



**HAL**  
open science

# L'évaluation contributive comme levier d'amélioration du système de santé: le cas des plateformes et dispositifs de coordination dans le contexte français

Jessica Gheller

► **To cite this version:**

Jessica Gheller. L'évaluation contributive comme levier d'amélioration du système de santé: le cas des plateformes et dispositifs de coordination dans le contexte français. Sciences de l'information et de la communication. Université Gustave Eiffel, 2022. Français. NNT : 2022UEFL2073 . tel-04208761

**HAL Id: tel-04208761**

**<https://theses.hal.science/tel-04208761>**

Submitted on 15 Sep 2023

**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.

# L'évaluation contributive comme levier d'amélioration du système de santé : le cas des plateformes et dispositifs de coordination dans le contexte français.

**Thèse de doctorat de l'Université Gustave Eiffel**

École doctorale : Cultures et sociétés, n° 529,  
Spécialité de doctorat : Sciences de l'information et de la communication  
Unité de recherche : Dispositifs d'information et de communication à l'ère numérique (Paris).  
Axe 3 : TIC et innovations de services, intelligence économique et territoriale

**Thèse présentée et soutenue à l'Université Gustave Eiffel,  
le 16/12/2022, par :**

**Jessica GHELLER**

## **Composition du Jury**

<b>Jean-Luc BOUILLON</b> Professeur des universités, Université, Rennes 2	Président et rapporteur
<b>Yanita ANDONOVA</b> Professeur des universités, Université Sorbonne Paris Nord	Rapportrice
<b>Sylvie PARRINI-ALEMANNNO</b> Professeur des universités, CNAM	Examinatrice
<b>Christian BOURRET</b> Professeur des universités, Université Gustave Eiffel	Examinateur
<b>Anne-Carole BENSADON</b> Inspecteur Général des Affaires Sociales, IGAS	Examinatrice
<b>José Maria BIEDMA FERRER</b> Professeur des universités, Université de Cadix	Examinateur

## **Encadrement de la thèse**

<b>Christian BOURRET</b> Professeur des universités, Université Gustave Eiffel	Directeur de thèse
---	--------------------



## Remerciements

Mes premiers remerciements vont à mon directeur de thèse, Christian Bourret, qui a accepté de diriger mon travail et sans le soutien de qui, il m'aurait été difficile d'achever la rédaction de cette thèse.

Je souhaite également remercier M. Pierre Naves de l'IGAS, qui est la première personne qui a formulé la possibilité pour moi d'envisager un doctorat et qui m'a invité à contacter Christian Bourret, lorsque j'ai souhaité m'engager dans cette voie.

Je remercie vivement l'ensemble des chercheuses et chercheurs qui ont accepté de participer à mon jury de thèse. Le Pr Jean-Luc Bouillon de l'université Rennes 2, d'avoir été rapporteur de mon travail et d'avoir présidé mon jury de thèse et que je le remercie également pour ses orientations et encouragements à approfondir l'approche de la dimension spatiale des communications en SIC ; le Pr Yanita Andonova de l'université Sorbonne Paris Nord, pour avoir été rapportrice de mon travail, et de m'avoir encouragée lors d'une première rencontre en début de parcours de thèse, puis lors de ma soutenance à rechercher l'exigence dans le domaine de la recherche ; le Pr José Maria Di Biedma Ferrer de l'université de Cadix, avec qui j'ai échangé de nombreuses fois lors de mon doctorat, dans le cadre des travaux menés en collaboration avec mon directeur de thèse ; le Pr Sylvie Parrini-Alemanno du CNAM, avec qui j'ai eu la chance de collaborer lors de nombreux projets dans le cadre du groupe de travail PRoRé<sup>2</sup>Ter et auprès de qui j'ai beaucoup appris, en particulier à l'occasion de la rédaction d'article en commun ou bien d'une communication au colloque Org&Co de Mons, à laquelle j'ai eu la joie de participer ; et enfin, Mme Anne-Carole Bensadon de l'IGAS, dont la présence à mon jury de thèse a représenté une importance toute particulière, puisque les enseignements dispensés au Master Management des Organisations et des Services de Santé (MOSS) que j'ai suivi en formation continue à l'université de Marne-la-Vallée, ont été une source d'une meilleure compréhension des politiques de santé et d'inspiration dans mon travail de thèse.

Je remercie aussi les autres chercheuses et chercheurs dont les rencontres et échanges ont jalonné mes travaux de recherches. Le Pr Ingrid Fausshauer de m'avoir accueillie comme enseignante vacataire au Master SMSPS de l'université Gustave Eiffel, le Pr Fabienne Martin-Juchat et le Pr Valérie Lépine de l'université Grenoble-Alpes avec qui j'ai eu le plaisir d'échanges croisés lors d'un séminaire à la Maison des Réseaux de Santé de l'Isère, sur le terrain de recherche des organisations d'interface, le Pr Corinne Grenier de pour son accueil à deux éditions du Colloque Santé de Marseille, lors desquelles j'ai eu le plaisir de présenter mes travaux de recherche, le Pr Valérie Carayol de l'Université de Bordeaux qui est venue présenter ses travaux lors d'un séminaire au Dicen-Idf, le Pr Claudie Meyer du Dicen-Idf pour les échanges à propos de ses travaux sur les plateformes dans le domaine de la santé et

Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans la disponibilité et l'accueil chaleureux que m'ont témoignés Chloé Terminarias, puis Claudia Da Re au Dicen-Idf, le personnel du service de reprographie de l'université de Créteil, le Dr Caroline Gasnault pour son accueil inconditionnel dans son cabinet de médecine générale qui a été un terrain d'observation très instructif que j'ai eu la chance de pouvoir explorer, Pascal Pousse à l'Association Appui&Vous et Eric Drahi à l'association Diabolo pour les riches échanges ainsi que les documents et éclairages fournis, qui m'ont permis de réaliser les précieuses monographies présentées dans ce travail. Je remercie également, pour le temps qu'ils m'ont accordé et la richesse de leurs apports, les nombreux professionnels de terrain que j'ai eu l'occasion d'interroger. Je pense plus particulièrement à toute la joyeuse et très impliquée équipe de la Maison des Réseaux de Santé de l'Isère à Saint-Martin-D'Hères, Dr Thierry Gandon du GCS du Bessin, M. Marc Weissmann et Bastien Ghys de la MRSI, Dr. Gérard Mick de l'UNR.Santé, Dr. Eliane Abraham du réseau de santé Gérard Cuny, Mme Valérie Chéreau-Cornu du réseau de santé Odysse et M. Stéphane Fabriès du réseau ILUHP.

Je remercie enfin toutes les personnes qui ont partagé avec moi leurs expériences de doctorat, et dont les échanges, toujours bienveillant et parfois amicaux m'ont permis de trouver la confiance de persévérer. Je pense plus particulièrement à Cécile Treton, pour nos longs et agréables échanges téléphoniques, Salma El Bourkadi et Damien Lamine pour nos échanges enthousiastes à Mons, Elisa Wrembel pour m'avoir interviewé et de m'avoir invité à participer aux ateliers participatifs avec d'autres acteurs de la santé d'Occitanie, dans le cadre de sa thèse

de doctorat, Charlène Hoareau avec qui les échanges à Marseille et la proximité de nos terrains de recherche m'ont beaucoup apporté et enfin Eloria Vigouroux-Zugasti pour ses conseils avisés lors de nos rencontres à l'IFIS à Marne-la-Vallée.

Je remercie, dans le désordre et non sans émotions, le soutien apporté par mes très chères amies dont l'amitié et la présence ont été un précieux soutien, Léa pour tout et depuis si longtemps, Laura pour les déjeuners Montalbanais du vendredi, Anaïs pour nos rires nos rendez-vous téléphoniques imprévus, Célia pour nos toujours très longs échanges malgré le réseau creusois, Stéphanie pour les analyses partagées et parfois désespérées de l'évolution de notre système de santé et la bonne humeur, Delphine pour nos escapades toujours joyeuses, Servanne pour nos échanges lors du confinement et de nos sorties Yoga post-natal, Raphaele pour les sorties toulousaines sportives ou cinématographiques, Florence pour ton aide patiente et au combien importante, Anne-Sophie pour nos séances de travail studieuses dans les bibliothèques et cafés de Toulouse.

Enfin, ce travail n'aurait pas pu aboutir sans le soutien et l'investissement de Benjamin, les rires et les questions sur « la thèse de maman » de nos enfants, le soutien et les encouragements de ma famille, ma mère, mon frère mon oncle et ma tante, mes cousines et mon cousin.

Mes dernières pensées vont pour ceux qui m'ont quitté avant ou pendant cette thèse, qui m'ont tant transmis et qui aurait sans nul doute été fiers de voir leur fille, petite-fille et petite-nièce soutenir une thèse de doctorat.

# Résumé

---

*La recherche concerne l'amélioration des systèmes de services d'aide et de soin dans le système de santé français, intégrant une attention particulière à l'approche territoriale des inégalités sociales de santé. S'appuyant sur l'ambivalence des évolutions du système de protection sociale français, notre questionnement porte sur l'évolution des logiques normatives liées à l'évaluation des parcours de santé complexes et leur potentiel d'hybridation porteur d'innovation sociale et de résilience. En ce sens, nous interrogeons les relations entre les dynamiques évolutives des territoires de santé numérique et les nouvelles méthodes d'évaluation de type contributives, comme alternatives aux évaluations normatives issues de « l'idéologie gestionnaire ». Ce questionnement s'inscrit dans l'approche ICCOE (Information, Communication, Confiance, Organisation et Écosystème) enrichie du cadre intégrateur des approches Communicationnelles des Organisations (ACO) et de l'interdiscipline avec la géographie. Considérant l'imbrication de l'espace et de l'organisation, la méthodologie mobilise les théories qualitatives utilisées tant en géographie qu'en SIC, notamment la modélisation et la sémiotique. Dans le cadre d'une observation participante a été conduite, une analyse longitudinale des pratiques infocommunicationnelles à l'origine des dynamiques de changement/reproduction au sein de cinq plateformes et dispositifs de coordination de santé, prenant en compte les contextes national, régional et infradépartemental. Les principaux enseignements concernent les dynamiques d'émergences de nouvelles méthodes d'évaluation contributives au sein des organisations locales de santé, résultant des interactions entre différents processus normatifs existants, dont certains permettent une réelle transmission des informations intégrant le patient et son entourage. Pour finir, nous plaçons pour favoriser les approches contributives avec la conception d'espaces d'évaluation spéculative propre à renouveler l'imaginaire des données des acteurs des parcours de santé.*

---

## Abstract

---

*The research concerns the improvement of assistance and care service systems in the French health system, with particular attention to the territorial approach to social inequalities in health. Based on the ambivalence of the evolutions of the French social protection system, our questioning concerns the evolution of the normative logics linked to the evaluation of complex health care platform coordination and their potential for hybridization, which can lead to social innovation and resilience. In this sense, we question the relationships between the evolving dynamics of digital health territories and new evaluation methods of a contributory type, as alternatives to normative evaluations stemming from "managerial ideology". This questioning is part of the ICCOE approach (Information, Communication, Trust, Organization and Ecosystem) enriched by the integrative framework of the Communication approaches of Organizations (ACO) and the interdiscipline with geography. Considering the imbrication of space and organization, the methodology mobilizes qualitative theories used in geography as well as in SIC, notably modeling and semiotics. Within the framework of a long-term participant observation, a longitudinal analysis of info-communication practices at the origin of change/reproduction dynamics within five health coordination platforms and devices was conducted, taking into account the French national, regional and sub-departmental contexts. The main findings concern the emergence of new methods of assessment within local health organizations, resulting from interactions between different existing normative processes, some of which allow for a real transmission of information integrating the patient and his/her entourage. Finally, we make recommendations to encourage contributory approaches by advocating for the design of new spaces for speculative evaluation that can renew the imagination of the data of the actors in the health care platform coordination.*

---

## Sommaire

---

RESUME.....	5
SOMMAIRE.....	6
LISTE DES TABLEAUX.....	8
LISTE DES FIGURES.....	9
INTRODUCTION GENERALE.....	11
PREMIÈRE PARTIE : ÉVALUATIONS ET ORGANISATIONS D’INTERFACE DANS LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS : LES ENJEUX D’UN PROBLEME INFORMATIONNEL.....	17
CHAPITRE 1 : L’ENJEU DE L’EVALUATION POUR DES APPROCHES TERRITORIALES DE LA SANTE.....	18
CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES DES ORGANISATIONS D’INTERFACE.....	28
CHAPITRE 3 : UN POSITIONNEMENT D’INTERMEDIATION ENTRE COMMUNICATION ET TERRITOIRE.....	38
DEUXIÈME PARTIE : METHODE ET TERRAIN D’INVESTIGATION.....	68
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	70
CHAPITRE 5 : METHODES D’INVESTIGATION PRATIQUE : UNE ELABORATION ITERATIVE.....	75
CHAPITRE 6 : RESULTATS.....	95
CHAPITRE 7 : DISCUSSION DES FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE.....	162
TROISIEME PARTIE : ENSEIGNEMENTS DE LA RECHERCHE.....	165
CHAPITRE 8 : PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE LA RECHERCHE.....	166
CHAPITRE 9 : PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES.....	178
CONCLUSION.....	183
BIBLIOGRAPHIE.....	184
TABLE DES MATIERES.....	192





## Liste des tableaux

---

<i>Tableau 1 : l'organisation au sein de l'approche communicationnelle des organisations (Bouillon et Vásquez 2013)</i>	45
<i>Tableau 2 : évolution des approches constitutives des organisations (CCO) (Bouillon et Vásquez 2013)</i>	47
<i>Tableau 3 : Tableau comparatif des approches CCO et ACO (Bouillon et Vásquez 2013)</i>	48
<i>Tableau 4 : Synthèse des types d'évaluation et de leurs dimensions critiques (Le Moëgne et Parrini-Alemanno 2010)</i>	58
<i>Tableau 5 : Synthèse des formes de rationalisation et de leurs dimensions critiques</i>	59
<i>Tableau 6 : synthèse des dimensions communicationnelles d'un processus de construction sociale dynamique des organisations (Bouillon 2003b)</i>	76
<i>Tableau 7 : Classification des méthodes d'évaluation adaptée de Huart et al (Huart J, Kolski C, Bastien C) et Barbier (Barbier 2012)</i>	84
<i>Tableau 8 : Vue synoptique du contexte d'observation participante pour les années 2012 et 2013 (extrait du rapport d'activité d'une fédération régionale de réseau de santé)</i>	90
<i>Tableau 9: vue synoptique du contexte d'observation participante pour l'année 2014 (extrait du rapport d'activité d'une fédération régionale de réseau de santé)</i>	90
<i>Tableau 10 : vue synoptique du contexte d'observation participante pour l'année 2015 et début 2016 (extrait du rapport d'activité)</i>	91
<i>Tableau 11 : Tableau des différents projets territoriaux de santé identifiés à l'échelle méso</i>	137
<i>Tableau 12: Tableau de synthèse des limites identifiées par les acteurs de l'amélioration des parcours de santé</i>	142
<i>Tableau 13: Synthèse des méthodes d'évaluation recensées</i>	142
<i>Tableau 14: Typologie de la dimension contributive de méthodes d'évaluation des dynamiques locales (source : doctorante)</i>	148
<i>Tableau 15 : exemples de pratiques d'assistance à l'autonomie</i>	158

## Liste des figures

---

Figure 1: Échelle de l'apprentissage collectif dans une coordination (Frossard et Boitard 1997)	31
Figure 2 Cartographie de l'articulation des problématiques du lien, du sens, du savoir et de l'action (Bernard 2004b)	41
Figure 3 : paysage actuel en matière de système d'information en santé	54
Figure 4: Tableau des principales notions retenues au sein des ACO (d'après (Bouillon 2003a, (Bouillon 2018)	61
Figure 5 : Schéma des niveaux de l'élaboration de la modélisation systémique (Belin et Mucchielli 2006), p. 67)	73
Figure 6 : Schéma du diatope tel qu'utilisé en géopolitique (Lacoste 2016)	78
Figure 7: Modélisation qualitative du cadrage systémique du terrain de recherche (auteur)	80
Figure 8 : schéma du corpus documentaire de l'étude	88
Figure 9 : schéma de la grille d'analyse du corpus documentaire de l'étude	89
Figure 10 : composition de l'échantillon de professionnels rencontrés et observés en situation	92
Figure 11 : Répartition géographique des études de cas réalisées	93
Figure 12 : Illustration des deux études de cas réalisées	94
Figure 13 : exemples de verbatims d'un responsable de plateformes et dispositif de coordination	97
Figure 14 : Première modélisation des lieux de construction sociale d'activités de coordination (source doctorante, d'après le principe de Reynaud, Grataloup 2006).	102
Figure 15 : Modélisation des espaces d'interface infocommunicationnels : de la frontière-forteresse à la frontière-membrane (source : d'après le principe de Reynaud, Grataloup 2006).	106
Figure 16 : exemples de consultations longues et complexes en soins primaires selon la convention médicale de l'Assurance maladie signée en 2016	111
Figure 17 : exemples de consultations longues et complexes d'après la convention en soins primaires selon la convention médicale de l'Assurance maladie signée en 2016	112
Figure 18 : exemples de valorisation du travail pluridisciplinaire et du recours aux services de coordination et d'appui en soins primaires selon la convention médicale de l'Assurance maladie signée en 2016	113
Figure 19 : proposition 46 de la concertation "Grand-âge et autonomie", mars 2019 :	114
Figure 20 : proposition n° 23 du rapport d'information de la Commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mars 2018 :	115
Figure 21 : proposition n°24 formulée par la commission des affaires sociales relative à l'EHPAD, acteur pivot du maintien à domicile : « l'EHPAD à domicile » ou « hors les murs », mars 2018	116
Figure 22 : liste indicative des territoires concernés par des projets de plateformes de service orientées vers « l'EHPAD » à domicile » ou « hors les murs » (Banque des territoires, 2020)	116
Figure 23 : Missions des Dispositifs d'appui à la population et à la coordination des parcours de santé complexes	117
Figure 24 : Modélisation de la dynamique d'interface et émergence du contexte englobant (source : doctorante, d'après le principe de Reynaud, Grataloup 2006).	125

<i>Figure 25 : extrait du rapport d'activité d'une fédération de réseaux de santé, 2012</i>	128
<i>Figure 26 : Extrait du rapport d'activité du regroupement, 2012</i>	128
<i>Figure 27 : extrait de l'analyse prospective de la Haute Autorité de Santé concernant la mesure de la satisfaction des patients (PREMs et PRIMs)</i>	136
<i>Figure 28 : limites formulées par le HCAAM à propos de l'approche du changement par les expérimentations</i>	136
<i>Figure 29 : Tableau de synthèse des espaces de médiation et d'intermédiation</i>	154
<i>Figure 30 : description des actions d'écoute des besoins des personnes en qualité d'usagers de droit en 2020</i>	154
<i>Figure 31 : synthèse des processus organisant les interactions et les médiations entre l'expérience des différentes parties prenantes</i>	155
<i>Figure 32: Approche informationnelle de la rencontre des expériences des parties prenantes</i>	155
<i>Figure 33 : Citation d'un médecin généraliste coordonnateur d'une plateforme de coordination</i>	158
<i>Figure 34 : Tableau de synthèse des espaces de médiation et d'intermédiation</i>	159
<i>Figure 35 : synthèse des processus organisant les interactions et les médiations entre l'expérience des différentes parties prenantes</i>	159
<i>Figure 36: Approche informationnelle de la rencontre des expériences des parties prenantes</i>	160
<i>Figure 37 : Exemple de projet innovant à forts enjeux dans la période de crise sanitaire suite à l'épidémie de la COVID-19</i>	161
<i>Figure 38 : Modélisation des espaces d'évaluation contributive en santé (doctorante)</i>	166

# Introduction générale

---

*RESUME : Cette introduction générale porte sur les éléments saillants du positionnement épistémologique au sein duquel s'inscrit la réalisation de cette thèse, en évoquant quelques éléments constitutifs de la « matrice épistémologique » de référence dans le champ universitaire français des SIC, ainsi que le positionnement au sein des enjeux de l'interdiscipline (Ollivier 2001). Il s'agit d'explicitier les origines de mon parcours au sein de la discipline d'abord, mon positionnement d'interface avec la géographie, qui caractérise la construction de mon objet de recherche ensuite et enfin de présenter le cheminement m'ayant conduit à un positionnement de constructivisme social construit à partir de la recherche de fertilisation croisée entre un positionnement théorique et des terrains concrets d'actions. Ma posture de recherche se situe essentiellement dans les sciences de l'information et de la communication toute en allant chercher des références en sciences humaines et sociales pertinentes pour certaines de ses entrées et notamment en géographie, avec les notions transversales d'espace, de temporalité et de niveau d'analyse. Pour comprendre les "organisations d'interfaces" nous nous référons aux travaux de Christian Bourret (2010 et 2016) ; qui est l'un des pionniers sur cette thématique en sciences de l'information et de la communication. Il les envisage en matière d'intelligence informationnelle au service de la proximité déterminant ainsi une forme spécifique organisationnelle, proposant une approche qualifiée d'ICCOE (Information, Communication, Confiance, Organisation et Écosystème).*

---

## Parcours et Cheminement vers les sciences de l'information et de la communication

### Parcours initial et trajectoire académique

À la suite d'une formation initiale universitaire en sciences sociales, d'abord en géographie puis en santé des populations, j'ai intégré des espaces professionnels ayant comme point commun la conduite de projets de coordination et de coopération entre professionnels et services d'aide et de soin dans des territoires aussi bien ruraux qu'urbains. Puis, j'ai découvert dans le champ professionnel de la pluridisciplinarité, de l'autonomie, du travail en réseau de services d'aide et de soin, et enfin des réseaux de santé, que j'ai intégré un parcours de consolidation de mes connaissances des organisations innovantes, au sein du Master Management des organisations et services de santé (Master MOSS) de l'Institut Francilien d'Ingénierie des Services (IFIS). Les échanges et le partage de points de vue dans le cadre du parcours "organisation en réseau et innovations organisationnelles" du Master MOSS m'ont intéressé. Dans cette perspective, la consolidation progressive d'un positionnement à l'interface avec la géographie, s'est progressivement révélée en capacité de contribuer aux travaux de recherche abordant les relations entre « territoire » et « communication ». Il s'agit d'une part de contribuer aux enjeux liés aux problèmes pour les, acteurs en situation relatifs à l'évaluation de la résilience des territoires en santé. Ces orientations se sont affirmées, en particulier à la faveur de la participation à des séminaires de recherche (CODATA, Reser, Colloque Santé de KEDGES) et lors de la publication d'éléments de réflexion dans des publications académiques (CODATA, ISTE, RESER). C'est à l'occasion de ma participation à ces différents travaux académiques, d'échanges interdisciplinaires autour de mon sujet de recherche, et de ma participation aux échanges du groupe de recherche « Protection Résilience et Territoire – ProRé<sup>2</sup>ter » que l'ancrage complémentaire en géographie s'est révélé un atout pour aborder la question du développement de la dimension contributive de l'évaluation de la résilience, et de l'innovation au sein des territoires.

Le parcours académique réalisé dans le cadre de cette thèse m'a conduit à développer les travaux de l'approche d'ICCOE : Information, Communication / Confiance dans les Organisations et les Écosystèmes (organisations, territoire, groupes sociaux, etc.) (Bourret, 2020). Le cadre théorique de l'approche ICCOE, envisage la communication des organisations à partir de leurs interfaces, dans un contexte où l'activité professionnelle et les modalités relationnelles du point de vue des patients et de leurs entourages se trouvent être modifiées par les outils numériques infocommunicationnels. Il mobilise au sein des sciences sociales les références théoriques d'intelligence informationnelle au service de la proximité, de cadre intégrateur des approches communicationnelles des organisations (ACO telles que celles développées par Jean-Luc Bouillon), et également la confiance décrite par le Cardinal (2021)

comme une forme info communicationnelle, qui seule permet de fonctionner et d'aborder le changement. J'ai ainsi intégré l'équipe de recherche transversale ProRe<sup>2</sup>Ter. Au sein de cette équipe de recherche, les travaux rejoignent également l'approche des phénomènes sociaux par la transdisciplinarité qui est au cœur du projet de nouvelle Université Gustave Eiffel, pour la construction des connaissances pour l'action et à partir des savoirs des acteurs de terrain.

### **Une posture à l'intersection entre la pratique et la théorie**

À partir de ces apports, l'entrée à l'Institut Francilien et d'Ingénierie des Services - IFIS, a constitué une opportunité institutionnelle pour définir les contours d'un objet de recherche à partir de l'évaluation contributive de l'innovation au sein des organisations d'interface et intégrant l'approche territoriale de la santé. C'est dans le cadre de ces liens que s'est présentée la possibilité de développer une recherche-action à l'intersection des terrains professionnels et de l'université dans une logique de fertilisation croisée. La présence d'un ancrage de terrain, m'a permis de privilégier une approche méthodologique relevant d'une posture compréhensive des phénomènes humains et sociaux, correspondant à une attitude de « curiosité méthodologique » (Schultz, 1987), visant à tenir dans la durée une posture intellectuelle « ancrée », c'est-à-dire proche du terrain, concrète, car au plus près des phénomènes humains et sociaux (Mucchielli 2007). La démarche se fonde autour d'aller et retour entre les terrains de recherche et la théorie, afin de créer du sens, du lien et du savoir pour l'action, dans une perspective de communication d'action et d'utilité sociétale. L'adoption d'une posture constructiviste pose « la question de l'action et de la recherche-action [et ouvre à] de nouveaux problèmes face auxquels les chercheurs en communication poursuivent l'élargissement théorique vers d'autres ressources » (Bernard 2007). La démarche que je propose s'inscrit dans différents travaux récents en sciences de l'information et de la communication concernant la question du territoire, à l'exemple de l'étude de la spacialisation des activités d'information et de communication (Pailliant 2018), ou encore l'étude des phénomènes de territorialisation des parcours numérisés de soins (Alemanno 2017) ou bien des liens entre les traces numériques et les territoires (Severo et Romele 2015).

### **Cadre théorique à l'interface de deux disciplines interdisciplinaires**

#### **Contexte**

De nouvelles formes organisationnelles, dites d'interface, ont émergé dans les territoires de santé à partir de la notion de parcours de santé. Elles résultent de la volonté du législateur de promouvoir les logiques de coordination et de coopération généralisées entre les acteurs d'un même territoire afin d'améliorer les synergies entre les différents secteurs du système de santé français (domicile, hospitalier et services de soins primaires). En nouveau paramètre, s'ajoute la généralisation à l'ensemble des acteurs des parcours de santé des dossiers partagés et des prises en charge médiatisées par le numérique dans une logique de transformation des pratiques et des organisations de santé. Le constat d'une dynamique paradoxale des parcours de santé se fait jour. Cette ambivalence met en tension l'amélioration de l'échange et du partage d'informations au sein des territoires et d'autre par une logique globale d'individualisation de la protection sociale. Cette tension est par ailleurs associée à la transformation silencieuse du système de protection sociale (Tabuteau 2016), elles-mêmes désormais en lien avec l'accélération de l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé (Chauvel 2016) et la généralisation de l'évaluation par les nombres conduisant à une déconnexion des politiques publiques avec la réalité des territoires (Supiot 2015). Dans ce contexte, l'évaluation contributive des innovations et de la résilience des organisations territoriales en santé devient une préoccupation des acteurs des parcours de santé, qui cherchent à renouveler une politique publique de santé qui serait fondée sur une élaboration collective de jugement pratique comprenant aussi bien le niveau national que régional et local.

#### **Interdiscipline**

J'envisage les organisations d'interface comme objet de recherche grâce à un cadre théorique constitué des sciences de l'information et de la communication (SIC) et de la géographie. Notamment à travers la mobilisation de deux notions communes aux deux disciplines, l'évaluation (Bourret/Lacoste, O.) et

l'interaction (Lacoste, Y./Mucchielli). Situait l'approche que je propose des organisations d'interface dans une logique d'interdiscipline entre les SIC et la géographie, il s'agit d'appréhender les organisations d'interface en prise avec les territoires comme construction sociale à partir des représentations des acteurs dans des territoires donnés d'une part, comme système d'interaction présentant des enjeux et des tensions entre différents acteurs et différents modèles de développement social et économique.(Pailliar 2018; Lacoste 2016) d'autre part. Avec toute l'importance de l'approche de constructivisme social, fondée sur la production de savoirs ancrés dans les représentations des problématiques pour les acteurs en situation, et de l'articulation du sens, du lien et du savoir pour l'action.

### **Approche conceptuelle**

Je postule que les organisations d'interface en santé sont une forme sociale issue du tiers secteur d'un mouvement général de plateformes du monde (Beuscart et Flichy 2018) et de transformation numérique du système de santé (Durampart 2019), corrélé à un déplacement de la décision politique vers une régulation automatique guidée par l'utilisation des systèmes d'information pour généraliser les évaluations quantitatives des dynamiques sociales (Ogien 2013).

Je situe plus particulièrement cette recherche dans une perspective sociotechnique de la transformation des organisations territoriales de santé, intégrant l'importance des interactions situées en proximité des réalités concrètes et des besoins locaux des populations. Dans cette perspective d'étude, mon intérêt se porte sur la manière dont le système des interactions des acteurs avec des dispositifs techniques et des acteurs entre eux (Flichy 2008) permet aux acteurs sociaux de « construire des écosystèmes » en transformant leur environnement (Plantin et al., 2018 cités par (Beuscart et Flichy 2018)).

Au sein des tensions et des enjeux des différentes configurations territoriales, les organisations d'interface se distinguent par un positionnement particulier à l'intersection de différentes logiques et territoires de pratiques et d'action. Elles se situent d'abord à l'intersection de différentes logiques professionnelles, institutionnelles et techniques d'une part. Elles se situent ensuite à l'intersection de différents groupes d'acteurs plus ou moins formalisés (Zacklad 2016). Enfin, elles se situent à l'intersection de différents espaces relationnels et de pratiques (domicile, cabinet médical, secteur médico-social, projet de santé sectoriel, CPTS, GHT). Ce positionnement d'interface particulièrement singulier, leur permet de se distinguer dans les territoires. Cette distinction se concrétise par la construction à partir d'activités collectives de coordination et de coopération fortement médiatisées (Zacklad 2003) permettant d'« articuler des activités connexes, voire concurrentes » (Beuscart et Flichy 2018) et de contribuer à rééquilibrer « l'économie du pouvoir sous-jacent qui s'exerce dans les interactions ».(Quéré 1982; Carayol 2004).

Ces organisations constituent un levier d'innovation et de résilience des organisations locales en santé (territoire) construit dans le temps. Il s'agit également, de considérer avec intérêt, l'importance de la dimension communicationnelle de la culture pour la transformation des territoires comme construction sociale, investissant la notion de culture du point de vue des processus de socialisation de ce qui est nouveau (transmission) (Carayol et Gramaccia 2013). En corollaire, la dimension d'innovation sur les territoires des organisations d'interface en santé questionne l'émergence de nouvelles méthodes d'évaluation contributive des parcours de santé (Bourret 2010), intégrant une approche territoriale et articulant des processus informationnels relatifs à la production de connaissances partagées (observatoire multipoint de vue et partagé) et des processus communicationnels relatifs à la prise de décision collective (élaboration collective de jugement, de définition de priorité politique). Avec toute l'importance de la prise en compte de la dimension territoriale pour contribuer à l'amélioration de la santé des populations (Giblin 2011). Avec toute l'importance de la spatialisation des activités d'information et de communication (Pailliar 2018), et de l'information comme capacités de suggestions de potentialités nouvelles comme adaptation et création de nouvelles modalités d'interaction avec l'environnement (affordances) (Parrini-Alemanno 2007 ; Quéré 2000), ces organisations constituent un levier d'innovation et de résilience des organisations locales en santé (territoire) construit dans le temps.

La question que je pose dans cette thèse est celle de l'élaboration progressive de nouvelles formes sociales d'évaluation qui ne seraient « pas seulement un dispositif de contrôle, mais un dispositif informationnel, de recomposition des formes organisationnelles par la soumission à des normes dont la caractéristique fondamentale est qu'elles sont paradoxalement instables, évolutives, adaptatives. » (Le Moëne et Parrini-Alemanno 2010).

