quality Improvement in Health Care: Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-Based Innovations*.
- Noguera, F., Canes, N., & Sbai, H. (2020). Evolution des technologies et transformation du métier de technicien de biologie médicale: l'apport de la prospective métier. *Santé RH, Juillet-Août 2020*.
- Noguera, F., & Lartigau, J. (2009). De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière: Enjeux et perspectives. *Management & Avenir*, 25(5), 290. <https://doi.org/10.3917/mav.025.0290>
- Nolte, E., Merkur, S., Anell, A., & Lind, J. (2017). Placer la personne au centre de la démarche de soins: Analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé. *Revue Française des Affaires Sociales*. (1), 97–115. Retrieved from <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-97.htm>
- Nutting, P. A., Shorr, G. I., & Burkhalter, B. R. (1981). Assessing the Performance of Medical Care Systems: A Method and Its Application. *Medical Care*, 19(3), 281–296.
- OCDE (2010). *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé: Note de politique économique n°2 du département des affaires économiques*. Retrieved from <https://www.oecd.org/fr/eco/croissance/49653347.pdf>
- OCDE (2019). *Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE* (2019th ed.). Paris: OECD.

- O'Connor, T., & Wong, Y. H. (2015). Emergent Properties. Retrieved from <https://plato.stanford.edu/entries/properties-emergent/>
- OECD. (2014). *Comment va la vie - 2013: Mesurer le bien-être*. Paris: OECD Publishing. Retrieved from <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=3026784>
- Ogden, C. K., Richards, I. A., Malinowski, B., Crookshank, F. G., & Eco, U. (1989). *The meaning of meaning: A study of the influence of language upon thought and of the science of symbolism*. San Diego etc.: Harcourt Brace Jovanovich.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quaterly*, 49(4), 509–538.
- Promotion de la santé - Charte d'Ottawa (1986).
- OMS (2013). *La recherche pour la couverture sanitaire universelle. Rapport sur la santé dans la monde: Vol. 2013*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé (1978). *Alma-Ata 1978: Les soins de santé primaires*. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978 (Vol. 1). Genève.
- Osty, F. (2002). *Le désir de métier: Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Texte remanié de : Thèse de doctorat : Sociologie : Paris, Institut d'études politiques : 2000. *Des sociétés*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Øvretveit, J. (1993). *Coordinating community care: Multidisciplinary teams and care management*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Parisot, J. (1967). Vues sur la santé dans le monde. In J. Darcet (Ed.), *Étapes de la prospective*. Introduction par Jean Darcet. Paris: Presses universitaires de France.
- Parizot, I. (2012). L'enquête par questionnaire. In S. Paugam (Ed.), *Quadrige. Manuels. L'enquête sociologique* (2nd ed., pp. 94–113). Paris: Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>
- Passeron, J.-C. (2006). *Le raisonnement sociologique: Un espace non poppérien de l'argumentation* (Nouv. éd. rev. et augmentée). *Bibliothèque de "L'évolution de l'humanité"*: Vol. 50. Paris: Michel.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3 edition). Thousand Oaks (Calif.): SAGE Publications.
- Pavé, F. (2012). La dérégulation endogène du système de santé français de médecine libérale. *Politiques et management public*, 29(2), 191–213. <https://doi.org/10.3166/pmp.29.191-213>

- Pennings, J. M. (1975). Interdependence and Complementarity--The Case of a Brokerage Office. *Human Relations*, 28(9), 825.
- Pereira Neto, A., & Flynn, M. B. (Eds.) (2019). *The Internet and Health in Brazil : Challenges and Trends*. Cham: Springer International Publishing.
- Perret, V., & Séville, M. (2007,2011). Fondements épistémologiques de la recherche. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 13–33). Paris: Dunod.
- Perrow, C. (1967). A FRAMEWORK FOR THE COMPARATIVE ANALYSIS OF ORGANIZATIONS. *American Sociological Review*, 32(2), 194–208.
- Perrow, C. (1974). *Organizational analysis: A sociological view. Social science paperbacks*. London: Tavistock Publications.
- Pettigrew, A. M., Ferlie, E., & McKee, I. (1992). *Shaping strategic change: Making change in large organizations the case of the National Health Service*. London, Newbury Park: SAGE Publications.
- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice. *Organization Science*, 1(3), 267–292. <https://doi.org/10.1287/orsc.1.3.267>
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978, 2003). *The external control of organizations: A resource dependence perspective. Stanford business classics*. Stanford Calif.: Stanford Business Books.
- Pierron, L., & Evennou, A. (2017). *La santé à l'heure de l'intelligence artificielle* (Synthèse). Retrieved from terra nova website: http://tnova.fr/system/contents/files/000/001/489/original/Terra-Nova_Sante-Intelligence-Artificielle_051217.pdf?1512401730
- Pitaval, J.-L., & Nobre, T. (2013). Chapitre 13. L'innovation managériale au bloc opératoire par la mobilisation du lean management. Le cas des Hospices Civils de Lyon. In *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre* (pp. 223–242). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.nobr.2013.01.0223>
- Planel, M.-P. (2009). Le parlement et les politiques de santé. In P.-L. Bras, G. d. Pourville, & D. Tabuteau (Eds.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 361–368). Paris: Éditions de Santé; Sciences Po. Les Presses.

- Plsek, P. E. (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. In NIHCM (Chair), *Accelerating Quality Improvement in Health Care*. Symposium conducted at the meeting of National Institute for Health Care Management Foundation, Washington, D.C.
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ : British Medical Journal*, 323(7313), 625–628.
- Plu, I. (2010). Le secret professionnel: Séminaire de responsabilité médicale. *Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale*. (Université Paris Descartes).
- Poincaré, H., & Vuillemin, J. (2009). *La science et l'hypothèse*. Champs. Paris: Flammarion.
- Polton, D. (2003). Décentralisation des systèmes de santé.: Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères. *Bulletin d'information en économie de la santé*. (72).
- Pomey, M. P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., & Lebel, P. (2015). Le « Montreal Model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *SFSP "Santé Publique"*, HS (S1), 41–50.
- Pommier, J., Héritage, Z., & Legros, M. (2010). Se former pour agir sur les inégalités sociales de santé. In L. Potvin, M.-J. Moquet, & C. M. Jones (Eds.), *Dossiers santé en action: Vol. 1. Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 98–106). Saint-Denis Seine-Saint-Denis: INPES.
- Popper, K. R., & Rosat, J.-J. (1998, 2009). *La connaissance objective: Une approche évolutionniste*. Champs. Paris: Flammarion.
- Popping, R. (1988). On Agreement Indices for Nominal Data. In W. E. Saris & I. N. Gallhofer (Eds.), *Sociometric research: Data collection and scaling* (Vol. 1, pp. 90–105). London: Macmillan.
- Portes, L. (1954). *A la recherche d'une éthique médicale*. Paris: puf.
- Pouvoirville, G. d. (2009). L'organisation des soins. In P.-L. Bras, G. d. Pouvoirville, & D. Tabuteau (Eds.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 401–406). Paris: Éditions de Santé; Sciences Po. Les Presses.
- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). An International Survey on Advanced Practice Nursing Education, Practice, and Regulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 31–39. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x>
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales* (2e éd. entièrement revue et augmentée). *Psycho sup*. Paris: Dunod.

- Rabeux, C. (2018, November 21). La Fédération des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours en Santé imagine les déterminants de la convergence | LinkedIn. Retrieved from <https://www.linkedin.com/pulse/la-facs-f%C3%A9d%C3%A9ration-des-dispositifs-de-ressources-et-dappui-metayer/>
- Rainhorn, J. D. (2001). Un avenir incertain. In J. D. Rainhorn & J. Burnier (Eds.), *La santé au risque du marché: Incertitudes à l'aube du XXI e siècle* (pp. 11–35). Paris: puf.
- Ramaux, C. (2012). *L'État social: Pour sortir du chaos néolibéral. Essai*. Paris: Mille et une nuits.
- Reix, R., Fallery, B., Kalika, M., & Rowe, F. (2011). *Systèmes d'information et management des organisations* (6e édition. ;). *Gestion*. Paris: Vuibert.
- Ricoeur, P. (1994). Le concept de responsabilité;: Essai d'analyse sémantique. *Esprit (1940-)*. (206 (11)), 28–48.
- Ricoeur, P. (1996). Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit (1940-)*. (227 (12)), 21–33.
- Robelet, M., Serré, M., & Bourgueil, Y. (2005). La coordination dans les réseaux de santé: Entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue Française des Affaires Sociales*. (1), 231–260.
- Robson, C. (2002). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers* (2nd ed.). Oxford UK, Madden Mass.: Blackwell Publishers.
- Rochaix, L. (1997). Asymétries d'information et incertitude en santé: Les apports de la théorie des contrats. *Économie & prévision*, 129(3), 11–24. <https://doi.org/10.3406/ecop.1997.5861>
- Rocher, G. (2008). L'idéologie du changement comme facteur de mutation sociale: Présenté par Claude Beauchamp et Madeleine Gauthier. *SociologieS Découvertes/Redécouvertes*. Retrieved from <http://sociologies.revues.org.ezproxy.normandie-univ.fr/2353>
- Rogers, D. L., & Whetten, D. A. (1984). Interorganizational coordination: Theory, research, and implementation, by David L. Rogers and David A. Whetten and associates. Ames: Iowa State University Press, 1982. *Journal of Policy Analysis and Management*, 3(2), 320. <https://doi.org/10.1002/pam.4050030254>
- Rojot, J. (2005). *Théorie des organisations* (2e éd). Paris: Eska.
- Romelaer, P. (2005). L'entretien de recherche. In P. Roussel & F. Wacheux (Eds.), *Management des ressources humaines*. De Boeck Supérieur.
- Roquet, P. (2012). Comprendre les processus de professionnalisation: Une perspective en trois niveaux d'analyse. *Phronesis*, 1(2), 82–88. <https://doi.org/10.7202/1009061ar>

- Rosanvallon, P. (2011). *La société des égaux. Les livres du nouveau monde: Vol. 1*. Paris: Editions du Seuil.
- Royer, I., & Zarlowski, P. (2007,2011). Échantillon(s). In R.-A. Thiétart (Ed.), *Management sup. Méthodes de recherche en management* (3rd ed., pp. 192–227). Paris: Dunod.
- Safon, M.-O. (2017). *Les réformes hospitalières en France: aspects historiques et réglementaires*. Synthèse documentaire (Synthèses & Bibliographies). Retrieved from Irdes - Service documentation - website: www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf
- Sainsaulieu, I. (2007). *L'hôpital et ses acteurs: Appartenances et égalité. Perspectives sociologiques: Vol. 1*. Paris: Belin.
- Sainsaulieu, I. (2008). Le collectif soignant: Mythe ou réalité ? *Revue française d'administration publique*, 128(4), 665. <https://doi.org/10.3917/rfap.128.0665>
- Sainsaulieu, R., & Alter, N. (2019). *L'identité au travail* (4e éd. entièrement actualisée). *Références*: Presses de Sciences Po.
- Saint-Paul, G. (2013). *Réflexions sur l'organisation du système de santé. Les rapports du Conseil d'Analyse Économique: Vol. 103*. Paris (France): Documentation française.
- Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd edition). Los Angeles: Sage.
- Saliba-Serre, B., & Ventelou, B. (2009). L'exercice de la médecine de ville: entre changement et continuité. In P.-L. Bras, G. d. Pourville, & D. Tabuteau (Eds.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 407–414). Paris: Éditions de Santé; Sciences Po. Les Presses.
- Sandier, S., Paris, V., & Polton, D. (2004). *Health Care Systems in Transition*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sarradon-Eck, A. (2010). Qui mieux que nous ? Les ambivalences du “généraliste-pivot” du système de soins ». In G. Bloy & F.-X. Schweyer (Eds.), *Métiers santé social: Vol. 1. Singuliers généralistes: Sociologie de la médecine générale* (pp. 253–270). Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Sartenaer, O. (2010a). Définir l'émergence. *Revue des Questions Scientifiques*, 181(3), 373–404.
- Sartenaer, O. (2010b). Vers une taxonomie des concepts d'émergence. *Revue des Questions Scientifiques*, 181(4), 503–512.

- Saurugger, S. (2010). *Théories et concepts de l'intégration européenne Théories et concepts de l'intégration européenne*: les Presses de Sciences po.
- Saurugger, S., & Surel, Y. (2006). L'eupéanisation comme processus de transfert de politique publique. *Revue internationale de politique comparée*, 13(2), 179. <https://doi.org/10.3917/ripc.132.0179>
- Sauvignet, E. (2005). *Le financement du système de santé en France: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire / Emelie Sauvignet* (FER/EIP discussion paper). Retrieved from Organization, World Health website: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69031?locale=ru>
- Savall, H., & Zardet, V. (2004). *Recherche en Sciences de Gestion: approche qualimétrique. Observer l'objet complexe*. Paris: Editions Economica.
- Schaetzel, F., & Tregoat, J.J. (2013). *Articulation de la fonction inspection contrôle des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médicosociaux: (certification, évaluation, contractualisation)*. Rapport (No. RM2013-010P).
- Schein, E. H. (1970). *Organizational psychology* (2nd ed.). *Foundations of modern psychology series*. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice-Hall.
- Schultz, E. M., & McDonald, K. M. (2014). What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*, 17(1-2), 5–24. <https://doi.org/10.1177/2053435414540615>
- Schultz, E. M., Pineda, N., Lonhart, J., Davies, S. M., & McDonald, K. M. (2013). A systematic review of the care coordination measurement landscape. *BMC Health Services Research*, 13, 119. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-119>
- Scott, W. R. (2013). *Institutions and organizations: Ideas, interests and identities* (4th edition, Vol. 1). Los Angeles, London, New Dehli etc.: Sage.
- Scouarnec, A. (2004). L'observation des métiers: Définition, méthodologie et “actionnabilité” en GRH. *Management & Avenir*, 1(1), 23. <https://doi.org/10.3917/mav.001.0023>
- Scouarnec, A. (2008). Plaidoyer pour un « renouveau » de la prospective. *Management Avenir*, 19(5), 171. <https://doi.org/10.3917/mav.019.0171>
- Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins? Application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 28(2), 223. <https://doi.org/10.3917/spub.162.0223>

- Senarclens, P. de (2001). Les organisations internationales face aux défis de la mondialisation. *Revue internationale des sciences sociales*, 170(4), 559–572. <https://doi.org/10.3917/riss.170.0559>
- Shortell, S. M., Bennett, C. L., & Byck, G. R. (1998). Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What it will take to accelerate progress. *The Milbank Quarterly*, 76(4), 593–624.
- Simon, H. A. (1983). *Administration et processus de décision*. Paris: Economica.
- Simon, H. A. (1965). *Administrative behavior*: Cambridge Univ Press.
- Singly, F. d. (2008). *L'enquête et ses méthodes: Le questionnaire* (2e édition refondue). 128. *Sociologie anthropologie, L'enquête et ses méthodes*. Paris: Armand Colin.
- Smets, M., & Jarzabkowski, P. (2013). Reconstructing institutional complexity in practice: A relational model of institutional work and complexity. *Human Relations*, 66(10), 1279–1309. <https://doi.org/10.1177/0018726712471407>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social determinants of health Discussion paper 2*.
- Stacey, R. D. (1995). The science of complexity: an alternative perspective for strategic change processes. *Strategic Management Journal*, 16(6), 477–495.
- Stavrou, A., Challoumas, D., & Dimitrakakis, G. (2014). Archibald Cochrane (1909-1988): The father of evidence-based medicine. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 18(1), 121–124. <https://doi.org/10.1093/icvts/ivt451>
- Strang, D., & Meyer, J. W. (1993). Institutional conditions for diffusion. *Theory and Society*, 22(4), 487–511. <https://doi.org/10.1007/BF00993595>
- Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation: Sociologie qualitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. *Collection Logiques sociales*. Paris: Éditions de L'Harmattan.
- Stuckler, D., & Basu, S. (2014). *Quand l'austérité tue: Épidémies, dépressions, suicides / l'économie inhumaine* (Vol. 1). Paris: Éd. Autrement.
- Stuckler, D., Basu, S., & McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 340, c3311. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3311>
- Sturmberg, J. P. (2013). Health: A personal complex adaptative state. In J. P. Sturmberg & C. M. Martin (Eds.), *Handbook of Systems and Complexity in Health* (pp. 231–242). Springer New York.