## **Problématique**

### **Question de recherche**

Le positionnement principal de cette thèse est que les organisations d'interface en santé constituent des espaces d'innovation sociale, dans le sens où elles sont porteuses de processus d'évaluation contributive, porteurs d'un potentiel d'hybridation des processus normatifs, en particulier concernant l'amélioration des besoins locaux de santé.

Il s'agit d'étudier comment les organisations d'interface en santé permettent l'amélioration de la gestion des flux d'information circulant autour des parcours de santé, grâce à une forte spatialisation de leur activité d'information et de communication menées, au sein de nouvelles formes d'intersociabilités numériques, structurées autour de la notion de proximité.

La question que je pose dans cette thèse aborde l'évaluation contributive de la résilience des systèmes de santé à partir de l'expérience pratique à laquelle participent les acteurs sociaux des organisations de parcours en santé, dans les territoires. L'expérience sociale des acteurs traduit l'existence de tensions et de nombreux obstacles sociaux, infocommunicationnels, et culturels restant à résoudre pour que l'évaluation contributive de l'évaluation et de la résilience des territoires soit effectivement réalisée. Et les enjeux de santé publique en particulier en période de pandémie de COVID-19 ont mis en exergue les enjeux d'une élaboration collective fondée sur des processus d'évaluation contributive.

### **Les hypothèses : premières formulations**

La formulation des hypothèses préliminaire de recherche est guidée par le cadre du paradigme compréhensif, interprétatif et constructiviste dans lequel je m'inscris.

- **Hypothèse 1** : les organisations d'interface en santé sont porteuses de processus de recomposition des normes, des conventions et des règles héritées au sein des organisations territoriales, assimilable à des leviers de changement du système de santé dans une perspective de communication processuelle généralisée (logique hologramatique).
- **Hypothèse 2** : il existe plusieurs phénomènes de changement au sein des organisations locales de santé, résultant d'interaction à différents niveaux d'analyse, de logique de coordination et de coopération interagissant au sein d'un système d'acteurs préétabli se regroupant ou s'opposant en fonction des problématiques perçues en situation.
- **Hypothèse 3** : l'évaluation contributive des organisations d'interface permet l'émergence d'espaces d'intelligence territoriale, propices aux communications et vecteurs d'hybridation de logiques normatives existantes, constituant un levier pour la résilience des territoires et pour l'évaluation de la résilience et de l'innovation.

### **Méthodologie d'analyse : observation participante et raisonnement qualitatif**

#### **Terrains de recherche**

Cette recherche s'appuie sur une expérience professionnelle qui m'a permis de travailler au sein d'organisation d'interface, dans une période d'intenses mutations du système de santé engagée d'abord, par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009, puis par la loi de programmation du système de santé de 2015. Au cours de ces expériences professionnelles, j'ai rencontré des difficultés dans ma pratique et j'ai également été observatrice des fortes tensions auxquelles ont été confrontés les acteurs

de la coordination des parcours de santé. Ce qui m'a conduit à souhaiter aller plus loin dans la compréhension réflexive des processus à l'œuvre dans une perspective de communication d'action et d'utilité sociale. La recherche-action sur laquelle s'appuie cette thèse s'est déployée sur le terrain d'organisations d'interface en santé dans différents territoires français. L'objet de recherche considère l'imbrication de l'espace et de l'organisation, suivant le postulat selon lequel il n'y a pas d'organisation sans espace et que de la même manière les pratiques infocommunicationnelles sont indissociables des pratiques spatiales. Cette réflexion à l'interface de deux disciplines des sciences humaines et sociales s'inscrit dans la perspective ouverte par les travaux portant sur les notions de réseaux et territoire visant à « transcender les frontières pour assurer des interconnexions » (Offner et Pumain 1996).

## **Méthodologie**

La recherche que je conduis relève de la mise en œuvre d'un raisonnement qualitatif au sens d'une « démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expérience ou de phénomènes » (Paillé et Mucchielli 2012). Cette démarche qualitative prend appui sur une attitude d'observation participative. Le recueil des données brutes est réalisé à partir de techniques qualitatives mixtes, notamment dans le cadre d'entretiens, d'observations directes en situation professionnelle auprès d'une « communauté d'acteurs experts » (Linard 1996; Mucchielli et Noy 2005), d'observations indirectes lors de l'étude d'un corpus documentaire. L'analyse des données brutes mobilise les outils et concepts de l'analyse qualitative par la contextualisation par les champs de l'expérience et de l'interaction (Mucchielli, Noy, 2005), au travers des catégories d'analyse « acteur », « contexte », « projet » et « dispositif », mobilisées à partir des notions de situation et de représentation sociale (Mucchielli et Noy 2005). Du point de vue méthodologique, l'analyse des dynamiques évolutives des parcours de santé, les méthodes quantitatives « butent sur le cloisonnement des données et systèmes d'information disponibles qui limitent les analyses qui peuvent en être faites, notamment entre les champs sociaux et sanitaires (Codelfy, ANAP, 2017). Ces limites invitent à avoir recours aux théories qualitatives utilisées tant en géographie qu'en SIC, mobilisant notamment la modélisation sémiotique (Douzet, Hérodote 2020 ; Mucchielli et Noy 2005). A été conduite, dans le cadre d'une observation participant au long cours, une analyse longitudinale des pratiques infocommunicationnelles à l'origine des dynamiques de changement au sein de cinq plateformes et dispositifs de coordination de santé, prenant en compte les contextes national, régional et infradépartemental français.

## **Partenariat avec une organisation de professionnels**

Cette étude des logiques de parcours de santé, fondées sur un usage paradoxal de l'évaluation des dynamiques territoriales, a été conduite dans le cadre d'une convention de partenariat entre le laboratoire du Dicen-Idf et une association nationale soucieuse de renforcer sa capacité de soutien au développement des coopérations entre acteurs des parcours de santé. L'objectif de ce partenariat était de formaliser un partenariat avec une association de professionnels des réseaux de santé, engagés dans une démarche réflexive, à même de proposer de nouvelles méthodes d'évaluation afin de consolider les dynamiques territoriales de coopération entre acteurs des parcours de santé. Ce partenariat a permis la construction d'un questionnement du point de vue des acteurs experts du domaine des parcours de santé. L'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNR.Santé) est une association qui s'inscrit dans la succession de la Coordination Nationale des Réseaux de Santé (CNRS) et ayant engagé dès 2018 une dynamique de transformation au profit de la fédération nationale des dispositifs de ressources et d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (FACS). Elle regroupe des professionnels des dispositifs et plateformes de coordination constituant une représentation nationale et se tournant progressivement vers le soutien et l'accompagnement stratégique des acteurs locaux des coordinations en santé. Par ailleurs, au début de la recherche de thèse, l'UNR.Santé porte la perspective d'une réflexion au sujet de l'observation des parcours de santé afin de contribuer à la mise en visibilité de la réalité des parcours de santé dans les territoires, en particulier autour des notions de continuité ou de discontinuité des parcours de santé dans les territoires locaux d'action et de pratiques des dispositifs et plateformes de coordination.



- Extrait des statuts de l'UNR.Santé :

---

« ARTICLE 3 – OBJET ET MOYENS

- Organiser la rencontre des réseaux et le partage d'expériences.
  - Être un instrument de représentation et de dialogue avec les institutions politiques et administratives, les organisations professionnelles de la santé, ainsi qu'avec les associations de patients ».
  - Faciliter les démarches d'innovation en matière de santé.
  - S'inscrire dans la dynamique territoriale, régionale et nationale, pour une prise en charge graduée, coordonnée, et continue des problèmes de santé, dans le respect des principes éthiques.
  - Être une force de proposition, en animant une réflexion sur le rôle des réseaux dans l'organisation des soins et leur place dans le système de santé.
  - Développer toutes formes d'action visant à faire reconnaître et valoriser le travail des réseaux : dépistage, évaluation, actions de promotion de la santé, formation, prévention, recherche, communication, éducation du patient, recherche-action, publications... ».<sup>1</sup>
- 

---

<sup>1</sup> Article 3 objets et moyens. Statuts de l'Union Nationale des Réseaux de Santé, association loi 1901. Source : <https://www.unrsante.fr/statuts>

**PREMIÈRE PARTIE :**  
**Évaluations et organisations d'interface**  
**dans le système de santé français : les**  
**enjeux d'un problème informationnel**

---

*RESUME : ce premier chapitre porte sur l'état des connaissances entre évaluation et santé. Il expose une revue de littérature relative à la relation entre réduction des inégalités de sociales et territoriales de santé et les processus infocommunicationnels d'élaboration de jugement entre acteurs des parcours de santé. La revue de littérature se compose de deux parties. La première partie montre comment la France se caractérise par une tradition d'approche territoriale de la santé des populations récente<sup>2</sup>, ayant fait l'objet d'une structuration plus lente, que dans d'autres pays européens, dans lesquels la culture territoriale des politiques publiques de santé est plus présente<sup>3</sup> (Giblin 2011). Une deuxième partie présente des connaissances démontrant l'existence d'un déficit de prise en compte des dimensions locales dans les méthodes d'évaluation des écosystèmes organisationnels en santé, y compris concernant l'approche des données et des processus info communicationnels de proximité (intelligence de la proximité).*

### 1.1 L'approche territoriale de santé : un enjeu des politiques publiques de santé

La revue de littérature est organisée en deux parties thématiques. Le but poursuivi relève de la préoccupation de nombreux chercheurs en sciences de l'information et de la communication, qui cherchent à développer l'indépendance de la recherche avec les « modes du terrain » au travers d'une « analyse des changements dans une perspective relativisante de l'histoire » (Bernard 2004b). Il s'agit d'inscrire l'élaboration de la problématique dans le temps long, par un travail double travail de « sortie des règles implicites de l'immédiateté (qui relèvent en fait de la prégnance des normes managériales » (Bernard 2003) et de la construction itérative d'une distance avec mon propre parcours professionnel dans le secteur des organisations d'interface.

J'utilise la définition de Jacques Chénier pour circonscrire l'expression problématique de la recherche : « [L']expression « problématique de recherche », [se] réfère généralement à l'ensemble des éléments formant problème, à la structure d'information dont la mise en relation engendre chez un chercheur un écart se traduisant par un effet de surprise ou de questionnement assez stimulant pour le motiver à faire une recherche » (Chénier 2016; Olivier, Bédard et Ferron 2016).

La santé des populations est une approche englobant différents domaines d'activités comme les interventions concernant le domaine de l'amélioration des pratiques et de l'organisation des soins, les systèmes de santé, les systèmes d'information, le rôle des usagers et de la population ainsi que l'évaluation des services d'aides, de soins ou de prévention. Selon cette approche ; « La santé publique, ou plutôt la santé des populations est cette démarche qui vise à améliorer l'état de santé des populations par la prévention, la planification du système de soins, l'évaluation des pratiques, des techniques et des institutions, à surveiller et prévenir les risques majeurs par l'observation et l'intervention épidémiologiques » (Strohl, 1988 cité par (Giblin 2011, p.1).L'intérêt porté à la dimension territoriale de la santé des populations privilégie une « approche « par le territoire ». Il s'agit tout à la fois de considérer l'observation des territoires pour améliorer la connaissance des besoins de soins et de santé (Giblin 2011) et de déterminer les besoins de santé locaux éligibles à la définition d'objectifs politiques pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. (Lacoste et Salomez 1999).

C'est afin de promouvoir une gestion de proximité du secteur de la santé, qu'ont été créées en 2009, les Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), votée en 2009 (Bourret 2016). Dans cette même loi HPST, le législateur a défini la notion de « premier recours », qui est une nouvelle notion qui vise à permettre un accès en proximité aux populations à des services d'aide et de soins de qualité.

---

<sup>2</sup> Béatrice Giblin cite dans la Revue *Hérodote* Henri Picheral comme « l'un des précurseurs de l'utilité de l'approche géographique – donc territoriale – de la santé ; resté longtemps relativement isolé, il eut quelques difficultés à se faire entendre et à instaurer une école de géographie de la santé » Giblin 2011.

<sup>3</sup> Des éléments d'explication concernant le retard en France à adopter une approche par le territoire de la santé sont détaillés dans un article intitulé Santé publique et territoire, publié dans le numéro 143 de la revue de géopolitique *Hérodote*, paru en 2009.

## 1.2 Les inégalités de santé : Un enjeu pluridisciplinaire d'élaboration de jugement

En France, la notion de territoire fait son apparition de manière assez récente puisque c'est en 2009 que la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) confie aux Agences Régionales de la Santé (ARS) « une mission de réduction des inégalités de santé comme objectif central de leurs missions.<sup>4</sup> ». Les agences régionales de santé organisent également au niveau territorial « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie sur le plan de la distance et du temps de parcours, de la qualité et de la sécurité » (Art. L. 1411-11 – code de la Santé Publique). Par ailleurs, depuis une trentaine d'années, des organisations d'interface entre la médecine de ville et le secteur de l'hospitalisation et les services d'aide et de soins se sont progressivement développées, avec une forte dimension d'innovation sociale et organisationnelle concernant la coproduction de services avec les patients et la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé (Bourret 2016).

Ces orientations constituent des jalons au fondement de l'approche territoriale dans le système de santé français et constituent l'aboutissement d'évolutions amorcées depuis la première loi de financement de la Sécurité sociale introduite en 1965, dont l'un des objectifs était la constitution d'un fonds national visant à « donner une vision globale de la santé et à permettre un décloisonnement entre les logiques de soins et de prévention entre les secteurs ambulatoires et hospitaliers et entre le sanitaire et le médico-social ». Cette nouvelle logique de financement de la sécurité sociale visait à servir une « mutualisation, au niveau régional, des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets, et à la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes » (Safon 2021).

Les orientations en matière d'approche territoriale des politiques de santé sont réaffirmées en 2017, par les préconisations formulées par le Haut-Commissariat à la Santé Publique (HCSP) lors des travaux préalables à la Stratégie Nationale de Santé. Le HCSP préconise la mise en œuvre d'une politique de « lutte contre les inégalités territoriales comme un enjeu de santé au même titre qu'une politique d'accessibilité territoriale aux soins », précisant également que « les deux ayant tendance à entrer en synergie ». (HCSP 2017.).

L'intérêt porté à la dimension territoriale de la santé des populations privilégie une « approche par le territoire ». Il s'agit tout à la fois de considérer l'observation des territoires pour améliorer la connaissance des besoins de soin et de santé (Giblin 2011) et de déterminer les besoins de santé locaux éligibles à la définition d'objectifs politiques pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (Lacoste et Salomez 1999).

Du point de vue du champ de l'épidémiologie sociale, « la complexité des mécanismes sociaux et sanitaires mis en jeu souligne l'importance d'un travail interdisciplinaire avec l'ensemble des sciences humaines et sociales pour développer des méthodes d'évaluation « réalistes », susceptibles de mesurer l'efficacité d'interventions, complexes, évolutives et intersectorielles, mais aussi les mécanismes, les causes d'échec ou de succès » (Lang 2001).

De ce fait, l'approche par le territoire dans le domaine de la santé publique se développe à des fins d'appréciation, de jugement collectif. La question de l'évaluation fondée sur des diagnostics précis à l'échelle locale et de processus de délibération confrontant une multiplicité de points de vue est donc placée au centre des préoccupations. (Lacoste 1993).

Dans les deux cas, les chercheurs et praticiens de terrain cherchent à mobiliser des analyses en sciences du territoire et en santé publique afin de mettre en évidence des modes opératoires utiles à la réalisation de diagnostic précis à l'échelle locale dans le but de cibler les territoires sur lesquels il faut faire porter en priorité les actions (Lacoste 1993; Giblin 2011). Ces travaux prolongent la question soulevée par la Revue Hérodote au sujet de la recherche du niveau d'analyse territorial approprié pour observer les inégalités de santé, constatant que « plus le territoire considéré est vaste, plus les contrastes entre niveaux de santé sont masqués » (Revue Hérodote 1999; Giblin 2011).

---

<sup>4</sup> Article 36, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>

<sup>5</sup> Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997

Ces travaux permettent d'outiller les décideurs publics et les acteurs des parcours de santé pour l'observation en santé publique. Ils contribuent ainsi à renouveler le problème de la prise de décision publique en montrant que « [les inégalités sociales de santé] apparaissent d'autant plus nettement qu'on les [observe] à l'échelon d'analyse appropriée » et que « plus le territoire considéré est vaste, plus les contrastes entre niveaux de santé sont masqués » (Revue Hérodote 1999). Ces travaux proposent également des points d'appui pour un regard critique concernant « le problème de la prise de décision publique lorsqu'il s'agit de [la conduite des stratégies] de santé publique nationale » (Lacoste 1993).

### **1.3 L'importance des réponses résilientes et innovantes à un niveau géographique fin**

La recherche de la réduction des inégalités sociales et territoriales par une meilleure adaptation des services de premier et second recours aux besoins de santé pose des défis informationnels et communicationnels. Outre les obstacles financiers et les inégalités d'accès aux services de prévention, notamment pour les personnes en situation de précarité, l'organisation des systèmes de santé et, au niveau individuel, un ensemble de normes, de représentations et de processus relationnels, influence l'accès aux soins (HCSP 2009a).

Les inégalités sociales et territoriales de santé comprennent une dimension individuelle des parcours de santé, dont la recherche en sciences sociales identifie les déterminants des parcours de soins pour les personnes en situation de précarité. Différents déterminants sont mis en évidence, comme les normes régissant l'accès aux droits et aux soins, une culture de la privation acquise contribuant à influencer les parcours de santé et enfin le cumul d'expériences subjectives de disqualification et de violence symbolique vécues par les personnes éloignées des soins, contribuant à des comportements d'évitement des institutions sociales ou de soins dans le but d'une préservation d'une identité fragilisée. (Desprès 2018).

Sans vouloir « occulter l'importance des efforts spécifiques en direction des populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées », la démarche du HCSP formulée dans sa contribution à la Stratégie Nationale de Santé de 2017, explicite la préoccupation d'élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble (HCSP 2017., 2009b).

La recherche d'indicateurs pertinents pour de petits niveaux d'analyse traduit le besoin de disposer d' « outils d'aide à la décision en matière de sélection des territoires sur lesquels intervenir et d'apprécier l'impact des politiques publiques mises en œuvre pour la réduction des inégalités sociales de santé » (Ducros et al. 2015). Dans la perspective de ces travaux concernant l'aide à la décision, le HCSP proposait dès 1999 de doter les systèmes d'information et dossiers partagés d'indicateurs à utiliser en routine, afin d'améliorer les connaissances des inégalités de santé.

En France, ces travaux sont d'autant plus éclairants qu'ils documentent également les interactions entre les dimensions sociales et territoriales des inégalités de santé. Par exemple, des recherches effectuées dans le domaine de l'épidémiologie sociale et à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées<sup>6</sup> montrent un « état de désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou plus largement à la société à laquelle appartient une personne », appelé « indice de défavorisation » (Delpierre C, Fantin R, Chehoud H, Nicoules V, Bayle A, Souche A, et al. 2016; Ducros et al. 2015). Cette démarche fait écho à d'autres recherches régionales, menées en géographie de la santé, notamment par l'Observatoire Régional de la Santé du Nord-Pas-de-Calais. Ils mettent en évidence l'existence d'inégalités sociales et territoriales de santé importante entre le nord de la région Nord-Pas-de-Calais et les autres régions françaises (Lacoste et Salomez 1999).

Ces travaux permettent chacun dans leurs domaines disciplinaires respectifs d'améliorer les connaissances des inégalités de santé pour de très petits territoires. Ils reposent sur le constat selon lequel une approche par le territoire, fondée sur de petits espaces, que ce soit à travers la mise en œuvre de ratios standardisés de mortalité (rsm) pour les recherches menées en Nord-Pas-de-Calais ou bien d'un indice français de défavorisation pour la région Occitanie, permettrait, en France, de compléter utilement les approches d'analyse habituelles du territoire qui utilisent des analyses concernant majoritairement les grands espaces (Lacoste 1993).

---

<sup>6</sup>L'initiative de l'ARS Midi-Pyrénées en partenariat avec l'Assurance maladie dans la région (le Régime général, la Mutualité sociale agricole – MSA – et le Régime social des indépendants – RS), la plateforme « Apprendre et agir pour réduire les inégalités sociales de santé » (Aapriess) et l'Observatoire régional de la santé (ORS) Midi-Pyrénées.

## 1.4 Les parcours de santé : un processus d'amélioration des services aux personnes

### 1.4.1 Les parcours de santé : un résultat de la protection sociale

Partout en Europe, les systèmes de protection sociale sont confrontés à l'augmentation des maladies chroniques et complexes (Vedel, Isabelle et al. 2005). En France, l'amélioration des systèmes de santé s'est appuyée historiquement sur des organisations<sup>7</sup> intermédiaires (Lesemann et Henrard 2006b) entre les services d'aides et de soins, les patients et les aidants familiaux. L'évolution de la place des organisations d'interface dans l'organisation des soins est le résultat d'un long processus de construction de l'État social, aboutissant actuellement à la structuration du secteur ambulatoire autour du médecin traitant, comme pivot du parcours de santé, et à l'ouverture de l'hôpital sur son environnement. La construction d'organisation d'interface dans le système de santé français est le résultat d'une longue construction étroitement associée au développement de l'État social selon un continuum de construction sociale d'un système de protection sociale débutant au XVIII<sup>e</sup> siècle, lors de la création du devoir d'assistance, et se prolongeant jusqu'à la révolution silencieuse du service public de l'assurance maladie (Tabuteau 2016).

La construction de nouvelles catégories sociales de personnes âgées dépendantes et en situation de handicap, devant bénéficier d'institutions et de protections spécifiques, est apparue au cours des XVII<sup>e</sup>, XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles de manière progressive et séparée. Cette période fait suite à celle allant du Haut Moyen-Âge au « siècle de Louis XIV », durant laquelle une population composite d'« infirmes » était mélangée indistinctement dans des institutions variables au cours du temps (Henrard 2016). Une politique fondée sur le « devoir d'assistance par la Nation », précurseur des politiques de protection sociale qui ont suivi, est affirmée en 1790, pour la première fois devant l'Assemblée Constituante par le Comité de mendicité. Cette charnière entre les XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle correspond à la naissance de l'État social dans un contexte d'adoption dans les pays occidentaux d'un nouveau régime de responsabilité des accidents du travail<sup>8</sup>. Concernant les personnes âgées, le congrès de l'assistance publique, durant la période 1890-1905, rédige une charte de l'assistance et vote une loi d'assistance pour les « vieillards, infirmes et incurables ». Ces politiques publiques d'assistance aux personnes considérées comme économiquement faibles perdurent jusqu'en 1960, sous la forme d'attribution ponctuelle d'aides en espèces ou en nature et de mise à l'hospice.

En parallèle, la naissance des politiques de protection sociale en France correspond à l'organisation des premières assurances sociales destinées à protéger les travailleurs. En 1898, la loi sur les accidents du travail reconnaît la responsabilité des employeurs et met à leur charge une assurance spécifique permettant le versement d'une indemnisation au titre des infirmités acquises dans le cadre du travail. Dès 1918, l'État met en place un barème d'évaluation du handicap des 700000 mutilés de guerre, afin de déterminer le montant des pensions militaires d'invalidité. L'aboutissement de ce processus voit la création de la Sécurité sociale en 1945. Concernant les personnes en situation de handicap, la période 1945-2005 correspond à un processus d'évolutions législatives de catégorisation des personnes handicapées avec droit à compensation faisant appel à la solidarité nationale. Contrairement à la dynamique de protection sociale des personnes en situation de handicap, il faut attendre 1960 pour que s'amorce le début des politiques globales et coordonnées dans le champ de la vieillesse.

La Commission d'études des problèmes de la vieillesse propose la définition d'une nouvelle conception de la vieillesse centrée sur l'autonomie et la participation à la vie sociale et d'une politique qui se veut globale et coordonnée concernant la prévention de l'exclusion sociale et de la relégation en institution par des actions sur le logement, des activités de loisirs et des services d'aides pour la vie domestique et les soins aux personnes dites "invalides" (Henrard 2016). Des innovateurs sociaux dans le domaine gérontologique mettent en place, entre 1960 et 1970, une gamme d'innovations marginales d'intervention et inventent la notion d'un troisième âge actif, participant à la vie sociale. Cette nouvelle notion aboutit en 1970, à l'apparition du terme de « 3<sup>e</sup> âge », se définissant contre la vieillesse<sup>9</sup>. Cette période est concomitante de la structuration par le législateur du principe

---

<sup>7</sup> Préciser que la notion de réseau n'a pas disparu et est porteuse conceptuellement, elle prend notamment sa source dans une conception de réseau d'équipement en santé dans les territoires.

<sup>8</sup> Alain Supiot, leçon inaugurale, "Grandeur et misère de l'État social" a été prononcée le 29 novembre 2012, dans le cadre de la Chaire État social et mondialisation : analyse juridique des solidarités.

<sup>9</sup> « Rapidement la vieillesse qui a été refoulée vers le quatrième âge acquiert une image purement négative. Ce sont les médecins gériatres qui, dans les années 1970, ont les premiers parlé de dépendance à propos des personnes âgées atteintes de handicaps physiques ou psychiques. Cela leur permettait de revendiquer une clientèle spécifique. En effet, d'une part l'âge

de réseaux de services et d'équipements, appuyé à la fin des années 1970 par un rapport du Commissariat général du plan, proposant un programme d'ensemble visant à consolider, améliorer et développer le réseau de services et d'équipements destinés aux personnes âgées ayant besoin d'un soutien particulier. Dans cette perspective, différents plans quinquennaux (entre 1970 et 1974, puis entre 1975 et 1979) affirment un développement économique et social donnant la priorité du soutien à domicile et le développement des services de coordination.

Dès les années 1980, les études menées en France par l'Assurance maladie montrent un déséquilibre tant qualitatif que quantitatif des moyens et ressources financières entre les territoires. (Henrard 2003). Ce mouvement de transformation de la protection sociale donne lieu à plusieurs études (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS, 1984 ; Colvez, 1984 ; Barberger-Gateau, 1985) qui montrent dès les années 1980 que les services destinés à faire face aux problèmes de santé des personnes du grand âge sont souvent inaccessibles ou difficiles à obtenir. » (Henrard 2003). Une utilisation inadéquate des services du fait de la fragmentation de la dispensation des services d'aides et de soins aux personnes est également mise en évidence par des études (Henrard, 1987, cité par (Henrard 2003).

C'est donc dans cette dynamique globale de développement de la protection sociale qu'apparaissent dès 1980 les réseaux ville-hôpital et que s'installe, de 1981 à 1982, la « parenthèse gérontologique » de 1981 à 1982 (Henrard, 1997).

Cette période, notamment décrite par Jean-Claude Henrard, a permis la réglementation des services de soins "infirmiers" à domicile et donc leur rapide expansion, l'augmentation du nombre de places "médicalisées" des établissements sociaux, la création temporaire de 500 postes de coordonnateurs et d'instances locales de coordination<sup>10</sup> dans le but d'améliorer les liens entre les différents services, et secteurs ambulatoires et d'hébergement. Et également l'augmentation de la participation formelle des retraités et personnes âgées et des associations et organismes représentant les retraités lors de leurs Assises Nationales en mars 1983. Cette même année, continuent de se développer les expérimentations de structures intermédiaires telles que les hôpitaux de jour, petites unités d'habitation avec services à domicile, hébergements temporaires, hébergements en famille d'accueil. Néanmoins, la littérature indique la fin du développement de ces services novateurs, signant à la fin de cette parenthèse gérontologique, suite à l'opposition du ministère du Budget à la création de nouveaux services à destination des personnes âgées, ne souhaitant pas augmenter la charge de l'Assurance Maladie, dans un contexte de réduction de l'accroissement des dépenses sociales <sup>11,12</sup>(Henrard, 1997).

Les premières formes institutionnalisées de réseaux de santé, impulsée par les politiques de santé, apparaissent dans un contexte où la France a déjà connu des politiques fortes en matière de développement des coordinations locales et de logique d'innovation en matière de découplage des services d'aides et de soins.

Ainsi, les premiers réseaux de santé sont créés dès 1990, dans le cadre de la publication de circulaires de la Direction Générale de la Santé (DGS) relatives à la promotion du travail en réseau dans différents domaines du soin. Il s'agit de promouvoir de nouvelles formes de prises en charge intersectorielle, en meilleure capacité de

---

avancé n'était pas suffisant pour définir une spécialité médicale et d'autre part les médecins internistes universitaires montraient peu d'intérêt pour les handicaps. La dépendance va dès lors devenir synonyme de vieillesse pour de nombreux professionnels et de décideurs et pour la population générale". (Jean-Claude Henrard 2016, p.3)

<sup>10</sup> Créées par la circulaire du 7 Avril 1982 (secrétaire d'état chargé des personnes âgées) avec 500 emplois de coordonnateurs.

<sup>11</sup> « La non-légalisation de l'aide-ménagère conduit à la réduction du nombre d'heures allouées par personne aidée ; la non-réforme de la tarification des soins à domicile et en hébergement, le non-développement de soins gradués à domicile, ont interdit un financement adéquat par l'AM pour les personnes lourdement handicapées dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Or, leur nombre ne cesse de croître du fait de l'augmentation du nombre des personnes du grand âge. L'accent mis sur les hospitalisations de personnes âgées, médicalement peu justifiées, conduit à un programme de développement d'alternatives à l'hospitalisation. Il propose de redéployer les ressources financières et en personnels vers les sections médicalisées des institutions sociales et les services de soins à domicile, mais se heurte à l'opposition du lobby hospitalier". (Jean-Claude Henrard 2016, p.4).

<sup>12</sup> La maîtrise des dépenses de protection sociale devient alors prioritaire, notamment à partir de 1978 et de sa réaffirmation en 1983. Ces contraintes ont conduit à des retards d'une part dans la « médicalisation » des maisons de retraite malgré le vieillissement et la plus grande sévérité de l'état de santé des résidents et d'autre part dans le développement du soutien à domicile.

prendre en compte les dimensions sociales et psychosociales du soin. Ces réseaux concernent différentes problématiques de santé publique telles que le SIDA (1991), les réseaux de proximité (1993), les réseaux de toxicomanie (1994), les réseaux relatifs aux malades de l'hépatite C (1995), et les réseaux d'alcoologie (1996).

De nouveaux réseaux de santé, intitulés « réseaux Soubie », sont créés à titre expérimental par les ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée dans le but d'« assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient »<sup>13</sup>, certains pensant à créer des HMO - Health Maintenance Organizations à la française. Cette même ordonnance porte également des dispositions concernant la création de réseaux interétablissements,<sup>14</sup> et un décret paru en 1999<sup>15</sup> autorise la constitution de réseaux ambulatoires et met en place le premier fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Ces évolutions s'appuient en particulier sur la publication d'un rapport de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) qui présente une revue de littérature des différents dispositifs de réseaux mise en place dans d'autres systèmes de santé que la France.

Des travaux sur l'évaluation des réseaux de santé se font jour à partir de 1999, avec un premier rapport de l'ANAES concernant les principes d'évaluation des réseaux de santé, puis en 2001, la publication des travaux menés par le CREDES et l'ENSP sur demande de la CNAMTS afin de fournir des repères pour aider à porter un jugement sur le protocole d'évaluation présenté par les réseaux (questions posées par l'évaluation, méthodologie retenue et conditions de mise en œuvre).

En parallèle à ces avancées relatives à la coordination des services de santé, dans le domaine des politiques de santé, la politique de protection sociale en faveur des personnes âgées connaît des évolutions significatives. En 1997 est créé une catégorisation sociale spécifique pour les personnes âgées dépendantes<sup>16</sup> et, à titre provisoire, une Prestation Spécifique Dépendance (PSD, JORF, 1997), qui sera remplacée par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) inscrite dans la loi qui lui succède (JORF, 2001)<sup>17</sup> avec également la création par la loi du 20 juillet 2001, de Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) expérimentaux<sup>18</sup>. Ce nouveau cadre législatif institue les CLIC au cœur des territoires et du développement local, comme instruments de la coordination formalisée par le schéma gérontologique, arrêté conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département » (Bussière 2002) .

En 2002, les réseaux de santé jusqu'alors expérimentaux trouvent également une institutionnalisation au travers de la loi de 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Dès lors, se pose au législateur la question de la coopération dans les territoires entre des dispositifs de coordination, issus de politiques publiques distinctes et parfois coexistant dans les mêmes territoires ou bien intervenants auprès d'une même population. Cette question devient d'autant plus vive lors de l'épisode de canicule européenne survenu en 2003, qui a été un événement majeur ayant contribué à un changement de mentalité concernant la conduite des politiques publiques de santé dans les territoires.

Dès septembre 2004, une lettre conjointe<sup>19</sup> de la Direction générale de l'action sociale et de la direction de l'Hôpital et de l'organisation des soins (DGOS) visait à proposer un cadre pour « renforcer la synergie entre CLIC et réseaux ». Il s'agissait de « [tenir] compte de « l'importance du niveau local de proximité, notamment

---

13 Art L. 162 -3 1- 1 du code de la Sécurité sociale

14 Art L .71 2- 3- 2 du code de la Santé publique

15 Décret n° 99 - 940 du 12 nov 99

16 « La dépendance y est définie comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ».

17 Le cadre juridique de l'APA établit que « toute personne qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une APA permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins... ». La perte d'autonomie se substitue à la dépendance. Mais loin d'apporter de la clarté à la catégorisation sociale cette substitution entretient le flou entre ces deux concepts. Cette loi pérennise l'isolement de la gestion de la "dépendance" confiée au département de celle des maladies qui en sont à l'origine confiées aux services déconcentrés de l'État et à l'AM en matière de financement.

18 Article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie.

19 Lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n° 2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-40/a0402686.htm>



pour repérer les personnes âgées fragiles, pour mener des actions de prévention primaires et secondaires, pour renforcer l'accès aux soins de proximité, ainsi que la nécessité d'intégrer dans un projet global cohérent et lisible les actions des structures de coordination existantes (CLIC et Réseaux de santé) ».

La période de 2005-2009 voit des évolutions importantes concernant la gouvernance des secteurs sanitaire et médico-social avec la création de la CNSA et des ARS, ainsi que des réformes visant au développement de l'organisation des soins primaires dans les territoires. Afin de renforcer les logiques de coordination des services d'aides et de soins, l'HAS, la région Île-de-France et la CNSA expérimentent à partir de 2006 l'introduction de logique d'intégration territoriale au sein des organisations territoriales. Ainsi est expérimenté en 2006 un premier modèle d'intégration des services (COPA - Coordination Personnes Agées) avec l'implantation de gestion de cas au sein du réseau de santé gérontologique ANCRAGE et en articulation avec le CLIC, l'hôpital, les services de soins à domicile et les médecins généralistes du quartier. Cette nouvelle méthode d'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) a pour objectif « d'organiser la lisibilité de l'offre d'aide et de soins par l'articulation et la mise en cohérence des ressources existantes dans les champs sanitaire, social et médico-social », en proposant « une organisation collective qui implique des principes et des modes de fonctionnements nouveaux, partagés entre acteurs d'un territoire (les dispensateurs de services d'aide et de soins, les responsables des services et les décideurs) (...) » (CNSA 2017). Le financement du déploiement des dispositifs MAIA dans l'ensemble des départements de France est généralisé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et confié à la CNSA<sup>20</sup>.

Dans un contexte de profondes mutations, les dispositifs et plateformes de coordination sont amenés à reconsidérer leur place dans le système de santé en lien avec de nouveaux acteurs de la coordination. L'ensemble des orientations législatives menées depuis les années 1980 visent à coordonner les parcours de soins par l'organisation d'une médecine de parcours reposant sur la coopération de l'ensemble des professionnels de santé et le déploiement de systèmes d'information performants et adossés aux développements de nouveaux services numériques en santé.

Une observation des évolutions du cadre législatif, associées aux phénomènes sociétaux, permet d'identifier les changements significatifs des politiques de santé. Ces observations montrent comment les réformes successives menées depuis une quinzaine d'années structurent la notion de coordination en lui donnant une importance croissante dans l'ensemble des secteurs constitutifs des politiques publiques en faveur d'une conception globale de la santé des populations.

Les organisations d'interface sont donc apparues dès 1980 lors de la "parenthèse gérontologique" dans le domaine de l'action gérontologique, lors de l'apparition de financements dédiés aux missions de coordination au niveau local<sup>21</sup>. Le financement de 500 emplois de coordonnateurs a permis le développement des logiques de coordination des services d'aides et de soins entre les secteurs médico-sociaux, sanitaires et ambulatoires, ainsi que les logiques de coopération entre dispositifs dans un souci de convergence des politiques publiques dans les territoires. Le développement progressif d'un corpus législatif, traduit au sein des territoires, une triple dynamique articulée autour du paradigme des parcours de santé et associant le décloisonnement des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales, associant la participation des usagers, le virage ambulatoire et la numérisation du système de santé. La création des Agences régionales de la santé constitue un tournant. La préoccupation renouvelée du législateur pour la dimension territoriale des organisations et services en santé est simultanée de la mise en œuvre de démarche d'amélioration des coopérations territoriales entre les établissements et les services de santé d'un même territoire. Il s'agit également pour le législateur de mettre en œuvre une politique de transformation des organisations territoriales en santé, par le déploiement de nouveaux services numériques, dont l'objectif est de soutenir les objectifs de coopérations d'une part et d'accès aux services de santé d'autre part, et en facilitant la circulation des informations de santé, entre les établissements et les services de la santé intégrant les patients et leurs entourages.

---

<sup>20</sup> [loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015](#), fixe les modalités de financement des MAIA (section I du budget de la CNSA)

<sup>21</sup> Par la circulaire du 7 Avril 1982 du secrétaire d'état chargé des personnes âgées.

Ces orientations sont consolidées avec l'inscription législative de la notion de parcours de santé dans le premier article de la loi de transformation de notre système de santé (OTSS), votée en 2016. Cette loi donne au système de santé un objectif de « tend[re] à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins. La politique de santé comprend (...) L'organisation des parcours de santé. ».

#### **DÉFINITION DES PARCOURS DE SANTÉ**

---

*« Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ». (Art. L. 1411-1 du Code de la Santé Publique).*

---

Les acteurs et les pouvoirs publics se sont saisis de ces nouvelles dynamiques avec la mise en œuvre de nouvelles stratégies d'organisation et d'expérimentation pour développer la coordination des parcours de santé et la coopération entre professionnels dans les territoires, appuyées par le développement des technologies numériques.

En parallèle du renforcement de la coordination entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, les métiers de la santé évoluent de par l'émergence de nouvelles formations orientées sur le parcours de santé (infirmière Asalée, infirmière clinicienne, Master de professionnels de la coordination des parcours ...) et les possibilités de dérogation aux décrets de compétences permis par les protocoles de coopération entre les professionnels de santé (article 51 de la loi HPST). Les pratiques des professionnels de la santé intègrent progressivement de nouvelles compétences en coopération clinique de proximité. En 2015, 251 projets de coopération entre professionnels de santé étaient autorisés par les Agences Régionales de la Santé<sup>22</sup>. De plus, les activités de télémédecine se développent et représentaient en 2013, 17 millions d'euros de dépenses pour le déploiement de 17 projets et l'équipement de 11 régions en systèmes d'information spécifiques.

Ensuite, de nouveaux modes d'exercices coordonnés entre les professionnels de proximité se développent de manière significative, puisqu'en 2013, neuf territoires ont expérimenté le dispositif de coordination clinique de proximité « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)<sup>23</sup> » et 262 structures d'exercice coordonné ont été financées (centres de santé et maisons de santé), enregistrant une progression de 32,3% par rapport à l'année précédente.

Enfin, le numérique est mobilisé pour contribuer à faire évoluer les organisations territoriales en santé, puisqu'en 2014, le ministère de la Santé a sélectionné 5 territoires d'expérimentation du programme « Territoires de Soins Numériques », pour un montant de 80 millions d'euros dans le cadre des objectifs du Fonds national pour la Société Numérique (FSN)<sup>24</sup>.

#### **1.4.2 Mise en œuvre des parcours de santé : des difficultés persistantes**

Le Haut-Commissariat à la Santé Publique met en exergue certaines difficultés à agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Dans un rapport de 2009 consacré à l'enjeu de la prise en compte des

---

<sup>22</sup><https://coopps.ars.sante.fr/> (Application nationale dédiée au développement des coopérations entre professionnels de santé.)

<sup>23</sup> -Déc 2011 : Article 70 de la Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 relatif aux Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Rapport expérimentation : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1747548/fr/experimentation-article-70](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1747548/fr/experimentation-article-70)

<sup>24</sup> Appel à projets « Territoire de soins numérique », Cahier des charges 2013

inégalités dans le système de santé français, le HCSP remarquait « le fait que le système de soins ne contribue pas à réduire les inégalités de santé, voir y participe, est à considérer comme un problème de qualité des soins, qui conduit à s'interroger sur son efficacité. » (HCSP 2009a). Toujours selon le HCSP, s'il est difficile de porter un regard global sur l'état de santé de la population française, notamment en conséquence de la diversité des points de vue et des définitions de la santé, ainsi que de la grande variété des pathologies et de leurs déterminants individuels et collectifs, la prise en charge des patients par les services secondaires de santé contribue à creuser les inégalités (HCSP 2017.). Du point de vue institutionnel, l'enjeu de la réponse aux problématiques de continuité des soins « par la coordination des multiples intervenants (...), en particulier pour les patients âgés malades et/ou dépendants (...), est bien identifié dans le système de santé en France » (HCSP 2017.). Différentes initiatives et expérimentations de dispositifs en matière d'organisation de parcours de santé dans les territoires sont mises en œuvre, s'appuyant sur le déploiement de réseaux d'acteurs (réseaux de santé, filières de soins, MAIA, dispositif Paerpa, plateforme territoriale d'appui...) (HCSP 2017.). Il s'agit en particulier d'organiser, de structurer et d'outiller des réseaux d'acteurs en santé, à l'aide du déploiement d'autres réseaux matériels, techniques et numériques, dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes et groupes sociaux des territoires socio-économiques défavorisés.

Ainsi, une première approche du territoire, par le prisme de la coordination s'avère antérieure à l'institutionnalisation de l'approche territoriale de la santé présentée précédemment est ancienne et a concerné la structuration de coordinations locales, puis de réseaux de santé. La question de l'approche par le territoire de la santé des populations se révèle donc être une préoccupation récente des acteurs du système de santé, qui a connu une maturation progressive durant plusieurs décennies. En effet, l'approche par le territoire connaît donc une antériorité avec une structuration historique et progressive d'abord autour de la notion de coordinations locales, puis de réseaux de santé témoignant d'une préoccupation ancienne du législateur pour l'amélioration de l'accessibilité territoriale aux soins. Les diverses expériences françaises amorcées dans les années 1960, jusqu'aux plus récentes concernant la généralisation du paradigme de parcours de santé et le développement des plateformes et dispositifs territoriaux de coordination. Ces démarches rencontrent des difficultés structurelles dont le HCSP précise la nature. Il s'agit principalement des problématiques liées à la continuité des soins, en raison de « la capacité du système de santé à y répondre par la coordination des multiples intervenants parmi les professionnels de la santé et du travail social, en ville comme dans les établissements de santé, en particulier pour les patients âgés malades et/ou dépendants ». (HCSP 2017.). Les difficultés auxquelles se confrontent les acteurs sont multiples. Il s'agit à la fois de la fragmentation des soins selon le lieu de production et de la propension toujours importante à l'organisation des soins par pathologie entraînant un cloisonnement du système de santé en silos. Cette fragmentation étant aussi favorisée par des financements à l'acte (en ville) ou au séjour (en établissement) peu propice aux coordinations, ainsi qu'une lente progression des systèmes d'information partagés et une répartition partielle ou aléatoire au sein du système de santé des fonctions d'orientation des personnes vers une orientation en fonction du degré de complexité de leur prise en charge (polypathologies, perte d'autonomie, troubles cognitifs, isolements, autres problèmes sociaux...) (HCSP 2017.). Ainsi, ces organisations en réseau constituent des organisations d'interface dont l'enjeu est de permettre aux acteurs, dans les territoires, de faire émerger un sens collectif aux pratiques isolées, en transformant les connaissances individuelles des acteurs à la fois en choix collectif (relevant du politique) et en capacité collective de projet sur un territoire et au bénéfice de la santé des personnes et des populations (relevant de la coopération). La fonction des réseaux d'acteurs en santé, quelle que soit leur dénomination institutionnelle, « réseau de santé », « dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe » ou « plateforme territoriale d'appui », est de permettre la mise en synergie des différents acteurs d'une organisation complexe et cloisonnée dans le but de réduire significativement les inégalités sociales et territoriales de santé. En cela, ces organisations en réseau ont pour objectif de « transcender les frontières pour assurer des interconnexions » (Offner et Pumain 1996).

De récentes recherches en sciences du territoire et géographie sociale montrent que « la notion de parcours se heurte parfois au cloisonnement des données et systèmes d'information disponibles qui limitent les analyses qui peuvent en être faites, notamment entre les champs sociaux et sanitaires. (Coldefy 2017) Ces préoccupations en matière de décloisonnement des informations sanitaires et sociales demeurent actuelles, notamment à la faveur de la pandémie et de ses répercussions pour la santé des Français. Une récente tribune publiée par l'Agence Régionale de la Santé d'Île-de-France, dans la

Revue de Santé Publique en 2020, rappelait la nécessité "d'intégrer les facteurs sociaux dans les éléments qui structurent la décision médicale et les parcours de soins, et de doter les systèmes d'information médicale d'un outil de caractérisation sociale. Pour cela des travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS,) du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) doivent permettre de passer d'une approche volontariste et dictée par l'urgence, à une approche structurelle des déterminants sociaux dans le parcours de soins". (Rousseau, Bevort et Ginot 2020)". La progression des services numériques de partages et d'échange d'information et des dossiers partagés entre les services d'aides et de soins peut laisser espérer que « le numérique, malgré ses ambivalences, puisse finalement (...) permettre d'intégrer davantage la dimension humaine, en favorisant une approche de proximité dans de nouveaux territoires numériques de soins, à la fois pour contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales en santé et pour étendre la « démocratie sanitaire » en prenant davantage en compte le rôle, les aspirations, l'identité (et sa dimension numérique), les sentiments et les émotions des patients, en particulier des plus vulnérables, dans une perspective de coproduction de services solidaires de proximité » (Bourret 2016).

*RESUME : L'état des connaissances de cette deuxième partie de la revue de littérature concerne les différentes approches de l'évaluation de l'innovation et de l'amélioration des territoires de santé. Il s'agit de mettre en évidence un angle mort concernant la compréhension du phénomène de circulation des données au sein des dispositifs et plateformes de coordination en santé en tant que phénomène infocommunicationnel. Ce phénomène nécessite de nouvelles recherches du point de vue des sciences de l'information et de la communication, pour ouvrir des perspectives. Dans un système de santé fondé sur la notion de parcours de soins et depuis 2016, des tensions sont identifiées relevant principalement d'écart entre l'institutionnalisation des plateformes et dispositifs de coordination en santé et l'invisibilité des coopérations sociales réelles, fondées sur la mètis grecque comme intelligence de la pratique. Les tensions mises en évidence relèvent d'abord du caractère paradoxal du numérique, permettant une circulation généralisée des informations au sein des parcours de santé d'une part et d'étendre les logiques d'évaluation par les nombres d'autre part. Les tensions relèvent ensuite du paradoxe entre logiques de légitimation des acteurs autour de notions d'enjeux et de rivalités dans des territoires de pratiques et d'évaluation contributive au fondement d'une transformation des organisations territoriales de santé à partir de la formulation de jugement permettant l'acceptabilité de l'ensemble des acteurs sociaux en présence.*

---

### 2.1 État des lieux des connaissances concernant les coopérations entre les services en santé

Isabelle Vedel, dans sa thèse consacrée à la conception d'une méthode pour l'implémentation d'un modèle français d'intégration des services pour les personnes âgées fragiles, formule le constat suivant lequel « malgré l'abondance d'écrits sur la difficulté du changement dans le système de santé et le nombre d'études mettant en avant les difficultés, voire même les échecs d'implantation des interventions dans le système de santé, force est de constater que la recherche sur les services de santé fait défaut » (Vedel 2010). Partant de ce constat, la revue de littérature présentée ici s'appuie principalement sur les connaissances acquises à partir de recherche sur les services de santé et considérant principalement le domaine des coordinations locales en gérontologie, qui constituent in fine une des premières formes d'institutionnalisation des coordinations locales ayant émergées dès les années 1960 dans les territoires. Ce choix s'explique également par le fait qu'au début de cette recherche, les MAIA sont des organisations encore récentes, n'ayant que peu fait l'objet de recherche académique. En effet, l'évaluation nationale des MAIA et l'enquête nationale des MAIA ont été réalisées en 2016, et d'autres travaux ont été réalisés, centrés sur les métiers de gestion de cas (Bertillot 2017).

Dans ce domaine de la coordination gérontologique, la complexité des interventions requises, associées à la fragmentation du système français et l'adaptation du système de santé au vieillissement de la population, a incité de nombreux décideurs et acteurs sociaux de terrain à rechercher des solutions visant à conduire des actions de coordination et d'harmonisation d'activités diverses dans un souci d'harmonisation (Henrard et Vedel 2003). Certaines de ces expérimentations ont fait l'objet de travaux de recherche, d'analyses et d'évaluation réalisées par un ensemble de recherches en matière d'amélioration des services de santé, menées dans divers pays d'Europe dont la France.

Il s'agit d'une part de travaux conduits dans le cadre de recherche comparative portant sur les politiques et les services de différents pays de la communauté européenne, à partir de l'application du cadre d'analyse des systèmes d'aide et de soins aux personnes âgées, proposé par Illsley et Jamieson (Henrard 2002). Il s'agit également des analyses comparatives de différentes expériences, menées dans différents territoires français et québécois (Tourigny, 2002 cité par (Henrard 2003), qui formulent des constats concernant la mise en place d'une coordination des services et intervenants d'aides et de soins sur un territoire donné (Henrard 2003). Il s'agit aussi, d'évaluation de modèle d'intégration des services pour les personnes âgées, menées en France dans le cadre d'une coopération HAS, CNSA et Conseil Régional d'Île-de-France (de Stampa Matthieu, Vedel Isabelle 2010). L'analyse de la littérature mobilise enfin des travaux de recherches centrés sur des expériences de changement au niveau micro-organisationnel. Une thèse en santé publique, menée à partir d'un réseau de santé, analyse « les déterminants et les dynamiques de changement dans le système de santé à travers l'implantation d'interventions de réorganisation des soins aux personnes âgées. » (Vedel 2010).

D'autres analyses d'expériences, menées entre 1992 et 1996 dans plusieurs territoires porteurs d'expériences de coordinations locales en gérontologie à l'interface des secteurs d'aides et de soins. Ces analyses portent sur des espaces géographiques à différent niveau géographique, municipal (Lorient, Montargis, Nancy, Roanne), cantonal en milieu rural (Chevagne dans l'Allier, L'Argentière-La-Bessée et Guillestre dans les Hautes-Alpes, Acheux et Quévauvillers dans la Somme), ou entre secteur médical et secteur social (Lille et Le Bouscat) (Fondation de France, 1992 ; Argoud, 1996, cité par (Henrard et Vedel 2003). Et enfin des recherches en socioéconomie menées à partir d'une enquête participative, conduite entre 1994 et 1995, portant sur quatre sites auxquels la Fondation de France avait apporté un soutien pour le développement de coordination locale, et représentant des situations contrastées : milieu urbain/rural, associations privé non lucratif/publiques et de taille diverse (Frossard et Boitard 1997; Frossard 2002).

## **2.2 Une réduction partielle de l'asymétrie informationnelle**

### **2.2.1 Au sein de relations négociées intégrant la personne aidée et sa famille**

Au niveau individuel, l'efficacité des actions de coordination suppose des relations négociées avec la personne aidée et sa famille, dans le but de réduire l'asymétrie informationnelle et soutenir des prises de décision partagées (Jean-Claude Henrard 2016). Il s'agit pour l'État de soutenir les aidants à travers les médiations effectuées par ces organisations intermédiaires, tant en matière de soutien des personnes et des aidants familiaux que concernant la coordination des interventions entre les services d'aides et de soins (Lesemann et Henrard 2006a).

### **2.2.2 Des différences en fonction des modèles de coordination de parcours**

« Michel Frossard a proposé de définir les organisations territoriales fonctionnant sur une logique de réseau dans le contexte français, comme « un processus et une organisation de gestion des cas » individuels dont un professionnel « référent » assure l'animation de la structure de coordination » (Frossard 2002). La littérature permet de distinguer trois principaux modèles au sein des expériences de coordination française, selon le niveau d'intégration des personnes et de leurs entourages (Frossard 2002; Vedel 2010).

- **Brokerage model de type advocacy** : toujours selon Michel Frossard cité par Jean-Claude Henrard, la majorité des expériences de coordination française se rattache au modèle de Brokerage model de type advocacy. Dans ce modèle un référent plaide auprès des services pour mettre en place un plan d'aide au sein d'une structure de coordination territoriale plus ou moins formalisée (Henrard 2003)<sup>25</sup>. Dans ce modèle, la fonction du gestionnaire est de « négocier la provision de service. Il se comporte comme un « avocat » de la personne âgée (Vedel 2010).
- **Brokerage agency model** : dans ce modèle de gestion de cas intégrée ou consolidée « integrated (or consolidated) case management model », au sein duquel une équipe pluridisciplinaire réalise l'évaluation des besoins, élabore les plans de soin et négocie les services nécessaires (Vedel 2010). En France, ce modèle correspond à des modes de coordination mis en place par certains Conseils départementaux, où les référents sont assimilables à des gestionnaires des situations individuelles, ayant la responsabilité de la gestion d'une enveloppe financière spécifique. Ce

---

<sup>25</sup> La loi sur l'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA, JO, 2001) prévoit une convention entre le département et les organismes de sécurité sociale pour organiser les modalités de leur coopération pour la mise en œuvre de « l'allocation ». Des conventions peuvent également être conclues entre, d'une part, le département et d'autre part des institutions et organismes publics (CCAS, Centres locaux d'information et de coordination – CLIC), mutualistes ou des services d'aide à domicile agréés pour la mise en œuvre des plans d'aide. Le succès de telles coordinations sera d'autant plus grand que les départements tireront les leçons des expériences manquées et réussies. Henrard 2003.

modèle peut également concerner des Centres communaux d'action sociale (CCAS) ayant la gestion de différents services d'aide et de soins tels que les soins infirmiers à domicile, l'aide-ménagère et le portage de repas à domicile (Henrard 2003).

- **Self-managed care model** : ce dernier modèle identifié par la littérature favorise la participation (« empowerment ») des personnes âgées. Toutefois, si l'ambition de la participation des personnes et de leur entourage a été inscrite dans certains textes législatifs, concernant notamment les CLIC<sup>26</sup> et aux réseaux de santé<sup>27</sup> (Amyot 2010). Nous n'avons pas trouvé de littérature spécifique concernant le développement opératoire de ce modèle centré sur la participation des personnes et de leur famille concernant le système français de protection sociale.

Ce constat relève probablement d'une manière générale d'une « difficulté du passage de l'écrit à la réalité quotidienne » (Amyot 2010), mais probablement aussi les difficultés à trouver des travaux concernant des expériences réussies suivant le constat d'un défaut français de recherche sur les services de santé (Vedel 2010).

### 2.2.3 Une étape vers l'apprentissage collectif

Une étude socio-économique mobilisant le modèle de l'apprentissage collectif associé à l'échelle de Guttman mettait en évidence la circulation des données comme une dimension constitutive des processus d'apprentissage collectif. Cette étude a été menée dans 4 territoires et à partir de l'analyse statistique de 247 plans d'aide et une série d'entretiens auprès des professionnels, des familles et des personnes âgées ayant bénéficié d'un service de coordination (Frossard et Boitard 1997). L'analyse des relations entre chacune des dimensions étant cumulative, les résultats mettent en évidence le fait que les dimensions de niveau supérieur constitutives de l'apprentissage collectif dans une coordination sont dépendantes de la réalisation effective de l'amélioration de la circulation des informations (niveau inférieur).

---

<sup>26</sup> L'auteur se réfère aux propos du directeur national de l'action sociale CNAV, rapporté dans les Actes du colloque de l'Uniorpa du 25 octobre 2001, p. 7 : « Notre responsabilité est de faire en sorte que les dispositifs de coordination inscrivent dans la durée la participation de la personne âgée et de sa famille en particulier sous la forme de négociation du plan d'aide, de contractualisation des interventions... ».

<sup>27</sup> L'auteur se réfère à l'annexe 1 de la circulaire <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-25.htm> - no14DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 99-648, non parue au Journal officiel du 25 novembre 1999 qui précise ce que doit comporter un réseau. Le huitième point est relatif à la place des usagers : « Ils doivent être au centre des préoccupations du réseau, sous des formes évolutives avec le temps : en tant que patients au début ; en tant qu'usagers sujets de droits ensuite ; en tant que partenaires enfin dans la détermination de besoins à combler et des stratégies pour y parvenir ». <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-49/a0493275.htm>

*Figure 1: Échelle de l'apprentissage collectif dans une coordination (Frossard et Boitard 1997)*

(\* proportion de professionnels accordant une note supérieure ou égale à 5/10 à cet item. Échantillon : 59 répondants)

---

5. accroissement de la culture gérontologique commune (60 %)*
4. mise en place d'outils communs (62 %)*
3. instauration d'une collaboration effective entre professionnels (79 %)*
2. Connaissance des complémentarités et clarification de la répartition des compétences (84 %)*
1. amélioration de la circulation de l'information (89 %)*

---

## **2.3 Un processus de changement des organisations locales en santé**

### **2.3.1 Une évolution des dimensions relationnelles et informelles des organisations locales**

Tout d'abord, les auteurs mettent en évidence une modification des relations entre acteurs et institutions relatives à la continuité des aides et soins nécessitant une concertation à différents niveaux, celui des prestataires, celui des gestionnaires, celui des décideurs se mettant en interrelations (Henrard 2003). Toujours selon Jean-Claude Henrard, « cette concertation peut s'instituer, mais dans un lent processus qui modifie les relations entre acteurs et institutions, leurs représentations de la vieillesse et de l'action sociale/médico-sociale » (Henrard 2003). Le changement observé relève donc d'un processus de transformation des représentations des acteurs participant à ces concertations. Ce processus est également décrit comme inscrit dans une temporalité relativement importante et pouvant aboutir à une institutionnalisation. La synthèse des études menées entre 1992 et 1996 auprès de différentes expériences de coordinations locales réussies met en évidence les processus de changement opérant à un niveau relationnel relatif à l'ensemble des acteurs des parcours de santé. D'abord, l'évolution de cette dimension relationnelle s'avère appartenir à la sphère informelle, y compris au sein des structures formalisées ou institutionnelles de coordination des parcours de santé. Ensuite, il s'agit également d'un processus qui concerne l'ensemble des acteurs institutionnels des territoires étudiés, y compris ceux ayant des intérêts divergents. Les études observent des phénomènes d'« ajustement des actions réciproques en vue d'une finalité (...) [qui] n'est pas nommée en tant que telle, mais [qui est] agissante» (Henrard et Vedel 2003). De façon générale, la littérature met en évidence que les expériences de coordinations locales ayant fait preuve de réussite reposent de façon partagée sur « des relations informelles entre les professionnels qui prennent l'habitude de travailler ensemble et construisent collectivement un projet de réorganisation des soins aux personnes âgées. » (Vedel 2010).

### **2.3.2 Une pluralité des figures de médiation et d'intermédiation**

La littérature identifie différentes figures préalables à l'émergence de coordinations locale. Cette figure peut s'incarner au travers d'un "initiateur unique"   travers une personnalité charismatique véhiculant la figure d'un leader légitime, ou bien une personnalité fédératrice véhiculant les principes d'une coordination informelle par sa présence au sein de différentes instances de concertations territoriales, ou bien encore d'un petit groupe de personnes reconnues pour leurs compétences et leur légitimité locale, fonctionnant la plupart du temps en réseau et occupant des postes décisionnels dans des structures et services du territoire. Les auteurs font ici référence à la notion d'entrepreneurs sociaux (Friedberg, 1993, cité par (Henrard et Vedel 2003). Les travaux menés par Isabelle Vedel, dans le cadre d'une recherche-



action dans le 16e arrondissement, contribuent à mettre en évidence la figure du chercheur comme impulsant la dynamique de changement. Précisant que dans ce cas, le chercheur appartient également aux catégories identifiées précédemment, étant un professionnel du territoire, légitimé par sa connaissance du contexte local, du secteur de la vieillesse et également une compétence en gériatrie (Vedel 2010).

### 2.3.3 Une dynamique collective dépassant les logiques normatives de chaque structure

Les résultats observés à partir de l'étude de nouvelle structuration de dispositif gérontologique local montrent que « le processus d'institutionnalisation des concertations débouche sur un projet collectif dépassant la sphère d'influence de chaque structure » (Henrard 2003). Dans cette perspective, l'« impératif de décision partagée est le garant de la réalisation du projet collectif et de la protection contre toute volonté hégémonique (notamment d'un pouvoir technique et organisationnel) » (Henrard 2003). La concertation apparaît comme un processus fondé sur « une dynamique collective fondée sur la construction de lieux et de temps d'échanges et de communication, autour de plans d'action communs, reposant sur des valeurs partagées. Le modèle de fonctionnement en est la démocratie où l'unanimité est nécessaire pour l'action et dont le principe moteur est la négociation permanente » (Henrard 2003). Des recherches menées en sciences de l'information et de la communication apportent des connaissances permettant de compléter les approches développées par la recherche sur les services de santé. Les travaux menés à partir d'un réseau de santé et pôle mémoire proposent une première approche qui donne une description des activités collectives menées par les dispositifs de coordination au sein d'une communauté d'action plus large que leurs structurations administratives. (Zacklad 2003; Bénard, Lewkowicz et Zacklad 2005).

**Tableau 1 :** Typologie des activités au sein d'un Réseau de Santé Pôle Mémoire (Bénard, Lewkowicz et Zacklad 2005)

Degré de réflexivité Focalisation	Introspection	Extrospection
Self	<b>Registre socio relationnel</b> <i>(Réaffirmer les objectifs du réseau, créer une identité collective)</i> S'associer Décrire une expérience	<b>Registre politico organisationnel</b> <i>(Établir comment fonctionner ensemble)</i> Définir des bonnes pratiques organisationnelles
Euvre	<b>Registre épistémique</b> Définir des bonnes pratiques de santé et éthiques	<b>Registre instrumental</b> <i>(Élaborer la prise en charge globale)</i> Décrire la situation Demander un complément de description de la situation Proposer une solution

**Tableau 2 - la matrice SEPI appliquée aux activités de RPM**

Les activités collectives mises en évidence, permettent de compléter les activités de coordination de situation individuelle déjà décrites par la littérature, avec « des pratiques organisationnelles » à dominantes invisibles, relevant de différents registres d'interactions relationnelles entre des acteurs au sein d'une communauté d'action sur un territoire précis. En plus des activités déjà connues du registre « instrumental », trois registres d'activités collectives supplémentaires sont décrits. Le registre « socio-relationnel » fait référence aux « interactions [permettant] de réaffirmer les objectifs du réseau (...) de créer une identité collective au RPM ainsi que de permettre à un professionnel d'aider d'autres professionnels en expliquant une façon [qui fonctionne], de gérer un problème ». Le registre « épistémique », qui définit les « bonnes pratiques de santé » et correspondent aux interactions donnant lieu à la [création de pratiques nouvelles permettant une meilleure dispense du soin ». Le registre « politico-organisationnel » qui correspond aux « pratiques organisationnelles » permettant « aux locuteurs de s'organiser entre eux et de diviser le travail à effectuer ».

## **2.4 Les freins au développement des parcours de santé au niveau local**

### **2.4.1 Le mode de médiation social français**

Le mode de médiation social français est identifié par la littérature comme un frein au développement des coopérations territoriales. Les auteurs expliquent que les politiques publiques ont en France des spécificités « engendrées par la conception républicaine du service public et le mode de médiation sociale mettant face à face élite administrative et professionnels » (Henrard et Ankri 1996). Ce modèle de médiation sociale commande la possibilité de négociation collective, « qui se caractérise par une relativement faible médiation globale néo-corporatiste devant la profession qui constitue le « partenaire social » naturel de l'action publique » (Jobert et Muller, 1987, p. 173, cité par (Henrard 2002; Jean-Claude Henrard 2016).