- Sturmberg, J. P., Di O'Halloran, M., & Martin, C. M. (2013). Healthcare Reform: The Need for a Complex Adaptive Systems Approach. In J. P. Sturmberg & C. M. Martin (Eds.), *Handbook of Systems and Complexity in Health* (pp. 827–853). Springer New York.
- Suddaby, R., & Viale, T. (2011). Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project. *Current Sociology*, 59(4), 423–442. <https://doi.org/10.1177/0011392111402586>
- Sweeney, K., & Griffiths, F. (Eds.) (op. 2002). *Complexity and healthcare: An introduction*. Abingdon, U.K.: Radcliffe Medical Press.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.a. Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585–592.
- Tabuteau, D. (2007). La santé en quête de politique. *Les Tribunes de la santé*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.3917/seve.014.0029>
- Tabuteau, D. (2013). Les pouvoirs de la santé? La complexité d'un système en quête de régulation. *Les Tribunes de la santé*, 41(4), 37. <https://doi.org/10.3917/seve.041.0037>
- Takagi, J. (2006). L'évolution du management des médecins américains. *Revue française de gestion*, 32(168-169), 55–82. <https://doi.org/10.3166/rfg.168-169.55-82>
- Thacker, S. B., Greene, S. B., & Salber, E. J.A. (1977). Hospitalizations in a Southern Rural Community: An Application of the 'Ecology Model'. *International Journal of Epidemiology*, 6(1), 55–63. <https://doi.org/10.1093/ije/6.1.55>
- Théret, B. (2007). Les transformations de l'État social français depuis 1975 : une analyse centrée sur les politiques de santé et menée au regard des standards typologiques et théoriques du changement institutionnel. In Les Presse de l'ISMÉA (Ed.), *État social et politique de santé: Tome LX - n° 1. économie appliquée: an international journal of economic analysis* (pp. 69–100). Paris: Isméa Les Presses.
- Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel: Sociologie des régimes d'engagement. Textes à l'appui: Vol. 1*. Paris: Éditions la Découverte.
- Thiétart, R.-A. (2007). *Méthodes de recherche en management* (3e édition [mise à jour et enrichie]). *Gestion sup: Vol. 1*. Paris: Dunod.
- Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action: Social science bases of administrative theory*: Transaction publishers.

- Thrift, N. J. (1983a). On the determination of social action in space and time. *Environment and Planning D: Society and Space*, 1(1), 23–57. <https://doi.org/10.1068/d010023>
- Tissioui, M. (2008). Essai de modélisation du processus de naissance des métiers: Cas des métiers de soins. *Management & Avenir*, 17(3), 234. <https://doi.org/10.3917/mav.017.0234>
- Tissioui, M. (2010). *La dynamique du processus de structuration des métiers dans un contexte d'innovation: Cas des métiers de soins médicaux* (Sciences de gestion). Université de Caen - Normandie, Caen.
- Titmuss, R. M., Abel-Smith, B., & Smith, B. A. (Eds.) (1990). *Social policy: An introduction* (6. impr). London: Unwin Hyman.
- Trentesaux, D. (2002). *Pilotage hétérarchique des systèmes de production* (HDR). L'Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis (UVHC).
- United Nations (2017). *World Population Ageing 2017: Highlights*. Department of Economic and Social Affairs (ST/ESA/SER.A/397). New York.
- Université de Genève (2002). Qu'est-ce qu'un médecin de premier recours ? Retrieved from <http://www.medecine.unige.ch/enseignement/information/med/spip.php?article29>
- Vader, J.-P. (2008). Les métiers de la santé. In D. Tabuteau (Ed.), *Office de prospective en santé, rapport 2008* (Vol. 1, pp. 111–120). Paris: Ed. de Santé; Presses de Sciences po.
- Valéry, P. (1936). *Variété III*: Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France. Retrieved from Source gallica.bnf.fr /
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e édition entièrement revue et augmentée): Dunod.
- Van de Bovenkamp, H. M., Mul, M. de, Quartz, J.G.U., Weggelaar-Jansen, A.-M. J.W.M., & Bal, R. (2014). Institutional layering in governing healthcare quality. *Public Administration*, 92(1), 208–223. <https://doi.org/10.1111/padm.12052>
- Van de Bovenkamp, H. M., Stoopendaal, A., & Bal, R. (2017). Working with layers: The governance and regulation of healthcare quality in an institutionally layered system. *Public Policy and Administration*, 32(1), 45–65. <https://doi.org/10.1177/0952076716652934>
- Van de Ven, Delbecq, A. L., & Koenig Jr, R. (1976). Determinants of coordination modes within organizations. *American Sociological Review*, 322–338.
- Van de Ven, & Poole, M. S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Review*, 20(3), 510–540.

- Van de Ven, Andrew H., & Walker, G. (1984). The Dynamics of Interorganizational Coordination. *Administrative Science Quarterly*, 29(4), 598–621. <https://doi.org/10.2307/2392941>
- Vaucheux, J.-M. (2010). Le métier d'éducateur. *VST - Vie sociale et traitements*, n° 105(1), 82–86. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2010-1-page-82.htm>
- Vergnaud, G. (1989). La théorie des champs conceptuels: Vème école d'été de didactique des mathématiques et de l'informatique. *Institut de recherche mathématiques de Rennes, fascicule S647-50*. Retrieved from http://www.numdam.org/item?id=PSMIR_1989__S6_47_0
- Weber, M., & Parsons, T. (Eds.) (1997). *The theory of social and economic organization* (1. pbk. ed., reprint). New York, NY: Free Press.
- Weick, K. E. (1995). *South Canyon revisited: Lessons from high reliability organizations*.
- Weick, K. E. (2001). *Managing the unexpected: Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco, Calif.: Jossey Bass.
- Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1993). Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks. *Administrative Science Quarterly*, 357–381.
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2003). Hospitals as Cultures of Entrapment: A Re-Analysis of the Bristol Royal Infirmary. *California Management Review*, 45(2), 73–84. <https://doi.org/10.2307/41166166>
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (1999). Organizing for High Reliability: Processes of Collective Mindfulness. In R. I. Sutton & B. M. Staw (Eds.), *Research in organizational behavior: An annual series of analytical essays and critical reviews* (pp. 81–123). Stamford, Conn.: JAI.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2008). Organizing for High Reliability: Processes of Collective Mindfulness. In A. Boin (Ed.), *Sage library in business & management. Crisis management* (pp. 37–72). Los Angeles: SAGE Publications.
- Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Westbrook, L. (2017, June 11). New study reveals inequities in healthcare access and quality. Retrieved from <http://www.healthdata.org/acting-data/new-study-reveals-inequities-healthcare-access-and-quality>

- White, K. L. (1997). The ecology of medical care: Origins and implications for population-based healthcare research. *Health Services Research*, 32(1), 11–21.
- White, K. L., Williams, T. F., & Greenberg, B. G. (1961). The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, 265, 885–892. <https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>
- WHO (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- WHO (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques: Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. Tenir compte de la santé améliore l'efficacité de la gouvernance -Une gouvernance plus efficace améliore la santé.
- WHO (2015). *Ressources humaines pour la santé: stratégie mondiale à l'horizon 2030*. Projet pour consultation. Retrieved from <http://www.who.int/workforcealliance/events/FR-GlobStratHRHealthWorkforce2030.pdf?ua=1>
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137–158.
- Wittgenstein, L., & Granger, G.-G. (1993). *Tractatus logico-philosophicus*. Bibliothèque de philosophie. Paris: Gallimard.
- Wood, Philip, H.N., & Badley, E. (1978). An epidemiological appraisal of disablement. In A. E. Bennett (Ed.), *Recent advances in community medicine* (pp. 149–173). Edinburgh: Churching Livingstone.
- Wyatt, S., Henwood, F., Hart, A., & Platzer, H. (2004). L'extension des territoires du patient: Internet et santé au quotidien. *Sciences sociales et santé*, 22(1), 45–68. <https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1608>
- Zaidi, B., & Morgan, S. P. (2017). The Second Demographic Transition Theory: A Review and Appraisal. *Annual Review of Sociology*, 43(1), 473–492. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053442>
- Zundel, M., Holt, R., & Cornelissen, J. (2012). Institutional Work in The Wire. *Journal of Management Inquiry*, 22(1), 102–120. <https://doi.org/10.1177/1056492612440045>

Table des matières

Remerciements	1
Résumé	1
Abstract	1
Glossaire	3
SOMMAIRE	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	Erreur ! Signet non défini.
Présentation de la recherche	9
Origine et contexte de la recherche	10
Objet et terrain de recherche.....	11
Objectifs de la recherche	11
Architecture initiale de la recherche	13
Démarche générale de construction.....	13
Plan de la thèse	18
PREMIÈRE PARTIE – L’INSTITUTION DE LA SANTÉ EN FRANCE, SES MUTATIONS, LES ENJEUX DE LA COORDINATION EN 2020.....	21
Introduction 1^{ère} partie	22
Chapitre I – Le système de santé français : un état des lieux de ses cloisonnements.....	23
Introduction	24
1.1. L’institution de la santé et son environnement.....	24
1.1.1. La santé : une institution.....	24
1.1.2. Les concepts mobilisés en santé et le cadre commun d’organisation des systèmes de santé avec leur mode de financement	26
Les	26
1.1.3. La santé : une institution marquée par la complexité.....	32
1.2. Le système de santé français.....	40
1.2.1. Les angles d’approche et les niveaux d’analyse possibles du système de santé français .	40
1.2.2. L’organisation générale du système de santé français.....	43
1.2.3. L’organisation des soins dans les territoires	55
1.3. Les acteurs du système de santé français	64

1.3.1. Les professions de santé, acteurs de coordination dans le système	65
1.3.2. Le patient et l'évolution de son statut comme acteur de sa santé	68
Synthèse Chapitre I	72
Chapitre II – Les mutations et leurs impacts sur les acteurs du système de santé français	73
Introduction	74
2.1. Le concept de mutation.....	75
2.2. Les origines des mutations.....	76
2.2.1. Externes au système de santé.....	77
2.2.2. Internes au système de santé	85
2.3. Conséquences observables et prévisibles de ces mutations	88
2.3.1. Un système de santé français de plus en plus complexe.....	88
2.3.2. L'innovation du dispositif expérimental dans le système de santé.....	89
Synthèse Chapitre II	90
Chapitre III – Les caractéristiques des pratiques de coordination et des rôles émergents de coordinateurs : une lecture par le travail institutionnel	91
Introduction	92
3.1. Les métiers émergents de la coordination : Une lecture par le travail institutionnel de création.....	92
3.1.1. Le concept de métier émergent.....	93
3.1.2. Le concept de travail institutionnel.....	97
3.1.3. L'étude des métiers émergents dans la santé par l'approche du travail institutionnel.....	100
3.2. Définitions et approche conceptuelle de la coordination	101
3.2.1. Définition(s).....	101
3.2.2. Approche du concept	103
3.3. Les pratiques de coordination	105
3.3.1. Des compétences complexes dédiées à un ensemble de pratiques	106
3.3.2. Les déterminants des pratiques de coordination	109
3.3.3. Les environnements des pratiques de coordination	112
3.4. Rôles de coordinateurs.....	116
3.4.1. Typologie des acteurs coordinateurs	116
3.4.2. Typologie de l'action et de ses finalités.....	117

3.4.3. Coordination et légitimité	121
Synthèse Chapitre III.....	127
Conclusion 1^{ère} partie	129
PROBLÉMATIQUE.....	132
SECONDE PARTIE — PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE	138
Introduction 2^{ème} partie	139
Chapitre IV — Méthodologie de la recherche.....	140
Introduction	141
4.1. Position épistémologique.....	141
4.1.1. Vision de la réalité et statut accordé aux données	145
4.1.2. Processus de construction de la connaissance et démarche abductive	145
4.2. Description de la méthodologie de recherche	149
4.2.1. Démarche prospective et méthode « Prospective des Métiers » (PM).....	149
4.3.1. Validité du construit	164
4.3.2. Validité interne	164
4.3.3. Validité externe.....	167
4.3.4. Fiabilité des résultats	168
Synthèse Chapitre IV	168
Chapitre V – Collecte et analyse des données du terrain	169
Introduction	170
5.1. Méthodologie générale de la collecte des données	170
5.1.1 Entretiens	170
5.1.2. Enquête par questionnaire auprès des « Experts » et reproduite en extension.....	181
5.1.3. Déroulement des deux campagnes d’administration de l’enquête.....	189
5.1.4. Méthodologie utilisée pour l’analyse comparée	191
5.2. Analyse des données recueillies en entretien et au moyen des enquêtes	193
5.2.1. Analyse des entretiens	193
5.2.2. Analyse des pratiques institutionnelles dans les entretiens.....	219
5.2.3. Analyse comparée des enquêtes	222
Synthèse Chapitre V.....	289

Chapitre VI – Résultats et discussion	291
Introduction	292
6.1. Résultats	292
6.1.1. Les profils types de coordinateur.....	292
6.1.2. Les autres variables-clés	293
6.1.3. La mise en évidence de quatre types d’espace de coordination.....	297
6.1.4. Présentation synthétique des résultats constitutifs des scénarios.....	304
6.2. Discussion	306
6.2.1. Apports théoriques.....	306
6.2.2. Apports méthodologiques	311
6.2.3. Apports managériaux : La présentation de quatre scénarios possibles en lien avec le processus de théorisation.....	312
6.3. Limites de la recherche	333
6.3.1. Limites théoriques	333
6.3.2. Limites méthodologiques.....	334
Voies de recherche possibles	335
Conclusion 2^{ème} partie	336
CONCLUSION GÉNÉRALE	338
Introduction	339
Synthèse de la recherche	340
Problématique	342
Principaux résultats	343
Apports et les limites de la recherche	346
Contribution théorique.....	346
Contribution méthodologique	348
Contribution au management (axe GRH).....	349
Conclusion finale	350
Bibliographie	Erreur ! Signet non défini.
Table des matières	390
Liste des tableaux	394
Liste des figures	399
Liste des annexes	403

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Hypothèses descriptive, explicative et prescriptive du 1^{er} thème (Corps d'hypothèses)</i>	14
Tableau 2. <i>Hypothèses descriptive, explicative et prescriptive du 2nd thème (Corps d'hypothèses)</i>	15
Tableau 3. <i>Hypothèses descriptive, explicative et prescriptive du 3^{ème} thème (Corps d'hypothèses)</i>	15
Tableau 4. <i>Questions préalables dans une recherche selon Quivy et Van Campenhoudt (1995)</i>	17
Tableau 5. <i>Mise en parallèle des conditions et caractéristiques de la complexité d'un système de santé avec le paradigme systémique selon Le Moigne (1994)</i>	37
Tableau 6. <i>Niveaux d'analyse du système de santé français (à partir du site du Ministère des solidarités et de la Santé)</i>	41
Tableau 7. <i>Historique de l'actuelle DGOS</i>	46
Tableau 8. <i>Orientations données aux ARS par les deux lois de santé et les stratégies nationales de santé</i>	49
Tableau 9. <i>Les niveaux de dépenses par secteur de la santé (Source : PLFSS, 2016)</i>	55
Tableau 10. <i>Chronologie des réformes hospitalières à partir de 2002 jusqu'en 2016</i>	59
Tableau 11. <i>Terminologie des soins hors établissements de santé en France - Source : Document de travail HAS (2015)</i>	61
Tableau 12. <i>Thèmes du social et du médico-social et les établissements et/services dédiés (Source : FINESS)</i>	63
Tableau 13. <i>Modes d'exercice des professions de santé réglementées en 2015 (extrait de Drees-Série longue : les professionnels de santé de 1999 à 2016)</i> <i>http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx</i>	66
Tableau 14. <i>Comparaison des quatre modèles d'interaction patient-médecin selon Emanuel et Emanuel (1992) Source : (Emanuel & Emanuel, 1992) Traduction personnelle</i>	70
Tableau 15. <i>Moving from a 20th to a 21st Century Health Care System (NIHCM, 2003) p.7</i>	76
Tableau 16. <i>Classification des modèles de déterminants de santé</i>	84
Tableau 17. <i>Différences de vue entre un monde simple et un monde complexe (traduit d'après Sturmberg et Martin, 2013)</i>	89

Tableau 18. <i>Caractéristiques de la profession appliquées aux trois niveaux métier</i> " - Source personnelle	96
Tableau 19. <i>Définitions des différentes formes ou pratiques de travail institutionnel de création adapté de Lawrence et Suddaby (2006)</i>	98
Tableau 20. <i>Définitions des différentes formes ou pratiques de travail institutionnel de maintien adapté de Lawrence et Suddaby (2006)</i>	99
Tableau 21. <i>Définitions des différentes formes ou pratiques de travail institutionnel de perturbation adapté de Lawrence et Suddaby (2006)</i>	99
Tableau 22. <i>Dispositifs de mise en œuvre de la coordination adapté de Alsène & Pichault (2007)</i>	113
Tableau 23. <i>Processus de coordination selon Mintzberg (1979)</i>	115
Tableau 24. <i>Thématiques associées à la coordination</i>	121
Tableau 25. <i>Caractéristiques implicite ou explicite des formes de coordination</i>	122
Tableau 26. <i>Synthèse des positions épistémologiques des paradigmes positiviste, interprétativiste et constructiviste adapté de Perret et Séville (2007, 2011) p.14 et p.15</i>	144
Tableau 27. <i>Comparatif de la prévision classique et de la prospective selon Godet (1977)</i> . 150	
Tableau 28. <i>Rapports et études prospectives sur les métiers de la santé de 1969 à 2016</i>	153
Tableau 29. <i>La méthode PM (Boyer & Scouarnec, 2009)</i>	157
Tableau 30. <i>Argumentaire de la démarche de recherche au regard des biais limitant la validité interne selon Campbell et Stanley (1963) (Tableau repris et adapté de Drucker-Godard et al. (2011))</i>	165
Tableau 31. <i>Liste des entretiens</i>	171
Tableau 32. <i>Définition des types d'acteurs vus en entretien</i>	172
Tableau 33. <i>Grille d'entretien type adaptée de la méthode PM</i>	173
Tableau 34. <i>Thèmes généraux utilisés dans les différentes grilles d'entretien</i>	174
Tableau 35. <i>Répartition des cadres participants à l'entretien collectif selon le milieu d'exercice professionnel</i>	175
Tableau 36. <i>Tri croisé inter codeur</i>	181
Tableau 37. <i>Échantillon des experts ayant répondu intégralement à l'enquête</i>	183
Tableau 38. <i>Échantillon de l'enquête en extension (réponses complètes)</i>	184
Tableau 39. <i>Caractéristiques des deux campagnes d'enquête</i>	190

Tableau 40. <i>Codage des opinions</i>	191
Tableau 41. <i>Les profils types de coordinateurs</i>	200
Tableau 42. <i>Composantes des conditions de travail dans les entretiens</i>	204
Tableau 43. <i>Motifs de satisfaction chez les coordinateurs dans les deux campagnes d'enquête</i>	231
Tableau 44. <i>Motifs d'insatisfaction chez les coordinateurs dans les deux campagnes d'enquête</i>	231
Tableau 45. <i>Résultats des deux enquêtes sur la thématique des mutations</i>	237
Tableau 46. <i>Résultats des deux enquêtes chez les coordinateurs sur la thématique des mutations</i>	237
Tableau 47. <i>Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes</i>	239
Tableau 48. <i>Résultats consolidés des questions 1 à 9 – Les mutations</i>	240
Tableau 49. <i>Résultats Question n°10</i>	241
Tableau 50. <i>Résultats Question n°10 chez les répondants coordinateurs</i>	241
Tableau 51. <i>Résultats Enquête « Experts » - Question n°11</i>	242
Tableau 52. <i>Résultats Enquête en extension - Question n°11</i>	242
Tableau 53. <i>Résultats Questions 12,13 et 14</i>	244
Tableau 54. <i>Résultats Questions 12,13 et 14 chez les répondants coordinateurs</i>	244
Tableau 55. <i>Résultats Question n°15</i>	245
Tableau 56. <i>Choix « Autre » Question 15</i>	246
Tableau 57. <i>Résultats Question n°16</i>	247
Tableau 58. <i>Choix « Autre » Question 16</i>	247
Tableau 59. <i>Résultats Enquête Experts question n° 17</i>	248
Tableau 60. <i>Résultats Enquête Extension question n° 17</i>	248
Tableau 61. <i>Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes</i>	249
Tableau 62. <i>Résultats consolidés des questions 10, 12, 13 et 14</i>	250
Tableau 63. <i>Résultats des questions n°18, 19,20,21,22 et 23</i>	253
Tableau 64. <i>Résultats des questions n°18,19,20,21,22 et 23 chez les répondants coordinateurs</i>	253
Tableau 65. <i>Résultats des questions n° 24,25,26 et 27</i>	255
Tableau 66. <i>Résultats des questions n° 24,25,26 et 27 chez les répondants coordinateurs</i> ..	256

Tableau 67. Résultats question n° 28	257
Tableau 68. Résultats Enquête Experts question n° 29	258
Tableau 69. Résultats Enquête Extension question n° 29	258
Tableau 70. Résultats question n° 30	259
Tableau 71. Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes - questions 18 à 23 et 30 .	262
Tableau 72. Résultats consolidés des questions 18 à 23 et 30	262
Tableau 73. Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes - questions 24 à 27	262
Tableau 74. Résultats consolidés des questions 24 à 27	263
Tableau 75. Résultats question n° 31	264
Tableau 76. Résultats question n° 31 chez les répondants coordinateurs	264
Tableau 77. Résultats question n° 32	265
Tableau 78. Résultats question n° 32 chez les répondants coordinateurs	265
Tableau 79. Résultats question n° 33	266
Tableau 80. Résultats question n° 34	266
Tableau 81. Résultats question n° 34 chez les répondants coordinateurs	267
Tableau 82. Résultats Enquête Experts question n° 35	268
Tableau 83. Résultats Enquête Extension question n° 35	268
Tableau 84. Résultats questions n° 36 et 37	269
Tableau 85. Résultats questions n° 36 et 37 chez les répondants coordinateurs	270
Tableau 86. Résultats Enquête Experts question n° 38	271
Tableau 87. Résultats Enquête Extension question n° 38	271
Tableau 88. Résultats Enquête Experts question n° 39	272
Tableau 89. Résultats Enquête Extension question n° 39	272
Tableau 90. Résultats Enquête Experts question n° 40	273
Tableau 91. Résultats Enquête Extension question n° 40	274
Tableau 92. Résultats questions n° 41 et 42	275
Tableau 93. Résultats questions n° 41 et 42 chez les répondants coordinateurs	275
Tableau 94. Résultats questions n° 43 et 44	276
Tableau 95. Résultats questions n° 43 et 44 chez les répondants coordinateurs	276
Tableau 96. Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes - questions 31,41 et 42	279
Tableau 97. Résultats consolidés questions 31,41 et 42	280

Tableau 98. <i>Test d'indépendance entre les lignes et les colonnes - questions 32, 34,36, 37, 43 et 44</i>	280
Tableau 99. <i>Résultats consolidés questions 32, 34,36, 37, 43 et 44</i>	280
Tableau 100. <i>Consensus modéré à fort</i>	282
Tableau 101. <i>Consensus faible</i>	283
Tableau 102. <i>Pas de consensus évident</i>	285
Tableau 103. <i>Évaluation du consensus par thématiques</i>	286
Tableau 104. <i>Les quatre profils-types de coordinateur</i>	293
Tableau 105. <i>Les variables clés externes</i>	294
Tableau 106. <i>Les variables clés internes</i>	295
Tableau 107. <i>Les représentations des acteurs</i>	296
Tableau 108. <i>Les cas présentés en typologie et leurs sources d'information</i>	299
Tableau 109. <i>Mise en parallèle des caractéristiques d'une communauté selon Goode (1957) et du processus de professionnalisation de cette communauté selon Wilensky (1964)</i>	329
Tableau 110. <i>Tableau récapitulatif des travaux ou rapports prospectifs sur les métiers de la santé de 2005 à 2016</i>	405

Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Plan de la thèse : Thèse soutenue, enchaînement des six chapitres et cheminement de la PM.	20
<i>Figure 2.</i> Représentations graphiques de la TS selon Moos and Dear (1986).....	25
<i>Figure 3.</i> Interactions entre les composantes de la CIF (WHO, 2001) p.19.....	29
<i>Figure 4.</i> Modèle général d'organisation des systèmes de financement de la santé (Kutzin, 2000)	31
<i>Figure 5.</i> Modèles d'analyse d'un système d'après Trentesaux (2002).....	30
<i>Figure 6.</i> Rapports entre les fonctions et les objectifs du système de santé (adapté de Musgrove). et al., 2000).....	39
<i>Figure 7.</i> Disparités d'espérance de vie et de dépenses de santé persistent dans la zone OCDE, 2019).....	39
<i>Figure 8.</i> L'ARS dans son environnement (d'après le dossier de presse ARS du 01/04/2010).	50
<i>Figure 9.</i> Nouvelle structuration du projet régional de santé à partir de janvier 2018 [Décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé].....	49
<i>Figure 10.</i> « Estimations mensuelles de la prévalence de la maladie dans la communauté et des rôles des médecins, des hôpitaux et des centres hospitaliers universitaires dans la fourniture de soins médicaux (adultes de 16 ans et plus) » Source : (White et al., 1961; White, 1997) titre original : « <i>Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care (Adults 16 Years of Age and Over)</i> ».....	54
<i>Figure 11.</i> Grandes catégories de professions dans le secteur de la santé (2015).	67
<i>Figure 12.</i> Moyenne d'âge de la totalité des médecins inscrits au tableau de l'ordre, 2015 — France métropolitaine, [Source : CNOM].....	68
<i>Figure 13.</i> Pyramide des âges Champ : France y compris Mayotte - Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2014).	79
<i>Figure 14.</i> Pyramide des âges de la population médicale en France (Données 2012-Conseil National des Médecins).	87
<i>Figure 15.</i> Gradation conceptuelle de l'émergence selon Sartenaer (2010b) Figure originale modifiée (zones grisées).....	97

<i>Figure 16.</i> Relation triangulaire entre le mot, sa représentation et l'objet défini ou observé - d'après Ogden et al., 1989, Ogden et Richards, 1923) accompagné des traductions de Morlino (2013) et Dumez (2011).	103
<i>Figure 17.</i> Représentations du concept de coordination dans les champs sanitaires sociaux et médico-sociaux. Schéma adapté de « Image de la structuration de classes » d'après le prototype (Source : Dubois ; Dubois, 1991, p.105).....	105
<i>Figure 18.</i> Compétences fonctionnelles et relationnelles formant les pratiques nécessaires au rôle de coordinateur.....	107
<i>Figure 19.</i> Modèle de la coordination relationnelle - adapté de Gittell, Seidner et Wimbush (2010).	108
<i>Figure 20.</i> Relational coordination, job satisfaction and quality of life (Gittell et al., 2008).	109
<i>Figure 21.</i> Types d'interdépendance selon Galbraith (1968).	111
<i>Figure 22.</i> Entités organisationnelles présentes au sein d'arrangements nidifiés (source : Hitt et al., 2007).....	113
<i>Figure 23.</i> Exemple d'un parcours de soin à partir du parcours de vie – adapté de Topolski (2013).	119
<i>Figure 24.</i> Modalités de délégation de la coordination par le médecin généraliste.....	124
<i>Figure 25.</i> Circuit de la communication et ses altérations entre médecin hospitalier et médecin de ville.	125
<i>Figure 26.</i> Progression du raisonnement dans les théories.	136
<i>Figure 27.</i> Proposition de modélisation	137
<i>Figure 28.</i> Construction de l'objet de recherche dans l'approche interprétativiste (Allard-Poesi et Maréchal in Thiétart, 2007, 3ème édition, p.43)	148
<i>Figure 29.</i> Démarche de construction des scénarios.....	137
<i>Figure 30.</i> Atteinte du niveau de saturation de création	177
<i>Figure 31.</i> Catégorisation au 1 ^{er} et au 2 nd cycles d'encodage	178
<i>Figure 32.</i> Arrangements supérieurs et subordonnés	179
<i>Figure 33.</i> Types d'échelles utilisées dans l'enquête.....	189
<i>Figure 34.</i> Méthode d'analyse comparée des enquêtes.....	191
<i>Figure 35.</i> Encodage par type d'acteur dans la thématique "Coordinateur" (en %).....	193
<i>Figure 36.</i> Encodage par type d'acteur dans la thématique "Coordination" (en %).....	207

<i>Figure 37.</i> Encodage par type d'acteur dans la thématique "Mutations" (en %)	210
<i>Figure 38.</i> Encodage par type d'acteur dans la thématique "Organisations et dispositifs" (en %)	214
<i>Figure 39.</i> Encodage par type d'acteur dans la thématique "Parcours de soins" (en %)	215
<i>Figure 40.</i> Encodage par type d'acteur dans la thématique "Territoires et espaces de coordination"	216
<i>Figure 41.</i> Représentation des thématiques principales (Nœuds parents) dans les entretiens (en %)	218
<i>Figure 42.</i> Incidence des neuf formes de travail institutionnel de création dans les entretiens	219
<i>Figure 43.</i> Classification hiérarchique ascendante des formes de travail institutionnel de création	220
<i>Figure 44.</i> Incidence des six formes de travail institutionnel de maintien dans les entretiens	221
<i>Figure 45.</i> Dendrogramme des formes de création et de maintien dans les entretiens	222
<i>Figure 46.</i> Répartition hommes/femmes questionnaire Experts	223
<i>Figure 47.</i> Tranche d'âge questionnaire Experts	223
<i>Figure 48.</i> Répartition hommes/femmes questionnaire en extension	223
<i>Figure 49.</i> Tranche d'âge questionnaire en extension	223
<i>Figure 50.</i> Professions au sein de l'enquête Experts	224
<i>Figure 51.</i> Professions au sein de l'enquête en extension	224
<i>Figure 52.</i> Territoire d'activité - Enquête Experts	226
<i>Figure 53.</i> Territoire d'activité - Enquête en extension	226
<i>Figure 54.</i> Milieu d'exercice - Enquête Experts	226
<i>Figure 55.</i> Milieu d'exercice - Enquête en extension	226
<i>Figure 56.</i> Représentation des coordinateurs dans les professions déclarées de l'enquête Experts	228
<i>Figure 57.</i> Représentation des coordinateurs dans les professions déclarées de l'enquête en extension	228
<i>Figure 58.</i> Types de dispositifs ou d'établissements d'appartenance des coordinateurs participants	229

<i>Figure 59.</i> Effectif des coordinateurs par année de recrutement	230
<i>Figure 60.</i> AFC Synthèse des deux enquêtes.....	239
<i>Figure 61.</i> AFC Synthèse des questions 10, 12, 13 et 14	250
<i>Figure 62.</i> AFC Synthèse des questions 18 à 12 et 30.....	262
<i>Figure 63.</i> AFC Synthèse des questions 24 à 27.....	263
<i>Figure 64.</i> AFC Synthèse des questions 31, 41 et 42	279
<i>Figure 65.</i> AFC Synthèse des questions 32, 34, 36, 37, 43 et 44	280
<i>Figure 66.</i> Échelle d'évaluation du consensus.....	281
<i>Figure 67.</i> Synthèse en radar des scores consolidés	289
<i>Figure 68.</i> Synthèse des résultats pour la construction des scénarios.....	305
<i>Figure 69.</i> Travail de théorisation des pratiques (inspiré du schéma de Chesbrough (2006))	309
<i>Figure 70.</i> Les scénarios possibles.....	317
<i>Figure 71.</i> Stratégies individuelles et collectives dans le temps (schéma élaboré à partir du schéma de Bartolini (1986)).....	348

Liste des annexes

Annexe	Titre
1	Tableau récapitulatif des travaux ou rapports prospectifs sur les métiers de la santé de 2005 à 2016
2	Protocole d'entretien (exemple)
3	Questionnaire de l'enquête auto administrée aux experts et en extension
4	Encodage de 1 ^{er} cycle des entretiens semi-directifs et de l'entretien de groupe
5	Retranscription d'entretien (exemple)

Annexe 1 - Tableau récapitulatif des travaux ou rapports prospectifs sur les métiers de la santé de 2005 à 2016

Tableau 110. Tableau récapitulatif des travaux ou rapports prospectifs sur les métiers de la santé de 2005 à 2016

Année de parution	Titre	Auteur(s) ou Direction	Origine	Méthodologie	Note(s)
2005	Prospective des métiers de la santé – Journée d'étude du 18 novembre 2004	Collectif	Commissariat général du plan	Trois scénarios alternatifs	Voir Rapport « Avenirs des métiers (Afriat, 2002)
2008	Les métiers de la santé Horizon : 2025	Vader, John-Paul	Office de prospective en santé, rapport 2008, dirigé par Didier Tabuteau Éd. Sciences Po	Sans objet (chaque article du rapport expose en introduction un encart (le pire et le meilleur)	Propose une vision avec 6 nouveaux métiers : -L'intervenant polyvalent -Le gestionnaire d'équipe de prise en charge -Le répondant sécurité hospitalière -Le répondant site internet santé -L'évaluateur de l'impact sanitaire (<i>health impact assessor</i>) Forces sanitaires nationales ou internationales
2010	Prospective santé 2030-prévention 2010 – Rapport final	Non mentionné	INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	Trois scénarios prospectifs (dit tendanciel, dit de croissance, dit tensions généralisées) proposés à partir d'une analyse socio-économique, de données démographiques et politique	
2010	Santé 2025	Non mentionné	LEEM Les Entreprises du Médicament		

Année de parution	Titre	Auteur(s) ou Direction	Origine	Méthodologie	Note(s)
2011	Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer	Hénart, Laurent, Berland, Yvon, Cadet, Danielle, Verrier, Bernard, Fery-Lemonnier, Elisabeth	Ministère du travail, de l'emploi et de la santé ; FRANCE. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ; FRANCE. Secrétariat d'Etat à la santé	Scénario prospectif faisant synthèse de propos d'experts (auditions, entretiens téléphoniques, groupes focus, consultation de documents)	
2011	Prospective du secteur santé : Impacts sur les acteurs et métiers à horizon 2030	Non mentionné		7 scénarios dits « dynamiques » reposant sur 6 variables communes Méthodologie inspirée de la méthode Prospective stratégique LIPSOR Questionnaire rétrospectif et prospectif	
2015	Les métiers en 2022	France Stratégie - DARES		3 scénarios macroéconomiques - Scénario central (médiane) sortie de crise - Scénario de crise - Scénario « cible »	Non spécifique à la santé. Les métiers sont regroupés par domaine professionnel (Santé, action sociale, culturelle et sportive)
2016	PROSPECTIVE E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé – Synthèse Perspective à court (2 ans), moyen (5 ans) et long terme (10 ans)	Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (PIPAME) Acteurs institutionnels et privés (prestataires et industriels) du système de santé		Plus de 110 entretiens et ateliers de travail Comparaison internationale des écosystèmes de santé	Étude et rédaction réalisées par 2 cabinets de conseil Étude menée de décembre 2014 à décembre 2015

Annexe 2 - Exemple d'un protocole entretien

Annexe 2 - Exemple d'un protocole entretien

Présentation du sujet de thèse

Denis Lecoq Doctorant Laboratoire du NIMEC – Ecole Doctorale 242	<u>Sujet de thèse</u> (non définitif) : Management des métiers de la coordination dans les champs du sanitaire, du social et du médico-social	Université de Caen Basse Normandie - IAE
--	---	--

Dans le cadre d'un travail de thèse en Sciences de Gestion débuté en 2014 à l'Université de Caen, ma recherche porte sur l'activité de coordination dans le champ de la santé (au sens large). Je pars d'un constat empirique sur les fonctions transversales et les approches pluridisciplinaires qui sont de plus en plus présentes et sollicitées dans les différents champs de la santé. Elles sont révélatrices du ou des besoins de coordination dans les espaces intra et inters organisationnels et de façon plus globale entre les différents champs de la santé. Ce premier constat du besoin de coordination fait ainsi l'objet d'un des axes de la Stratégie Nationale de Santé annoncée par la ministre Mme M. Touraine « *Ma stratégie s'articule autour de quatre objectifs structurants : plus de proximité, plus d'efficacité, plus de régulation et plus de coordination.* ».