### **2.4.2 L'institutionnalisation de la coordination des parcours de santé**

Un second frein cité régulièrement dans la littérature fait référence à l'institutionnalisation des parcours de santé et des espaces de coordination locale au sein de divers dispositifs et plateformes de coordination. Isabelle Vedel constate que « les fonctionnements bureaucratiques réduisent souvent la notion de coordination à des structures formelles sans tenir compte des pratiques professionnelles ». Dans le travail de terrain réalisé dans le quartier du 16<sup>e</sup> arrondissement de Paris et traitant des conditions d'accompagnement de nouvelles dynamiques de coordination locale, elle observe que « les rares expériences de coordination portées à un niveau local semblent avoir obtenu de meilleurs résultats [que les structures institutionnelles précédemment évoquées] ».

### **2.4.3 Les tensions, conflits et résistances à l'innovation**

Des phénomènes de résistances sont décrits, voire même de tensions et de conflits entre acteurs autour des enjeux de coordination des parcours de santé. « L'accord se fait alors facilement sur la nécessaire coordination, mais à condition que les objectifs restent flous. Dès que le problème de la responsabilité de la coordination est posé, une confrontation entre acteurs apparaît, qui peut aller à l'encontre de la cohérence cherchée au départ. » (Henrard et Vedel 2003). L'innovation doit faire face à des résistances notamment professionnelles, lorsqu'elle est perçue comme une menace pour les habitudes et pratiques existantes; ainsi les succès des expériences reposent donc sur une dynamique sociale, des relations et des réseaux relationnels entre les acteurs (Vedel, 2010).

## **2.5 Les leviers pour le développement des innovations organisationnelles**

### **2.5.1 Envisager les changements de représentation au sein des parcours de santé**

Henrard et Leseman (2006) estiment que ces organisations sont « des relais indispensables qui doivent être non seulement reconnus, mais activement soutenus ». L'hypothèse qui est ici sous-tendue par les auteurs repose sur l'idée que les réseaux de services d'aide et de soins « représentent des moyens prometteurs pour répondre aux enjeux sanitaires et économiques et aussi un outil de changement profond du système de santé, changement des cultures et des modalités organisationnelles » (Ghadi et al. 2011).

Ces mêmes travaux montrent qu'« Au total, les succès des expériences reposent sur une dynamique sociale, des relations et des réseaux relationnels entre les acteurs. » (Vedel 2010). Certes, Ancrage favorise l'articulation des services sanitaires et médico-sociaux à un moment où cette problématique prend le devant de la scène dans les politiques de santé, avec la mise en place des agences régionales de santé [33]. Néanmoins, cette articulation existe concernant les prises en charge, mais pas nécessairement de manière plus institutionnelle entre les professionnels et par rapport à leurs pratiques. Une formation et une sensibilisation à l'interdisciplinarité pourraient permettre de lever certains obstacles à la collaboration. » (Ghadi et al. 2011).

D'une manière générale, les observations formulées dans la littérature renvoient aux limites des interventions sur le système de santé de nature top Down pour conduire des changements culturels au sein des organisations locales (Vedel 2010). Ces observations tendent à mettre en évidence la dimension culturelle de la coopération comme un des principaux leviers de changement des organisations territoriales. D'une manière générale, la littérature montre que « les interventions implantées pour faciliter ces changements font face à de nombreuses résistances et échecs, renvoyant à la difficulté du « changement des pratiques professionnelles [qui] ne va pas de soi » (Vedel 2010). En effet, la littérature montre que l'un des principaux enjeux des parcours de santé à travers la mise en place de coordination locale réside dans la capacité d'appropriation de la culture de l'interdisciplinarité des professionnels de soins primaires et des médecins généralistes en particulier.

#### ***2.5.1.1 Soutenir des interventions en lien fort avec le contexte local***

Les auteurs soulignent à de nombreuses reprises que « les tentatives entreprises par les pouvoirs publics sans un lien fort avec le contexte local sont confrontées à des risques importants d'échec. Les résultats suggèrent que l'élaboration d'interventions peu adaptées au contexte dans lequel elles vont ensuite s'implanter semble un obstacle à leur succès. » (Vedel 2010).

#### ***2.5.1.2 Intervenir sur la dimension culturelle des parcours de santé***

La mobilisation du levier de l'appropriation de nouveaux savoirs et savoir-faire par les professionnels permet pour les auteurs de dépasser les principales limites de l'organisation des parcours de santé locaux qui résident dans le principe de délégation des médecins à une structure de coordination, ce qui n'a que peu d'impact sur les pratiques et les relations entre les professionnels et services d'aide et de soins (Vedel 2010). Il convient donc de dépasser les simples directives et recommandations nationales pour développer des interventions « au cœur même des organisations et des pratiques professionnelles », dans le but de mettre en place des structures formelles dotées d'un pouvoir d'action réel et capable de promouvoir une culture gérontologique et de la coordination d'actions au sein de parcours de santé (Vedel 2010).

#### ***2.5.1.3 Prendre en compte les représentations des professionnels de soins primaires***

Dans cette perspective d'engager une dynamique de transformation des organisations locales en santé, la littérature suggère qu'il convient d'élaborer des actions en partenariats avec les professionnels. Il s'agit de tenir compte des enjeux liés aux représentations des professionnels de soins primaires concernant les innovations organisationnelles, ainsi que d'intégrer ces représentations dans une perspective de changement au sein d'un système.

### **2.5.2 Privilégier une approche à deux niveaux d'action (méso et micro)**

#### ***2.5.2.1 L'implantation des gestionnaires de cas de type « structurel »***

La littérature identifie le modèle d'implantation des gestionnaires de type « structurel » comme un levier pour réaliser les transformations des organisations territoriales. Ce modèle correspond à l'association de l'implantation de gestionnaire de cas à une « réorganisation plus profonde des systèmes [de services d'aide et de soins [dans les territoires] ». Il s'oppose à l'implantation de type « focal » « qui ajoute ou modifie un composant du système sans en modifier la structure profonde » (Vedel 2010).

#### ***2.5.2.2 Soutenir les processus informationnels locaux***

La littérature préconise les interventions facilitant les dynamiques sociales locales conduisant les intervenants à vouloir vraiment travailler ensemble autour d'objectifs partagés (Leichsenring et Alaszewski, 2004), pour lesquelles il existe des problèmes d'échanges d'information, de collaboration et de planification du suivi entre les différents lieux de soins (entre les organisations) et entre les

professionnels (Vedel 2010; Henrard et Vedel 2003). Les auteurs identifient le levier des « shared clinical information system », qui ont pour finalité de permettre la construction d'un système d'information intégré répondant aux différents objectifs d'amélioration des parcours de santé, ainsi que d'aider au développement des coopérations entre divers intervenants des parcours de santé et de sites différents. Il s'agit dans les expériences traitées dans la littérature de renforcer les systèmes de liens entre les différents épisodes de soins et les lieux de recours et afin d'assurer un suivi collectif dans la durée (Henrard 2003).

Cependant, bien que des exemples de dossiers cliniques partageables soient conçus et utilisés au Québec à partir du SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle), ou bien aux États-Unis, au Canada et dans une vingtaine d'autres pays, en France « quand la coordination s'est développée à partir du terrain, les professionnels n'ont pas eu comme préoccupation essentielle le système d'information du dispositif pouvant assurer cette continuité. » (Henrard 2003) et que l'implantation de nouveaux systèmes d'information cliniques et partagés fait face à de nombreuses résistances et les échecs sont fréquents (Vedel 2010). De plus, un enjeu est particulièrement identifié par ces recherches et concerne les difficultés à développer des systèmes d'information et leur appropriation par un ensemble d'acteurs, appartenant notamment à des institutions différentes (Vedel 2010).

### **2.5.2.3 Les étapes du changement local**

Concernant les méthodes d'évaluation, les recherches mettent en évidence plusieurs leviers concernant le changement des organisations locales, concernant en particulier la facilitation du partage d'informations, par la mise en œuvre de systèmes d'information intégrés au sein de réseaux territoriaux de services, ainsi que la prise en compte des dynamiques sociales locales conduisant les intervenants à vouloir vraiment travailler ensemble autour d'objectifs partagés (Leichsenring et Alaszewski, 2004). La littérature décrit certaines étapes de ces processus de développement de coordinations locales (Henrard et Vedel 2003). Ce processus est fondé sur une première étape correspondant à la représentation des acteurs ("initiateur d'agir") préalable à la proposition d'action en faveur d'une amélioration de l'organisation locale. Les deuxièmes et troisièmes étapes sont constituées de l'analyse des dysfonctionnements et la proposition de solutions « relativement neutres, car ne conduisant pas au conflit ». Il s'agit, selon les auteurs d'innovations organisationnelles, qui peut relever de « quelque chose de neuf ou l'aboutissement d'une concertation des différents intervenants », ou bien de « l'agrégation de l'existant autour d'un nouveau projet (...) impliquant que les participants intègrent les résultats de leur coopération dans leurs interactions et les transforment en enjeux communs). Dans ce cas, la coordination institutionnelle ayant été structurée collectivement est complétée dans un second temps par une coordination technique.

### **2.5.3 Les nouvelles méthodes d'évaluation pour le développement des services de santé :**

#### ***2.5.3.1 L'évaluation des dynamiques au niveau micro-organisationnelle***

La littérature mentionne à plusieurs reprises l'importance d'évaluer non seulement les résultats, mais aussi les processus de changement. Elle constate régulièrement que si « les résultats de santé et financiers des expériences de coordination ou d'intégration sont abondants (...) elle est pauvre sur la conduite du projet et les changements induits » (Vedel, I. et al. 2005) et que la plupart du temps, seule la réalisation et les résultats font l'objet d'évaluation. Certaines recherches mentionnent l'importance d'enrichir les capacités de jugement des acteurs concernant les changements produits à un niveau micro-organisationnel, considérant que « le changement ne peut être considéré comme l'imposition d'un modèle d'organisation de type Top-Down (Vedel 2010). Les auteurs proposent de porter un jugement, non seulement sur les seuls résultats, mais également sur les changements des organisations territoriales, du point de vue des dynamiques d'apprentissage collectif et de modification des pratiques professionnelles (Vedel 2010; Frossard et Boitard 1997). Toutefois la littérature met en évidence un déséquilibre entre les recherches portant sur les résultats de santé et financiers des expériences de coordination ou d'intégration et ceux portant sur la conduite du projet et les changements induits et la connaissance des processus de changement. Ces derniers étant marqués par un manque de recherches et de connaissances disponibles. Dans cette perspective, certains auteurs indiquent qu'en France, « aucun modèle de réseaux de santé ayant prouvé sa capacité à produire un réel changement n'a encore émergé » et que ces dispositifs et

plateformes de coordination « sont toujours confrontés à des difficultés d'implantation et notamment de participation des médecins traitants » (Vedel 2010).

### **2.5.3.2 La recherche de méthodes complémentaires aux approches médico-économiques**

Des recherches menées en socioéconomie en 1997 au sein du Centre pluridisciplinaire de gérontologie de l'université des sciences sociales de Grenoble (CPDG) se proposaient de développer des éléments d'évaluation pour juger des dynamiques d'apprentissage collectif professionnelles au sein des coordinations locales en gérontologie. L'ambition de ces recherches était de proposer aux décideurs des méthodes d'évaluation complémentaires aux méthodes médico-économiques du domaine. Il s'agissait de proposer des « éléments fondamentaux moins classiques que d'autres items d'évaluation, mais plus novateurs et plus porteurs de dynamiques pour les acteurs de terrain eux-mêmes, permettant de ne pas réduire l'évaluation à un jugement de valeur extériorisé porté par un observateur externe supposé neutre et objectif » (Frossard 2002). Cette recherche de méthode d'évaluation nouvelle s'inscrivait dans la recherche de « voies d'une nouvelle gestion responsable des politiques publiques et permettant leur affinement tant au plan méthodologique, que théorique et pratique. » (Frossard 2002).

### **2.5.3.3 L'enjeu de la connaissance des dynamiques réelles des évolutions locales des parcours de santé**

L'enjeu de nouvelles méthodes d'évaluation se pose de manière plus forte à partir du moment où « les notions de réseaux et de coordination font aujourd'hui partie des critères de décision et d'incitation des tutelles administratives et financières. (...) et constituent un enjeu de pouvoir et d'obtention de financements [pour] un acteur local qui veut développer un projet » (Frossard et Boitard 1997). Ces logiques de rivalités des acteurs des dispositifs et plateformes de coordination au sein de territoire identique conduisent à l'observation de logique paradoxale associée à des confrontations de logique institutionnelle et professionnelle (Robelet, Serré et Bourgueil 2005), à la mise en place de stratégie de légitimation des acteurs de réseaux ville-hôpital (Ramponneau, Saby et Mick 2009) et de réseaux de santé (Vincent et Montalan 2016). Dès lors, « la juxtaposition, sur un même territoire, de partenaires développant leurs propres stratégies et poursuivant leurs objectifs aboutit obligatoirement à un blocage : mise en place d'une structure formelle sans pouvoir et incapable de promouvoir une quelconque culture (...) de la coordination d'actions [au sein de parcours de santé] (Henrard et Vedel 2003).

### **2.5.3.4 Formulation du questionnement de la recherche**

Dans une perspective infocommunicationnelle, l'analyse de la littérature apprend que le développement des dispositifs et plateformes de coordination dans le système de santé français s'appuie sur la mise en œuvre d'interfaces humaine et numérique. La réussite de ces organisations intermédiaires est autant associée à la qualité des coordinations entre acteurs, qu'à la pertinence des dispositifs sociotechniques de partage et d'échange d'informations et des dynamiques des systèmes de coopérations territoriales. Leur mise en œuvre s'appuie sur l'existence d'interfaces aussi bien sociale que technique. Ces organisations des services d'aide et de soin s'appréhendent tant du point de vue de l'organisation territoriale formelle mise en œuvre par les administrations (dimension visible et institutionnelle), que des relations réelles au sein des réseaux de services, de professionnels et d'utilisateurs (dimension invisible et relationnelle). Les constats formulés lors de l'étude de la littérature permettent d'argumenter l'originalité et la pertinence de la formulation d'une problématique mobilisant les concepts des sciences de l'information de la communication, dans une perspective de contribuer aux connaissances en matière d'évaluation des organisations d'interfaces.

Dans un premier temps, les études disponibles relatives au sujet de recherche sont pour la plupart antérieures aux récentes évolutions du système de santé et du développement de la transformation numérique du système de santé. Pourtant, l'introduction dans l'ensemble des organisations en santé, des dispositifs technologiques, oblige à de nouvelles manières d'appréhender les phénomènes<sup>28</sup> de circulation des informations dans les organisations territoriales, en situation de coopérations autour de

---

<sup>28</sup> Mucchielli et Noy 2005 p.191

parcours de santé médiatisé par les services numériques en santé. De plus, l'étude de l'évaluation des organisations territoriales en santé comporte une forte dimension relative à l'innovation organisationnelle, notamment concernant leur optimisation au sein d'organisations territoriales, ou système d'acteurs déjà établis<sup>29</sup>, dont il s'agit de prendre en compte leur représentation de la situation de transformation locale. Dans un second temps, les recherches relatives à la coordination des parcours de santé pointent des difficultés des acteurs en situation et montrent qu'alors que les succès des expériences reposent sur une dynamique sociale, des relations et des réseaux relationnels entre les acteurs, bien souvent, seuls la réalisation et les résultats font l'objet d'évaluation. Ces mêmes recherches mettent également en évidence l'importance de l'étude des propriétés relationnelles et communicationnelles des dispositifs de coordination comme support de l'émergence de coopérations entre acteurs. Dans un troisième temps, l'organisation du système de santé a connu récemment des évolutions majeures concernant l'implication de la médecine de ville dans les processus de coordination de parcours de santé ainsi que le développement des soins primaires et la structuration progressive du premier recours (cf. loi HPTS de 2009 et l'évolution de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie CN de 2016). Ces évolutions structurelles demandent à reconsidérer les dynamiques en cours de transformation des parcours de santé. Dans un dernier temps, la littérature scientifique propose majoritairement aux acteurs de terrain des cadres d'analyse de leurs organisations principalement issues de la sociologie, de la gestion et des sciences socio-économiques. Nous formulons la proposition selon laquelle l'élaboration d'un cadre conceptuel mobilisant les concepts des sciences de l'information et de la communication permet d'apporter un regard complémentaire.

Le questionnement de la recherche s'inscrit dans une démarche de questionnement à propos de l'émergence de coopération dans un contexte traversé par des logiques de concurrence et de rivalité dans les territoires. Christian Bourret et Claudie Meyer soulignent les enjeux des territoires de santé numérique induisant un « passage de territoires de pratiques souvent individuels (zone de clientèle pour un médecin libéral) à des territoires devenus en partie numériques [et qui] nous conduit à une approche de la notion d'intelligence territoriale appréhendée comme intelligence collective sur un territoire autour de savoirs partagés puis construits le plus possible en commun. » (Bourret et Meyer, 2013). M'appuyant sur les orientations des recherches menées sur les organisations d'interface à partir des sciences de l'information et de la communication, je formule que les processus de numérisation des parcours de santé, via la notion de territoire de santé numérique, constituent un angle mort des recherches sur l'amélioration des services de santé et représente donc une opportunité de travailler à une contribution aux connaissances existantes. Ces constats, confrontés à ma pratique professionnelle, m'ont conduit à formuler un questionnement en situation d'activité professionnelle afin de comprendre comment à partir des parcours de santé, proposer de nouvelles méthodes d'évaluation contributive de l'innovation et de la résilience des organisations locales en santé ? Il s'agit de comprendre les logiques invisibles des dynamiques de changement dans le domaine des services d'aides et de soins, à l'échelle territoriale et derrière leurs apparences structurées (dichotomie entre le formel et l'informel). Et de comprendre également comment mettre en place de nouvelles méthodes d'évaluation contributive des transformations des organisations territoriales de santé, à partir des parcours de santé, afin d'élaborer avec les acteurs du domaine de nouvelles approches de l'évaluation des organisations d'interface en santé. Ce questionnement de recherche est abordé à partir du cadre disciplinaire des sciences de l'information et de la communication.

---

<sup>29</sup> Mucchielli et Noy 2005 p. 191

---

*RESUME : Ce troisième chapitre explicite les enjeux de l'opérationnalisation de la théorie de référence et la démarche ayant abouti au choix d'articuler l'approche ICCOE avec le cadre intégrateur des approches communicationnelles des organisations (ACO). L'approche par les ACO constitue un outillage indispensable pour la mise en œuvre d'une analyse de l'évolution des dynamiques spatiales des systèmes de protection sociale, centrée sur les pratiques infocommunicationnelles. Ce positionnement en SIC s'inscrit dans une posture d'intermédiation entre « communication » et « territoire ». Nous considérons les écosystèmes de santé comme territorialisés, car situés en termes d'espaces, de temporalités, de relation, d'interaction et donc constituant des organisés et organisant des espaces infocommunicationnels spatialisés et à l'intersection de différents niveaux géographiques. Ce positionnement d'interdisciplinaire invite à recourir à deux approches communes aux deux disciplines de la géographie et des SIC : la modélisation et la sémiotique.*

---

### 3.1 Description d'une posture réflexive en contexte professionnel

#### 3.1.1 Émergence d'un questionnement de recherche

L'écoute réflexive des idées contenues dans les deux courts dialogues retranscrits ci-dessous<sup>30</sup> a fortement contribué à l'élaboration progressive d'un questionnement initial.

---

*EXTRAIT 1 : REPORTAGE « JAMAIS SANS MA MÈRE » DE L'ÉMISSION « ENVOYE SPECIAL »*

---

*Inspecteur général des affaires sociales : « Les juges, ils ont la loi, mais la loi n'est relativement pas précise. Donc ils ont une grande capacité de faire le choix, un peu comme ça, un peu comme ça, un peu comme ça. Donc il faut les aider les juges, à bien faire leur travail. »*

*Un parent dans l'assemblée : « C'est inadmissible, vous nous renvoyez votre calme, vous nous renvoyez votre sérénité, vous avez à faire en face de vous à des gens qui sont exténués, qui sont dans la douleur. Les juges, ils sont dans la toute-puissance et vous nous dites à nous, qui sommes sous le joug des institutions et qui sommes dans la douleur de ne pas voir nos enfants, de les éduquer ? C'est inentendable ce que vous dites ».*

---

*EXTRAIT 2 : PIERRE BOURDIEU REPOND AUX AUDITEURS, "ÉGALITE OU INÉGALITE DES CHANCES EN MATIÈRE D'ÉDUCATION ?"*

---

*Question de l'auditeur : « Peut-on parler de loi [en sciences humaines] ou de modèles tellement locaux, qu'il risque qui risque de ne plus être vrai du moment que l'on a démonté les mécanismes de ce système. Je prends un exemple (...), nous avons-nous en mathématique créé un institut, les IREM, Institut Régionaux de Mathématiques, pour combattre d'une certaine manière les inégalités dans l'enseignement des mathématiques. Et je trouve aujourd'hui que cet institut est aujourd'hui critiqué par ses fondateurs eux-mêmes, car il semble bien qu'en fin de compte il a été récupéré pour lui-même former une sélection ».*

*Réponse du chercheur en sciences humaines : « Je viens à l'exemple des IREM, parce que c'est un très bel exemple (...). Je pense qu'analyser l'expérience des IREM serait extrêmement intéressant, car c'est une entreprise extrêmement généreuse, extrêmement intéressante, car elle a été entièrement déviée. Les gens qui entreprennent des actions sans savoir la force du système contribuent toujours à renforcer le système, parce qu'il n'y a rien de pire qu'une expérience récupérée. »*

---

La question de l'amélioration des organisations telle qu'elle peut se poser dans le domaine de la protection de l'enfance ou bien celui de la réduction des inégalités dans l'enseignement des mathématiques, est apparue générale à un ensemble de domaines d'activité professionnelle et par

---

<sup>30</sup> Dans son ouvrage intitulé comment rédiger sa thèse, écrit en première intention pour les étudiants italiens, Umberto Eco, invite les chercheurs à .... Cette lecture a motivé le choix de ces retranscriptions. Il s'agit ici d'ouvrir des questions et des tensions épistémologiques fortes, qui ne seront pas traitées dans cette recherche, et qui resteront donc à approfondir par la suite.

conséquent transférable à celui de la protection sociale et plus particulièrement l'organisation des parcours de santé.

La notion de changement que j'applique est ancrée dans les approches proposées par les sciences de l'information et de la communication et plus particulièrement de la sémiotique interactionniste, qui définit toute problématique du changement comme un changement de « positionnement et d'identité [qui] est à considérer du point de vue du changement systémique des relations entre les acteurs » (Mucchielli et Noy 2005), incluant le chercheur en sciences sociales.

### **3.1.2 Une approche constructiviste des phénomènes sociaux**

#### **3.1.2.1 Une approche compréhensive et qualitative**

Il s'agit maintenant de situer mon travail de recherche au sein d'un ensemble de postures épistémologiques appartenant aux corpus théoriques des méthodes qualitatives, dont les sciences de l'information et de la communication se sont saisies (Bernard 2004a). Le positionnement de la recherche relève d'une approche compréhensive des phénomènes humains et sociaux. Elle correspond à une posture de « curiosité méthodologique » (Schultz, 1987). Elle conduit à tenir dans la durée une posture intellectuelle « ancrée », c'est-à-dire proche du terrain, concrète, car au plus près des phénomènes humains et sociaux. Ma démarche s'appuie sur la pensée constructiviste au sens où les dynamiques de changement sont indissociables de l'acteur et de ses logiques d'action, artefact ou conduite en situation (Bernard 2004a). La démarche que j'emprunte se situe selon « une approche pratique des choses » (Mucchielli 2004). Il s'agit de conduire une démarche compréhensive dans le but de proposer de nouveaux modes d'action favorisant des changements organisationnels dans le domaine d'intervention de la coordination des parcours de santé. En qualité de chercheuse constructiviste, je considère que le réel n'est pas indépendant par essence de l'observateur qui cherche à le décrire. Au contraire, la connaissance du réel n'est envisageable uniquement que par l'expérience qu'il est possible d'en faire (Le Moigne, 2003). Cette conception de la production de connaissances est également celle décrite par Piaget qui énonçait qu'« aucune connaissance ne provient de l'objet seul ni du sujet seul, mais d'une interaction entre objet et sujet » et qu'il est par conséquent « impossible (...) de séparer radicalement les jugements de fait des jugements de valeur (Piaget, 1973, p. 1179 cité par (Bernard 2004b)). Ainsi, la démarche de production de connaissances qui est la mienne nécessite d'une part des allers et retours entre la théorie et la pratique de terrain (Bernard 2005) et s'attache d'autre part à mettre l'accent sur les processus cognitifs et la contextualisation des sources de compréhension de l'action collective (Le Moigne, 2003). Les principes de l'attitude de curiosité méthodologique me conduisent à adopter une immersion dans le phénomène étudié lui-même. Cette posture a été facilitée par mon appartenance au terrain de recherche. De nombreuses possibilités m'ont donc été ouvertes afin d'observer le phénomène étudié à différents échelons et dans différents contextes territoriaux. Une immersion complète dans le phénomène étudié a donc été possible pendant la période de la recherche. Il s'est agi de la coordination de projets au regard de missions professionnelles, la participation à divers travaux nationaux en matière d'accompagnement à l'évolution des réseaux de santé vers des plateformes et dispositifs de coordination ainsi que de l'intégration au sein du réseau de professionnels animé par l'Union Nationale des Réseaux de santé. Dès lors, des observations du phénomène étudié ont pu être conduites de manière répétée, à différentes échelles de l'organisation du système de santé, mobilisant les niveaux d'analyse micro, méso et macro-social. L'approche constructiviste que je mobilise, demande un appareillage (ou corpus) théorique existant en vue de produire des connaissances opérationnelles, offre un cadre fin de perception des phénomènes de nature qualitative, introduit de la complexité dans la description des situations, apporte un regard différent, voir critique dans une perspective de prise de recul et enfin, formule des problématiques et objectifs pour l'exploration de nouvelles pistes et l'ouverture de perspectives de pensées pour l'action.

#### **3.1.2.2 Une posture d'ouverture vers les acteurs non académiques**

En tant que professionnelle de santé publique et engagée dans le développement des dispositifs et plateformes de coordination en santé, le mode de production et de structuration des connaissances de la



démarche scientifique que je propose se situe dans une « perspective téléologique, impliquant chercheurs et praticiens » ((Bernard 2000), citée par (Bernard 2005)), et correspondant à une posture de constructivisme social située à l'interface du terrain professionnel et académique, dans une logique de fertilisation croisée. Il s'agit donc pour moi de me situer à l'interface de « l'agir professionnel et de l'agir social » (SFSIC 2006) afin de décrire, d'éclairer de manière distanciée des pratiques évaluatives relevant du quotidien et également d'apprécier des stratégies collectives d'acteurs pour enfin formuler des propositions d'amélioration. Tout d'abord, le choix d'une posture qualitative est motivé par la nature des connaissances que je souhaite observer, puisque la connaissance des pratiques, savoir-savoir-faire, procédure réelle de travail, relève des pratiques cliniques « laiss[ant] place à des sujets acteurs, des essais, des interventions, des approches multiformes convergeant vers une compréhension globale » (Stryckman 1996). Un fort ancrage de terrain, me permet de privilégier une approche méthodologique relevant d'une posture compréhensive des phénomènes humains et sociaux, correspondant à une attitude de « curiosité méthodologique » (Schultz, 1987), visant à tenir dans la durée une posture intellectuelle « ancrée », c'est-à-dire proche du terrain, concrète, car au plus près des phénomènes humains et sociaux (Mucchielli 2007). J'utilise une posture épistémologique qualitative et compréhensive me permettant d'analyser mon expérience professionnelle propre part la mise en œuvre d'une démarche d'analyse qualitative telle que définie par Pierre Paillé et Alex Mucchielli. Selon ces auteurs, il s'agit d'une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignage, d'expérience ou de phénomènes, dont la logique à l'œuvre participe de la découverte et de la construction de sens » (Paillé et Mucchielli 2012). Ainsi, la méthodologie de la recherche s'appuie sur la construction d'un cadre d'analyse de la réalité sociale à partir d'une approche qualitative et pragmatique de « mon expérience clinique »<sup>31</sup> (Stryckman 1996), afin d'élaborer un savoir tiré de l'analyse de la pratique immédiate. À cette fin de réflexivité de ma propre pratique professionnelle dans un but d'accompagnement du changement social, la recherche s'inscrit dans le champ de la communication de changement, qui propose une approche communicationnelle de l'action sociale. Dans cette perspective épistémologique, Françoise Bernard, propose d'articuler les notions de sens, de lien et de savoir pour l'action, afin d'engager la transformation du social (Bernard 2004b).

### 3.1.3 Le changement social au prisme de la normativité

Les deux courts dialogues cités dans la section précédente illustrent, la question de la transformation des systèmes sociaux par la normativité, qui, conceptualisée par Georges Canguilhem, se définit comme la capacité subjective et sociale des individus de mise à distance des normes existantes et d'incorporation de nouvelles normes (Le Blanc 2010). Si l'extrait convoqué en préambule ne peut qu'interpeller l'auditeur, par la violence de l'échange, il rend compte avec force d'une dimension de l'expérience du réel que sont les tensions sociales existantes dès lors que des individus sont confrontés à des situations sociales de sujétion telles que la vulnérabilité, la souffrance, la domination, défavorisation ou bien encore la dépendance. Il s'agit d'une illustration parmi d'autres de la dimension invisible des interactions sociales, qui mettent en avant « l'économie du pouvoir sous-jacente qui s'exerce dans [toutes] interactions » (Quéré 1982; Carayol 2004). En effet, la capacité normative se distingue de la normalisation sociale et instituée, sans toutefois s'y opposer. Ces deux notions se définissent de manière relative en cela que la capacité normative des individus de créer de nouvelles normes produit une normalisation, et que toute normalisation est dépassée par la capacité des hommes de renouveler les normes établies en instituant de nouvelles (Le Blanc 2010). Selon cette perspective, la normalisation désigne une « normativité instituée » et la normativité, une « normalisation contestée » (Le Blanc 2010). Le second extrait contribue à approfondir la question de la transformation normative et institutionnelle et la représentation individuelle et collective des valeurs. Il met au jour les difficultés inhérentes aux entreprises de changement d'une relation d'ordre ou d'un rapport de sujétion. Il contribue à mettre en évidence les relations en présence entre différentes normes sociales, les « normes instituées » et les « normes émergentes » constituant un système dont l'évolution permanente est liée à des logiques invisibles. Ces logiques dont le chercheur explique à son interlocuteur qu'elles ne sont jamais

---

<sup>31</sup> Le terme « d'expérience clinique » est utilisé par Paul Stryckman : « Terme originaire de la pratique médicale, la clinique désigne l'observation « auprès du lit du malade » [gr. klinicos = lit] par opposition à celle conduite sur fond théorique ou médiatisée par un protocole d'enregistrement de données. L'expérience clinique procure ainsi un savoir tiré de la pratique immédiate. Dans l'expérience clinique, une vérité s'instaure dans la pratique (...). » (Stryckman 1996.)

immédiatement compréhensibles ni transparentes aux sujets engagés dans l'action de transformation du social. Apparaît donc la notion de complexité comme constitutive de l'institutionnalisation de nouvelles valeurs, représentations individuelles et collectives et normes sociales. Les difficultés illustrées dans l'échange entre l'auditeur et le sociologue renvoient, à notre sens, à une pensée qui favorise la mise en lien d'actions « de terrain » le plus souvent portées par des systèmes d'innovation locale (niveau de micro-analyse), avec des espaces sociaux intermédiaires, propices ou réfractaires à une socialisation plus large des actions innovantes (niveau mésoanalyse) et enfin à une généralisation et une pérennisation des savoirs et des valeurs dans le système social global (niveau de macro-analyse). La représentation systémique, proposée par l'argumentaire explicatif des difficultés rencontrées par les IREM comme innovation locale, pointe l'existence de rapports de forces, de concurrences, et même de conflits, entre les « normes instituées » et « normes émergentes ». La perspective indiquée étant celle d'une mise en lien des savoirs, actions et valeurs, afin de permettre une réussite des entreprises d'innovations locales.