La question générale réside dans l'étude du processus de mutation d'une fonction (floue), celle de la coordination vers une autre forme évoluée, reconnue (visible) que serait une spécialisation professionnelle ou un nouveau métier de coordinateur par exemple.

La question de recherche est en formation et actuellement elle est ainsi posée :

« De la fonction de coordination au métier de coordinateur dans les champs de la santé, comment se dessine un nouveau métier ? »

Conditions à la réalisation de l'entretien

Les questions sont soumises préalablement à La Direction des Soins.

L'entretien est enregistré après accord préalable. M. LECOQ s'engage à la confidentialité des échanges et dans le traitement des données recueillies.

Le fichier informatique lié à l'enregistrement, sa transcription ainsi que les données recueillies et utilisées (p.ex. verbatim, etc.) seront rendus anonymes et remis en copie à La Direction des Soins à sa demande.

Les domaines où s'exerce la coordination sont étendus et parfois se recouvrent au moins pour partie. La Direction des Soins en son représentant a, bien sûr, la totale liberté de choisir l'angle sous lequel elle envisage d'échanger autour du thème.

THEMES	QUESTIONS
Données contextuelles	Pouvez-vous vous présenter ? <i>Si cela vous est possible votre cursus universitaire et professionnel</i>
Environnement général	<p>Comment définissez-vous la coordination dans le champ de la santé ?</p> <p>Quels sont les contextes de soins (de prise en charge) nécessitant des temps de coordination ou des compétences à coordonner au sein de votre établissement ?</p> <p>Quelles sont les actions engagées par la DSSI au sujet de la coordination ?</p>
Coordination, Parcours et Complexité : un nouveau métier ?	<p>Comment définissez-vous un parcours de soins complexe ?</p> <p>Quel est le rôle de la DSSI dans la coordination des parcours complexe ?</p> <p>Quel pourrait être le rôle d'un(e) coordinateur(trice) ?</p> <p>Quelle place ou rôle serait à éviter dans la coordination ?</p> <p>Ce rôle doit-il être exercé nécessairement par un professionnel de santé ?</p> <p>Y-a-t-il selon vous une question de légitimité préalable à la capacité à coordonner ?</p> <p>A quels problèmes le coordinateur pourrait-il être confronté ?</p> <p>La capacité à coordonner requiert-elle selon vous des compétences et/ou des qualités ?</p>
Freins	Quels sont les freins possibles ou constatés à la coordination ?
Perspectives -	<p>Que pensez-vous de l'évolution des métiers de santé ? (Mutations internes et externes)</p> <p>Quel est votre avis sur l'avenir de la formation des professionnels de santé concernant le travail de coordination ?</p> <p>Selon vous, qu'est-ce qui serait susceptible de favoriser le développement de cette compétence à coordonner ?</p>

Annexe 3 - Questionnaire Enquête

Annexe 3 - Questionnaire Enquête

Les coordinateurs et les coordinatrices dans le milieu de la santé : Quels devenirs possibles ?

Enquête sur les coordinateurs et les coordinatrices dans les organisations de santé.

Depuis le début des années 2000 les coordinateurs et les coordinatrices sont recrutés dans beaucoup d'organisations appartenant au milieu de la santé (sanitaire, social et médico-social).

Ce questionnaire a pour objectif de mieux comprendre les coordinateurs, les coordinatrices en 2019. Dans une démarche prospective, ma thèse proposera des scénarios d'évolution possible pour ces professionnels. Ainsi vos réponses apportées à ce questionnaire vont venir alimenter ces propositions de scénarios à partir du terrain.

Ce questionnaire comprend 61 questions. Il devrait vous prendre environ 15 minutes.

Je suis à votre disposition pour toute question ou précision qui vous serait nécessaire.

Je vous remercie pour votre participation et le temps consacré.

Denis LECOQ - denis.lecoq@unicaen.fr

IAE Caen - Université de Caen Normandie

Laboratoire du NIMEC - ED 242 Économie-Gestion Normandie.



Les mutations de l'environnement de la santé et leurs impacts possibles.

Pensez-vous que les grands changements suivants sont en lien avec des besoins plus grands de coordination et la présence plus importante des coordinateurs dans le système de santé français ?

1. Le manque de médecins généralistes sur plusieurs territoires nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins.

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

2. La fermeture d'établissements hospitaliers nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins.

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

3. L'organisation des soins (Ville-hôpital par ex.) est trop cloisonnée et n'est pas prête pour répondre aux changements de la société française (Le changement du modèle familial comme les parents isolés par ex.).

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

4. L'utilisateur, le patient devient de plus en plus acteur de sa santé et de son parcours de soins. Cela nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

5. Demain, l'organisation de la santé sera plus pilotée par la qualité et la valeur ajoutée des soins délivrés et coordonnés.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

6. La mise en place des coordinateurs dans les organisations de santé a aussi un objectif de diminution globale des coûts.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

7. Le virage inclusif dans le milieu du handicap de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins et/ou d'accompagnement.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

8. La désinstitutionalisation dans le milieu de la santé mentale nécessite de réorganiser l'organisation des soins et augmente le besoin de coordination des parcours de soins et/ou d'accompagnement.

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

9. La place de l'intelligence artificielle dans la médecine va profondément modifier les métiers de la santé dans les prochaines années.

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Les profils des coordinateurs et des coordinatrices.

10. Demain, la formation des coordinateurs et des coordinatrices sera différente de celle préparant à des fonctions de "cadre" (de santé, de service).

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

11. Demain, quel sera le niveau de formation professionnelle des coordinateurs et des coordinatrices dans la majorité des cas ?

* **Réponse obligatoire**

① **Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre.**

Veillez sélectionner de 1 à 3 réponses.

Veillez choisir au minimum 1 élément. Veillez cocher au plus 3 éléments

- Obligatoirement un diplôme de la santé ou du social
- Suivi une formation complémentaire en rapport avec la coordination
- Une formation de coordinateur sans être obligatoirement des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux

12. Demain, à l'hôpital les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des professionnels de santé.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

13. Demain, dans les établissements médico-sociaux les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des professionnels de santé.

Par ex. dans les EHPAD, Maisons d'accueil spécialisées, etc.

- * **Réponse obligatoire**
- ① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

14. Demain, dans les établissements sociaux les coordinateurs et les coordinatrices seront seulement des travailleurs sociaux.

- * **Réponse obligatoire**
- ① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

15. Demain, dans les maisons ou pôles de santé, les coordinateurs et les coordinatrices seront :

- * **Réponse obligatoire**
- ① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

16. Demain, dans les dispositifs de coordination, les coordinateurs et coordinatrices seront :

Aujourd'hui représentés par exemple par les services de soins (HAD, SIAD, etc.), les CLIC, les MAIA, les PTA, les réseaux de santé, etc.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

17. Indiquez quels pourraient être, selon vous, les parcours de formations de ces autres professionnels ?

Autres professionnels : c'est à dire " professionnels n'ayant pas comme formation initiale un métier de la santé ou du social ".

* **Réponse obligatoire**

① **Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre.**

Veillez sélectionner de 5 réponses.

Veillez choisir au minimum 5 éléments. Veillez cocher au plus 5 éléments

- Formation en communication
- Formation en gestion, management
- Formation en logistique
- Formation en comptabilité, contrôle de gestion
- Formation dédiée à la coordination (ex. Diplôme universitaire de coordination)

Le coordinateur, la coordinatrice.

L'emploi du coordinateur ; son identité professionnelle ; ses compétences individuelles pour coordonner.

18. « C'est pourquoi si je me pose la question de cette dénomination (de coordinatrice, coordinateur) en fait parce que à la MAIA, au Conseil Départemental, on les appelle gestionnaires de cas on a oublié leur ancien métier et elles se présentent comme gestionnaires de cas auprès des patients ».

Aide : Pensez-vous qu'il y a un problème d'identité professionnelle qui se pose dans cette réflexion ?

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

19. Demain, les emplois des coordinateurs et des coordinatrices seront reconnus dans les différentes conventions collectives du secteur de la santé (sanitaire, social, médico-social).

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

20. Demain, la rémunération du coordinateur devrait-elle être spécifique dans les conventions collectives du secteur de la santé ou même dans le droit commun ?

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

21. Demain, les coordinateurs et les coordinatrices seront recrutés avec un statut "cadre" dans la majorité des cas ?

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

22. Demain, les coordinateurs et coordinatrices disposeront de référentiels de compétences propres à leur secteur d'activité.

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

23. Demain, le travail des coordinateurs sera reconnu pour sa spécificité par la majorité des professionnels de santé et du social.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

24. Demain, les coordinateurs et coordinatrices auront une autonomie de décision.

Aide : En lien avec leur référentiel de compétences.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable
- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

25. Demain, les coordinateurs et les coordinatrices disposeront d'une éthique propre à leur exercice professionnel.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable
- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

26. Demain, " Être un coordinateur, une coordinatrice " sera reconnu comme un métier à part entière.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable

- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

27. Demain, " Être un coordinateur " dans le milieu de la Santé c'est d'abord être reconnu par les autres professionnels de santé ou et/ou du social comme une spécialisation d'un premier métier du soin ou du social.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable
- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

28. Demain, la coordination est reconnue par les professionnels et les usagers comme une compétence :

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Individuelle " on voit la compétence du coordinateur et ses compétences avant la coordination "
- Collective " on voit la coordination comme un travail pluridisciplinaire, les compétences sont collectives "
- C'est un tout
- Sans opinion

29. Demain, quelles compétences devrait-on trouver chez les coordinateurs et les coordinatrices ?

* **Réponse obligatoire**

① **Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre.**

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 5

- C'est un(e) expert(e) de la thématique qu'il ou elle coordonne
- Il ou elle doit avoir des capacités d'adaptation
- Il ou elle doit avoir des capacités de médiateur
- Il ou elle doit permettre que des solutions émergent
- Il ou elle doit avoir des capacités de leadership

30. " Dans le secteur du handicap l'ordre en ce moment c'est le virage inclusif... en gros on détricote les institutions et on passe plus sur des services en milieu ouvert etc. et on force les coopérations les partenariats ".

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

Demain, le cadre des pratiques de coordination.

31. Les nouveaux outils de partage collaboratif comme les services numériques d'appui à la coordination (SNAC) vont-ils renforcer le rôle des coordinateurs dans les différents parcours de soins ou d'accompagnement ?

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

32. Demain, l'intégration des coordinateurs dans l'organisation des parcours de soins aura permis le décloisonnement du système de santé.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

33. Demain, le coordinateur sera assez seul pour "faire travailler ensemble les autres professionnels ou bien sera-t-il intégré dans les équipes pluridisciplinaires (par ex. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ?

Aide : Le coordinateur "paradoxalement" est souvent isolé dans son travail de coordination alors que la finalité de son travail est de favoriser l'interdisciplinarité, le "travailler ensemble".

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Probablement seul
- Probablement en équipe
- Sans opinion
- Autre

34. Demain, le coordinateur assurera plusieurs missions ou tâches dans son organisation.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable
- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

35. Demain, quelles pourraient être les autres tâches ou missions du coordinateur ?

* **Réponse obligatoire**

① **Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre.**

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 7

- Comptabilité générale
- Gestion et analyse financière, préparation des budgets prévisionnels
- Ressources humaines
- Représentation auprès des autorités tutélaires
- Tâches administratives
- Accueil des usagers
- Maintenance technique

36. Demain, les résistances manifestées plus ou moins explicitement au travail des coordinateurs **par les professionnels** en 2019, n'existeront plus.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable
- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

37. Demain, les résistances manifestées plus ou moins explicitement au travail des coordinateurs par les usagers et/ou les patients en 2019, n'existeront plus.

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable
- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

38. Selon vous, demain quelles seraient les raisons de la persistance de ces résistances chez les professionnels ?

* Réponse obligatoire

① Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre.

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 4

- Le manque de temps pour travailler en pluridisciplinarité
- Le sentiment de perdre sa liberté de choix, de décision
- L'attachement des professionnels à leurs prérogatives
- L'atteinte de la position sociale

39. Selon vous, demain quelles seraient les raisons de la persistance de ces résistances chez les usagers/patients?

* Réponse obligatoire

① Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre.

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 4

- La crainte d'une perte de confidentialité sur ses données personnelles
- La perte du lien avec les soignants de proximité
- La crainte d'être dirigé par obligation dans son parcours de soin ou d'accompagnement
- Autre

40. Demain, la réflexion pluridisciplinaire autour des parcours de soins et d'accompagnement sera majoritairement organisée par :

* Réponse obligatoire

① Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre.

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 5

- Les équipes hospitalières, médico-sociales ou sociales
- Les usagers, les patients ou parents (si mineur)

- Les professionnels de proximité
- Les professionnels spécialistes
- Les coordinateurs dédiés au type de parcours

41. " Il y a un risque qu'il y ait une forme de compétition à coordonner... autrement dit : trop de coordinateurs, trop de coordination risque de nuire au but recherché ! "

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

42. " On ne peut pas superposer un modèle de coordination sur tous les territoires de manière uniforme. "

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Sans opinion
- D'accord
- Tout à fait d'accord

43. Demain, il y aura davantage de coordinateurs et de coordinatrices dans les dispositifs de coordination.

Aide : Les dispositifs de coordination tels que réseaux de santé, CLIC, MAIA, PTA, etc.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable
- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

44. Demain, il y aura moins de coordinateurs et de coordinatrices dans les dispositifs de coordination.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très peu probable
- Peu probable
- Sans opinion
- Probable
- Très probable

Quelques questions vous concernant.

45. Vous êtes :

* **Réponse obligatoire**

- Une femme
- Un homme

46. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- < 25 ans
- 25 à 45 ans
- 46 à 60 ans
- > 60 ans

47. Quelle est votre profession ?

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Assistant-e de service social
- Éducateur-riche
- Médecin
- Infirmier-e
- Pharmacien-ne en officine
- Psychologue
- Diététicien-ne
- Autre profession du social
- Autre profession de santé
- Autre

48. Votre lieu d'exercice se trouve en :

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Territoire rural
- Territoire urbain
- Territoire péri-urbain
- Présent sur l'ensemble de ces territoires
- Autre

49. Quel est votre milieu d'exercice ?

* **Réponse obligatoire**

① **Cochez-la ou les réponses**

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Profession libérale en ville
- Dans un établissement ou dépendant d'un établissement
- Dans un dispositif indépendant d'un établissement
- Autre

50. Exercez-vous comme coordinateur-coordinatrice ?

Aide : Par exemple, "Médecin coordinateur", "infirmière coordinatrice", "coordinateur de parcours", "gestionnaire de cas", etc.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Non, mais je fais de la coordination dans mon activité professionnelle

Si OUI : « Vous êtes un coordinateur, une coordinatrice », merci de répondre aux questions suivantes :

51. Dans quel type de dispositif ou d'établissement êtes-vous coordinateur, coordinatrice ?

Aide : Si vous le souhaitez, vous pouvez compléter en commentaire votre réponse.

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Établissement hospitalier
- Établissement pour personnes âgées dépendantes
- Établissement ou dispositif pour adultes avec un handicap
- Établissement ou dispositif pour enfants avec un handicap
- Service de soins à domicile (hors handicap)
- Réseau de santé
- Maison de santé ou Pôle de santé
- Plateforme ou Coordination Territoriale d'Appui
- Équipe Mobile
- CLIC
- MAIA

Faites le commentaire de votre choix ici :

52. Année où vous avez été recruté(e) comme coordinateur, coordinatrice :

① **Seul un nombre entier peut être inscrit dans ce champ.**

① **Votre réponse doit être comprise entre 1970 et 2020**

53. Quel est votre niveau de satisfaction dans votre travail ?

* **Réponse obligatoire**

① **Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Plutôt satisfait
- Très satisfait

54. Selon vous, quels seraient les éléments qualitatifs générant de la **satisfaction** dans le travail de coordinateur, coordinatrice ?

Aide : Éléments qualitatifs pour mieux comprendre votre satisfaction dans votre travail de coordinateur, coordinatrice.

* **Réponse obligatoire**

① **Cochez-la ou les réponses**

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- La reconnaissance du travail de coordination par les autres professionnels ou la hiérarchie
- La reconnaissance de la fonction ou du métier de coordinateur(trice)
- La reconnaissance de compétences spécifiques
- La reconnaissance d'un travail qui améliore la qualité des soins pour un patient, un usager
- Autre

55. Selon vous, quels seraient les éléments qualitatifs générant de l'**insatisfaction** dans le travail de coordinateur, de coordinatrice ?

Aide : Éléments qualitatifs pour mieux comprendre votre insatisfaction dans votre travail de coordinateur, coordinatrice.

* **Réponse obligatoire**

① **Cochez-la ou les réponses**

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Un problème de reconnaissance de la place du coordinateur par les autres professionnels
- Un problème de reconnaissance par les patients, les usagers
- Un manque de légitimité
- Un avenir incertain du poste occupé (financement du poste)
- Une charge mentale très et/ou trop importante
- Le sentiment de solitude dans la fonction
- Un temps partiel qui ne correspond pas aux besoins réclamés par le travail à réaliser

56. Souhaitez-vous continuer votre carrière comme coordinateur-coordinatrice d'ici à 2030 ?

* **Réponse obligatoire**

① **Veillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui

- Non
- Autre

57. Avez-vous des projets de formation en rapport avec la coordination et/ou la thématique de parcours qui s'y rattache ?

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Si « **NON**, mais je fais de la coordination dans mon activité professionnelle », merci de répondre aux questions suivantes :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non, mais je fais de la coordination dans mon activité professionnelle' à la question '50 (Exercez-vous comme coordinateur-coordinatrice ?)

58. Dans quel cadre exercez-vous et faites-vous de la coordination ?

Aide : Vous pouvez préciser votre réponse si vous le souhaitez.

* **Réponse obligatoire**

① **Cochez-la ou les réponses**

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

<input type="checkbox"/>	Profession libérale en ville	
<input type="checkbox"/>	J'interviens à temps partiel dans un établissement hospitalier ou dépendant d'un établissement hospitalier	
<input type="checkbox"/>	J'interviens à temps partiel dans un dispositif indépendant d'un établissement (ex. réseau, HAD, etc.)	
<input type="checkbox"/>	Autre	

59. Quelle est votre appréciation du travail de coordination et des coordinateurs ?

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très positive
- Positive
- Plutôt positive
- Indifférente
- Plutôt négative
- Négative
- Très négative

60. Cette appréciation pourrait-elle évoluer dans les 10 prochaines années ?

* Réponse obligatoire

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Favorablement
- Défavorablement
- Je ne sais pas

61. Voulez-vous apporter des commentaires à ce questionnaire ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Le questionnaire est terminé ! Un grand merci pour votre participation.

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Questionnaire élaboré à l'aide du logiciel open source LimeSurvey Professional.

Annexe 4 - Encodage de 1^{er} cycle des entretiens semi-directifs et de l'entretien de groupe

Annexe 4 - Encodage de 1^{er} cycle des entretiens semi-directifs et de l'entretien de groupe

N°	Surnom	Nœuds parents	Nœuds enfants 1er niveau	Nœuds enfants 2ème niveau	Nœuds enfants 3ème niveau	Nœuds enfants 4ème niveau	Création de Relations	Nombre de références encodées
1	ONCBL	7	15	5	2	1	0	58
2	RSVLE	6	9	9	3	2	11	83
3	RSEDU	0	15	5	3	2	2	89
4	MCOCR	1	13	4	2	1	2	93
5	EREVI	1	3	0	0	0	3	70
6	GCBGA	2	9	0	0	1	1	59
7	RDYLE	1	8	0	0	0	3	68
8	ARSKA	1	14	1	0	0	3	69
9	PRORO	1	6	1	0	0	1	75
10	RNQAL	2	3	0	0	0	0	52
11	MGRBE	1	10	0	0	0	3	78
12	MGZEN	0	3	3	0	0	0	55
13	MGDEM	0	1	0	0	0	0	24
14	MGBAT	1	2	0	0	0	0	42
15	ARSMI	1	16	2	0	0	4	120
16	AAPIT	2	6	0	0	0	0	29
17	AIUTE	0	12	0	0	0	4	118
18	MGTAN	0	5	0	0	0	1	78
19	ILIZH	0	6	0	0	0	1	87
20	ILIAL	2	2	0	0	0	1	91
21	ILIGA	1	4	0	0	0	1	64
22	ICLAU	0	1	3	0	0	4	61
23	ICLEH	0	2	0	0	1	0	86
24	ILIMO	0	0	0	0	0	0	44
25	AIVIA	0	4	0	1	0	4	66
26	ICGER	0	7	0	0	0	4	108
27	ILIDE	1	7	1	0	0	2	113
28	ILICO	0	0	0	0	0	1	89
29	FGMOS	0	5	0	0	0	1	93
30	POLGE	0	8	1	0	0	0	97
31	PTAGO	0	8	1	1	1	2	244

Annexe 5 – Exemple de retranscription d’entretien

Nom : GER. C CFB 31032017

Description : Entretien C. G. IDE parcours complexe au CFB le 31 mars 2017

	Durée	Contenu
1	0:00,0 - 1:31,0	DL : Le sujet de notre entretien c'est de comprendre votre contexte et votre place d'IDE en parcours de soins complexe en parlant de ce qu'il représente mais aussi comment vous vous le représentez aussi bien pour aujourd'hui que pour demain et dans cette place de ce qu'est une IDE en parcours de soins, comment... qu'est-ce qui en fait la valeur ajoutée ? ses difficultés Si vous voulez bien d'abord me dire votre âge, l'année de votre diplôme d'État...
2	1:32,0 - 4:09,0	C.G : Alors je suis diplômée depuis novembre 1996 de Caen donc de l'IFSI à coté euh j'ai 45 ans voilà. Donc moi j'ai toujours travaillé à Baclesse dès que je suis sortie de mon diplôme hormis un trimestre dans une maison de retraite à Hérouville Saint-Clair. Sinon je suis rentrée pratiquement aussitôt euh donc dans un 1er temps infirmière un petit peu partout dans la maison roulante on appelait ça avec quand même ça a duré 6 mois en digestif, ensuite roulante et ensuite quand je suis revenue de mon congé mater donc je suis arrivée en hémato où là j'ai fait une bonne dizaine d'années ensuite j'ai quitté l'hémato par décision de cadre par rapport à des problèmes de santé donc je suis arrivée en hôpital de jour. De l'hôpital de jour j'ai fait le centre de prélèvement toujours à cause de problèmes de santé et ensuite du centre de prélèvement euh j'ai postulé sur le poste de Jeannine Jenvrin donc sur le poste d'IDEC parcours de soins euh motivations professionnelles dans le sens où mes problèmes de santé ont fait que je ne pouvais plus être dans les soins techniques hein qu'on appelle techniques et euh il a fallu que je fasse le deuil de la technique et en fait vu l'âge que j'avais soit je me disais je reste au centre de prélèvement et puis je fais ma carrière... ce qui n'était pas mon choix! et donc je m'étais dit : je chercherai quelque chose qui soit plus sur le côté relationnel et enfin les poste quand il s'est mis à l'affiche je me suis dit : je tente! Sachant qu'entre deux j'avais quand même fait une mission euh d'infirmière en recherche clinique de quelques mois euh sur une étude qui était en cours donc qui était intéressante aussi et puis en

		recherche clinique je n'ai pas pu rester je suis retournée sur mon poste de prélèvement et puis après me voilà arrivée ici !
		DL : En quelle année avez-vous débuté à ce poste ?
3	4:10,0 - 5:50,0	C.G : C'était en janvier donc 2016 donc ça va faire un an ça fait un an au mois de janvier 2016 donc juste après en ayant alors l'entretien en l'ayant préparé pendant plusieurs weekends voilà... rechercher ce qu'était une infirmière coordinatrice déjà ce qu'était le parcours complexe de soins parce que ça je dirais que dans les soins dans les services de soins euh surtout moi au service de prélèvement euh je n'avais aucune notion de ce que c'était ! Donc euh je me suis dit : il faut que j'aille aux infos déjà à la pêche aux infos pour savoir ce que c'est et aller voir Jeannine aussi pour discuter de la mission qu'elle avait et puis après je suis allée de moi-même donc voir des mémoires, voir ce que l'InCa disait, ce que le plan cancer en disait enfin rechercher vraiment aux fins fonds du début de ce que euh de ce qu'était ce poste-là... comprendre le fonctionnement et pourquoi on en était arrivé là c'est à dire chercher l'histoire de ce poste-là parce que je pense que c'était vraiment un choix certes par rapport à un plan cancer mais pourquoi est-ce qu'on allait vers ce poste-là alors que peut-être la secrétaire peut faire de l'information, le médecin peut aller à la pêche aux infos enfin vous voyez on est tous à aller chercher des infos... pourquoi avoir une infirmière coordinatrice?
4		DL : Oui alors pourquoi avoir une IDEC ?
5	5:57,0 - 7:52,0	C.G : Au vu de la conjoncture actuelle euh on s'aperçoit que un bon nombre de patients sont en difficulté euh notre vie change aussi, notre mode de vie change c'est à dire qu'il y a quelques années encore les parents, les enfants vivaient les uns à côté des autres et que maintenant c'est plus du tout le cas c'est à dire que vous voyez bien que il y a des familles éclatées, il y a des déserts médicaux, il y a toute une conjoncture actuelle qui fait qu'on se retrouve avec des patients avec de grandes difficultés. Certes elles existaient avant, je pense, en ORL on avait toujours eu ces patients qui se sont mis en marge un peu de l'institution ou en marge des médecins mais malgré tout vous aviez toujours un petit voisin qui avait un œil sur le monsieur enfin vous voyez il y avait toujours quelque chose tandis que maintenant on est dans une vie aussi où on court tout le temps, où on ne fait pas attention à son voisin et que je pense que l'IDEC elle est là aussi pour remettre le patient euh dans son parcours de soins c'est à dire qu'il soit acteur aussi de ce que... de son parcours c'est à dire ne pas le mettre en marge. Ce n'est pas un pantin qu'on amène là et puis aussi nous faire le lien c'est ça avec

		tous les intervenants de manière à ce qu'il y ait une cohérence dans le parcours de soins et que le patient on arrive à, certes à l'amener, mais que lui aussi arrive à cheminer progressivement. Donc moi je l'ai vraiment vu comme ça et je pense que c'est ce que j'ai amené avec toute cette dynamique relationnelle qui est intéressante et qui, je pense, est nécessaire aussi au sein de la coordination de soins.
6	7:55,0 - 8:16,0	DL : Et entre la revue des mémoires et la réalité avez-vous vu une différence, avez-vous rencontré des surprises ? Est-ce ce à quoi vous vous attendiez par rapport à ce que vous aviez lu ?
7	8:17,0 - 8:20,0	C.G : Alors oui mais pas avec tant de charge de travail !
8	8:20,0 - 8:22,0	DL : Pouvez-vous détailler ?
9	8:23,0 - 10:51,0	C.G : Alors la charge de travail c'est à dire que quand on va jusqu'au bout des choses et qu'on essaie de faire les choses le mieux que l'on peut je trouve que c'est chronophage mais d'une manière euh hyper importante c'est à dire qu'on passe du temps, du temps et du temps. C'est à dire que vous prenez le téléphone, vous appelez... la personne en face n'est pas forcément disponible donc vous raccrochez et puis entre deux on vous rappelle pour une autre situation donc en fait il faut être tout le temps, tout le temps dans un fonctionnement intellectuel de se dire : ah oui c'est tel patient qu'est-ce que j'ai mis en place? euh il m'appelle, il y a une urgence, il faut que je fasse hospitaliser ah oui mais au fait j'avais l'autre patient à côté qu'il faut que je gère... vous voyez c'est que dans un service de soins certes vous avez toujours une urgence dans votre travail ça arrive voilà des choses qui interfèrent mais je trouve que sur ce poste vous arrivez à vous organiser malgré tout. Là vous allez vous dire ben par exemple je vais faire ça et ça c'est impossible parce que lorsque vous allez pour le faire il y a toujours quelque chose qui se surajoute. Et en fait la complexité c'est de toujours toujours être au taquet en fait et toujours de se dire ah au fait oui et puis moi en même temps je me dis euh l'intervenant extérieur qui m'appelle je ne peux pas lui dire je vous rappelle dans une heure c'est pas possible sauf si vraiment il y a quelque chose d'urgent mais je ne peux pas lui dire : attendez non s'il y a une hospitalisation derrière je me dis que je ne peux pas le laisser, le laisser en difficulté. Donc en fait j'essaie de répondre assez vite et c'est vrai que on fait un nombre d'heures qui est qui est au-delà de ce que je pensais. C'est à dire que logiquement c'est 9 heures 17 heures et c'est jamais 9-17 ou très rarement parce qu'on s'impose de partir pour des raisons personnelles et qu'on a pas le choix mais en se disant ben ce que je n'ai pas fait il faudra que je le rattrape le lendemain. Donc c'est très... le poste est très chronophage

		et ça je ne m'y attendais pas à ce que ce soit euh... dans tout ce qui est bibliographie à aucun moment je n'ai pu le lire vraiment ça en fait et je trouve que c'est pas simple voilà. Donc ça demande de l'investissement personnel c'est à dire que quand on prend ce poste-là je m'étais dit ben voilà on finira à 17 heures et puis ça ira mais non pas du tout ! vous voyez
10	10:52,0 - 10:55,0	DL : Vous disposez d'une fiche d'activités, de poste ?
11	10:56,0 - 13:06,0	C.G : Oui donc on a une fiche de poste établie donc qui avait été faite par Jeannine qui nous explique les grandes lignes de notre fonction. Après je pense qu'on y met aussi notre euh ce qu'on a envie d'y mettre dans le poste c'est à dire qu'entre euh ce qu'on vous met sur le papier et ce que vous avez envie... C'est à dire que même dans l'entretien du patient c'est à dire que euh on va travailler vraiment sur ce poste-là est-ce que vraiment j'ai envie d'avancer mais on s'aperçoit qu'on est un peu seul sur certaines situations et que je pense qu'on aurait besoin... alors on est coordinateurs mais en fait au sein même du poste on est seul en fait! c'est ça la enfin la dimension je ne sais pas si j'arrive à m'exprimer euh mais c'est... on fait plein de choses on fait plein de relais mais on a toujours le patient au centre et le coordinateur je dirai qu'il est vraiment avec le patient! en fait c'est euh... et il y a des moments où on prévoit plein de choses pour un patient et on se dit : mais ah je ne vais pas m'en sortir! Qu'est-ce que je fais avec cette situation-là et comment je peux trouver de l'aide ? et c'est euh... on a deux trois situations où-là ça a été très compliqué. Et en fait moi je ne connaissais pas les relais extérieurs, c'est ça aussi parce que quand vous avez... enfin je pense que Jeannine elle connaissait déjà avant quand elle a intégré le poste elle avait des liens avec l'extérieur que moi je n'avais pas. Donc il faut aussi que je me crée aussi ces liens-là que ce soit avec vous mais que ce soit avec tout le territoire. Mais en fait moi je ne les connais pas tous il n'y a pas une fiche qui vous relate voilà ! Dans le Calvados vous avez tout ça ! Euh dans l'Orne vous avez tout ça et en fonction du lieu d'habitation du patient vous pouvez aller vers telle structure, vous n'avez pas ça en fait ! Donc il faut qu'on se crée ce lien et je trouve que c'est difficile pour nous enfin en tout cas pour moi.
12		DL : Qu'est-ce que vous coordonnez ?
13	13:10,0 - 13:32,0	C.G : En fait on fait le lien avec le médecin traitant, l'infirmier et les associations, toutes les personnes extérieures qui gravitent autour du patient
14	13:32,0 - 13:33,0	DL : C'est uniquement du soin ?