### 3.1.4 Mobilisation du cadre théorique de « l'action intelligente »

La perspective de la recherche se situe dans une perspective de recherche-action, avec des allers et retours entre théories et pratiques de terrain, dans une perspective d'« action intelligente » (Bernard 2018). C'est pourquoi mon choix s'est orienté vers l'utilisation d'un cadre théorique permettant d'articuler les problématiques du sens, du lien et du savoir pour l'action (Bernard 2004). Selon Françoise Bernard, l'ambition d'un tel projet est à la fois une ambition et un défi : « L'ambition d'un tel projet, qui peut être défini comme un défi, est d'ouvrir et de relier, dans la perspective d'une interdisciplinarité, mais aussi de mettre à distance et dénaturer, dans la perspective d'une analyse des processus de construction-déconstruction des pratiques, discours, artefacts et enjeux informationnels et communicationnels [des organisations]. » (Bernard 2005).

Figure 2 Cartographie de l'articulation des problématiques du lien, du sens, du savoir et de l'action (Bernard 2004b)



#### 3.1.4.1 *L'action*

Les cadres de l'action des acteurs ou communautés d'acteur sociaux équivalent à une situation de communication où les acteurs considérés agissent avec leur valeur, leurs stratégies et leurs cultures propres. En ce sens la communication recouvre l'ensemble des actions et conduites finalisées des acteurs sociaux dans des situations sociales données. Il s'agit aussi bien des actions et des conduites des acteurs sociaux, que des paroles, écrits, paralangages et échanges au niveau interindividuel (Mucchielli, Corbalan et Ferrandez 2004). Selon l'approche infocommunicationnelle, la production d'actions par un acteur, ou une communauté d'acteurs à un moment donné est liée à une mobilisation de savoirs pour l'action. Il s'agit de considérer qu'un système social est le produit d'action des individus et groupes d'individus le composant, ceux-ci agissant selon des projets, stratégies, intentionnalités et logique d'action afin de promouvoir l'institutionnalisation de nouvelles valeurs, significations, normes et cultures. Le sens émerge des configurations situationnelles dans lesquelles les activités se déroulent et qui sont coconstruites par les acteurs en présence » (Mucchielli, Corbalan et Ferrandez 2004). Le sens est une « émergence pour les acteurs, provenant de la mise en relation de l'acte de communication avec les contextes dans lequel il s'insère ». Selon l'approche spécifique par les sciences de l'information et de la communication l'action est liée avec le concept d'information proposé par Louis Quéré pour les sciences sociales.

#### 3.1.4.2 *Le sens*

La question du sens est traditionnellement présente pour un ensemble de domaines en SIC. Elle prend ses racines dans la philosophie existentialiste pour qui l'homme est « immergé dans le monde et construisant le sens de ses actions pour la réalisation de ses projets » (Mucchielli, Corbalan et Ferrandez 2004). Alex Mucchielli rappelle que « le sens existe d'abord par et pour les acteurs (...). Le chercheur en communication s'efforce alors de reconstruire ce qu'il croit être le « sens pour eux » (qui ne peut d'ailleurs n'être qu'un sens pour lui » (Mucchielli, Corbalan et Ferrandez 2004). Les approches infocommunicationnelles issues de la sémiotique interactionniste abordent les processus de construction de sens à partir du sens pour un acteur ou une communauté d'acteur dans une situation donnée, dénommé contexte ; « le sens est donc issu de la mise en relation de l'action de communication avec des éléments de son contexte » (Mucchielli, Corbalan et Ferrandez 2004). Cette conception du sens s'appuie sur la conceptualisation de la notion d'information mobilisable par les sciences sociales en introduisant la notion de systèmes. Proposée par Louis Quéré (Dewey 2011; Quéré 2000). S'appuyant sur les outils de la théorie de l'enquête de J. Dewey (sur ce point, se référer à la section 3.1.4.4) et de la problématique de l'individuation de G. Simondon, Louis Quéré propose une définition de l'information « qui tente de réinscrire l'information dans son cadre écologique et sa dynamique naturelle (...). En inscrivant l'information au cœur de la problématique perceptive (...) l'information est alors ce qui permet au sujet de se situer dans le monde (Quéré 2000) ».

#### 3.1.4.3 *Le lien*

La problématique du lien est également posée en SIC dès lors que l'on considère que la communication s'inscrit dans des formes sociales qui sont elles-mêmes tissées de pratiques de médiation et de médiatisation favorisant ou non l'unité sociale et l'intercompréhension favorisant ou non l'unité sociale et l'intercompréhension (Bernard 2010). Alain Lavigne distingue « deux systèmes de lien » spécifiques. Le premier est un « système de contrôle » adossé à la communication de masse et peu ouvert à l'interinfluence, tandis que le second correspond à un « système de transaction », adossé à une communication de proximité et ouvert à l'interinfluence (Lavigne 2002; Carayol 2004).

#### 3.1.4.4 *Le pouvoir*

J'ajoute la notion de pouvoir, au cadre théorique initial de l'action intelligente, dans une perspective de recherche critique en sciences sociales. La notion de pouvoir renvoie en sciences humaines à celle de

politique dans un sens élargi « comme ce qui est lié à l'organisation de la société » (Rosière 2001), p.33). Selon cette approche<sup>32</sup>, la notion devient un concept d'interface en sciences humaines, entre les sciences de l'information et de la communication et la géographie. Le pouvoir fait référence au « processus de sujétion », mis en exergue par Louis Quéré et qui entend montrer que toute communication organise implicitement « une économie du pouvoir sous-jacente qui s'exerce dans les interactions », dont il « faut selon lui repérer pour comprendre les liens qui existent entre les modes de communication et les modes de sujétion » (Quéré 1982; Carayol 2004). Ces relations de pouvoir peuvent relever de différents registres propres à la situation sociale considérée, dont les pratiques associées sont à appréhender comme des « processus de configuration et d'ordonnements » de l'économie du pouvoir sous-jacente. Les différentes relations d'ordre social peuvent être classées selon différentes typologies, à l'instar des types domination/soumission, dépendance/assistance, etc. ; ces relations étant de nature évolutive permettant l'émancipation comme réponse à l'aliénation (Carayol 2004). Afin de dépasser les théories néo-classiques, qui induisent en particulier des logiques de rivalités de pouvoir et de mode d'exécution normatif de la performance organisationnelle (définition d'objectifs, compétence, évaluation...), Manuel Zacklad propose une approche des organisations par la « communication transformative » ; dans cette perspective, il propose le cadre théorique du paradigme des transactions coopératives et des communautés d'action empruntant à la théorie pragmatique de la valuation développée par John Dewey (Zacklad 2012). Pour John Dewey, l'action est assimilable à un processus de résolution de problème par les acteurs, qui vise à produire un changement dans une situation sociale donnée. La situation de communication au sein de laquelle s'inscrit l'action se définit alors comme un « champ transactionnel » composé de « multiples transactions qui ne laissent ni les acteurs ni la situation inchangée » (Renault 2012). Du point de vue épistémologique des sciences de l'information et de la communication, la théorie des transactions coopératives et des communautés d'action propose de définir les transactions coopératives comme « toute[s] activité[s] humaine[s] s'inscrivant dans un processus de satisfaction de la demande d'un bénéficiaire par un réalisateur au moyen d'un artefact médiateur » (Zacklad 2010). L'approche par les transactions coopératives et les communautés d'action donne la possibilité d'envisager mon objet d'étude au prisme d'une part de la « redondance assurée par des processus communicationnels d'échange de connaissances [comme] une condition de la création de valeur et de l'apprentissage organisationnel », d'autre part d'une modélisation des processus coopératifs des acteurs sociaux dans les territoires, accordant une place importante aux dimensions cognitive, sociale et numérique, et enfin des interactions entre l'ensemble des acteurs des parcours de santé, intégrant les patients et leurs aidants, considérés comme formant une communauté d'action, engagée dans une co-construction des services de santé.

## **3.2 Une approche communicationnelle des organisations sociales**

### **3.2.1 Le champ de la communication organisationnelle**

D'un point de vue épistémologique, mon ancrage scientifique s'inscrit dans la pensée de la communication organisationnelle. Cet ancrage s'exprime par la recherche de cadres d'analyse dépassant les approches techniques, techniciste et instrumentale de la communication, principalement véhiculée par les modèles de « communication professionnalisée selon les pratiques et les standards forgés principalement dans les entreprises [et faisant] de plus en plus référence pour tous les secteurs d'activités » (Bernard 2000), p. 2). La discipline des sciences de l'information et de la communication a émergé récemment, à partir des années 1970, dans le paysage des disciplines de recherche universitaire français, en lien étroit depuis son origine avec les milieux professionnels (Bernard 2004b). Cette discipline académique s'attache à renouveler les études et la compréhension des phénomènes sociaux, dans une société moderne marquée par l'usage généralisé de la communication numérique, des nouvelles technologies de l'information et de la communication et de l'usage grandissant des données. Les flux d'informations numériques générés renforcent les capacités de connaissances, de partage et de coopération des individus et organisations en permettant de résoudre collectivement des problèmes, autour d'informations partagées par un ensemble d'acteurs. Désormais, ce fonctionnement en réseau

---

<sup>32</sup> Le terme politique peut être entendu au sens strict par ce qui est relatif à l'exercice du pouvoir (Rosière, 2001, p. 33)

concerne l'ensemble des secteurs d'activité et de services de la société, qu'ils soient marchands ou publics. Enfin, la question de la place laissée aux consommateurs, usagers, citoyens et patients dans ces nouveaux processus informationnels est un enjeu sociétal majeur lorsque les données collectées et échangées sont à caractère personnel. En 2006, lors de la création de l'institut des sciences de la communication du CNRS, Dominique Wolton qualifiait la question de la communication comme "un des enjeux scientifiques et politiques les plus importants du début du XXI siècle"<sup>33</sup>, introduisant le paradoxe des technologies de l'information et de la communication à la fois facilitatrices des changements sociétaux et résultats des changements culturels en présence. Dans la même perspective, Françoise Bernard rappelle que les sciences de l'information et de la communication sont en charge d'enjeux de société essentiels, pour comprendre et agir dans un contexte marqué par des mutations sociales d'ordre informationnel et communicationnel. (Bernard 2004). En France, contrairement à d'autres approches étrangères, les disciplines d'information et de communication sont associées au sein des sciences de l'information et de la communication. Ce champ de recherche est autonome et résolument pluridisciplinaire. Il se définit par l'étude des objets d'information et de communication, de leurs relations, de la nature des phénomènes et des pratiques ainsi désignées, de même que les différentes approches scientifiques qui s'y appliquent (CNU, section 71). Il s'agit de l'étude des médias de communication et des industries culturelles sous leurs divers aspects, dont les processus de médiatisation et les acteurs individuels et institutionnels de l'information et de la communication, ainsi que des processus de conception, de réception, de production, d'usages et de médiation de l'information et de la communication accordant une place majeure à l'étude de l'information au travers de son contenu, de ses systèmes, mobilisant l'analyse des représentations, des significations ou des pratiques associées. Le présent projet de recherche s'inscrit dans ce second domaine de recherche, l'approche développée par ce champ de recherche est spécifique en cela que l'étude « des processus d'information ou de communication relève d'actions contextualisées, finalisées, prenant appui sur des techniques, sur des dispositifs, et participant des médiations sociales et culturelles »<sup>34</sup>. Le questionnement de recherche initial m'a conduit à aborder le changement à partir de l'approche communicationnelle de la mémoire et la notion de culture, telle que définie par Valérie Carayol et Gino Gramaccia (Carayol et Gramaccia 2013). Ce choix s'inscrit dans un regard réflexif sur la démarche engagée à travers cette recherche. Il s'agit pour moi d'approfondir mon rapport au terrain motivé par la constitution dans un contexte de risque de disparition, d'une mémoire de l'expérience, des pratiques et des savoirs des dispositifs et plateformes de coordination « historique », en vue de leur valorisation et d'une transmission. La notion de mémoire, telle qu'explicitée par Valérie Carayol et Gino Gramaccia, s'appuie sur la dimension communicationnelle de la culture. Les deux auteurs convoquent Renaud Sainsaulieu qui définit la culture comme « le réservoir intériorisé, transmis et soigneusement élaboré par l'histoire d'un ensemble de valeur, de règles et de représentations collectives qui fonctionnent au plus profond des rapports humains » (Carayol et Gramaccia 2013). Selon ce cadre théorique, la mémoire se définit par trois processus de socialisation fondamentaux. Il s'agit des processus de transmission, d'apprentissage et de prescription. (Carayol et Gramaccia 2013).

*Encadré 3 : Définition des trois processus fondamentaux de la socialisation des organisations (Carayol et Gramaccia 2013).*

- **La transmission** de nouvelle connaissance telle que les savoirs, savoir-faire, ou encore les procédures issues d'expériences particulières porteuses d'innovation sociale, renvoi à la « médiatisation » des anciens et au fonctionnement des groupes constitués, à leurs normes, à leurs valeurs et à leurs modèles.
- **L'apprentissage** est lié à l'expérience personnelle et professionnelle de chacun des membres du groupe. Cette expérience professionnelle et intériorisée peut modifier « les leçons du passé » et donc du transmis.
- **La prescription** concerne l'idéologie de l'entreprise, les choix qui la sous-tendent, et la vision de l'avenir. Cette idéologie est décelable dans de nombreux discours, qui relèvent de l'orientation stratégique, de la promesse marketing, du management ou de l'innovation technologique.

Ce premier élément de cadrage théorique me conduit par conséquent à adopter une approche pragmatique et qualitative pour l'analyse des processus de socialisation, sous-jacents à la culture existante dans les territoires identifiés comme « experts » ou « matures » ayant développé une culture locale d'intégration positive des services d'aides et de soins aux personnes, afin de contribuer à leur transmission dans le système de santé français. Il s'agit pour moi de mobiliser la production de connaissance dans une démarche d'accompagnement du changement social sur le terrain professionnel des acteurs de la coordination des parcours de santé, dont je fais l'hypothèse que les résultats produits par ce type de démarche, participent à améliorer le changement social sur les terrains considérés. Suivant ce positionnement épistémologique, ce travail de recherche est ancré dans une démarche d'observation et d'analyse à partir de ma propre expérience professionnelle au sein du système de santé. En ce sens, cette démarche de recherche est assimilable à une forme de forme de réflexivité sur ma propre pratique professionnelle, dans une « visée évaluative » d'abord de mon propre parcours en engagement professionnel et une « perspective projective » vers de nouvelles logiques d'action professionnelle ensuite (Mucchielli et Noy 2005).

### 3.2.2 L'approche communicationnelle des organisations

Au sein des sciences de l'information et de la communication, je mobilise plus particulièrement l'analyse de la communication comme constitutive des organisations (CCO), selon l'approche française de la communication des organisations (ACO) développée par Jean-Luc Bouillon. Selon Jean-Luc Bouillon, « l'approche par la communication organisationnelle [ACO] fait référence au champ de questionnement et d'étude des formes de communication qui se déroulent au sein de l'organisation ; il s'agit de la dimension communicationnelle dans l'organisation ». Ici, « l'usage du qualificatif organisationnel renvoie à un questionnement des formes de communication qui se déroulent en son sein – la communication dans l'organisation » (Bouillon et Vásquez 2013). L'approche de la communication des organisations (ACO) permet au chercheur, en particulier constructiviste, de saisir « l'épaisseur communicationnelle des pratiques communicationnelles » en s'intéressant au rôle des interactions entre le local (l'ici et maintenant) et le contexte englobant (l'ailleurs et l'alors) d'une part et entre le contexte, l'action, les activités et « pratiques communicationnelles par lesquelles les individus bâtissent leur monde commun » (Bouillon et Vásquez 2013).

*Tableau 1 : L'organisation au sein de l'approche communicationnelle des organisations (Bouillon et Vásquez 2013)*

Nature de l'organisation considérée	L'organisation est appréhendée dans une perspective positiviste comme une entité institutionnalisée, c'est-à-dire résultant de la mise en actes des interactions et des échanges des membres de l'organisation, dont l'existence va de soi et au sein de laquelle sont observés différents types de phénomènes communicationnels (forme d'interactions entre les membres, récits produits en son nom, etc.).
Type d'approche de l'organisation	Cette approche de l'organisation correspond à un cadrage théorique et méthodologique et s'inscrit dans un intérêt plus global et distancié d'autres approches des organisations centrées sur la recherche par projet, ou applicative, sur des terrains précis. Cette approche est complémentaire des démarches plus appliquées et à plus court terme, en cela qu'elle en constitue une étape dans la construction d'un cadre d'analyse susceptible d'être utilisé.

L'approche par la communication des organisations s'inscrit au sein des approches de la communication constitutive de l'organisation, issues des travaux anglo-saxons de Karl Weick concernant la Constitution of Organisation (CCO) et leurs prolongements dans les années 1980 d'une part et ceux de l'école de Montréal et de Nicotera et Putnam en 2009 d'autre part.

Tableau 2 : évolution des approches constitutives des organisations (CCO) (Bouillon et Vásquez 2013)

1979	Karl Weick et la constitution of Organisation	
	L'organisation est appréhendée comme une entité distincte et indépendante des personnes qui y participent. Elle est constituée de processus communicationnels organisant (organizing) et de construction de sens (sensemaking).	
1980	Approches de la communication constitutive des organisations	
	La communication est appréhendée comme le moyen par lequel les structures sociales sont créées et recrées (par opposition à une simple variable se limitant à la transmission d'informations). Il s'agit de considérer que les comportements de coordination sont aux fondements de la constitution des organisations, et émergent de la communication elle-même.	
	Approches française et anglo-saxonne : deux approches voisines	
	<p><b>École de Montréal</b> (Bouillon et Vásquez 2013)</p> <p>Cette approche de la communication mobilise la notion d'interactions en montrant comment leurs analyses détaillées contribuent à la constitution de l'organisation (pour le praticien) et à la compréhension des mécanismes constitutifs de l'organisation (pour le chercheur). Les travaux cherchent à consolider les liens épistémologiques entre la communication et l'organisation, tant aux niveaux local et microsocial que global.</p>	<p><b><u>L'approche communicationnelle des organisations</u></b> (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2005, 2007, 2008 cité par (Bouillon et Vásquez 2013)</p> <p>Cette approche de la communication appréhende les organisations à partir de la conceptualisation de différents points de vue donnant lieu à des dimensions communicationnelles traversant et structurant les organisations (situations locales, entité organisationnelle, discours, activités, actions produites au nom de l'organisation).</p>
2000	<p><b>Les formes de la communication</b> (Nicotera et Putman 2009, cité par (Bouillon et Vásquez 2013). Cette approche constitutive des organisations est centrée sur les formes communicationnelles traversant et structurant les organisations comme unité d'analyse. Chaque processus organisationnel est ici considéré comme des flux ou des formes de communication. Cette approche mobilise la notion anglaise de flows (ou framework) dans sa signification originelle à savoir une forme communicationnelle impliqués dans la construction sociale d'une organisation.</p> <p>Ces formes communicationnelles ne sont pas des abstractions dans le sens où elles sont ancrées dans des processus sociaux et économiques réels, liés à l'action collective.</p>	<p>Ce cadre intégrateur est notamment mobilisé pour une l'approche communicationnelle des processus de rationalisation cognitive des organisations. Il s'agit d'appréhender l'organisation à partir des processus de construction sociale dynamiques la constituant et susceptible de les intégrer et de les articuler aux formes institutionnelles caractérisant un mode de régulation(Bouillon 2003a).</p>



### 3.2.3 Un cadre intégrateur pour l'analyse communicationnelle des organisations (Bouillon 2003b)<sup>35</sup>

Tableau 3 : Tableau comparatif des approches CCO et ACO (Bouillon et Vásquez 2013)

Approches par les formes communicationnelles (McPhee et Zaug, cité par (Bouillon et Vásquez 2013))	Approche par la communication des organisations (Bouillon et Vásquez 2013)
<p>Membership negotiation : (logique anthropologique)</p> <p>Relie l'organisation à ses membres</p> <p>Elle concerne les relations qui s'établissent entre les membres d'une organisation et sont nécessaires à la constitution de cette dernière en communauté sociale</p> <p>Il s'agit de questionner ce que signifie, pour une personne, d'être membre d'une organisation.</p>	<p>Situation et activités de communication au quotidien</p> <p>Activités et pratiques associées de production de sens et à l'élaboration et à la mobilisation de connaissances en situation. Ces activités se composent des interactions et les relations interpersonnelles qui structurent le travail collectif. Elles sont structurées par les liens rattachant les situations de communication professionnelles, à l'activité de travail elle-même dans sa diversité.</p> <p>Il s'agit de passer de la discontinuité des situations, des actes et des événements qui sont au cœur de l'action collective quotidienne à la dynamique des organisations, marquée par la transformation et la recomposition d'institutions.</p>
<p>Self-structuring</p> <p>Renvoie à la définition formelle de l'organisation comme processus d'information et de communication dirigés vers la réalisation des finalités organisationnelles</p> <p>Elle décrit la manière dont l'organisation définit la coordination entre ses membres et encadre a priori les interactions et les ajustements dans le cadre du travail. En d'autres termes, elle renvoie à une structuration réflexive de l'organisation qui décrit sa propre structure en vue de l'instituer.</p>	<p>Processus observés</p> <p>Les observations portent sur Logiques techniques et économiques du contexte englobant. Elles concernent les modes d'émergence des solutions techniques de gestion de l'information au sein des organisations ainsi que sur les tensions et les contradictions soulevées. Les observations sont effectuées au niveau des usagers des TIC au sein des organisations (transmission d'informations, la communication professionnelle), des transformations organisationnelles qui leur sont associées, de même que les problématiques de rationalisations cognitives associées à de nouvelles formes de partage des savoirs et de gestion des connaissances.</p> <p>Il s'agit de relier le problème organisationnel avec</p>

35 Selon les auteurs proposant le cadre des ACO « Il ne s'agit pas de prétendre constituer une très hypothétique « théorie générale » des communications organisationnelles, mais plus modestement de développer un cadre intégrateur permettant de conceptualiser les différentes dimensions communicationnelles et de les mettre en relation pour expliciter les transformations organisationnelles en relation avec les évolutions sociétales. Situations, processus et politiques de communication pourraient ainsi apporter un triple éclairage complémentaire sur un même phénomène, dont les différents aspects seraient abordés simultanément d'un point de vue local, intermédiaire et global. Cette approche communicationnelle dont nous définissons ici les contours est actuellement à l'état embryonnaire. Pour se révéler – peut-être, du moins l'espérons-nous – opératoire, elle demande à être consolidée théoriquement et plus largement validée empiriquement. Il semble néanmoins qu'elle puisse contribuer à la mise en évidence des médiations sociales reliant le singulier et le général, l'individuel et l'interindividuel, l'organisationnel et le social. Parallèlement, ce cadre intégrateur peut jouer un second rôle de médiation, cette fois-ci en termes scientifiques, en permettant de penser ensemble des catégories conceptuelles différentes, voire incompatibles parce qu'elles décrivent la réalité à partir de point de vue ou de paradigmes différents. » (Bouillon et Vásquez 2013)

	<p>les processus productifs des organisations et aux questions de management, d'évolution des organisations et de création de valeur ajoutée</p>
<p>Activity coordination (rappelle la théorie de la régulation immédiate)</p> <p>Désigne la coordination de l'activité dans les situations de travail, en vue de résoudre des problèmes pratiques immédiats</p> <p>Désigne la coordination de l'activité dans les situations de travail, en vue de résoudre des problèmes pratiques immédiats</p>	<p>Politiques de communication</p> <p>Production de communication, légitimation et discours produits par une communauté d'acteurs sociaux en direction des publics internes et externes, changement des représentations sociales vis-à-vis du travail et de l'organisation, stratégies et outils ayant pour objectif de diffuser une certaine image de l'organisation.</p> <p>Enjeux</p> <p>Mettre les organisations en relation avec leur environnement sociétal, en prenant en compte les techniques d'ingénierie symbolique, expliquant et légitimant les évolutions organisationnelles en les présentant comme inéluctables compte tenu de transformations socio-économiques globales liées à l'accroissement de la concurrence.</p>
<p>Institutional positioning</p> <p>Correspond aux messages diffusés par l'organisation vers son environnement social, économique et politique pour se positionner comme institution.</p> <p>Il s'agit d'une production de l'organisation au travers des discours performatifs qui la décrivent telle qu'elle devrait être.</p> <p>L'enjeu est ici l'affirmation d'une identité et d'une existence institutionnelle de l'organisation dans le champ sociétal, par rapport aux autres organisations avec lesquelles elle interagit en permanence</p>	
<p>Flux ou formes communicationnelles</p> <p>Les flux constituent ainsi les espaces où les organisations changent, se reproduisent, évoluent.</p> <p>Ils constituent des objets analytiquement distincts même s'ils sont interdépendants, susceptibles d'être étudiés après avoir été délimités et construits, apportant ainsi des éclairages complémentaires sur le fonctionnement organisationnel d'un point de vue communicationnel.</p>	

### **3.3 Interdiscipline avec la géographie : Une « épistémologie plurielle » à l'interface de deux héritages pragmatiques**

#### **3.3.1 Interdiscipline des sciences de l'information et de la communication**

M'inscrivant dans la tradition de pensée résolument interdisciplinaire des SIC (CNU 71), je propose de développer une posture d'intermédiation entre les sciences de l'information et la géographie en m'appuyant sur la notion « d'épistémologie plurielle ». L'émergence de ce champ disciplinaire s'inscrit dans une filiation de pensée « littéraire » (Bernard 2004a), dont l'évolution est marquée par une diversification des objets, des thèmes et des théories mobilisées. En sciences de l'information et de la communication, la recherche est dotée de dimensions scientifique, technique, sociale et culturelle. Ainsi, divers domaines de recherche se sont développés, traitant plus spécifiquement du traitement de l'information et des processus de communication, de la communication interindividuelle dans les groupes et du rapport entre communication et société. Ces domaines de recherche se situant au carrefour de plusieurs disciplines, notamment la bibliothéconomie, l'archivistique, l'informatique, la linguistique, la sémiotique, les sciences cognitives et la gestion, les sciences du travail, la psychologie sociale, et également les sciences du territoire.

Dans ce cadre de réflexion disciplinaire, la spécificité de ma démarche s'appuie sur un travail de construction d'un énoncé permettant une posture d'intermédiation entre « communication » et « territoire » et pouvant être rattachée à la perspective constructiviste. La spécificité de mon objet d'étude à l'interface des processus de changements et des dynamiques territoriales, m'a conduit à rechercher l'élaboration d'un cadre « épistémologique pluriel » à l'interface entre la « communication » et le « territoire ». Les approches « d'épistémologie plurielle » associant l'étude des phénomènes info communicationnels et la géographie sont nombreuses dans le paysage des travaux actuels en sciences de l'information et de la communication. En 1996, des équipes pluridisciplinaires réunissant chercheurs en géographie et sciences de l'information et de la communication interrogeant les notions de « réseaux » et de « territoire » dans les champs des télécommunications et de l'aménagement du territoire et autour de significations croisées (Offner et Pumain 1996). Ces travaux définissent le pouvoir comme « la capacité de transformation de l'environnement physique et social (...) ». [Qui] s'exerce tout à la fois dans l'institutionnel et dans le relationnel », introduisant également la notion d'interaction entre les infrastructures et les pratiques sociales territorialisées » (Offner et Pumain 1996). Certains travaux menés dans une logique pluridisciplinaire s'appuient sur le courant des sciences du territoire développé au sein du Collège International des Sciences du Territoire (CIST) pour développer des réflexions théoriques sur les nouvelles méthodes d'utilisation de ces données dans les études territoriales. Ces recherches visent donc à proposer des pistes pour l'analyse de la rencontre entre l'information et le territoire dans le cadre des apports en matière de méthode proposés par les sciences de l'information et de la communication (Severo et Romele 2015). Enfin, des travaux initiés dans les années 1970 et connaissant de récents prolongements investissent la question de la spatialisation des phénomènes informationnels et communicationnels à travers la notion de pouvoir pour appréhender système d'interaction présentant des enjeux et des tensions entre différents acteurs et différents modèles de développement social et économique (Pailliarth 2018; Lacoste 2016). Ils conduisent à distinguer différentes représentations du territoire par les acteurs sociaux. D'abord, une « perception des enjeux restant encore largement emprunte d'une représentation centre-périphérie des enjeux », ainsi « le système de gouvernement local est plus ou moins déterminé par les circuits de communication et les mécanismes d'échanges qu'il entretient avec l'État central – il est un gouvernement périphérique » (Mabileau, 1985, 556, cité par (Pailliarth 2018)). Cet enjeu pose des contraintes très fortes aux acteurs de terrain, en matière de temporalité et de réactivité. Ensuite, « une approche centrée sur les « exigences en matière de démocratie locale et de revendications pour les formes localisées d'information et de communication (...) » (Meyriat, Miège, 2002 cité par (Pailliarth 2018)); correspondant notamment à « l'évolution des rapports des individus avec les territoires, la construction progressive d'une gouvernance locale et les mutations du cadre étatique ». (Pailliarth 2018).

Suivant cette dernière proposition, c'est à la suite d'un long et erratique processus d'approfondissement des fondements épistémologiques des différents courants de la géographie que j'ai pu identifier, que j'ai décidé de retenir l'approche proposée par le courant de la géographie de crise.

### 3.3.2 Apports des migrations conceptuelles

Toujours dans la perspective qui est la mienne d'introduire un axe fort de notre contribution à la recherche en sciences de l'information et de la communication d'une part et à l'interdiscipline des sciences sociales d'autre part, il est important de préciser que l'espace politique peut être considéré comme un cadre (Rosière 2001), p. 34), mobilisable par le chercheur pour l'analyse de la dimension spatiale des organisations. La dimension spatiale des organisations comprend des territoires, qui sont définis par « les logiques de reproduction d'un groupe humain » et des « systèmes spatiaux (ou plus simplement espace) compris comme un ensemble de logiques de positionnement<sup>36</sup> à la surface de la Terre » (Grataloup 2006)). L'analyse de ces logiques de positionnement au sein des espaces politiques des organisations inclut l'observation des « lignes politiques » qui les délimitent (frontières) et les structurent (limites administratives), mais aussi d'autres « lignes politiques » significatives comme des réseaux de communication qui n'expriment pas seulement des réalités économiques, mais aussi des rapports de forces politiques (...) [et enfin] des « pôles » qui régissent les territoires et organisent les réseaux » (Rosière 2001), p. 34).

### 3.3.3 Une posture d'intermédiation avec le raisonnement géographique

Cette épistémologie géographique, au fondement du courant de la géopolitique française, m'a semblé à plusieurs égards venir enrichir le cadre épistémologique de l'action intelligente telle que proposée par les sciences de l'information et de la communication. Dans un premier temps, les fondements constructivistes communs aux deux courants de pensée se révèlent pour moi être un cadre théorique pragmatique me permettant de développer une analyse compréhensive de mon objet d'étude associant « communication » et « territoire ».

Dans un second temps, ces deux courants abordent la question des similitudes conceptuelles entre les deux cadres théoriques mobilisant tous deux les concepts de « représentation », de « relation » et de « d'interaction » pour appréhender la réalité sociale. L'origine développant un énoncé épistémologique constructiviste et pragmatique autour de la production de savoir engagé. La géopolitique française propose une discipline qui propose d'étudier les « problèmes humains » à partir de l'usage d'un savoir stratégique pour la résolution de problèmes sociaux nécessitant la production de savoir pratique dans une logique d'interdisciplinarité.

---

*« La géographie est la science des rencontres. Le rôle du géographe n'est-il pas de combiner les configurations spatiales de phénomènes qui relèvent soit de l'économie, soit de la géologie, de l'histoire, de la sociologie ou de la démographie, etc., afin de rendre compte de la complexité de l'espace concret. »*  
(Lacoste 2016).

---

Il s'agit exactement de « renouer avec la tradition des géographes de rétablir à la fois des relations avec le pouvoir et des rapports entre savoir et action » (Lacoste 2016), p.171). Selon cette définition, la mobilisation du savoir géographique vise à développer une approche compréhensive des logiques de conflits sur des territoires. Le territoire est alors considéré comme un « enjeu », faisant l'objet d'opération des appareils de pouvoir au sein de différents espaces de pratiques sociales (« terrain ») et s'y matérialisant (« position »). Les capacités d'action des acteurs sociaux dépendent alors de la production d'un savoir engagé assimilable à une « intelligence de l'espace » ; au sens d'un double savoir détenu par une minorité d'acteurs à savoir, le traitement de la circulation des informations et la maîtrise des échelles (niveaux d'analyse) (Hérodote 1976). La maîtrise des échelles renvoie à une façon singulière d'appréhender les niveaux d'analyse en sciences sociales, à partir des notions de « territoire », « interaction » et de « relation ».