15	13:34,0 - 15:05,0	C.G : Pas forcément ça peut être du relationnel ça peut être une prise en charge psychologique aussi euh ça peut être aussi une prise en charge familiale aussi et ça s'est vraiment euh en fin c'est assez large en fait et suivant les situations on a aussi ce qu'on appelle les personnes de confiance vers qui nous aussi on a un lien et qui nous interpellent parce que c'est souvent les aidants et donc quand elles voient que la situation se dégrade au domicile et bien c'est vers nous qu'elles appellent plus facilement que le médecin traitant. Parce que je pense que, euh... alors le médecin traitant on l'intègre beaucoup mais malgré tout le patient et les aidants ont tendance à revenir vers le Centre vers lequel il est soigné. Oui les patients font une différence, le médecin traitant c'est euh voilà j'ai un rhume ou j'ai une petite chose voilà mais le cancer même si c'est le médecin qui l'a diagnostiqué malgré tout derrière hop dès qu'ils arrivent à Baclesse je trouve qu'ils viennent plus facilement vers nous.
16	15:06,0 - 15:22,0	DL : Le fait de ne pas connaître le domicile est-ce que ça vous manque ?
17	15:23,0 - 17:34,0	C.G : Alors ça m'a beaucoup... ça nous manque pour certaines situations. C'est à dire que nous on ne peut pas se rendre compte de ce qu'il se passe au domicile, le patient nous dit, par exemple le lieu d'habitation dans lequel il vit, il nous dit ce qu'il en vit mais est-ce que c'est la réalité ? pas toujours et en fait euh c'est la grande difficulté pour nous et les seuls yeux qu'on a à l'extérieur c'est les associations, le médecin traitant et les infirmières libérales. C'est en fait eux, moi je dis toujours : Les infirmiers libéraux et le médecin traitant moi je ne sors pas de Baclesse c'est à dire que moi si le patient il me dit qu'il a l'eau chaude je le crois parce que voilà je le crois si il a toutes les commodités autour de lui je le crois je ne vais pas aller le vérifier euh et en fait on s'est retrouvé dans des situations où les infirmières nous ont interpellés en nous disant : Mais attendez là vous ne vous rendez pas compte du domicile! et ben non non parce que moi je ne le vois pas donc si vous ne nous interpelliez pas et quand je vous appelle pour faire le lien si vous ne nous dites pas les choses et ben moi je ne peux pas savoir. Je peux pas savoir que le patient... ben il a mal parce que s'il ne me le dit pas si quand moi je fais mon entretien il me dit non tout va bien et qu'à la maison ça ne se passe pas bien et ben moi je ne peux pas euh je ne peux pas répondre c'est vrai qu'on a vraiment besoin chacun. On a chacun nos jobs en fait on a chacun notre fonction et... mais on est complémentaire les uns des autres et c'est... je pense que pour eux... alors autant ils trouvent un lien... un bénéfice parce qu'ils ont les informations de Baclesse autant moi sur le retour c'est plus compliqué ! mais parce que je pense que, eux ils sont surbookés de travail et euh... et le temps qu'ils prennent à nous appeler n'est pas

		forcément comptabilisés en histoire d'argent probablement... et de temps voyez ! Voilà ! Mais je pense que les deux... eux aussi je pense que c'est le temps en 1er et peut être aussi...
18		DL : Des réseaux ?
19	17:35,0 - 17:49,0	DL : Le problème de la rémunération du soin ?
20	17:50,0 - 18:15,0	C.G : C'est clair que pour eux c'est difficile parce que j'ai un cabinet infirmier une fois sur une situation où on était sur du palliatif ils m'ont dit : Mais hein vous pouvez rajouter palliatif sur les ordonnances parce que le temps que je vais passer à vous appeler va être comptabilisé et j'ai besoin aussi de faire reconnaître mon travail... (inaudible) extérieur
21	18:15,0 - 18:22,0	DL : Travaillez-vous avec d'autres dispositifs de coordination à l'extérieur ?
22	18:22,0 - 18:26,0	C.G : Qu'est-ce que vous appelez dispositifs ?
23	18:26,0 - 18:30,0	DL : Par exemple PRADO, MAIA...
24	18:30,0 - 18:42,0	C.G : Alors MAIA non, j'ai sorti un... parce que je ne connaissais pas donc non non je ne travaille pas avec d'autres... non avec d'autres dispositifs de coordination non
25	18:45,0 - 18:58,0	C.G : Réseaux oui on travaille avec... oui je ne sais pas le réseau du Lien en Bessin c'est ça ? oui si si par contre et je vous dis ça c'est des découvertes que je fais au fur et à mesure
26		DL : Votre réseau se construit ?
27	19:00,0 - 19:51,0	C.G : Oui c'est ça je construis mon réseau et en fonction de ce qu'on vit avec une situation je pense qu'on y met des choses derrière et moi j'ai vraiment envie de sortir de Baclesse pour aller voir toutes ces personnes-là pour me faire une idée de ce qu'ils font eux sur l'extérieur peut être leur amener ce que moi je fais sur l'intérieur mais aussi oui parce que je pense qu'on a besoin d'avoir... enfin moi j'ai besoin de voir les gens aussi par moments parce que les avoir au téléphone c'est... c'est très bien mais si besoin j'ai besoin d'aller sur le terrain pour aussi me faire une idée de ce que eux vivent. Parce que je pense qu'ils vivent des choses différentes de nous0.
28	19:52,0 - 20:16,0	DL : C'est un poste relativement nouveau au sein du Centre François Baclesse. Ce poste vous semble-t-il compris dont les services se sont saisis que ce soient les médecins, les infirmières, est-ce que tout le monde comprend en fait ce poste ?

29	20:16,0 - 21:10,0	C.G : Non tout le monde ne le comprend pas et tout le monde ne sait pas ce que c'est que le parcours complexe de soins. Après c'est nous qui... qui allons au-devant pour ce qui est de certaines situations donc ils apprennent à nous connaître, ils apprennent à savoir qui est derrière le mot parcours complexe, ce que l'on fait parce que je pense qu'il y a une... il y a un... on parle plein d'infirmière de coordination donc il y a l'éducation thérapeutique, ils mélangent l'éducation thérapeutique et le parcours complexe de soin, ils ont l'impression que c'est un peu la même chose or c'est pas du tout la même chose on est aussi complémentaire les uns des autres mais ça c'est le problème des nouveaux postes et alors la difficulté sur le poste actuel c'est que si je fais trop de publicité entre guillemets...
30	20:17,0 - 20:18,0	DL : Vous êtes combien de temps plein sur ce poste ?
31	21:18,0 - 21:21,0	C.G : Un temps plein pour tout le Centre
32	21:11,0 - 21:12,0	DL : Ça crée un appel ?
33	21:12,0 - 21:17,0	C.G : Ça crée un appel et que je ne pourrai pas répondre à tous les appels
34		DL : Ça vous fait une file active de... ?
35	21:23,0 - 21:56,0	C.G : Alors on a diminué la file active depuis l'année dernière là où je suis arrivée euh parce qu'on a travaillé sur la validation du parcours complexe c'est à dire que chaque dossier est discuté en RCP donc avec médecins, psychologues, diététiciennes, assistants sociaux et puis c'est tout je crois et en fonction de... du patient il est validé ou pas le parcours de soins
36	21:57,0 - 21:59,0	DL : Validé ça veut dire ?
37	21:59,0 - 22:02,0	C.G : Qu'il entre voilà... être suivi dans le parcours de soins
38		DL : Ça correspond à un processus d'inclusion ?
39	22:00,0 - 24:56,0	C.G : C'est ça c'est comme une inclusion voilà on discute du dossier de manière pluridisciplinaire en se disant : ah ben parce que la complexité c'était que certains médecins euh je pense par exemple aux patients qui ont une tumeur cérébrale souvent c'est un problème social parce que pour X raisons, est-ce qu'on a intérêt nous à intervenir dès le départ? je ne suis pas sûr mais par contre l'intérêt c'est d'entendre parler du dossier parce qu'on sait qu'à un moment donné on interviendra mais au départ c'est juste mettre des aides sur la maison et en fait nous on a pas forcément à

		<p>intervenir or ces patients-là avant ils faisaient partie de la file active parce qu'on les voyait en entretien initial et on se disait : voilà on les a maintenant voilà on part comme ça. La file active l'année dernière on était à 82 ou 83 patients euh d'inclusion plus une file active si je me souviens bien d'une quarantaine de patients donc on avait une centaine de patients avec forcément des moments où des patients on les a eus quelques mois et puis après ça s'est régulé et puis ils revenaient parce que d'autres soucis intervenaient à un moment donné mais oui on a une file active d'une centaine de patients et donc là on va travailler sur une fiche vraiment d'inclusion c'est à dire que le médecin ou le professionnel de santé remplira cette fiche-là avec la demande du pourquoi et du comment et on fera une fiche de sortie du parcours de soins pour éviter que notre file active elle soit trop grande en fait parce que c'est vrai que est-ce qu'on a un intérêt à suivre le patient une fois que les traitements sont terminés sur 8 mois, 9 mois, 12 mois est-ce qu'il y a un intérêt à partir du moment où le patient va bien, a repris son autonomie, qu'au niveau médical bon ben il n'y a pas de... c'est un suivi avec des consultations mais pas de grosse inquiétude est-ce qu'on a intérêt nous à être toujours dans la boucle? Je ne suis pas sûr. Là ce qui n'empêche qu'à un moment donné pourquoi pas le ré inclure si on sent que... vous voyez sur le domicile si par exemple il y a une prise en charge euh avec l'infirmière et puis qu'on sait que ça roule est-ce que voilà on a vraiment intérêt à continuer sauf si une infirmière a besoin d'information mais euh... si c'est juste un suivi médical je ne suis pas sûr après on va travailler dessus vous voyez je pense qu'on apprend après en travaillant sur des choses...</p>
40	24:56,0 - 25:20,0	DL : Pouvons-nous aborder les compétences cela fait peut-être à la fiche de poste existante mais selon vous quelles sont les compétences qu'une infirmière doit avoir pour occuper ce poste ?
41	25:30,0 - 25:47,0	C.G : Alors plusieurs compétences. Déjà je pense qu'il faut connaître la structure dans laquelle on va travailler ou tout du moins avoir déjà travaillé dans une structure où la coordination prenait une place importante je pense. Moi qui suis un peu novice du coup je me dis oui mais est-ce que le Centre déjà travaillait sur cette dynamique-là et malgré tout je pense que c'est important...
42	25:47,0 - 26:00,0	DL : Je peux vous arrêter. Quand vous dites connaître le Centre connaître... est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus, est-ce que c'est la culture ? est-ce que c'est les habitudes ?
43	26:01,0 - 27:35,0	C.G : C'est non seulement la culture, les habitudes aussi du Centre c'est à dire de savoir comment chaque service fonctionne parce que en fait on n'a pas un étage inclus nous. On fait, alors contrairement à d'autres Centres où ils ont

		<p>par exemple une coordinatrice par groupe, pour l'ORL une pour le digestif une pour le sein. Nous on est pluridisciplinaires donc déjà la connaissance euh des différentes pathologies même si on en apprend tous les jours je pense qu'il faut savoir de quoi on parle parce que inévitablement euh quand on va faire le relais sur le domicile ça va ça va se sentir vous voyez si vous ne connaissez pas euh le PPS du patient, vous ne savez pas ce qu'est une radiothérapie, comment ça fonctionne une chimiothérapie même si moi j'en apprends sur les thérapies orales notamment il y a plein de nouvelles choses ça n'empêche qu'on... va sur l'info et je pense qu'il y a quand même un maximum d'informations qu'il faut connaître en tout cas sur les bases voilà! Euh je me verrais mal coordinatrice de parcours de soins par exemple dans un service de neuro vous voyez pour les AVC alors que je n'ai jamais travaillé dans ce secteur-là ou en diabète par exemple vous voyez je pense que... ou alors si mais alors il faut se remettre dans le bain quoi !</p>
44	27:36,0 - 27:37,0	DL : Une sorte de compétence d'expertise quoi ?
45	27:38,0 - 28:34,0	<p>C.G : C'est ça je pense qu'il faut connaître la base, avoir déjà travailler quelques années, avoir une expérience professionnelle avant d'intégrer un poste comme celui-ci. Je pense que c'est nécessaire après peut-être que je me trompe hein mais au vu de ce que... de ce que moi je fais je me dis que si je n'avais pas la connaissance de la cancéro ben je pense que je galèrerai... vraiment parce qu'il faudrait que pour chaque dossier je me remette dans... ben dans la pathologie, dans... le traitement enfin parce que je vois bien sur certains dossiers je suis obligée de le faire et ça me prend énormément de temps parce que vous êtes obligé de vous remettre dans... dans euh les effets secondaires, dans le protocole de chimio, euh c'est plus complexe</p>
46	28:35,0 - 28:36,0	DL : D'autres compétences ?
47	28:38,0 - 28:40,0	C.G : Relationnelles
48	28:40,0 - 28:41,0	DL : Pourquoi ?
49	28:42,0 - 32:05,0	<p>C.G : Euh parce que que vous en faites tout le temps ! (Rires) Parce que la base c'est ça ! Vous êtes toute seule dans votre bureau certes mais vous en faites plein sur l'extérieur et avec le patient parce que je pense et on en discutait là il n'y a pas longtemps, euh notre base... alors peut-être aussi parce que moi j'y accorde une grande importance... le relationnel ça a toujours fait partie de... de mon métier de base. J'estimais qu'un soin technique c'était pas sur du relationnel, on a droit à l'échec enfin en tout cas on était intrusif et on pouvait être maltraitant en tout cas moi c'est comme ça que je le</p>

		<p>voyais et là en fait on prend du temps avec le patient c'est à dire que notre premier entretien c'est celui qui est quelque part le plus important. C'est là où vous avez un maximum d'information vous allez pouvoir travailler savoir peut-être là où le patient va être le plus en difficulté ça va être là aussi que vous allez faire intervenir les gens de l'intérieur hein que ce soit la diét, le service social, que ça soit la psychologue, le psychiatre euh cet entretien-là moi je trouve vraiment qu'il est vraiment euh nécessaire et puis euh et ben avec tous les intervenants extérieurs c'est à dire que si vous allez en frontal et ben je pense que vous allez droit à l'échec. Donc il faut faire preuve de diplomatie et de relationnel parce que vers l'extérieur on sait que vous êtes surbooké quoi ! C'est clair qu'on sait que vous avez pas beaucoup de temps, le médecin traitant il n'a pas beaucoup de temps donc il faut aller droit au but. Ah quand on téléphone il faut savoir vers quoi on veut aller, qu'est-ce qu'on veut dire, qu'est-ce qui est le plus important pour le retour à domicile... tout ce qui est à côté on peut le noter sur un papier et on l'envoie mais il faut aller droit à l'essentiel. Il faut vraiment être très concis. Après vous avez ses médecins traitants qui prennent du temps mais il y en a d'autres où c'est malheureusement... c'est compliqué ! mais ils ont besoin aussi d'avoir un maximum d'informations pour pouvoir eux travailler sur la maison. C'est à dire que, un patient qui habite à 150 kilomètres et qui a un problème de douleur on va pas le faire revenir ici, le médecin traitant peut gérer mais il faut qu'il ait l'information de ce à quoi il a besoin. Donc oui le relationnel euh ben pas avoir peur de travailler beaucoup (Rires) faut pas se dire qu'on va voilà on va 7 heures et on rentre chez soi et c'est terminé ça s'est clair. Et puis par moments il faut savoir aussi à ses propres dépens savoir que des situations sont complexes pour nous aussi et je pense qu'il faut savoir aussi savoir se remettre en question, pourquoi nous on a été touché ? pourquoi ça n'a pas fonctionné ? Qu'est-ce qui n'a pas été ? Pourquoi euh est-ce que sur telle situation on a bloqué ? Est-ce que c'est nous ? Est-ce que c'est l'extérieur ? Est-ce que c'est un ensemble de choses qui fait que... donc on se remet souvent en question.</p>
50	32:05,0 - 32:15,0	DL : ça se sont des temps institutionnels ou c'est vous qui débriefez entre guillemets ces situations, Êtes-vous soutenue par rapport à ça ?
51	32:16,0 - 33:38,0	C.G : Oui parce qu'alors moi c'est vraiment un choix de travailler là-dessus c'est à dire que je pense qu'on est complémentaire les uns des autres et sur le service ATOSS vous avez plein de services donc que ce soit l'EMSP mais je pense que sur des situations nous on peut travailler avec eux. C'est à dire que pas garder le patient que pour soi en tant

		que coordinateur mais savoir aussi passer le relais à un moment donné, discuter de situations pour pouvoir dire : Bon ben voilà là je perds pied, je n'y arrive pas, j'ai la tête dans le guidon sur le domicile ça devient complexe et moi je suis pas sur le domicile et il faut que je passe le relais. Donc ça c'est aussi moi personnellement je me remets en question et ou j'essaie de trouver des solutions parce que humm les 1ers temps je n'y arrivais pas à ça en fait. Mais peut-être parce qu'il fallait le temps que je m'adapte au poste et euh... mais je me dis que, euh ça a tellement bien fonctionné pour des situations que je me dis qu'on a tout intérêt à se partager les informations et à aller sur l'extérieur quand c'est possible en tout cas.
	33:39,0 - 33:52,0	DL : De fait on va rester un petit peu sur le parcours mais y a-t-il des compétences qui vous manqueraient et pour lesquelles vous vous dites qu'il vous faudrait une formation ?
52	33:53,0 - 35:03,0	C.G : Alors euh oui moi je ne me suis pas énormément formée j'ai toujours appris sur le tas. Mais euh dans la relation d'aide de temps en temps je me remets en question mais j'ai la chance de pouvoir échanger avec l'équipe mobile de soins palliatifs et sur certaines situations où je me dis : Ben là j'ai peut-être galéré j'ai peut-être dit quelque chose qu'il ne fallait pas ou le patient m'a renvoyé ce que j'ai dit en boomerang c'est que j'ai pas été bien sûr... ou que j'ai dit quelque chose de maladroit. Et en fait je sens que par moment j'aurais besoin de faire quelque chose en tout cas de travailler dessus et puis d'aller voir peut-être avoir de la théorie sur de la coordination voir ce qui se fait sur l'extérieur c'est à dire que je pense euh le poste il a été créé comme ça mais je pense que sur d'autres hôpitaux il a été créé autrement et j'aurai besoin d'aller voir ça à l'extérieur.
53	35:04,0 - 35:19,0	DL : Vous connaissez d'autres collègues dans d'autres établissements ? Est-ce qu'il existe une association des infirmières de parcours de soins complexes ? Vous rencontrez-vous entre collègues ?
54	35:19,0 - 38:22,0	C.G : Alors nous on a eu une rencontre avec les services ATOSS il y a 3 ou 4 mois où il y avait les CLCC qui étaient présents et du coup on s'est rencontrée entre infirmières coordinatrices donc alors on a surtout échangé avec celles de Rouen qui travaillent totalement différemment de nous c'est à dire qu'elles travaillent par pathologies elles en fait et du coup les fonctions sont différentes parce que je pense qu'elles ont une ligne de conduite je veux dire que c'est tout le temps la même pathologie alors elle en l'occurrence c'était sur le cancer du sein et je pense que le PPS il est... enfin il interfère certainement probablement mais il reste dans la même ligne. La difficulté pour nous, c'est ce que je vous disais tout à