---

<sup>36</sup> Une analogie est faite entre les logiques de positionnement

Cette posture pragmatique et systémique proposée par la « géographie de crise » s'appuie sur l'hypothèse d'une « crise globale (résultant] du développement de plusieurs grandes contradictions (...) qui a commencé à s'amorcer avec la révolution industrielle en Europe, et qui s'est amplifiée au fur et à mesure des développements du système capitaliste » (Lacoste 2016). Dans un premier temps, j'ai pu constater que ces deux approches se trouvent une conception systémique des transformations sociales, pouvant prendre des formes positives ou négatives selon les territoires dénommés « processus de différenciation » (Lacoste 2016). Afin de conduire une démarche compréhensive visant à formuler un objet, une problématique et des hypothèses de recherche, mon choix s'est orienté vers deux paradigmes utilisés par les sciences de l'information et de la communication : l'action intelligente et la modélisation systémique des phénomènes sociaux, avec une attention particulière au traitement de la notion de niveau d'analyse.

### **3.3.4 Enjeux épistémologiques de la modélisation systémique qualitative**

En matière d'analyse des dynamiques évolutives des parcours de santé, les méthodes quantitatives butent sur le cloisonnement des données et systèmes d'information disponibles qui limitent les analyses qui peuvent en être faites, notamment entre les champs sociaux et sanitaires (Codelfy, ANAP, 2017). Ces limites invitent à avoir recours aux théories quantitatives utilisées tant en géographie qu'en SIC, mobilisant notamment la modélisation sémiotique (Douzet, Hérodote 2020). Confrontées aux enjeux épistémologiques du « spatial turn » (Grasland, cist, 2016), les sciences de l'information et de la communication produisent une réflexion sur les notions de territorialisation/déterritorialisation des parcours de santé numérique. Dans cette communication nous considérons l'imbrication de l'espace et de l'organisation, considérant qu'il n'y a pas d'organisation sans espace et que de la même manière les pratiques infocommunicationnelles sont indissociables des pratiques spatiales. Cette réflexion à l'interface de deux disciplines des sciences humaines et sociales s'inscrit dans la perspective ouverte par les travaux épistémologiques existants portant sur les notions de réseaux et territoire visant à « transcender les frontières pour assurer des interconnexions » (Offner et Pumain 1996).

## **3.4 Perspectives et cadre pour de nouvelles méthodes d'évaluation contributive**

### **3.4.1 Le cadre des plateformes issues du tiers secteur**

#### ***3.4.1.1 La numérisation des parcours de santé : un phénomène à plusieurs niveaux d'analyse***

La numérisation des parcours de santé s'inscrit dans une évolution sociétale plus large marquée par l'usage croissant des supports numériques, de nouvelles technologies de l'information et de la communication, dont Internet. Les flux d'informations numériques générés renforcent les capacités de connaissances, de partage et de coopération des individus et organisations, en permettant de résoudre collectivement des problèmes, autour d'informations échangées et discutées au sein d'un ensemble d'acteurs. Aujourd'hui, un tel fonctionnement en « réseau d'acteurs » concerne l'ensemble des secteurs d'activité et services de la société, qu'ils soient marchands ou publics. La place laissée aux consommateurs, usagers et citoyens, dans ces nouveaux processus de partage et d'échange est devenue un enjeu sociétal majeur, d'autant plus que les données collectées et échangées sont à caractère personnel, introduisant l'importance de la confiance. L'importance du partage de l'information entre les acteurs du système de santé et la diffusion grandissante de la numérisation des parcours de santé place la question des systèmes d'information en santé au cœur de l'évolution du système de santé. Ces derniers sont considérés comme la solution aux problèmes de cloisonnements, de rupture des trajectoires des patients et d'efficacité des parcours de santé.

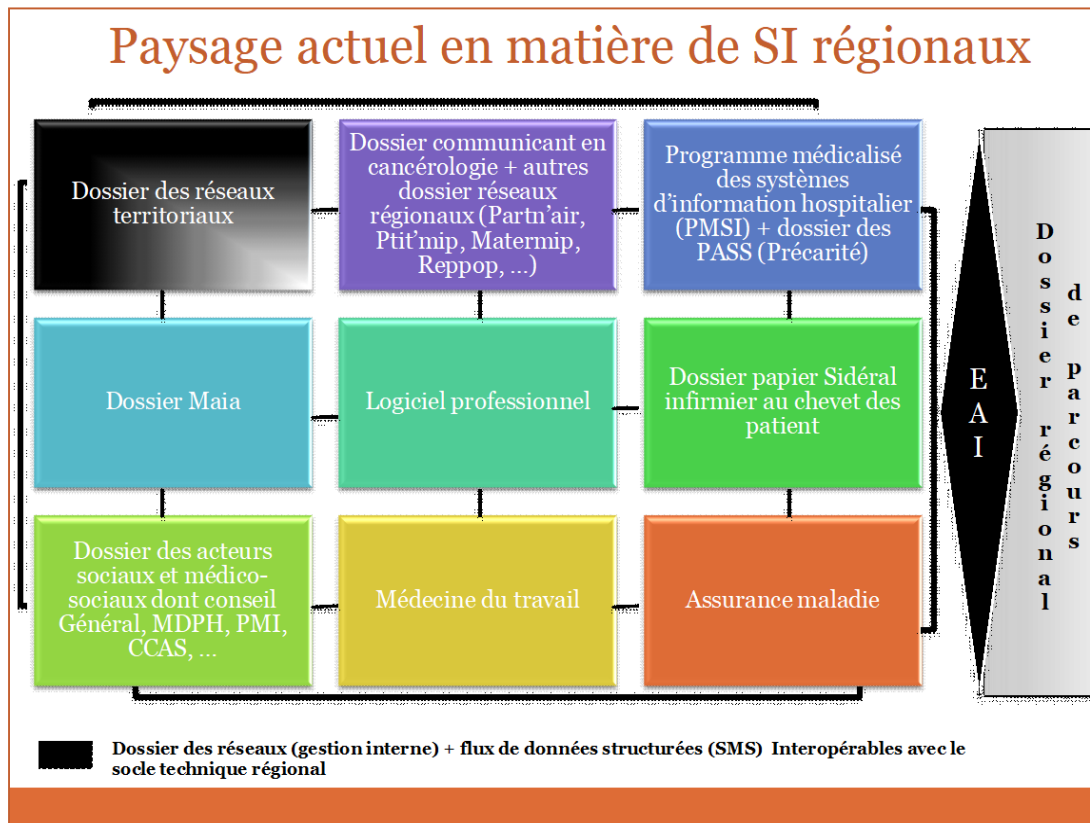
Au niveau national, le manque d'interopérabilité est un frein majeur pour lequel l'Agence Nationale de Santé a une mission de production de protocoles et référentiels d'interopérabilité techniques et métier pour que les informations puissent circuler entre les acteurs de santé, quels que soient leurs équipements technologiques et logiciels. Au niveau régional, l'impact de la logique de « plateformes » de l'État

qui conduit à organiser les services numériques en santé à partir d'une double logique de développement économique et de concurrence généralisée entre prestataires. À titre d'exemple, les Groupement Régionaux de la e-Santé (GRADES), en charge du développement des services numériques de santé, ont pour mission de structurer des socles technologiques régionaux mutualisés nécessaires à la mise en place de systèmes d'information régionaux. Deux cadres nationaux définissent les exigences techniques auxquelles vont devoir progressivement se conformer les acteurs de santé, notamment les bases référentielles et les protocoles d'échanges, nécessaires à l'interopérabilité des systèmes des différents acteurs. La fusion des régions et les logiques de primauté des dispositifs, engendrent des logiques de concurrence entre des dispositifs techniques non compatibles entre eux nativement, car le plus souvent basés sur des logiques concurrentes (appel d'offres) et propriétaires. Du point de vue des dispositifs techniques, la circulation des informations des patients au cours du parcours de santé, reste un enjeu majeur et complexe, confronté à la multiplicité des choix opérationnels effectués par les acteurs d'un même territoire et des logiques de concurrence et de monopole liées aux enjeux économiques, portés par des sociétés de service le plus souvent propriétaires.

Au niveau des professionnels et services de l'aide et du soin, les acteurs de santé eux-mêmes souhaitent disposer de supports technologiques en adéquation aux évolutions de leurs pratiques et aux injonctions auxquelles ils sont soumis de la part des financeurs. Les secteurs hospitalier et ambulatoire déploient des systèmes d'information, pour des finalités principalement orientées vers la gestion financière et la tarification, ainsi que la production de données de santé publique, via les programmes médicalisés des systèmes d'information (PMSI) amenés à être mutualisés au sein des pôles hospitaliers territoriaux ou à se structurer pour les exercices coordonnés de ville. À cela s'ajoutent les initiatives des acteurs du secteur économique ou de l'innovation technologique (plateforme d'innovation, clusters, pôle de compétitivité), à l'instar des plateformes d'innovation résultant de partenariat public/privé, qui vise à accompagner le développement de dispositifs médicaux innovants, incluant désormais les outils de coordination ville/hôpital.

Diverses expérimentations nationales cherchent à définir les modalités opérationnelles d'un management des données de santé par processus. En effet, outre les projets régionaux de socle d'interopérabilité, de standard de messagerie sécurisée et de plateforme de télémédecine, l'État affirme la volonté d'engager une structuration forte du secteur ambulatoire, jusqu'à présent marqué par des logiques privées et individualistes, de par le financement d'expérimentation dans des territoires pilotes. Le programme « Territoires de soins Numériques : TSN » est le pendant pour la ville des programmes « Hôpital numérique » et vise à promouvoir l'instauration d'une médecine de parcours, la coordination des champs ambulatoire, sanitaire et médico-social, ainsi que la réduction des inégalités territoriales de santé, par un ciblage des territoires de déploiement. Le programme « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie : Paerpa, vise, quant à lui à développer les coordinations cliniques de proximité autour des problématiques du grand-âge, entre des professionnels du secteur ambulatoire, principalement les médecins généralistes, infirmiers libéraux et pharmaciens de ville. En nouveau paramètre s'ajoute la généralisation à l'ensemble des acteurs des parcours de santé des dossiers partagés et des prises en charge médiatisées par le numérique dans une logique de transformation des pratiques et des organisations de santé. Du point de vue des professionnels de la santé et du social, les données relatives à sa santé sont réparties dans plus de 10 dossiers distincts comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 3 : paysage actuel en matière de système d'information en santé



Le schéma ci-dessus montre qu'au-delà d'un dossier patient partagé national, en cours d'être remplacé aujourd'hui par des dossiers de parcours régionaux, la maîtrise des flux de données est un levier pour améliorer les pratiques de coordination, afin de permettre à chacun des acteurs du parcours de santé, d'avoir accès aux informations dont il a besoin pour réaliser une intervention sanitaire, médicale ou sociale pertinente, de qualité et efficiente.

Au niveau des citoyens, le patient, malade et usager de service de santé, devenant également citoyen, la politique de cohésion sociale rencontre celle de la « démocratie sanitaire », visant la participation des usagers et de leurs représentants aux processus décisionnels, opérationnels et évaluatifs en santé. La territorialisation des données de santé est d'autant plus au cœur des enjeux actuels, que les collectivités territoriales occupent dorénavant une place grandissante dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé ; posant de ce fait la nécessaire mise en cohérence des politiques sectorielles afin de contribuer au développement durable des territoires et de cohésion sociale dans une logique partenariale, associant entre autres les secteurs de la santé et du social. Dans ce cadre, la numérisation des parcours de santé rencontre les exigences de démocratie sanitaire et implique la recherche d'une meilleure participation des citoyens à la définition et à l'évaluation des politiques de santé dans l'objectif de faire émerger de nouveaux besoins, attentes envers les services de santé.

Afin de contribuer à l'information des usagers, des portails d'information en santé, se développent, proposant entre autres des annuaires des ressources territoriales (Ligue contre le Cancer, Maia, centres ressources, réseaux de santé, URPS), devant à terme communiquer avec les bases de données répertoires opérationnels des ressources régionales, ou référentiels de données, afin de fiabiliser les données mises en ligne. C'est dans ce contexte de transformation des politiques publiques que de nouvelles formes organisationnelles de coordination des parcours de santé associant plus étroitement le numérique sont désormais privilégiées. Dans cette perspective, l'organisation d'interface s'inscrit dans le paradigme de la complexité et requiert donc les conditions d'un potentiel d'hybridité conceptuelle. Je propose de centrer

l'attention sur la question de contextualisation et de lien en mobilisant à présent la notion de plateforme telle qu'explicitée par les auteurs en sciences de l'information et de la communication (Durampart 2019; Beuscart et Flichy 2018).

### **3.4.1.2 Le cadre sociotechnique des plateformes**

Je situe plus particulièrement cette recherche dans une perspective sociotechnique de la transformation des organisations territoriales de santé, intégrant l'importance des interactions situées en proximité des réalités concrètes<sup>37</sup> et des besoins locaux des populations. Afin d'outiller conceptuellement cette étude, mon intérêt se porte sur la manière dont le système des interactions des acteurs avec des dispositifs techniques et des acteurs entre eux (Flichy 2008) permet aux acteurs sociaux de « construi[re] des écosystèmes » en transformant leur environnement (Plantin et al., 2018 cité par (Beuscart et Flichy 2018)). Il s'agit de considérer que les organisations d'interface en santé sont à analyser dans le cadre du mouvement plus général de « platformisation » du monde (Beuscart et Flichy 2018) et de transformation numérique du système de santé (Durampart 2019), corrélé à un déplacement de la décision politique vers une régulation automatique guidée par l'utilisation des systèmes d'information pour généraliser les évaluations quantitatives des dynamiques sociales (Ogien 2013).

J'aborde l'objet scientifique des organisations d'interface en santé à partir du cadre conceptuel des plateformes, définies comme formes sociales issues du tiers secteur désignant « de façon très large, l'acteur ou le lieu de la mise en relation technique entre des agences hétérogènes ». Le terme de plateforme est lié à l'émergence, dans les années 1990 au sein des sciences de gestion, d'analyses des infrastructures numériques et de la numérisation de la société et à leurs développements plus récents. La polysémie de ce terme a également permis une large utilisation dans les différentes disciplines des sciences sociales s'intéressant au numérique. Selon cet emploi, il s'agit de désigner « une gamme d'agencements très variés qui, selon les terrains et selon les angles de vue adoptée, se caractérise par leur ouverture et leur plasticité, mais aussi par leur pouvoir de contrainte et de structuration des mondes sociaux » (Beuscart et Flichy 2018). La terminologie de plateforme désigne indifféremment des formes sociales très variées de systèmes techniques et d'acteurs économiques, dont les études empiriques en présentent le plus souvent le caractère contradictoire. La plateforme peut correspondre à une organisation rationalisée et normative, qui permet de remplir une pluralité de fonctions. Selon ces travaux de recherche, la plateforme vise à rendre plus efficace la production au sein d'une structure ou d'un groupe de structure, à faciliter la production simultanée de services déclinés autour d'éléments communs le plus standardisés possible et à permettre des économies d'échelle.

Dans les années 2010 apparaît une conception de la plateforme assimilable à un dispositif ouvert permettant d'articuler des activités connexes, et même concurrentes. Cette nouvelle conception de la plateforme dépasse la seule infrastructure technique, pour l'appréhender comme un intermédiaire dans l'accès aux informations, contenus, services ou biens, dispensés par des tiers. Selon certains travaux de recherche, cette typologie de plateforme apporte une perspective aux analyses critiques, en mettant l'accent sur les dynamiques de résilience et d'innovation des acteurs des plateformes de coordination des parcours de santé dans le tiers secteur. C'est sur cette deuxième acception que je choisis de m'appuyer pour consolider une approche des organisations d'interface en santé. Cette orientation me permet d'appréhender l'évaluation de l'innovation et de la résilience des parcours de santé, du point de vue de l'importance des interactions situées en proximité des réalités concrètes<sup>38</sup> et des besoins locaux des populations (approche territoriale de la santé).

---

<sup>37</sup> Dans le domaine de la philosophie et de l'ingénierie des techniques, la notion de concrétisation renvoie à l'idée développée par Gilbert Simondon, selon laquelle en s'opposant à l'abstraction, l'approche concrète s'envisage au sens où l'objet technique n'est pas abstrait de son milieu de fonctionnement (milieu associé), lors des processus de conception et d'invention (Simondon et Simondon 2012).

<sup>38</sup> Dans le domaine de la philosophie et de l'ingénierie des techniques, la notion de concrétisation renvoie à l'idée développée par Gilbert Simondon, selon laquelle en s'opposant à l'abstraction, l'approche concrète s'envisage au sens où



Dans cette perspective d'étude, mon intérêt se porte sur la manière dont le système des interactions des acteurs avec des dispositifs techniques et des acteurs entre eux (Flichy 2008), permet aux acteurs sociaux de transformer leur environnement.

### 3.4.2 La transformation sociotechnique des parcours de santé : les termes d'une contradiction

Dans le domaine des parcours de santé, une illustration de l'utilisation de l'évaluation de l'amélioration des parcours de santé est donnée dans la contribution du HCAAM à la stratégie de transformation du système de santé. Dans son rapport intitulé « Contribution à la transformation du système de santé » publié en 2018, le HCAAM oppose deux définitions de l'innovation organisationnelle en santé. La première concerne les « fonctionnements historiques du système (...) à partir de la capitalisation d'une multitude d'expérimentations de terrain », l'autre se réfère aux dispositifs « au sein desquels les idées et les expériences, assises sur les pratiques, circulent et peuvent être diffusées (...) autour d'une boucle de retour d'expérience fonctionnant de façon organisée et continue » (HCAAM 2018). Ainsi, le HCAAM pointe les limites de cette première approche, dont « l'histoire des expériences conduites depuis ces vingt dernières années (...) qu'il a (...) été impossible de transformer », le HCAAM privilégie une « réforme de rupture » (HCAAM 2018) au sein de laquelle l'évaluation est une des fonctionnalités principales des modèles organisationnels préconisés.

Les formes sociales historiques ayant prévalu jusqu'alors dans les territoires sous la forme d'expérimentation, sont présentées comme infructueuses au regard des objectifs de transformation sociale qui leur étaient assignés et prône un rôle central pour l'évaluation. Or, la philosophie des sciences et des techniques considère l'innovation non pas comme quelque chose de récent, mais comme un processus désignant l'introduction de quelque chose de nouveau dans quelque chose d'ancien [cette évolution invitant] à des efforts de clarification (BONTEMS 2014).

Cette contradiction entre transformation et disparition conduit notamment à l'expression de crainte de la part des acteurs de l'amélioration des parcours de santé à l'exemple de Dominique Libault qui indiquait ses craintes, dans une interview à un média d'information de la santé. Selon lui, « Ce qui est très important dans cette transformation c'est de ne pas perdre de vue la spécificité des personnes âgées, avec notamment la place de l'aidant, le repérage de la fragilité. Il ne faut pas aller dans un parcours de droit commun qui ignore les spécificités des différents publics et s'assurer du lien entre sanitaire, social et médico-social (...) » et pointait un risque de « régression par rapport à la situation actuelle. » (Propos issus d'une interview publiée sur le site Hospimédia en 2020).

Ce risque de régression ou de dépréciation des organisations locales de santé est également pointé par Didier Tabuteau qui analyse l'ambivalence de la politique d'assurance maladie (Tabuteau 2010). Il étudie en particulier le paradoxe de l'organisation des parcours de santé, lié à une augmentation du recours aux protections sociales complémentaires, à l'institutionnalisation d'une « solidarité restreinte » en lien avec « l'hybridation des systèmes de protections sociales ». Le risque formulé par cet auteur concerne donc l'organisation des parcours de santé et les politiques de prise en charge globale et décloisonnée des parcours de santé, qui est concerné par une diminution des mécanismes de solidarité au profit d'une individualisation croissante de la protection sociale, « avec pour conséquence d'inacceptables inégalités d'accès à la prévention et aux soins » (Tabuteau 2016).

---

l'objet technique n'est pas abstrait de son milieu de fonctionnement (milieu associé), lors des processus de conception et d'invention (Simondon et Simondon 2012).

### **3.4.2.1 L'imaginaire « cybernétique » de l'évaluation des parcours de santé**

Les recherches actuelles concernant la transformation de l'imaginaire des sociétés contemporaines proposent l'évolution d'un imaginaire de la montre vers celui du smartphone, symbolisant une transformation de l'ordre de la physique classique vers la cybernétique (Supiot 2015).

Toujours selon cette analyse, les changements de représentations sont associés depuis la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle à la logique de l'État computationnel. Cette logique se rattache aux changements introduits à partir du 19<sup>e</sup> siècle, marquant une transition entre une fonction de jugement à celle du calcul, apparu au 17<sup>e</sup> siècle lors du passage entre les notions de « mathématiques de l'intelligibilité » vers les « mathématiques du contrôle ». Ainsi, dans nos sociétés contemporaines, les mathématiques sont utilisées comme un outil de la maîtrise technique, ce qui explique le développement des usages normatifs de la quantification (Supiot 2015). Ce changement computationnel s'observe dans l'ensemble des conduites des activités humaines, selon notamment des pratiques de rétroaction mobilisant les notions d'indicateurs dans un processus d'évaluation quantitative (Supiot 2015).

Ces constats rejoignent ceux formulés par Albert Ogien qui constate un déplacement de la décision politique vers une régulation automatique guidée par l'utilisation des systèmes d'information, généralisant les évaluations quantitatives des dynamiques sociales (Ogien 2013). En contrepoint de la stratégie de transformation du système de santé énoncée par le HCAAM, se trouve une dynamique de numérisation de la société associée au phénomène de gouvernance par les nombres, qui comporte des risques de décontextualisation des capacités de jugement des sociétés confrontées uniquement à des signaux chiffrés.

### **3.4.2.2 L'angle mort de la circulation des informations à un niveau local d'analyse**

Le constat d'une dynamique paradoxale des parcours de santé se fait jour, mettant en tension l'amélioration de l'échange et du partage d'informations au sein des territoires et une logique globale d'individualisation de la protection sociale assimilable à une transformation silencieuse du système de protection sociale (Tabuteau 2016), elles-mêmes désormais associées à un phénomène d'accélération de l'augmentation des inégalités sociales et territoriales de santé (Chauvel 2016) et d'évaluation par les nombres conduisant à une déconnexion des politiques publiques avec la réalité des territoires (Supiot 2015). Dans ce contexte, l'évaluation contributive des innovations et de la résilience des organisations territoriales en santé devient une préoccupation des acteurs des parcours de santé, qui cherchent à renouveler une politique publique de santé fondée sur une élaboration collective de jugement pratique tant aux niveaux national que régional et local. Selon Alain Supiot, cette logique rompt avec le modèle de l'État social, en s'opposant aux processus de délibération, de débat, et d'opposition des points de vue, procédant d'un maillage territorial des services publics, afin que chaque individu sur le territoire ait accès sur l'ensemble du territoire à des services (incluant les services de santé pour ce qui nous préoccupe) à un coût raisonnable, de façon continue à un même service (Supiot 2015).

L'approche infocommunicationnelle de la numérisation de la société permet d'approfondir les contradictions liées à la numérisation des parcours de santé. Les auteurs analysent les termes de ces contradictions en montrant « D'une part, la modernisation liée aux TNIC est indéniable et s'effectue aussi par un surcroît de collaboration au sein des collectifs de santé. Pourtant, l'action des dispositifs technologiques encapsulés dans des orientations de suivi, de contrôle, de traçage, de maîtrise des coûts et des actes, ne sert pas un dynamisme collaboratif » (Durampart 2019). Une distinction est donc à opérer entre le développement des dispositifs numériques et la capacité des acteurs sociaux à opérer une véritable gestion du numérique permettant un renforcement des « capacités des organisations à devenir plus ouvertes ; plus externalisées, plus collaboratives, avec leur environnement (et avec d'autres activités connexes : rééducation, intervention sociale ...), afin d'assumer un nouvel essor appuyé par une fluidité numérique et une intensité de l'intelligence collaborative » (Durampart 2019).

La question du lien et de la mise en sens partagé grâce aux activités de médiation et de médiatisation se révèlent donc être un enjeu central pour améliorer l'innovation et la résilience des organisations locales de santé. Les ambiguïtés sous-jacentes à la généralisation de la logique de parcours de santé.

### 3.4.2.3 Les limites des méthodes d'évaluation : apports de la recherche critique

Les études critiques menées en sciences sociales, conduisent à une meilleure connaissance des limites et effets contre-intuitifs des différentes approches de l'évaluation, aussi bien « par les nombres », « citoyenne » et « par les pairs ».

*Tableau 4 : Synthèse des types d'évaluation et de leurs dimensions critiques (Le Moëgne et Parrini-Alemanno 2010)*

Type d'approche	Dimensions critiques
<b>Évaluation « gestionnaire »</b>	Nécessité d'adapter l'application des normes d'évaluation aux spécificités des secteurs professionnels  Les normes de marché pourraient être un facteur de dislocation des normes de droit
<b>Évaluation « citoyenne »</b>	Manifestation d'une utopie démocratique radicale de contrôle de l'État et de l'administration, dans le contexte des démocraties de marché et du capitalisme mondialisé.
<b>Évaluation « par les pairs »</b>	Opacité partielle des processus d'évaluation  Absence d'évaluation des méthodes et des évaluateurs  Risque d'arbitraire et de la prédominance des logiques de clans et de corporation.

Au sujet de l'évaluation par les « nombres », Albert Ogien pose le problème de « la lente érosion des catégories de jugement à l'aide desquelles le politique est habituellement appréhendé », en conséquence de la domination des logiques de rationalisation, de numérisation, de résultats, de performance et de contrôle des politiques publiques (Ogien 2013), avec des dérives quantitatives (« quantophrénie »), également dénoncées par Mintzberg et Gauléjac (Mintzberg 2011). Les évaluations privilégiant les approches par la performance et l'usage des grilles évaluatives ne permettent pas d'en rendre compte, mais plutôt d'approuver des conceptions déjà connues, validées et décrites sous forme d'indicateurs (Cassin 2014).

La notion de l'évaluation de la performance est présente chez de nombreux auteurs, qui soulignent que c'est par le prisme même de l'idéologie de la performance que l'évaluation a fait l'objet d'une institutionnalisation au sein des politiques publiques, durant la période de 2001 à 2006, notamment par l'entrée en vigueur progressive de la Loi d'Orientation pour la Loi de Finances (LOLF).

Christophe Dejourné précise ce phénomène en rappelant qu'aux fondements de l'évaluation se trouve la conception de procédures de quantification du travail. Sylvie Parrini-Alemanno et Christian Le Moëgne pointent ce tournant « clairement gestionnaire à mesure du développement des logiques d'évaluation de

la performance financière et capitalistique des firmes, et de l'évaluation temporelle du travail par les bureaux de comptage des temps élémentaires » (Le Moëne et Parrini-Alemanno 2010).

L'approche de l'évaluation par la dimension de la performance met en évidence que ce concept est marqué par une conception contemporaine d'inspiration managériale qui tend à confondre deux phénomènes, le jugement pratique d'une part et la description quantifiée d'autre part (Ogien 2013). Il s'agit d'un dispositif d'information et de communication par l'injonction d'explicitation et de production de traces à laquelle sont soumis les professionnels, mais également par la soumission de l'ensemble des processus à une logique de gestion par les normes qui sont des langages de pilotage de l'action permettant de coordonner et synchroniser des ressources extrêmement nombreuses et hétérogènes en vue de projets parfois éphémères. Ces logiques d'écritures et d'explicitation qui ne décrivent pas forcément les processus et ne les épuisent pas sont parfois un indicateur de soumission aux normes plus qu'une modalité nouvelle de mise au travail. Développant une pensée critique, Albert Ogien conçoit l'évaluation comme enjeu politique, posant le problème de « la lente érosion des catégories de jugement à l'aide desquelles le politique est habituellement appréhendé », comme une conséquence de la domination des logiques de rationalisation et de contrôle des politiques publiques (Ogien 2013). Dans le domaine des politiques de santé, et en particulier concernant la politique hospitalière, Albert Ogien est l'un des auteurs à avoir contribué à mettre en évidence les effets concrets des processus d'évaluation du travail par la quantification, notamment à travers le déploiement des systèmes d'information (Ogien 2009).

En plus de mettre au cœur des enjeux institutionnels les questions de quantification, et de mesure de la performance de l'action publique, l'institutionnalisation de l'évaluation a profondément transformé la conduite et le management public par l'introduction des systèmes d'information dans l'activité de décision politique (Ogien 1995). L'ensemble de ces approches de l'évaluation, sont associées à certaines approches de l'organisation comme le taylorisme qui trouve des applications plus contemporaines en matière de management par la qualité, approches par processus métier, le reengineering, ou bien le management des relations humaines se traduisant par les notions de management participatif ou encore de la motivation au travail (Bouillon et Vásquez 2013). Ces approches traditionnelles de l'organisation ont pour effet une réification de l'organisation, ainsi qu'à une modélisation du fonctionnement ces dernières à des fins instrumentales. Il s'agit précisément de proposer de nouvelles approches de l'évaluation pour rompre avec les actions paramétrées à des fins instrumentales, qui visent le plus souvent « l'optimisation de la circulation de l'information d'une part ou la qualité des relations interpersonnelles et la reconnaissance symbolique des individus d'autre part [pour obtenir] un résultat mesurable en matière de performance » (Bouillon et Vásquez 2013). Cette approche investit la question de la création et de l'innovation à partir de trois formes de rationalisation cognitive, les rationalisations des données, de l'économie cognitive et des collaborations (BOUILLON, 2003a).

Formes de rationalisation cognitives	Dimensions critiques
<b>Rationalisation des données</b>	<p>Favorise la circulation et le traitement d'informations liées à la gestion administrative et comptable, aux transactions avec les sous-traitants et à la connaissance du marché.</p> <p>Se développe / favorise des contextes d'individualisation des comportements de consommation.</p> <p>Traduit une personnalisation accrue des offres de services et une automatisation des échanges de données.</p> <p>Traduit un système centré sur la qualité de la circulation et du traitement des informations associé au développement des Progiciels de Gestion Intégrés.</p>
<b>Rationalisation de l'économie cognitive</b>	<p>Recherche une meilleure maîtrise des processus par la codification et la transcription des méthodes de travail, des modes opératoires, des savoir-faire tacites (habiletés, tours de main, expériences) en les dissociant des personnes et des groupes qui les détiennent à un moment afin de favoriser leur transmission et leur acquisition par les autres acteurs qui seraient amenés à les utiliser.</p> <p>Procède par la transformation des savoirs tacites en exigences formelles.</p>
<b>Rationalisation des collaborations</b>	<p>La collaboration est pensée à partir d'un stockage partagé des informations au détriment des notions de sens et d'adaptation et de mise en œuvre collective des informations en situation de travail collectif rapprochant des personnes appartenant éventuellement à plusieurs organisations différentes.</p> <p>Tendance à résumer les savoirs à des données ou à des méthodes.</p> <p>Impensé des savoirs, connaissances relationnelles et pluralité des contextes d'interprétation, liés à l'organisation elle-même (interlocuteurs clés, compétences partagées, histoire partagée d'un collectif, contexte d'élaboration des expériences et des compétences).</p>

La prise en compte des connaissances acquises par la recherche, invite à dépasser les dimensions précédemment identifiées de l'évaluation, pour en faire émerger la dimension améliorative. Il s'agit donc de positionner l'évaluation dans une perspective d'aide au développement de l'innovation et de la résilience des territoires.

### 3.4.3 Vers d'autres interprétations possibles de l'évaluation

#### 3.4.3.1 *Enjeux communicationnels de la rationalisation de la créativité*

L'approche communicationnelle des organisations par la rationalisation de la créativité propose de dépasser les approches instrumentales reliées à l'idée de performance (Bouillon 2018). Elle propose une approche des démarches de création et d'innovation comme incarnée « dans des démarches rationalisées, porteuses d'injonctions et de prescriptions » (Bouillon 2018). Selon cette approche de l'évaluation, la « création se définit comme l'élaboration par des pratiques situées de « nouvelles formes organisationnelles de construction collective de l'innovation » (Bouillon 2018). Cette approche de la création propose de déplacer l'intérêt porté au traitement et de la conservation des données vers la

question comme matière première de la création, vers une question plus centrale qui est celle de la capacité à mobiliser des connaissances en situation afin de « développer une capacité à utiliser, à adapter, à produire des connaissances plus formelles ou plus tacites...[impliquant] de multiples activités d'échange, de production de sens, de transmission d'informations, de collaboration, de coordination ; mais aussi de faire référence à des cadres d'interprétation de la réalité » (Bouillon 2018)

Dès lors, l'intérêt du chercheur, qui questionne les nouvelles formes d'évaluation des parcours de santé, se porte sur la dynamique des « régulations autonomes » au sein des dispositifs cognitifs collectifs et la manière dont elles peuvent contribuer au processus d'émergence et d'institutionnalisation de l'innovation. L'unité d'analyse de base n'est pas l'individu, la société, le professionnel ou le service de santé, mais le système interactif qui les relie. (Bouillon 2003a) Toujours selon les travaux de Jean-Luc Bouillon en sciences de l'information et de la communication, il s'agit de « questionner les dynamiques de créativité, aux enjeux de la coordination sociale des activités à la construction sociale des organisations ». Pour y parvenir, les notions propres aux sciences de l'information et la communication de logiques d'action, de représentation sociale et de médiation sont largement convoquées ainsi que le courant du projet scientifique du courant français de la socioéconomie des conventions et de la théorie de la régulation. (Bouillon 2003a).

*Figure 4: Tableau des principales notions retenues au sein des ACO (d'après (Bouillon 2003a, (Bouillon 2018)*

Notions retenues	Désignation au sein des ACO
<b>Représentation sociale</b>	Désigne « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, qui naît dans une interaction sociale – conflictuelle ou coopérative – et remplit des fonctions d'explication de la réalité. (...) C'est (...) par les représentations sociales – individuelles et collectives – que les individus seraient à même de donner du sens au monde socio-économique et aux organisations où ils se trouvent, d'y agir, d'homogénéiser les catégories symboliques. Les représentations sociales doivent aussi elles-mêmes être légitimées et intériorisées pour être acceptées. » (Bouillon 2003a)
<b>Les médiations</b>	Désignent les modalités de médiation qui permettent aux logiques d'action qui se confrontent au sein des organisations de constituer des interfaces entre à la fois les niveaux singuliers, spécifiques aux actions et interactions, et le niveau général relatif aux objectifs globaux d'une organisation (Bouillon 2003a).
<b>Socioéconomie des conventions</b>	La socioéconomie des conventions mobilise un corpus de notions clés suivantes <sup>39</sup> : Les règles : les « règles contraintes » qui se manifestent dans les instructions de travail et les « règles contrats » ou accords négociés qui s'avèrent indispensables au fonctionnement des ensembles organisationnels. En raison de la rationalité limitée des acteurs sociaux et de l'incertitude des situations sociales, les règles doivent être complétées par la notion de dispositifs cognitifs. Les dispositifs cognitifs : ils sont élaborés en situation pour permettre la coordination sociale et le fonctionnement organisationnel quotidien. Cette notion recouvre d'une part les dispositifs cognitifs collectifs qui sont « à la fois constitués par des actions, des échanges, des oppositions, des compromis ; et par la caractérisation du contexte relationnel dans lequel ils ont lieu. Ceci permet de déboucher, à défaut d'accords stables, sur une non-incompatibilité temporaire de logiques d'action qui traversent les organisations » et d'autre part, la notion de convention comme « processus de mise en cohérence d'actions individuelles, dans lequel se mêlent application ou adaptation de règles, conflits, négociations, échanges interpersonnels, ainsi que le résultat de ce processus en matière de construction sociale d'une organisation cohérente ». (Bouillon 2003a)

Selon Jean-Luc Bouillon, « cette approche est très proche de celle développée par les sociologues de la régulation (REYNAUD, 1988, 1993, cité par Bouillon 2003a) qui considèrent que les régulations « de contrôle » qui structurent les organisations sont incapables de prévoir a priori toutes les éventualités susceptibles d'intervenir dans la réalité, et doivent s'accompagner de :

- « Régulations autonomes », moins apparentes, élaborées collectivement en situation.
- « Régulation effective d'une organisation correspond au point de rencontre entre la marge d'interprétation des règles formelles et les interprétations et adaptations qui lui sont nécessairement apportées pour assurer le fonctionnement de l'organisation. Ces dernières sont associées à un « savoir-collaborer » (de TERSSAC, 1996, cité par Bouillon 2003a), qui émerge progressivement au fil des échanges, du travail collectif, mais qui demeure transitoire et distribué au sein d'un groupe de travail : cela ne signifie pas qu'il n'y a plus de conflits ou d'oppositions, mais simplement qu'ils ont été temporairement dépassés. Ceci permet de déboucher, à défaut d'accord stable, sur une non incompatibilité temporaire de logiques d'action qui traversent les organisations.

### **3.4.3.2 Les parcours de santé sous l'angle de l'innovation et de la résilience sociétale**

Nous proposons de considérer les organisations d'interface comme des formes localisées d'information et de communication porteuses d'innovation sociétale, héritées du passé et reposant sur des formes de coopérations territoriales.

J'adopte une démarche d'analyse communicationnelle telle que définie par Jean-Luc Bouillon qui vise à montrer comment les phénomènes de communication constituent une composante de l'action individuelle et collective, mais aussi comment ils dessinent les modes d'action. Elle permet de tisser des liens entre actions en situation, technologies, enjeux, idéologies et d'étudier les influences respectives des différents modes de production du sens, des savoirs, des connaissances, d'interprétation de la réalité en relation avec des évolutions plus macroéconomiques et sociales.

Au sein des tensions, conflit et enjeux de pouvoir entre les différents services de santé dans les territoires, les organisations d'interface se distinguent par un positionnement particulier, à l'intersection de différents territoires de pratiques et d'action ainsi que de logiques. Elles se situent à l'intersection de différents espaces relationnels et de pratiques (domicile, cabinet médical, secteur médico-social, projet de santé sectoriel, CPTS, GHT) et de différentes logiques organisationnelles et communicationnelles, professionnelles, institutionnelles, et techniques.

Ce positionnement d'interface particulièrement singulier leur permet de se distinguer dans les territoires par leur construction à partir d'activités collectives de coordination et de coopération fortement médiatisées (Zacklad 2003) permettant d'« articuler des activités connexes, et même concurrentes » (Beuscart et Flichy 2018) et de contribuer ainsi à rééquilibrer « l'économie du pouvoir sous-jacent qui s'exerce dans les interactions ».(Quéré 1982; Carayol 2004).

Les activités de coordination et de coopération menées au sein des organisations d'interface reposent sur le principe écologique de l'information contextualisée et relative à une situation pour un acteur social (Quéré 2000).

Christophe Dejours, dans le domaine de la psychodynamique du travail, mobilise la notion de mêtis, issue de l'anthropologie, pour désigner les « savoir-faire » ou « tacit skills », comme une « intelligence rusée », fondamentalement subjective en lien avec les savoir-faire corporels. Cette « intelligence du travail » relève d'une forme d'activité subjective, assimilable à une intelligence subjective au fondement de « l'efficace technique » et relevant d'autre mécanisme que d'une automatisation technique du travail et des organisations (Dejours 2012).

Mettant au cœur de ma réflexion l'approche territoriale des dynamiques de transformation des organisations territoriales de santé, je considère donc la spatialisation des activités d'information et de communication qui conduisent à une mise en réseau des acteurs des parcours de santé, en créant des situations propices à la convergence des représentations et à la production d'innovation sociétale.

Suivant le concept d'affordance, les acteurs des organisations d'interface produisent différentes situations de coopérations, suivant les situations pertinentes pour les différents acteurs des parcours de santé. M'appuyant sur la notion « d'espaces propices aux communications », énoncée par Alex Mucchielli, je considère plus particulièrement les processus de circulation au sein de ces organisations d'interface, comment vecteur de développement d'une capacité collective de suggestion de potentialités nouvelles comme adaptation et création de nouvelles modalités d'interaction avec l'environnement (affordances) (Parrini-Alemanno 2007; Quéré 2000), constituant dans les territoires un levier d'innovation et de résilience des organisations locales en santé.

Les processus de changement ainsi mis en œuvre procèdent de la transformation de connaissances individuelles en une capacité collective de projet, notamment par la construction d'une communauté de pratiques et d'apprentissage sur un territoire à la fois géographique et culturel, mais aussi de « vie quotidienne, d'appartenance et d'identité ».

Envisagées comme des écosystèmes interactifs, les organisations d'interface sont porteuses d'enseignements permettant d'envisager de nouvelles méthodes d'évaluation contributive intégrant l'expérience des personnes/patients et de leur entourage, en insistant sur l'importance des contextes.

Par la conduite de l'analyse des activités produites au sein des organisations d'interface en santé, j'envisage d'identifier des éléments pertinents pour un cadre d'analyse renouvelé de l'innovation et de la résilience dans les organisations locales en santé, dans une perspective d'évaluation contributive. Il s'agira pour nous de considérer la manière dont ces formes d'innovations organisationnelles peuvent-être porteuses de modèles d'innovation sociétale tout en coexistant avec d'autres logiques d'innovation, qu'elle contribue à extraire du déterminisme économique et à inscrire dans les exigences de la durée (résilience) (Beraud et Cormerais 2011).

Je définis l'innovation sociétale à partir de la définition proposée par Franck Cormerais dans ses recherches concernant l'approche par la contribution de l'innovation sociétale. L'innovation sociétale est un processus de création collective de valeur sociétale qui combine « une interprétation éthique de la délibération collective et une logique de la durée qui, toutes les deux, impriment un principe de responsabilité aux orientations discutées démocratiquement » tout en agissant les champs des technologies informationnelles et relationnelles, des systèmes locaux d'innovation et du tiers secteur (Beraud et Cormerais 2011).

Dès lors, l'innovation sociétale s'analyse comme l'un des principaux leviers de changement social, instituant des espaces propres au développement d'espace propre à la contribution, à la création, à la diffusion et à l'appropriation de capacités individuelles et collectives (Beraud et Cormerais 2011), conduisant à une réelle communication entre acteurs sociaux dans les territoires.

Je complète cette définition de l'innovation à partir de la conception du changement proposé par l'approche de la sémiotique interactionniste, qui aborde toute problématique du changement comme un changement de « positionnement et d'identité [qui] est à considérer du point de vue du changement systémique des relations entre les acteurs » (Alex Mucchielli).

En tant que création collective et processus individuels et collectifs de changements relationnels, l'innovation se distingue par « son aptitude à les constituer comme des médiations propres à conforter les processus de communication et de délibération » (Beraud et Cormerais 2011). Ainsi, l'innovation sociétale résulte autant qu'elle organise des espaces propices à la circulation des informations et à l'organisation de réelles communications entre les acteurs sociaux (Mucchielli et Noy 2005).



### 3.4.3.3 *Le champ de l'évaluation contributive*

La recherche de nouveaux instruments de jugement collectif pour évaluer les participations, les échanges et les effets de diffusion propres à l'économie de la contribution permet de renouveler les questionnements sur de grandes problématiques ouvertes, à l'image des rapports entre contribution, valeur et création collective et des relations entre contribution, innovation et technologie. L'évaluation contributive est associée à l'innovation sociétale, en ce sens qu'elle permet d'ouvrir de nouvelles perspectives concernant le renouvellement des méthodes de jugement de la valeur et de l'innovation sociétale. L'évaluation contributive intègre les dimensions éthique, instituante, créatrice et d'appréciation collective d'actions. Elle correspond également à un ensemble de pratiques spécifiques qui renvoient à des modalités de contribution, de participation, de partage et d'échange fortement médiatisé et intermédiatisé par le numérique. Précisant que le tiers secteur s'inscrit dans le creuset de la contribution, avec la particularité d'une pluralité des figures du contributeur, qui peut être aussi bien « amateurs » que « professionnels » (Beraud et Cormerais 2011). Elle se définit alors « en tant que forme d'organisation positive, elle se définit comme un mode de régulation qui aménage la diffusion d'effets externes à partir des interactions spécifiques entourant certains types d'activités. » (Beraud et Cormerais 2011).

D'autres auteurs convoquent un renouvellement des méthodes d'évaluation, mobilisant divers concepts et approches disciplinaires. Leurs objectifs sont toujours de tendre vers un renouvellement des approches de l'évaluation qui « combine [...] une interprétation éthique de la délibération collective et une logique de la durée qui, toutes les deux impriment un principe de responsabilité aux orientations discutées démocratiquement" (Beraud et Cormerais 2011). Ces approches rejoignent la dimension citoyenne de l'évaluation, comme action collective de jugement en vue de déterminer la valeur, l'importance d'une chose (selon le Robert). Dans une logique de pluralité des modes d'évaluation, les nouvelles approches de l'évaluation contributive portent donc nécessairement une dimension équitable, mobilisant toutes les capacités réflexives et créatrices et intégrant une démarche de connaissance des activités de médiation et d'intermédiation appartenant à la dimension non visible des coopérations. Dans ce contexte, l'évaluation n'est pas seulement un dispositif de contrôle, mais un dispositif informationnel, de changement des formes organisationnelles par la soumission à des normes dont la caractéristique fondamentale est qu'elles sont paradoxalement instables, évolutives, adaptatives. L'innovation répond à des logiques d'invention, de créativité, quotidienne dans la réalisation d'un travail et le développement de coopération pour résoudre des difficultés, non prévues par le système (Dejours). Elle mobilise également les mécanismes de la confiance organisationnelle à savoir un processus de « confiance accordée par les membres d'une organisation, à l'organisation associée » (Zaer et al. 1998), « un mécanisme de réduction de la complexité [d'un système social] » (Niklas Luhmann, 2006), ainsi qu'un rôle de ciment dans les relations d'échange (Maorgan et Hunt, 1994).

Dans cette perspective, John Dewey, le philosophe pragmatique américain propose une théorie de la valuation, qui vise une société plus démocratique qui donnerait à chaque individu, la capacité d'évaluation d'actions et organiserait la rencontre et la confrontation des différents points de vue issus de ces évaluations. La théorie de la valuation procède par enquêtes. Elle cherche à trouver les problèmes qui se posent à un groupe social (fins) et ce qu'il met en place pour y répondre (actes) (Wahl 2010). Selon Dewey « Donner à tout un chacun la capacité d'évaluer des actes, précise le texte de présentation du recueil, est le produit d'un choix politique, mais cela permettra aussi de rendre les choix de société plus démocratiques, car les actions émotionnelles ou routinières seront remplacées par des évaluations. Cette capacité de valuer, en se développant, pourra générer de nouveaux désirs et de nouvelles valuations. » (Wahl 2010).

Gilbert Simondon, analyse la dimension éthique de l'évaluation et propose un renversement du sens de l'évaluation du point de vue des objets techniques en considérant que le regard de l'époque est dominé par une évaluation négative de la technique, pour ce qu'elle apporte de déshumanisant, de destructeur des valeurs, humaine, sociale, etc. Le projet de Gilbert Simondon est de prendre en considération les systèmes techniques associés rendant possibles ces coopérations (technologie de coopération). Selon lui, cette approche de l'évaluation de la technique correspond à la négation de la richesse humaine dont est

porteur l'objet technique. Ainsi, l'objet technique devient une réalité humaine extrêmement riche, qu'il s'agit par l'évaluation de connaître comme une part de la culture humaine.

Louise Merzeau développe une approche communicationnelle de l'évaluation institutante, qui permet aux institutions de rester ouvertes à « des propositions modestes venues de l'extérieur avec lesquelles il est nécessaire de trouver le rapport juste » ; ainsi, il deviendrait possible que « le local enrichisse les points de vue élaborés à l'échelle nationale » (Merzeau L. 2017).

La question s'ouvre donc sur la capacité des territoires à développer une mémoire des innovations sociétales, qui apparaît au cœur des enjeux en vue de valoriser de nouveaux modes de production de valeurs. C'est pourquoi l'évaluation comme capacité collective d'appréciation est intrinsèquement liée aux questions soulevées par le champ de l'innovation, notamment sur les territoires (Godet, Durance et Mousli M. 2010). Christian Bourret, analyse l'évolution des systèmes d'information en santé, notamment au sein des organisations d'interface, analysant plus précisément « la montée en importance des besoins d'information dans le système de santé, afin de répondre aux enjeux du pilotage des systèmes de santé et d'aide à la décision ». Ses travaux envisagent plus précisément la progression depuis une trentaine d'années des organisations d'interface en santé. Il montre comment elles comportent une dimension d'innovation sociale et organisationnelle conduisant à des processus de coproduction de services avec les patients et de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé (Bourret 2016). Cette approche des organisations d'interface conduit à ouvrir un questionnement au sujet du positionnement que les instances tutélaires adoptent vis-à-vis de l'évaluation de ces organisations. Christian Bourret analyse la manière dont les nouvelles administrations des ARS posent de nouvelles normes en confortant l'ambiguïté autour du rôle de l'évaluation, entre le contrôle ou l'aide au développement. Christian Bourret renvoie cette ambiguïté persistante à un questionnement relatif aux explications de cette bipolarité et interroge les limites des méthodes d'évaluation actuelles concernant leur capacité à normaliser un système d'interaction relevant du domaine de la complexité, considérant les difficultés inhérentes au projet de « permettre de communiquer entre eux à des systèmes de santé de secteurs différents comme le public et le privé, à des professions libérales comme la médecine de ville et articuler des logiques aussi différentes de prise en charge du patient ». Selon cet auteur, un champ de questionnement s'ouvre au chercheur concernant les explications sous-jacentes à l'ambiguïté persistante de l'évaluation des parcours de santé : s'explique-t-elle par la complexité des systèmes à évaluer ? S'explique-t-elle par les limites et à sa propre insuffisance du processus évaluatif à normaliser la pluralité ? À quelles conditions autorise-t-elle ou favorise-t-elle une « mise en sens » dans le lien entre chacun des acteurs ? (Le Moëne et Parrini-Alemanno 2010).

M'inscrivant au sein de ces perspectives de recherches, j'interroge l'ambivalence de toute démarche qui viserait l'évaluation de l'innovation et de la résilience des territoires. Pour dépasser cette ambiguïté, je m'appuie sur la définition proposée. Afin de suivre ce champ de questions, je propose d'approfondir les contradictions mises au jour à travers les concepts de numérisation et de plateformes des parcours de santé.

#### 3.4.4 Questionnement de la recherche et hypothèses

La dimension d'innovation sur les territoires des organisations d'interface en santé interroge l'émergence de nouvelles méthodes d'évaluation contributive des parcours de santé (Bourret 2010), intégrant une approche territoriale et articulant les des processus informationnels relatifs à la production de connaissances partagées (observatoire multipoint de vue et partagé) et des processus communicationnels relatifs à la prise de décision collective (élaboration collective de jugement, de définition de priorité politique). Avec toute l'importance de la prise en compte de la dimension territoriale pour contribuer à l'amélioration de la santé des populations (Giblin 2011).

Sur la base de ces constats, le travail de recherche a pour but de comprendre les logiques invisibles des dynamiques de changement en cours, à l'échelle territoriale derrière une apparence structurée (dichotomie entre le formel et l'informel). Le questionnement porte sur la mise en évidence de certaines

logiques de fonctionnement dont il est important d'en comprendre le sens pour pouvoir les intégrer dans de nouvelles démarches d'évaluation contributives des parcours de santé.

Les organisations d'interface ainsi étudiées en tant que dispositifs sociotechniques contributifs ont la double particularité de s'intéresser à des parcours de santé, vus comme des processus collectifs de prises en charge médiatisées par des technologies médicales, logiciels et services numériques, et d'évoluer dans un environnement technique, voire numérique, appelé territoire de santé numérique.

L'organisation d'interface (méso) bute sur le cadre imposé par l'État et ses injonctions (Macro), alors que les pratiques médiatisées des professionnels auprès des patients (micro) ont nécessairement besoin d'interopérabilité, qui n'existent pas en pratique.

Dans un contexte de normes et d'injonctions, les organisations d'interfaces montrent les limites de la normativité d'un système, et témoignent d'une tension concernant leur existence, entre institutionnalisation, capacité de résilience et d'innovation ou disparition.

Il s'agit également de considérer, avec intérêt, l'importance de la dimension communicationnelle de la culture pour la transformation des territoires comme construction sociale, investissant la notion de culture du point de vue des processus de socialisation de ce qui est nouveau (transmission) (Carayol et Gramaccia 2013).

Je considère également, comme point de tension, relevé dans la littérature et observé sur le terrain professionnel, l'importance de l'« adaptation des modèles internationaux de coordination ou d'intégration au contexte national et local (place des médecins traitants, mode de rémunération, valeurs des professionnels). En effet, une innovation compatible avec les valeurs, les normes et les besoins perçus par les professionnels, de même qu'une innovation qui peut être modifiée et adaptée par les acteurs, a plus de chance d'être adoptée (Greenhalgh et al., 2004, cité par (Vedel, Isabelle et al. 2005)).

Il s'agit donc d'étudier le phénomène de transformation des territoires numérique de santé, par l'étude de la circulation et de la transmission des informations au sein de dispositifs de type plateformes sociotechniques issues du tiers secteur.

L'évaluation contributive de ces organisations d'interface, en d'autres termes l'étude de leurs finalités, peut s'appréhender sous l'angle de la contribution, dans la perspective de la co-construction d'évaluation entre les différents acteurs, dont les patients et leur entourage. Elle est essentielle dans la mise au jour des phénomènes de co-production, de transformation, d'innovation, d'engagement, sur les territoires numériques de santé, en prise avec les risques et les injonctions de normalisation.

L'approche constructiviste nous invite à prendre une vue compréhensive de l'évaluation à ne pas la limiter à la sphère quantitative. Cela nous invite également à voir l'articulation qu'il y a entre ces deux sphères quantitative et qualitative.

#### Identification du phénomène à étudier

Le phénomène infocommunicationnel étudié est de savoir comment les informations des prises en charge médiatisées vont se transmettre en services de soins, sur un territoire. Et comment ce processus infocommunicationnel, reposant sur des pratiques de soins caractérisées à la fois par un engagement communicationnel (sens, savoirs, actions et liens) et largement médiatisées par le numérique, contribue-t-il à la transformation des territoires de santé ?

Dans cette perspective, nous porterons notre questionnement sur la compréhension des logiques invisibles d'émergence de sens partagé entre acteurs, comme vecteurs des dynamiques de transformation.

La problématique de ce travail concerne donc la compréhension des processus de transformation des territoires de santé comprise entre deux dynamiques opposées : rationalisation et innovation. Il s'agit dans cette étude de réaliser une analyse qualitative du système de communication au sein duquel les actions et projets des acteurs sociaux étudiés sont réalisés.

Par conséquent, l'objectif de cette étude est de modéliser « le système de relations » entre acteurs au sein des organisations territoriales de santé étudiées. Cette démarche repose le principe de « totalité systémique », c'est-à-dire à la totalité du système d'échanges dans lequel sont les actions et les projets des acteurs s'inscrivent. Ce principe est précisé par plusieurs éléments nécessaires à l'analyse du phénomène de changement des organisations territoriales en santé. Il s'agit de s'attacher à identifier les propriétés du système des échanges, invisible pour les acteurs eux-mêmes.

Selon Alex Mucchielli « la « communication » peut être considérée à plusieurs niveaux ». Au premier niveau d'analyse, les formes d'échanges correspondent à un ensemble d'échanges concrets qui se ressemblent. Au deuxième niveau d'analyse, les formes d'échanges constituent des regroupements concrets, répétitifs et stables ayant lieu entre les acteurs. Au troisième niveau, les formes d'échange trouvent une signification dans l'ensemble du système de communications reconstitué.

#### **3.4.4.1 Reformulation des hypothèses**

Selon les principes de l'approche constructiviste, le questionnement porte sur les mécanismes constitutifs des processus sous-jacents à l'évaluation des parcours de santé, dans le but d'en identifier les éléments constitutifs et d'en comprendre le sens pour les acteurs en situation (Mucchielli 2007). La formulation des hypothèses de recherche est guidée par le cadre du paradigme compréhensif, interprétatif et constructiviste dans lequel je m'inscris. La thèse que j'explore dans cette recherche est que les transformations des organisations locales en santé, dont les organisations d'interface procèdent à une mise en forme, qui s'articulent autour de trois processus infocommunicationnels de changement, à différents niveaux d'analyse et interagissant entre eux par des processus d'interaction situés à l'intersection de différents espaces propices aux communications entre acteurs.

- **La première hypothèse** formule l'existence d'un impact de l'espace englobant sur les territoires locaux. Aussi, les organisations locales en santé sont soumises à des logiques contre-intuitives liées à la numérisation des parcours de santé qui conduisent à des enjeux de pouvoir dans les territoires.
- **La seconde hypothèse** formule l'existence d'émergences au niveau des sous-systèmes d'acteurs. Aussi, les organisations d'interface en santé organisent des modes de circulation des informations qui offrent aux acteurs des parcours de santé des suggestions de potentialités nouvelles comme adaptation et création de nouvelles modalités d'interaction avec l'environnement.
- **La troisième hypothèse** formule l'existence d'une hybridation des cadres évaluatifs existants. Aussi, les organisations d'interface sont porteuses de nouvelles méthodes d'évaluation contributives pour l'émergence d'espaces d'intelligence territoriale, propices à l'hybridation des logiques évaluatives existantes (phénomène de transmission).

Afin d'étudier ces hypothèses par une exploration du terrain, je retiens le phénomène de circulation des informations au sein des parcours de santé, à une échelle locale et en contexte numérique.

# **DEUXIÈME PARTIE : méthode et terrain d'investigation**

---

## **Introduction**

Les chapitres précédents expliquent la posture scientifique et le travail d'état de l'art ayant contribué à la formulation d'une problématique de recherche. Il s'agit dans cette deuxième partie de comprendre les logiques invisibles des dynamiques de transformation des organisations locales de santé au prisme de la numérisation des systèmes sociaux, au-delà d'une apparence homogène et structurée. Le cheminement poursuivi est résolument ancré dans le cadre interdisciplinaire des sciences de l'information et de la communication. Il s'appuie aussi sur l'autre interdiscipline de la géographie.

Le travail d'élaboration de la méthode opérationnelle de choix et d'observation des terrains de recherche se situe dans la perspective de l'ouverture méthodologique décrite par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS). Cette organisation rappelle qu' « il n'existe pas de règle fixe concernant la justification du choix d'une méthode de recherche particulière pour la recherche sur la mise en œuvre, sinon que les méthodes utilisées doivent refléter les questions posées. » (Organisation Mondiale de la Santé 2014).

La finalité du cadre méthodologique que je souhaite construire est de permettre la conduite d'une analyse de la dimension spatiale des communications des acteurs sociaux étudiés, tenant compte des différents niveaux d'analyse correspondant aux différents niveaux d'action des acteurs sociaux engagés dans des interactions sociales.

C'est pourquoi, la méthode est élaborée à partir de l'association de cadres conceptuels, constituant un cadrage systémique pour l'observation et l'analyse de la manière dont la généralisation des dispositifs numériques dans le domaine des parcours de santé est susceptible de transformer le sens, le lien, les savoirs, in fine, les actions entre l'ensemble des acteurs de la santé dans les territoires, intégrant les patients et leurs entourages.

Les éléments existants au sein de la littérature académique permettent de postuler que le « phénomène » de circulation des informations au sein des organisations territoriales de santé répond à la construction d'un sens partagé par des acteurs en situation. Mon propos dans cette partie est de restituer les cadres conceptuels et théoriques des références théoriques mobilisées et de montrer en quoi ils constituent une contribution en matière de méthode compréhensive pour l'analyse de la dynamique des parcours de santé pour ce qui concerne la dynamique d'évolution des acteurs sociaux dans les territoires.

*RESUME : ce quatrième chapitre présente les différentes étapes de construction du cadre théorique ayant guidé l'analyse. La première section décrit l'ancrage systémique et interactionniste de la théorie de référence. Il s'agit avant tout pour nous d'étudier la dimension invisible et immatérielle de la dimension spatiale des communications des plateformes et dispositifs de coordination en santé. Pour atteindre cet objectif, nous recourons à deux approches communes aux deux disciplines de la géographie et des SIC : la modélisation et la sémiotique. Dans ce cadre conceptuel des SIC, la méthode que nous utilisons est celle de la modélisation systémique et interactionniste, qui rend compte du sens et des logiques d'actions des acteurs sociaux, prenant en compte les différents contextes de leurs communications (Mucchielli et Noy, 2005). Attachant une grande importance au contexte spatial des communications, nous mobilisons également le cadre des approches de la modélisation et de la sémiotique proposées par les géographes. En effet, la géographie propose de penser le couple changement/reproduction pour comprendre les dynamiques sociales et l'évolution de leurs organisations spatiales. L'apport aux SIC est l'approche par niveau d'analyse, dont nous attachons une grande importance à montrer comment les niveaux d'analyse proposés par les ACO, peuvent correspondre à des niveaux d'analyse de la dimension spatiale des communications et rejoindre en ce sens, les niveaux d'analyse spatiale des géographes.*

### 4.1 Positionnement de la théorie de référence

*RESUME : cette section présente le cadre méthodologique, c'est-à-dire la méthode, les techniques de recueil ainsi que les choix des terrains d'investigation s'inscrivent au sein des courants constructivistes, au sens où je considère les dynamiques de changement du point de vue des acteurs sociaux, de leurs logiques d'action, des objets cognitifs qu'ils mobilisent et de leurs conduites en situation. Je mobilise la théorie de la sémiotique situationnelle proposée par A. Mucchielli dans les sciences de l'information et de la communication, pour appréhender la problématique de l'évolution des organisations territoriales, comme un processus de changement systémique des relations entre des acteurs sociaux.*

#### 4.1.1 La sémiotique situationnelle et interactionniste

Le questionnement est conduit à partir de la théorie de référence de la sémiotique situationnelle et interactionniste. Cette théorie est appliquée par différents auteurs en sciences de l'information et de la communication, tels que Alex Mucchielli et Jean-Luc Bouillon<sup>40</sup>, dont nous mobilisons ici les apports méthodologiques.

---

<sup>40</sup> Jean-Luc Bouillon précise qu'« il semble essentiel de focaliser [l'attention] sur ces phénomènes communicationnels parce qu'ils constituent un cadre structurant des activités symboliques se trouvant au cœur des représentations sociales et étant elles-mêmes associées aux dynamiques organisationnelles. En ce sens, les phénomènes communicationnels peuvent contribuer à l'institutionnalisation des organisations comme espace de médiation sociale, permettant de comprendre les recompositions liées à un changement de régulation.

Approche sémiotique et de l'analyse systémique : le premier d'entre eux concerne globalement les modalités de la transmission, du partage, de l'interprétation, de la production et de la coproduction du sens dans les situations d'interaction sociales, dans le prolongement des approches sémiotiques peirciennes et de l'analyse systémique de la communication interpersonnelle développée par l'école de Palo-Alto (G. Bateson, P. Watzlawick).

Approche de la structuration et de la dynamique des ensembles sociaux : le second grand domaine de travail appréhende la communication comme structuration et de dynamisation d'un ensemble social. L'analogie avec la notion de réseau – technologique, social, humain – est particulièrement présente pour sa capacité à constituer (mais aussi à verrouiller) une collectivité, de même que les approches critiques de la « société de l'information », des technologies et des utopies qui accompagnent son développement s'inscrivent dans ce cadre.

Approche par les médias et les processus socio-économique : l'analyse des médias et, de leur rôle et de leur place dans l'évolution de la société, des dimensions socio-économiques et des processus d'industrialisation qui les caractérisent.

La mobilisation de cette théorie présente l'avantage de permettre la réalisation d'une analyse approfondie d'un système social complexe, tenant compte de différents niveaux d'analyse, dans le but de dégager des résultats et surtout de formuler une conclusion de recherche.

« La sémiotique situationnelle développée par Alex Mucchielli et son équipe de recherche de l'université Montpellier s'insère pleinement dans la tradition théorique et intellectuelle que nous pourrions résumer, avec tous les raccourcis que cela suppose, de l'approche compréhensive des phénomènes humains et sociaux. En ce sens, cette nouvelle sémiotique s'inspire des courants de la sociologie nord-américaine qui proposent une nouvelle vision de l'étude des faits sociaux, en rupture avec l'approche positiviste qui prévalait alors. (...) la sémiotique situationnelle (...) s'inspire de la sociologie interactionniste de Goffman, de la phénoménologie sociale de Schütz et du constructivisme de la réalité sociale de Berger et Luckmann ».