		<p>l'heure c'est qu'en fait on est euh on a plein de pathologies ! et en fait il y a des moments où c'est difficile. Moi je ne connais pas l'ORL par exemple je n'ai jamais fait d'ORL. J'en ai en théorie à l'école mais ça remonte ! je n'ai jamais fait de stage durant mes études et ici j'ai travaillé dans plein de services sauf l'ORL parce que j'avais toujours dit : Si vous me mettez en ORL vous me formez avant ! Je ne veux pas arriver en ORL comme ça ! Parce que moi une canule de trachéo je ne sais pas je suis désolée mais je n'en ai pas fait et je ne veux pas faire de bêtise et me retrouvé toute seule un weekend ou une nuit avec 15 patients et avec des trachéos je vous assure que je ne saurais pas quoi faire ! Donc du coup je n'en ai jamais fait, je n'ai jamais été formée à l'ORL. Donc j'ai la chance que Patricia mon binôme ai fait de l'ORL ce qui fait que je sais que il faut aller vers elle et que j'avais demandé à Marielle euh le Dr Blanchard fait des formations donc j'avais été c'était une heure ou deux voilà pour expliquer ce qu'était une trachéostomie, une trachéo euh la chirurgie qu'est-ce qu'on faisait euh mais malgré tout ça reste complexe pour nous donc euh si je me retrouvais toute seule euh c'est pour ça que je vous dis qu'on a besoin quand même d'avoir une théorie derrière. Parce que on a la chance d'avoir l'ETP d'ORL mais heureusement parce qu'une infirmière à domicile pour qui le parcours complexe intervient et me pose des questions et ben il va falloir que j'aille à la pêche aux informations voilà je ne vais pas pouvoir lui répondre dans l'instant présent et si c'est urgent je ne vais pas pouvoir répondre en urgence à ses questions</p>
55	38:22,0 - 38:31,0	DL : Est-ce que ça peut devenir un problème de légitimité même ?
56	38:31,0 - 38:32,0	C.G : Pour l'ORL oui
57	38 :32-38 :33	DL : Même indépendamment et de façon non spécifique ?
58	38:33,0 - 39:23,0	C.G : Non mais ça peut le devenir parce que si c'est urgent à la maison c'est ça le souci s'il y a un besoin urgent sur je ne sais pas une canule, est-ce que je peux la changer ? pas la changer vous voyez ça peut être compliqué pour moi parce que c'est vital vous voyez ! Ça a un retentissement vital euh il y a d'autres pathologies sur lesquelles j'ai travaillé mais pas forcément très longtemps pour qui je me... ça se passe bien... du digestif voilà j'en ai fait mais je dirais que ça n'a pas été euh la grande majorité de ma carrière et je m'en sors vous voyez !
59	39:24,0 - 39:53,0	DL : C'est une question qui ne se veut pas piège mais est-ce que finalement on reconnaît une IDEC plus sur sa compétence, son savoir ou ses savoirs liés à son expérience professionnelle ou est-ce qu'on peut reconnaître une IDEC reconnaître dans le sens parce qu'elle sait coordonner ? Voyez-vous ce que je veux dire ?

60	39:54,0 - 40:30,0	C.G : Oui alors l'un ne va pas sans l'autre mais je pense que certaines... suivant la prise en charge je vois que que vous avez besoin de l'expérience professionnelle inévitablement... enfin... après quand vous sortez de l'école c'est vrai que vous êtes habitués enfin à travailler dans différents secteurs maintenant il y a toujours un supervision au-dessus de vous... donc euh... après quand vous vous retrouvez toute seule... vous êtes toute seule et que ça arrive à 19 heures ou 18 heures que vous êtes là et que ben oui...
61	40 :30-40 :38	DL : On attend une réponse ?
62	40:38,0 - 40:54,0	C.G : Et ben oui on fait quoi ? Oui donc oui je pense que l'expérience professionnelle est nécessaire. Si j'avais la possibilité de me former plus longtemps en ORL je le ferais
63	40 :54-40 :54	DL : ça évoque la notion de formation continue en fait qui est nécessaire
64	40:54,0 - 43:02,0	C.G : C'est ça. Vous êtes obligé de toute façon sur le poste de tout le temps tout le temps vous vous actualisez vos connaissances tout le temps hum euh sinon vous ne le faites pas bien votre poste et euh vous ne pouvez pas enfin mais même en tant que soignant propre vous êtes obligé d'actualiser vos connaissances, tout le temps parce qu'il y a des nouvelles choses qui... de toute façon la médecine elle est en pleine évolution donc même si vous êtes dans un service de soins certes vous avez des connaissances mais on peut encore vous en apprendre parce qu'il y a toujours des nouvelles choses. Donc je pense que notre métier il est riche parce que vous pouvez tout le temps réactualiser vos connaissances et vous devez réactualiser vos connaissances. C'est inévitable sinon vous ne le faites pas... enfin vous ne faites pas votre métier euh enfin... ou vous passez à côté de choses... parce qu'en face vous allez avoir des patients qui vont être de plus en plus informés via les réseaux sociaux et si on vous pose une question... alors certes hein ! on a pas la science infuse ! mais vous devez au moins être informé de la nouvelle molécule qu'on lui propose. Vous êtes dans un service de soins c'est un peu... enfin moi je vois ça comme ça ! Après certes il y a des choses que vous pouvez ne pas savoir. Ça moi je dis toujours au patient : je suis désolée, là moi je ne peux pas vous répondre mais je vous promets et je vais aller et je vais revenir vers vous mais je ne vais pas vous dire une bêtise. Je pense que le patient il est capable d'entendre ça aussi. Il suffit de dire les choses mais je pense qu'il faut avoir une expérience professionnelle derrière et on ne devient pas coordinateur comme ça ! euh sur un coup de tête ! Je pense que ça se... enfin moi je l'ai vu comme ça et il est pensait

65	43:03,0 - 44:14,0	DL : Alors je reprends un petit peu ça parce que vous disiez préalablement j'ai dû faire le deuil des soins pour des raisons personnelles et vous avez pensé ce poste de coordinateur et c'est une fonction assez récente finalement dans les établissements en général et qu'on classe assez volontiers comme fonction un peu transversale comme nouveau métier, vous avez employé le mot tout à l'heure... Quelle est votre vision en fait de cette place-là même par rapport à un fonctionnement historique très hiérarchisé qui n'est pas propre à Baclesse mais plus globalement au modèle hospitalier avec son modèle bien connu Médecin, cadre infirmier, infirmier, aide-soignant et ces fonctions transversales comment on a sa place en fait ? Est-ce que l'institution vous donne une place, est-ce que les équipes vous donnent votre place ? Est-ce qu'il y a des moments où vous vous sentez... où suis-je ?
66	44:14,0 - 47:21,0	C.G : Oui alors ça dépend des services encore une fois. Il y a des services où vous avez vraiment votre place où vraiment vous... on sent que vous êtes intégrée dans la prise en charge. Après c'est difficile de faire sa place... vraiment... parce que... alors certes il y a la cadre euh l'infirmière de secteur c'est à dire qu'on ne doit pas prendre la place de l'infirmière de secteur et on est certainement pas là pour prendre sa place c'est à dire que moi je dis toujours : Vos transmissions, ce sont vos transmissions ! je ne ferai pas vos transmissions à votre place... parce que moi j'ai la connaissance du patient mais moi je vois euh l'extérieur du patient je ne suis pas au cœur du soin c'est à dire que moi, vous branchez la pompe à telle heure c'est vous qui savez combien de morphine il a, vous savez quel traitement il a, moi je peux regarder dans l'ordinateur certes mais c'est pas moi qui vais faire les transmissions sur... le patient a une escarre certes moi je vais transmettre à l'infirmier et en disant : Voilà il y a tel et tel soin à faire mais de là à aller aux propositions... enfin à la technicité quel produit je mets sur tel pansement c'est pas mon rôle moi en tant que tel. Les ordonnances de sortie c'est pas à moi de les faire après je peux être là pour guider parce que c'est vrai que euh notre fonction enfin moi je vois ça de l'extérieur mais notre fonction d'infirmière elle a beaucoup changé c'est à dire qu'on nous en demande encore plus, on court partout donc les infirmières de secteur elles sont débordées et qu'elles n'ont pas tout le temps le temps de visionner ces histoires d'ordonnances de sortie, de voir si médecin a bien fait telle ou telle chose, moi je dis toujours : Je peux les faxer le ordonnances je suis là aussi pour ça pour que par exemple l'HAD avant le retour du patient est déjà les ordonnances comme ça ça permet d'anticiper les choses et que ça aille vite mais ça c'est pas moi enfin c'est pas moi qui vais... il faut qu'elles fassent leurs transmissions voilà! Euh après notre place elle n'est pas forcément comprise par tout le monde c'est à dire que nous on arrive avec notre blouse blanche comme je dis toujours dans des services de soins où

		les filles elles courent partout et comme elles n'ont pas forcément la vision de ce qu'on fait et bien elles ne comprennent pas tout le temps parce que nous ça peut nous arriver d'attendre 5 minutes devant une porte parce qu'on sait mais pendant ces 5 minutes ce n'est pas qu'on fait rien c'est que dans nos têtes on se dit il y a ça, ça, ça à faire et ça elles ont du mal à le comprendre voilà. Et puis enfin quand le poste a été à l'affiche il n'y a pas eu beaucoup de postulants parce que je pense qu'il y a une méconnaissance des fonctions transversales et que les gens ne vont pas forcément à l'information
67	47:21,0 - 47:30,0	DL : Alors ça c'est une de mes questions mais pour vous, fonction floue ou fonction nette le poste de coordination ?
68	47:30,0 - 47:32,0	C.G : Très floue pour les gens de l'extérieur
69	47:32,0 - 47:40,0	DL : C'est peut-être ça qui fait peur comment va-t-on entre guillemets vers un poste dont on connaît mal les contours finalement ?
70	47:40,0 - 48:00,0	C.G : Ouais je pense que non il est très très flou
71		DL : Quand on est infirmière de soin on sait ce à quoi on nous attend
72	47:49,0 - 49:27,0	C.G : C'est ça ! vous avez votre tâche vous avez votre nombre de patients vous savez où vous allez. Après euh non c'est compliqué dans les services ce n'est pas simple mais euh après ça dépend aussi de comment l'infirmière voit la prise en charge et comment le médecin voit la prise en charge. Je pense qu'à partir du moment... alors il faut être aussi... marcher sur des œufs quand on arrive nous hein ! C'est à dire qu'il faut prendre du temps, il faut qu'ils apprennent à nous connaître c'est à dire que nous on arrive, on regarde un petit peu enfin qu'est-ce qu'elle va nous faire? qu'est-ce qu'elle va faire? et une fois qu'ils ont vu qu'on prenait pas la place des uns des autres, qu'on pouvait les aider nous aussi dans la prise en charge c'est à dire qu'un retour à domicile si ils voient que nous avec l'HAD l' infirmière on a déjà pris nos marques euh ça va faciliter le retour et qu'on sait que ça va bien ouais au mieux fonctionner je pense que les internes arrivent... parce que je pense que les internes ne connaissent pas notre fonction, les médecins oui parce que... et encore pas tous mais les internes non! Or qui sont dans les services se sont les internes donc euh non. On s'aperçoit hein que selon les trimestres on travaille beaucoup plus avec certains services que d'autres mais ça aussi c'est une question d'interne je pense.
73	49:28,0 - 49:34,0	DL : Oui et puis de formation initiale, les internes... normalement le médecin il coordonne et tout d'un coup

74	49:35,0 - 50:47,0	C.G : Et comme moi je ne vais pas faire de formation auprès des internes donc du coup ils ne me connaissent pas forcément mais c'est comme beaucoup de choses. Quand vous venez de l'extérieur il faut faire votre place et c'est... il y a des fois où on le prend difficilement c'est vrai que c'est pas forcément facile à vivre non plus tout le temps c'est pas forcément simple parce que moi en plus j'avais quitté les services de soins depuis très longtemps donc euh les équipes ont beaucoup changé et j'ai même eu une fois une anecdote en me disant mais ça fait longtemps que t'es là toi ? Ben oui (Rires) voyez comme quoi c'est... t'as le poste et ça fait longtemps euh parce que on ne me connaissait pas énormément donc il faut faire sa place c'est clair ! et sa place à l'intérieur et voilà aussi à l'extérieur malgré tout
75	50:47,0 - 50:48,0	DL : Ce sont de gros enjeux
76	50:48,0 - 51:15,0	C.G : C'est ça et puis avec euh... le rendre pérenne dans le temps parce que je pense qu'il faut qu'il continue ce poste-là alors est-ce que ça se développera dans les années à venir ? On parle d'infirmières expertes dans beaucoup de choses donc je ne sais pas si...
77	51 :15-51 :18	DL : Vous faites un lien entre infirmière experte et infirmière en coordination ou coordinatrice
78	51:18,0 - 53:14,0	C.G : Ben je pense qu'on est amené à voir plein d'infirmières dans des choses bien spécifiques donc notre place elle sera toujours importante. Certains médecins le voient peut-être pas tous mais ceux avec... de toute façon on le voit bien dans notre file active on voit avec quels médecins on travaille beaucoup c'est euh on le sent ceux qui sont imprégnés de ça des nouveaux métiers et qui comprennent notre fonction et qui voient aussi qu'on prend pas la fonction d'un médecin et que quand on vient en consultation on vient pas pour surveiller enfin vous voyez surveiller la consultation on vient parce que cette consultation nous permet d'avoir les informations en direct donc de pouvoir les reprendre avec le patient mais aussi d'aller vers l'extérieur et de donner les bonnes informations parce que entre ce que vous écrivez dans vos transmissions et ce que vous dites à l'oral il y a des informations qui échappent et en fait nous on ne les a pas ces informations-là alors j'aimerais le faire plus mais je ne peux pas maintenant j'ai eu une fois une consultation où j'ai senti que j'étais de trop on ne me l'a pas dit mais je l'ai senti en ayant l'impression de venir, qu'est-ce qu'elle vient faire? euh pourquoi elle est là? Elle va me surveiller voyez je ne la sentais pas cette consultation-là alors que je n'étais pas là du tout pour ça. J'étais là juste pour faire le lien.
79	53 :14-53 :20	DL : J'aurais 2 dernières questions. La 1ère concerne votre projet professionnel ?

80	53:20,0 - 54:18,0	C.G : Alors mon projet professionnel c'était de m'installer sur le poste quelque temps et ensuite d'aller vers un master de coordination. Donc ça je me suis je m'étais donnée 2017-2018 euh ça sera peut-être un peu plus loin mais c'est vraiment le projet que j'ai... j'ai un besoin de voir ce qui se passe à l'extérieur et un besoin d'être légitime dans ce poste-là. Voyez enfin je ne sais pas comment le dire mais... ouais parce que je suis arrivée là mais je n'ai pas de formation derrière moi en même temps je pense que c'est important d'avoir cette vision-là parce que je me suis fait une idée de... et je pense que pour aller jusqu'au master il faut à un moment donné s'imprégner de quelque chose.
81	54 :18-54 :19	DL : Du terrain ?
82	54:19,0 - 54:54,0	C.G : De ça s'imprégner du terrain ouais ça permet déjà de mettre des mots sur ce dont on va parler et puis d'avoir son expérience d'infirmière coordinatrice parce qu'est-ce que ça va nous plaire ou pas nous plaire ? c'est ça aussi c'est c'est on n'est pas forcément certaine ça c'est le projet dans les... allez on va dire au maximum dans les 4 ans, dans les 4 ans à venir pour être légitime ici.
84	54:55,0 - 55:20,0	DL : Dernière question quel est votre ressenti du métier de l'infirmière libérale même au travers de vos communications téléphoniques avec elles ? Comment vous vous les imaginez les IDEL ?
85	55:20,0 - 57:24,0	C.G : Le problème c'est que j'en connais des IDEL et du coup j'ai la vision en direct de connaissances euh voilà ! sans avoir de patients en commun. Alors la vision euh des connaissances c'est qu'elles courent tout le temps, impression de faire des actes à la chaîne euh pas avoir le temps de se poser après moi en tant que coordinatrice euh alors j'ai deux visions. J'ai les infirmières qui vraiment prennent à.... enfin je ne sais pas... à cœur mais entre guillemets leur profession c'est à dire qu'elles vont... elles ne s'arrêtent pas à l'acte, elles vont plus loin dans le côté relationnel du patient c'est à dire qu'elles sont hyper intéressées de ce que je peux leur envoyer, les comptes rendus de leurs patients, où est-ce qu'ils sont ? quel parcours de soin ? Euh parce que le patient n'a pas forcément toute la connaissance parce que comme je vous dis il y a des moments où l'information on oublie et puis euh les infirmiers euh si nous on ne leur donne pas les informations et ben ils ne les ont pas parce que hormis si elles vont voir le médecin traitant mas je suis même pas sûr qu'avec le médecin traitant elles aient les informations donc en fait elles sont très intéressées d'avoir un interlocuteur qui leur donne des informations mais vers lequel elles peuvent se tourner quand elles sont en difficulté ils ou elles sont en difficulté. Après j'ai les infirmiers qui euh... ah c'est un nouveau métier avec un beau mot ça ! ah ben un nom à rallonge

		infirmière coordinatrice du parcours de soins ben on en invente ! (Rires) Vraiment je vous assure que ce n'est pas une caricature c'est ce qui m'a été retransmit...
86	57 :24-57 :24	DL : Une fois, deux fois ? Plusieurs fois ?
87	57:24,0 - 59:02,0	C.G : Euh... deux ou trois fois et en fait il faut remettre les choses en place c'est à dire prendre du temps en expliquant voilà le nom à rallonge il est à rallonge certes mais pour expliquer ce que je fais et quel est mon rôle et pourquoi je suis là et que si à la maison elles ont un problème d'ordonnance, qu'elles n'arrivent pas à joindre le médecin traitant, que il y a un problème de rendez-vous ou de choses qui ne vont pas que moi je suis là et qu'elles ont, euh voilà une ligne téléphonique en direct sans passer par la secrétaire du médecin référent qui ne va pas forcément transmettre parce que le médecin va être occupé ou ne va pas... voilà et que si il manque une ordonnance pour le scanner elles savent qu'elles peuvent m'interpeller et que moi je vais y aller et voilà. Ça quand on explique bien les choses et qu'elles prennent le temps d'écouter ça va ça fonctionne euh après nous la difficulté dans le parcours de soins c'est que on donne beaucoup mais on a très peu de retour, très très peu ou si mais dans l'urgence, quand ça ne va pas. Alors je m'aperçois que mail ça fonctionne un tout petit peu mieux peut-être parce qu'ils prennent le temps euh le mail en plus c'est la nouvelle génération peut-être que c'est plus facile que de décrocher le téléphone mais nous il faut qu'on sollicite beaucoup ! Contrairement aux structures voyez le lien euh les associations où on arrive à je dirais à avoir plus de lien euh
88	59 :02-59 :03	DL : De réciprocité ?
89	59:03,0 1:02:17,0	- C.G : Ouais ça se coordonne. Les IDEL et les médecins c'est plus compliqué. Après moi je le voie ce n'est pas simple alors est-ce que de dire que tout va bien ben si on n'a pas de nouvelles, bonnes nouvelles peut-être que c'est ça aussi par contre ce que j'aimerais savoir c'est les professionnels comme vous est-ce que vous vous avez plus de lien avec les infirmiers libéraux peut-être parce que du coup vous êtes sur le terrain, du terrain ? vous voyez ! Nous c'est l'hôpital et l'hôpital-ville il y a toujours eu un fossé et ce fossé-là il a toujours été là. Est-ce qu'il diminue avec le temps ou est ce qu'il faut encore batailler ? Peut-être que les nouvelles générations vont y venir plus facilement... je ne sais pas, j'espère en tout cas ! moi je l'espère en tout cas parce que c'est vraiment intéressant quand il y a de l'échange... mais partagé pas uniquement dans un sens parce que je pense qu'on est chacun complémentaire. Après où s'arrête la relation de la coordination là... ? Ça c'est un vaste programme et je pense que pfft on va y travailler ça va venir mais... les infos qu'est-

		ce qu'on... il y a aussi la complexité de qu'est-ce qu'on a le droit de donner ? qu'on peut donner ? Qu'est ce qui est légitime de donner ? euh parce que jusqu'à présent ce qui était à l'hôpital restait à l'hôpital ce qui était à la ville restait à la ville sauf si voilà le médecin mais envoyait mais c'était ça jusqu'à présent. Donc euh oui après j'ai des infirmiers libéraux qui sont très contents de nous avoir vraiment pas parce qu'ils nous disent : Je garde votre numéro si j'ai besoin... Oui sauf que, attention je ne le fais pas pour tous les patients c'est à dire que si vous êtes en difficulté vous pouvez m'interpeller mais c'est pas pour ça que je le prendrai dans mon parcours de soins parce que je ne suis pas en capacité humaine de pouvoir répondre à toutes les demandes. Il faut que je fasse malheureusement c'est un mot qui est difficile mais il faut faire du tri en fait parce que sinon on va faire des petits bouts de chaque chose et on n'y arrivera pas. Mais non c'est très intéressant moi je suis contente de ce que je fais, très contente et j'espère que voilà je vais pouvoir continuer euh longtemps. Après je le ferai peut-être dans un autre lieu je ne sais pas, pour l'instant voilà c'est encore tout neuf! (Rires) C'est encore tout neuf ! ce poste-là donc je dirai que ce n'est pas démotivé et euh on a une cadre qui voilà est vraiment à notre écoute et qui entend et qui sait déceler quand ça ne va pas voilà.
90	1:02:17,0 1:02:18,0	- DL : C'est important ça ?
91	1:02:19,0 1:02:46,0	- C.G : Parce qu'elle sait que... elle sent que l'épuisement arrive elle rattrape en disant : Là vous reposez je vous mets deux RTT vous vous posez quoi ! moi je suis à 80% donc je ne fais ça que 4 jours par semaine donc je pense que c'est bien. C'est bien !
92	1:02:47,0 1:02:49,0	- DL : Il ne faut pas se laisser trop envahir par...
93	1 :02 :49- 1 :02 :49	C.G : Envahir par...
94	1 :02 :49- 1 :02 :50	DL : Happer par tout ça
95	1:02:50,0 1:03:05,0	- C.G : Oui c'est ça. C'est à dire que vous avez une journée en plus par semaine et je pense que même si à un moment donné j'avais dit : Ben vu l'absorption de travail peut-être que je pourrais ré augmenter et je me dis que ma journée euh pfft.

96	1 :03 :07- 1 :03 :07	DL : C'est comme un sanctuaire il ne faut pas y toucher ?
97	1:03:07,0 1:03:50,0	- C.G : Ben c'est ouais un moment mais je vous assure que des fois c'est euh et je ne fais rien de ma journée mais parce qu'il faut que je lâche quoi ? Il faut lâcher mais des fois je me dis mais ça ne va pas là... bouge-toi un peu ! mais je pense que c'est tellement prenant enfin ça prend tellement d'énergie et de temps que... mais non c'est très intéressant mais moi j'ai vraiment la ville elle... j'ai vraiment besoin d'aller voir dans la ville ce qui se passe
98	1 :03 :50- 1 :04 :16	Intermède
99	1:04:16,0 1:06:35,0	- C.G : Non parce que nous on est cloisonné ici en fait et euh alors oui on imagine comment ça fonctionne mais on a une idée mais pas forcément une idée bien précise. Parce que je pense que vous en plus votre place est d'autant plus difficile que vous intervenez sur le domicile donc euh c'est pas forcément simple parce que là vous êtes sur le lieu de vie. Nous c'est peut-être plus simple parce que c'est au décours d'une hospitalisation ou au décours d'une consultation euh le médecin quelquefois parle de nous ou l'équipe parle de nous. Même s'ils n'ont pas forcément entendu parce qu'ils entendu plein de choses mais après nous on a le temps de se présenter, de se poser. Après moi quand je dis : Ben voilà il y a des équipes sur l'extérieur, j'ai des patients qui me regardent et qui me disent : Mais ils vont venir chez moi ? Ils vont venir chez moi d'accord... ? Et là je pense que c'est plus difficile moi je leur dis toujours : Vous essayez voilà, ils vont vous expliquer leur rôle mieux que moi mais maintenant ça peut vous sécuriser ensuite vous verrez vous pourrez peut-être travailler différemment qu'à l'hôpital et jusqu'à présent hormis un ou deux patients avec qui ça ne s'est pas bien passé mais parce que déjà nous aussi c'était compliqué déjà pour nous après moi je dirai que j'ai eu des prises en charge mais je pense que toute ma vie elles me suivront vraiment! Parce que vraiment on a bien travaillé et qu'on est arrivé certes dans des fins de vie mais en ayant trouvé un moyen d'aider tout le monde voilà. Et on se dit on a fait quelque chose et ça a servi à quelque chose ça a payé et quand vous avez le retour d'une famille qui vous dit : Et ben j'étais septique mais alors merci ! merci du fond du cœur et ben vous vous dites que ...
100	1:06:36,0 1:06:37,0	- DL : Vous avez bien travaillé !

101	1:06:37,0 1:07:45,0	- C.G : Oui c'est ça ! c'est ça ou que vous recevez une carte en disant : Merci pour tout ce que vous avez fait et bien ouais c'est... on se dit qu'on n'est pas inutile vous voyez et on est légitime dans la prise en charge du patient. Là on se dit qu'on est légitime parce qu'on a servi à quelque chose on a mis des choses en place certes il y avait déjà l'infirmier libéral il y avait déjà ça mais on a reconstruit quelque chose et tout le monde y a trouvé son bénéfice. Et ça moi c'est ce qui me... c'est ce qui me permet d'avancer un petit peu plus c'est pour ça que je pense que j'ai besoin d'aller voir ce qui se passe à l'extérieur pour comprendre comment est-ce que... alors même si je me dis que je travaille dans ce sens mais je me dis au moins voilà je vais voir pourquoi je propose au patient et... ce que je fais c'est bien quoi!
102	1:07:47,0 1:07:51,0	- DL : La réciproque est aussi très utile c'est à dire que notre équipe vienne avec vous
103	1:07:52,0 1:08:18,0	- C.G : Mais je pense qu'on aurait besoin de se retrouver par moments vous voyez je ne sais pas dans quel cadre mais il y a des journées vous voyez qui se font sur les soins de support, il y a des journées qui se font sur... mais je pense que sur le terrain on aurait vraiment besoin de se retrouver hôpitaux et euh oui les gens de l'extérieur mais euh...
104	1 :08 :18- 1 :08 :19	DL : Une journée de la coordination ?
105	1:08:19,0 1:12:08,0	- C.G : C'est ça mais je pense que c'est à travailler alors je ne sais pas, peut-être qu'un jour quelqu'un montera le truc quoi? mais... et c'est vrai que c'est quelque chose qui m'interpelle sur la coordination en interne, la coordination en externe je pense que c'est un sujet de mémoire où vous pouvez amener vous voyez euh des journées de coordination pour que tout le monde arrive à se connaître et à faire du bon boulot quoi... puisqu'on est là qui? (Rires)... On est là pour le patient et je pense que j'espère qu'un jour quelqu'un travaillera dessus... non mais c'est ça peut être un très bon sujet de... Je pense qu'il faut réfléchir à une belle journée oui ou ça peut être un moment où on se retrouve médecins, infirmiers mais aussi aides-soignants, enfin ... (intermède 1:09:32-1:10:31) C'est vrai qu'on pourrait échanger sur nos difficultés qu'on peut avoir en commun quel que soit le milieu du soin, les spécialités où on est amené à coordonner après c'est comme toute pathologie. Toute pathologie a ses problématiques en fonction de... on est amené à travailler sur des projets alors vous n'allez pas travailler de la même manière quand vous faites de la maladie chronique ou de la maladie... ou si vous êtes en soins palliatifs enfin... en cardio c'est autre chose, diabète c'est autre chose chaque chaque après on a qu'est-ce qu'on entend par coordination ? C'est ça après. Parce que c'est-ce qu'en hémato moi je m'en souviens on coordonnait

		<p>entre l'autogreffe, l'allogreffe quand on faisait du lien avec le CTS c'est de la coordination quand on fait des liens, on organise une autogreffe c'est de la coordination pour gérer que le patient voilà pour que tout se passe sur le papier le mieux possible c'est de la coordination mais interne voilà ! Vous travaillez tout le temps avec les mêmes acteurs que nous tandis que nous c'est vrai qu'on travaille avec plein d'acteurs différents et il faut s'adapter, il faut s'adapter, il faut être patient et puis des moments où, oui vous avez des retours difficiles quoi ! mais ce n'est pas grave ! c'est pas grave! Voilà !</p>
106	1 :12 :08- 1 :12 :09	DL : Remerciements

Résumé

L'objectif principal de la thèse est d'étudier les stratégies individuelles des acteurs pour investir leurs rôles de coordinateurs et de comprendre les conditions de leurs engagements dans le processus de théorisation visant idéalement à l'adoption de leurs métiers émergents ainsi qu'à leur diffusion dans l'institution de la santé.

Dans une première partie, nous décrivons le système de santé français, sa complexité, les mutations l'amenant à se réorganiser et à innover pour répondre aux défis de santé publique, démographique, économiques et technologiques. Enfin, nous documentons la problématique de la coordination dans le système des professions en faisant émerger des nouveaux métiers dans les trois secteurs : sanitaire, social et médico-social.

Dans une deuxième partie, une étude exploratoire qualitative structurée par la méthode "prospective métiers" a été réalisée à partir de trente et un entretiens semi-directifs et d'une enquête par questionnaire autoadministré auprès d'un groupe d'experts [n = 23] puis diffusée identiquement auprès des professionnels concernés par la coordination [n = 68].

Les principaux résultats montrent la dépendance du rôle de coordinateur aux pratiques fonctionnelles et relationnelles ainsi qu'à l'environnement de travail. L'appropriation préalable des rôles et des pratiques de coordination par les acteurs favorise leur engagement dans le processus de théorisation pour défendre la reconnaissance de leurs métiers de coordinateurs.

Les évolutions des coordinateurs sont envisagées dans quatre scénarios : Le plafond de verre de la fonction de coordination, la reconnaissance du métier de coordinateur, la création d'une communauté professionnelle de coordinateurs et l'évolution vers la coordination 3.0. Elles font apparaître que le processus de théorisation de ce métier émergent comportera prospectivement un axe technique de formation, un axe politique lié à l'engagement des coordinateurs, un axe sociologique afin de constituer une communauté et enfin un axe technologique en rapport avec la santé 3.0.

Mots clés : Santé, coordination, coordinateur, métier émergent, théorisation, travail institutionnel

Abstract

The main objective of this thesis is to observe the individual strategies set up by professionals as they take on their roles as coordinators and to understand the requirements for their involvement in the theorization process, ideally aiming at the adoption of their emerging occupations as well as their wider use in the public healthcare system.

In a first part, we will describe the French health system, its complexity, the changes leading to its reorganization and innovation in order to meet the demographical, economic and technological challenges facing public health services. Then, we will document the question of coordination in the system of professions by introducing new professions in the health, social and socio-medical sectors.

In a second part, we will present an exploratory study based on the "prospective professions" method and carried out on the basis of thirty-one semi-directive interviews and a self-administered questionnaire filled in by a group of experts [n= 23]. This questionnaire was then submitted in the same way to the professionals involved in coordination [n=68].

The main results show the strong link between the role of the coordinator and functional and relational practices in use, as well as their work environment. Workers are more committed to supporting the theorization process aimed at promoting their emerging professions as coordinators when they have beforehand assimilated coordination techniques and uses.

The evolutions of the coordinators are considered in four scenarios: the limit set to the coordination function, the recognition of the coordinator profession, the creation of a professional community of coordinators and the evolution towards coordination 3.0. They show that the process of theorizing this emerging profession will prospectively include a technical axis of training, a policy axis related to the commitment of coordinators, a sociological axis in order to constitute a community and finally a technological axis as regards health 3.0.

Keywords: Health, coordination, coordinator, prospective, emerging profession, theorization, institutional work