La théorie de la sémiotique situationnelle repose sur le principe d'analyse systémique des communications et appartient aux corpus des approches systémiques des sciences sociales.

#### **4.1.2 Une conception systémique des communications**

La théorie de référence s'appuie sur le référentiel des processus de la communication qui dit que : "la quasi-totalité des expressions humaines, conduites et production en tout genre se reportent à des contextes pertinents dans lesquels ils prennent leurs sens pour les différents acteurs. Les conduites humaines sont donc liées au sens qu'elles prennent pour les acteurs en situation, dans le contexte global dans lequel elles se déroulent". Elle renvoie à une conception systémique des phénomènes de communication qui « correspond à une appréhension constructionniste des situations sociales dans lesquelles ce sont les relations entre les acteurs, mais aussi entre les éléments qui par leur mise en interaction nous permettent de saisir les émergences de sens construites » (Mucchielli et Noy 2005). Dans ce cadre, le projet de la sémiotique situationnelle est de procéder à une analyse scientifique des faits de communication entendus comme échanges ou « messages envoyés » prenant « une signification par rapport à une situation collective englobant les acteurs concernés par l'échange » [Mucchielli, 2006].

#### **4.1.3 L'étude des problématiques pour les acteurs en situation**

La sémiotique situationnelle relève des approches de la systémique qualitative des communications. Cette approche méthodologique n'envisage l'étude des faits de communication qu'en situation, c'est-à-dire en interaction avec l'ensemble des éléments du contexte et des acteurs en présence.

La méthode de la sémiotique situationnelle<sup>41</sup>, ici proposée, est celle d'une déconstruction du système en différentes catégories d'analyse, grâce à une approche cognitive des logiques d'action collectives qui met l'accent sur les conventions, les accords, les valeurs, les règles et les normes en contexte d'actions et de décisions (Le Moëne 2013). Cette approche se fonde sur une conception de l'identité d'un acteur reposant « fondamentalement sur la place qu'il occupe dans le système de relation auquel il participe. Les sciences de l'information et de la communication étudient donc les identités des acteurs sociaux, en fonction des systèmes de communication qu'ils génèrent et /ou dans lequel ils trouvent leurs places ».

---

41 « La sémiotique situationnelle développée par Alex Mucchielli et son équipe de recherche de l'université Montpellier 3 s'insère pleinement dans la tradition théorique et intellectuelle que nous pourrions résumer, avec tous les raccourcis que cela suppose, de l'approche compréhensive des phénomènes humains et sociaux. En ce sens, cette nouvelle sémiotique s'inspire des courants de la sociologie nord-américaine qui proposent une nouvelle vision de l'étude des faits sociaux, en rupture avec l'approche positiviste qui prévalait alors. (...) la sémiotique situationnelle (...) s'inspire de la sociologie interactionniste de Goffman, de la phénoménologie sociale de Schütz et du constructivisme de la réalité sociale de Berger et Luckmann ». [http://vadeker.org/corpus/Ethnomethodologie\\_et\\_semiotique\\_situationnelle.pdf](http://vadeker.org/corpus/Ethnomethodologie_et_semiotique_situationnelle.pdf)



#### 4.1.4 Interdiscipline et sémiotique situationnelle et interactionniste

L'utilisation de la sémiotique situationnelle et interactionniste permet d'étayer ma posture à l'interdiscipline des sciences de l'information et de la communication avec la géographie, puisque les méthodes de recherche, appartenant au paradigme compréhensif, sont également mobilisées par d'autres disciplines des sciences sociales, telles que la géographie. Une idée centrale commune aux différentes disciplines mobilisant des approches systémiques est de considérer les constructions sociales selon plusieurs niveaux d'analyse, généralement deux, observant que certains auteurs à l'instar d'Yves Lacoste en mobilisent plus. L'existence de plusieurs niveaux d'analyse permet aux chercheurs de mettre en évidence des dimensions invisibles ou latentes des constructions sociales étudiées, ou bien des « "comportements contre-intuitifs" invalidant les bonnes intentions des politiques publiques »<sup>42</sup>, ou les « effets pervers » de bien des constructions sociales<sup>43</sup>. Le premier niveau d'analyse se constitue d'un ensemble important d'entités en interaction (niveau micro), et le second niveau d'analyse est constitué d'un nombre moins important d'entités en interaction, ce qui lui permet de rendre lisibles des phénomènes collectifs, invisibles à partir de la connaissance élaborée au premier niveau d'analyse (niveau macro) (Pumain). Le caractère compréhensif et constructiviste de la question posée m'a conduit à adopter le cadre des démarches d'analyse qualitative en sciences sociales. C'est pourquoi le travail d'opérationnalisation de la sémiotique situationnelle et interactionniste est conduit à partir des principes constitutifs de la conduite du raisonnement qualitatif défini par Pierre Paillé et Alex Mucchielli.

#### 4.2 Les principes de la théorie de référence

Elle consiste à mettre au centre des recherches, non plus les entités, mais les relations entre les composantes du système. Cette démarche est rendue possible grâce aux différents principes proposés par la théorie de référence.

##### 4.2.1 Principe de totalité relationnelle

La totalité relationnelle exprime le fait que « ce qui se passe du point de vue des échanges [entre acteurs] est beaucoup plus que l'expression des personnalités des uns et des autres ». Par conséquent, un lien existe entre les conduites humaines et le sens qu'elles prennent pour les acteurs en situation, du fait de l'existence d'un principe de totalité du contexte global dans lequel les communications des acteurs se déroulent. Si bien que l'analyse d'un tel système ne peut se réduire à l'analyse d'une dyade ou d'un sous-système d'acteurs. Ce principe repose sur le postulat selon lequel " la quasi-totalité des expressions humaines, conduites et production en tout genre se reportent à des contextes pertinents dans lesquels ils prennent leurs sens pour les différents acteurs ».

Pour ce qui concerne notre problématique de recherche, il s'agit de concevoir ce qui se passe dans les dynamiques de transformation au sein d'une organisation locale en santé, comme un système complexe de communication, dépassant les analyses en matière de rôle et d'influence de chacun des acteurs.

##### 4.2.2 Principe de rétroaction

Le principe de rétroaction exprime le fait « qu'un élément du système réagisse à ce qui lui arrive de l'extérieur » (Belin et Mucchielli 2006), p. 12). La prise en compte simultané des principes de totalité et de rétroaction du système relationnel des échanges permet d'envisager qu'il est nécessaire pour comprendre la logique d'un système d'échange social, d'élargir le cadrage en considérant d'autres

---

42 J. Forrester cité par Denise Pumain. Pumain, Denise (2003) Une approche de la complexité en géographie. In : Géocarrefour, vol. 78, n° 1, p. 25-31. DOI: 10.4000/geocarrefour.75. p. 5.

43 R. Boudon (1984), cité par Denise Pumain. Pumain, Denise (2003) Une approche de la complexité en géographie. In : Géocarrefour, vol. 78, n° 1, p. 25-31. DOI: 10.4000/geocarrefour.75. p. 5)

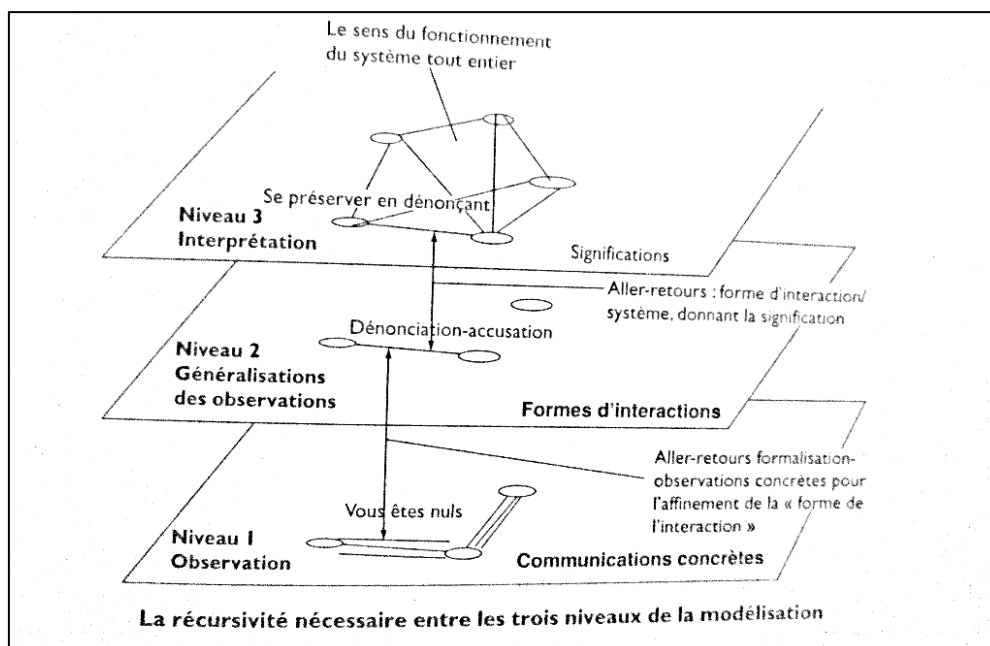
éléments du fonctionnement de l'organisation ; éléments initialement extérieurs au cadrage défini par la situation-problème telle qu'exprimée par les acteurs en situation. Pour ce qui concerne l'étude de notre terrain de recherche, il s'agit donc d'envisager le système des interactions entre les acteurs des parcours de santé dans les territoires, comme ne fonctionnant pas uniquement dans le cadre restreint de leurs simples organisations et pratiques directement accessibles à l'observation. La méthode d'observation et d'analyse devra permettre d'identifier les injonctions venant d'ailleurs, que les acteurs du système étudié reçoivent, en adoptant une définition plus large des situations étudiées. En effet, les acteurs que nous avons considérés se trouvent être dans un système d'injonctions administratives, comprenant des séries d'obligations non discutables à mettre en œuvre dans des délais parfois très courts, quels que soient les modes d'organisations territoriales. Il s'agit, somme toute d'élargir le contexte organisationnel de référence au sein duquel s'inscrit la demande de reconnaissance formulée par les organisations d'interfaces en santé étudiées (principes conjoints de totalité et de rétroactivité). Nous procédons par la recherche de données informatives permettant de trouver les autres éléments du système venant compléter le système initialement décrit par les acteurs étudiés. La collecte des observations de terrain permet de compléter le système d'échange. Il s'agit précisément de construire des observations, guidées par le système en train de se construire, en s'efforçant de trouver des cohérences (boucles d'interactions), que l'on reporte dans un schéma d'ensemble (modélisation systémique des formes des échanges) ((Belin et Mucchielli 2006), p. 45).

#### 4.2.3 Modélisation des formes d'échanges

#### 4.2.4 Principe des niveaux de modélisation

Le principe des niveaux de modélisation permet d'appréhender le niveau symbolique des conduites des acteurs en situation ou communications, sur lesquelles les organisations sociales reposent (Bouillon 2008). Alex Mucchielli donne une définition des trois niveaux d'analyse qui composent les communications sociales.

*Figure 5 : Schéma des niveaux de l'élaboration de la modélisation systémique (Belin et Mucchielli 2006), p. 67)*



Un premier niveau correspond à un ensemble de formes d'échanges concrets qui se ressemblent. Il s'agit des « les différentes communications, échanges, discussion, compromis, opposition et actions des acteurs » (Bouillon 2008). Un second niveau correspond à des regroupements concrets de formes d'échanges, répétitifs et stables ayant lieu entre les acteurs, identifiables à partir de la similarité des interactions produites. Un troisième niveau correspond à des formes d'échange qui trouvent une signification dans l'ensemble du système de communications reconstitué (Belin et Mucchielli 2006), p. 28). Ce troisième niveau pose la question de la connaissance du sens des communications entre les acteurs et concerne l'analyse des processus symboliques, qui structurent l'organisation où ils se déroulent (Bouillon 2008).

#### **4.2.5 Dynamiques autorégulatrices du système**

Un système d'échange entre acteurs sociaux postule l'existence de dynamiques autorégulatrices du système lui-même. Le repérage de ces dynamiques autorégulatrices permet d'identifier la « participation cachée d'un acteur à ce qui se passe pour lui-même » (Belin et Mucchielli 2006), p. 10). Ce repérage nécessite d'identifier les émergences qui existent au niveau des sous-systèmes d'acteurs composant le système de communication étudié. Le cheminement méthodologique de reconstitution des circularités sous-jacentes aux systèmes de communication du phénomène social étudié permet une formulation de la logique du jeu des acteurs sociaux par le chercheur. L'application du principe de l'autorégulation du système des échanges offre également la possibilité de repérer des dynamiques d'émergences de rôles sociaux et de nouvelles significations pour les acteurs. Le repérage des émergences dans un système complexe de communication s'effectue également au niveau des sous-systèmes d'acteurs. Le procédé de repérage d'espaces organisationnels propices aux communications ou de non-communication entre acteurs sociaux permet d'évaluer le sens des phénomènes de circulation des informations entre acteurs sociaux (Mucchielli et Noy 2005).

*RESUME : cette seconde section présente le cheminement itératif suivi pour l'élaboration d'une méthode d'investigation pratique des terrains de recherche. Cette partie précise l'approche compréhensive qui a été la mienne et comment la méthode s'est précisée progressivement de par des allers et retours entre la théorie et les expériences de terrain. Une première section aborde la construction d'un cadrage systémique donnant la primauté au contexte spatial des communications organisationnelles. Une seconde section cherche à rendre visibles les choix ayant conduit à la construction de différents cadrages de la réalité sociale, dans le but de saisir les observations adaptées à la production d'une analyse pertinente. Cette section précise les travaux réalisés dans la perspective d'un premier cadrage systémique à partir d'une communauté d'acteurs, qui a conduit à une analyse des difficultés rencontrées et à élargissement progressif du cadrage initial.*

### 5.1 Proposition d'un cadrage systémique

#### 5.1.1 Description du « cadre intégrateur » ACO

Nous nous intéressons donc aux processus infocommunicationnels présents dans les organisations, qui rendent intelligible la production de collectifs coordonnés vers la réalisation d'objectifs dépassant le simple niveau de chaque service et institutions des territoires. Le premier niveau est constitué par la rationalisation de la circulation, du traitement et du stockage des informations, le second niveau concerne les méthodes et modes opératoires permettant la réalisation des activités de coordination collective, enfin un troisième niveau désigne les productions de communications symboliques, sous-jacentes à la définition et à la légitimation d'un cadre commun à une communauté d'acteurs sociaux permettant une représentation commune de l'organisation, des stratégies et des outils au sein de l'organisation sociale (Boullion 2008 et 2003b).

*Tableau 6 : synthèse des dimensions communicationnelles d'un processus de construction sociale dynamique des organisations (Bouillon 2003b)*

Dimension observée	
<p>Situation de communication au quotidien</p> <p><u>Perspective sociale</u></p> <p>Microsociale</p> <p><u>Niveau d'analyse</u></p> <p>Local</p> <p><u>Méthode</u></p> <p>Étude de cas</p>	<p><u>Activités observées</u></p> <p>Activités et pratiques associées de production de sens et à l'élaboration et à la mobilisation de connaissances en situation. Ces activités se composent des interactions et les relations interpersonnelles qui structurent le travail collectif. Elles sont structurées par les liens rattachant les situations de communication professionnelles, à l'activité de travail elle-même dans sa diversité.</p> <p><u>Enjeux</u></p> <p>Passer de la discontinuité des situations, des actes et des événements qui sont au cœur de l'action collective quotidienne à la dynamique des organisations, marquée par la transformation et la recomposition d'institutions.</p>
<p>Processus de communication</p> <p><u>Perspective sociale</u></p> <p>Mesosociale</p> <p><u>Niveau d'analyse</u></p> <p>Intermédiaire</p> <p><u>Méthode</u></p> <p>Recueil de témoignages individuels et modélisation des logiques du système</p>	<p><u>Processus observés</u></p> <p>Les observations portent sur Logiques techniques et économiques du contexte englobant. Elles concernent les modes d'émergence des solutions techniques de gestion de l'information au sein des organisations ainsi que sur les tensions et les contradictions soulevées. Les observations sont effectuées au niveau des usagers des TIC au sein des organisations (transmission d'informations, la communication professionnelle), des transformations organisationnelles qui leur sont associées, de même que les problématiques de rationalisations cognitives associées à de nouvelles formes de partage des savoirs et de gestion des connaissances.</p> <p><u>Enjeux</u></p> <p>Relier le problème organisationnel avec les processus productifs des organisations et aux questions de management, d'évolution des organisations et de création de valeur ajoutée</p>
<p>Politiques de communication</p> <p><u>Perspective sociale</u></p> <p>Macro-sociale</p> <p><u>Niveau d'analyse</u></p> <p>Global</p> <p><u>Méthode</u></p> <p>Participation observante</p>	<p><u>Activités observées :</u></p> <p>Production de communication, légitimation et discours produits par une communauté d'acteurs sociaux en direction des publics internes et externes, changement des représentations sociales vis-à-vis du travail et de l'organisation, stratégies et outils, ayant pour objectif de diffuser une certaine image de l'organisation.</p> <p><u>Enjeux</u></p> <p>Mettre les organisations en relation avec leur environnement sociétal, en prenant en compte les techniques d'ingénierie symbolique, expliquant et légitimant les évolutions organisationnelles en les présentant comme inéluctables compte tenu de transformations socio-économiques globales liées à l'accroissement de la concurrence.</p>

La mise en œuvre de l'étude des processus infocommunicationnels par l'approche communicationnelle des organisations (ACO), consiste à appliquer une grille d'observation qualitative prenant en compte les paramètres qui constituent une situation de communication, qui sont susceptibles, par leur mise en lien de donner des axes de réflexions pertinentes (Mucchielli et Noy 2005) p. 192). Les paramètres retenus pour l'élaboration de la grille d'analyse doivent englober à la fois ce qui constitue la situation pour l'acteur et ce qui lui donne un sens. L'enjeu est ici de définir un cadrage pertinent de la situation étudiée afin de permettre au chercheur d'étudier, de relever et d'analyser la communication organisationnelle en situation de circulation des informations entre acteurs au sein d'un territoire. Il s'agissait également d'être en mesure de produire une analyse des processus d'hybridation des différentes logiques étudiées, afin de mettre en évidence les logiques d'évaluation contributive, d'innovation et de créativité des acteurs sociaux en contexte de rationalisation numérique.

### **5.1.2 Primauté du contexte spatial des communications organisationnelles**

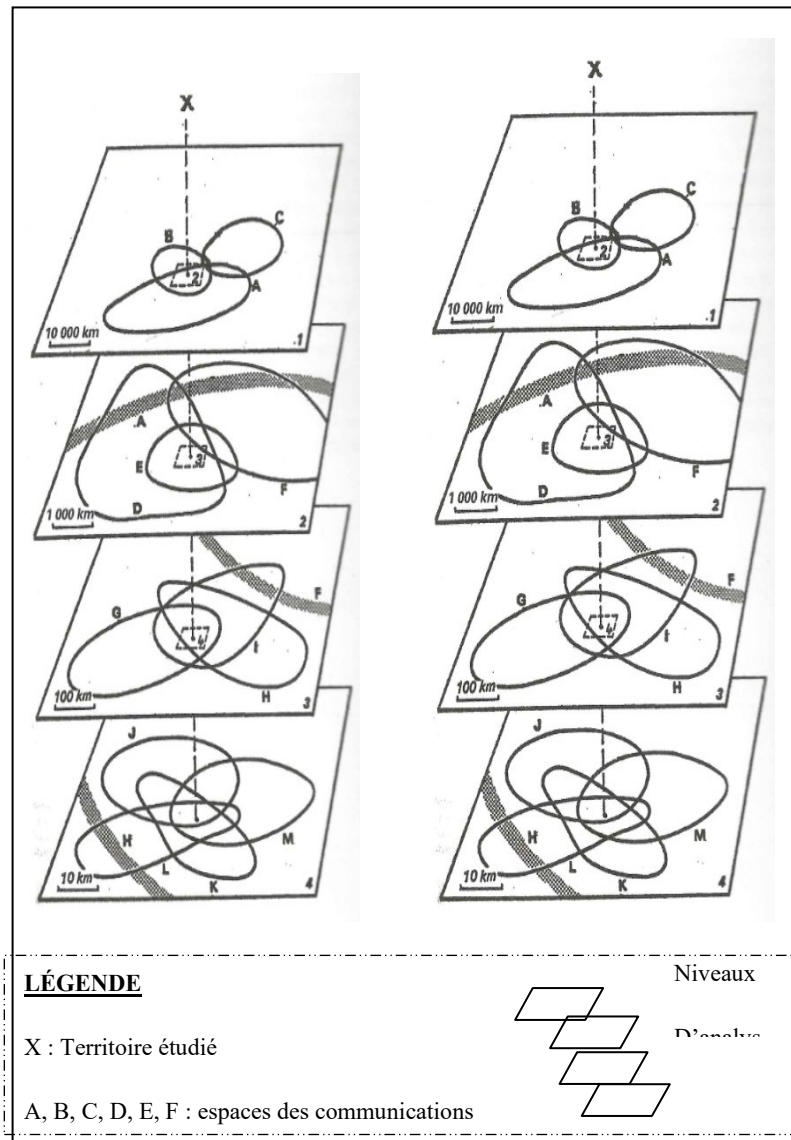
Les sciences de l'information et de la communication et la géographie portent en commun l'idée centrale de l'approche de la complexité par un regard systémique des phénomènes sociaux. Ces deux interdisciplines abordent la compréhension des constructions sociales selon plusieurs niveaux d'analyse (généralement deux). Le premier niveau d'analyse constitué d'un ensemble important d'entités en interaction (niveau micro) et le second niveau d'analyse où deviennent lisibles des phénomènes collectifs, invisibles à partir de la connaissance élaborée au premier niveau d'analyse (niveau macro).

Selon cette approche des phénomènes de transformation sociale que j'emprunte pour construire mon cheminement méthodologique, la notion de diatope me semble intéressante à utiliser au regard de la correspondance que je souhaite introduire entre les « intersections d'ensembles spatiaux » et la dimension infocommunicationnelle des interactions entre différents contextes.

Je me réfère plus précisément à la modélisation des niveaux d'analyse proposée par la Yves Lacoste et reposant sur un « schéma d'analyse des intersections d'ensembles spatiaux à différents niveaux d'analyse spatiale » dénommé « diatope » (Lacoste 2016).

Je formule que l'approche développée par la géographie de crise concernant une épistémologie fondée sur « une autre géographie qui est une théorie des ensembles spatiaux et une praxis », apporte un outil théorique supplémentaire pour développer une approche des formes localisées d'information et de communication (...). » (Meyriat, Miège, 2002 cité par (Pailliat 2018). L'apport de cette correspondance permet pour l'approche par le territoire d'intégrer la notion d'espace propice aux communications ; espaces qui se trouvent situés à l'intersection de différentes logiques d'acteurs ayant lieu simultanément à différents niveaux d'analyse et contexte spatiaux des acteurs engagés dans des communications.

**Figure 6 :** Schéma du diatope tel qu'utilisé en géopolitique (Lacoste 2016)



### 5.1.3 Le rôle de l'espace dans les dynamiques d'émergence des organisations

Comme le montre la présentation du processus de construction d'une méthode opérationnelle qui a été le mien, le cadrage de la recherche a été défini de manière itérative en lien avec le terrain, et en s'appuyant à chaque étape sur la théorie pour éviter les principaux écueils d'une recherche concernant le rapport au terrain de recherche et la place de l'expertise clinique des professionnels partenaires dans la conduite d'une recherche.

Les difficultés rencontrées en raison de la confrontation répétée avec le terrain m'ont conduit à approfondir la réflexion concernant la définition d'un cadrage pertinent pour l'étude de la dimension spatiale des processus infocommunicationnels dans les territoires en santé.

L'approfondissement de la réflexion sur le cadre spatial des interactions entre les acteurs des parcours de santé sur un territoire a été réalisé en m'appuyant d'une part sur une relecture des apports méthodologiques des principaux auteurs en SIC mobilisant les approches de la sémiotique situationnelle et interactionniste (Mucchielli et Bouillon), et également en effectuant des recherches sur les approches socioconstructivistes des territoires proposés par la géographie, intégrant la dimension de la politique et des enjeux de pouvoir entre acteurs dans les territoires.

Il s'agit désormais de construire un guide d'investigation pratique et d'ordonnement des observations existantes et à réaliser avec un travail de « découpage systémique »<sup>44</sup> des niveaux d'analyse du phénomène de recherche étudié, dans le but de réaliser, au final, un « effet de loupe »<sup>45</sup> sur la circulation des informations au niveau local d'analyse des organisations en santé.

## **5.2 Modélisation du cadrage systémique de la recherche**

### **5.2.1 Schéma de la modélisation**

La méthode d'investigation pratique du terrain a été conduite par la réalisation d'un diagnostic compréhensif des processus de communications présents dans les territoires étudiés, dans le but de comprendre comment circulent les informations au sein des systèmes d'acteurs dans un territoire donné. Elle est réalisée à partir d'un cadrage systémique et de la réalisation d'une enquête constructiviste menée aux différents niveaux d'analyse de la modélisation.

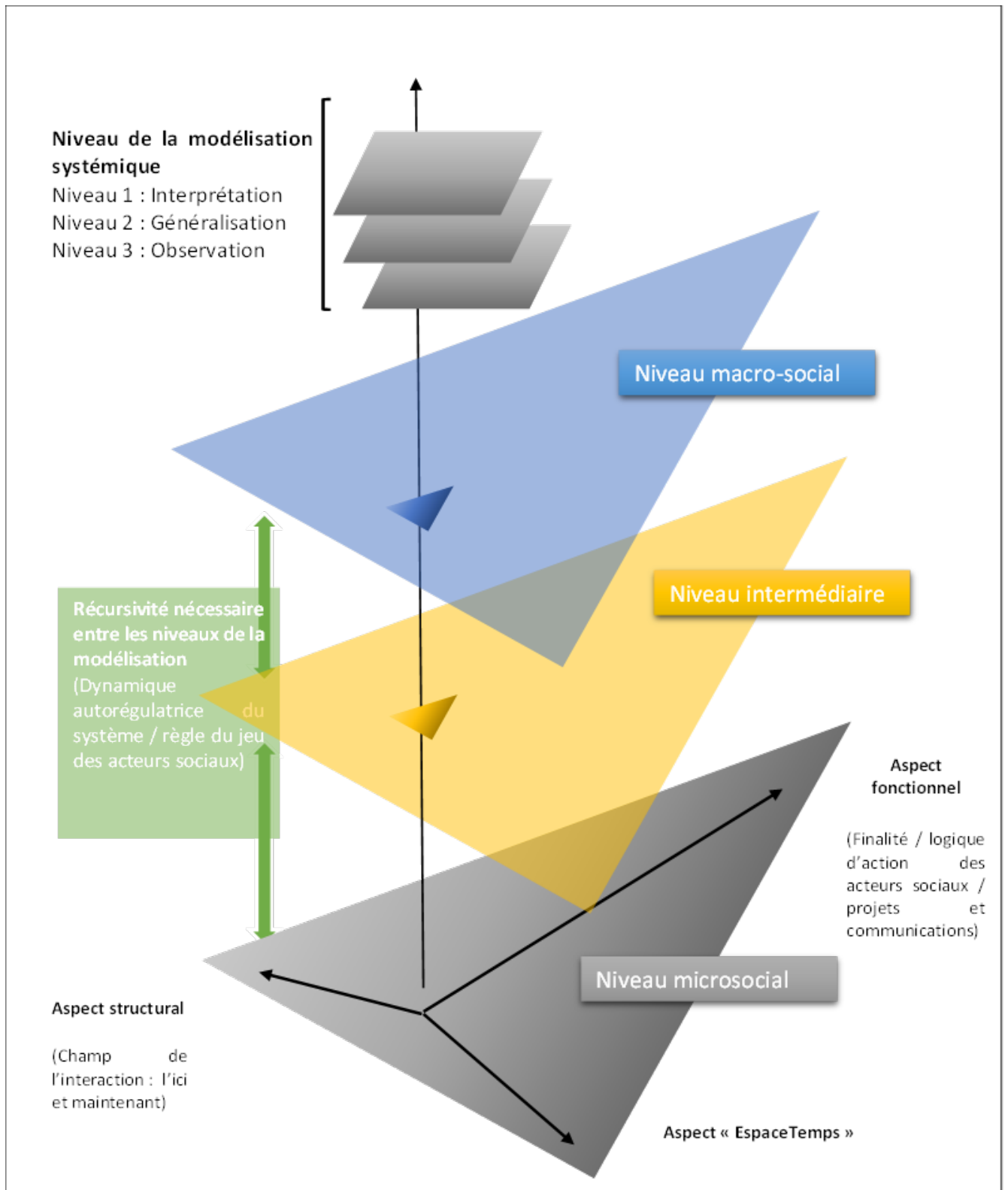
---

<sup>44</sup> La notion de « découpage systémique » cherche « à identifier des sous-systèmes (module, organe, sous-ensemble ...) qui jouent un rôle dans le fonctionnement du système [étudié]. Cette démarche « suppose de définir clairement les frontières de ces sous-systèmes (ou module) pour faire ensuite apparaître les relations qu'ils entretiennent entre eux ainsi que leur finalité par rapport à l'ensemble » (AFSCET, p8).

<sup>45</sup> Cité précédemment.



Figure 7: Modélisation qualitative du cadrage systémique du terrain de recherche (auteur)



### 5.2.2 Les champs propices aux communications

Le cadrage systémique a pour objectif de conduire une analyse compréhensive des conduites de communications des acteurs se ressemblant et engagés dans un système de pertinence similaire, à savoir les dispositifs et plateformes de coordination de type « expertes ».

Les résultats sont produits à partir d'une analyse compréhensive des conduites de communications des acteurs se ressemblant et engagés dans un système de pertinence similaire, à savoir les dispositifs et plateformes de coordination de type « expertes »<sup>46</sup>.

Lors d'une première phase d'étude exploratoire, l'observation participante a mis en évidence différents stades de « maturité » de l'expérience des dispositifs de coordination des parcours de santé, allant de celui des « acteurs novices », nouvellement créés avec des équipes récemment constituées, à celui de dispositifs « experts » correspondant aux dispositifs composés d'équipes déjà installées.

Dans le cas de cette recherche, les dispositifs de coordination des parcours de santé sont qualifiés d'experts lorsqu'ils répondent à deux critères principaux. Ils témoignent d'une forte ancienneté dans leur ancrage territorial et d'un niveau de coopération avancé entre différents dispositifs de coordination des parcours de santé, orientés vers la réduction des cloisonnements entre les services d'aide et de soins.

Les éléments constitutifs du cadrage systémique ont pour finalité de permettre de répondre à la question de savoir « comment appréhender la situation pour tenter de la comprendre » (Mucchielli et Noy 2005).

La mise en œuvre de cette approche se concrétise par une analyse menée au plus près du système de pertinence des acteurs sociaux en situation, à savoir celui des territoires locaux de pratiques et d'actions des collectifs d'acteurs (Mucchielli et al. 2005) étudiés.

L'objectif étant, pour le niveau d'analyse local, d'identifier l'existence de champ propice entre les objectifs du dispositif et les projets de l'acteur, entre le niveau requis et le niveau de pratiques interactionnelles.

Chacun des trois champs constitutifs du cadrage systémique est organisé de différents éléments organisationnels, dont la mise en connexion permet d'identifier des dynamiques locales d'émergence de champs propices à la mise en place de « communications fertiles » ((Mucchielli et Noy 2005), p 198.

L'existence de champs propices aux réelles communications entre acteurs correspond à la notion d'émergence de sens partagé en situation de communication. Ce champ propice est défini par Alex Mucchielli comme « l'ensemble des états du monde qui autorise le passage et l'émergence de sens. [II] représente une complémentarité et une pertinence optimales entre le champ de l'expérience et le champ de l'interaction. » (Mucchielli et Noy 2005) .

Il s'agit précisément d'identifier les espaces locaux propices aux réelles communications (événements communicatifs), définis comme l'existence d'une complémentarité entre les trois dimensions de compréhension du niveau d'analyse local, à savoir les dimensions historiques, fonctionnelles et structurales.

### 5.2.3 Un cadrage systémique par niveaux d'analyse

Le cadrage systémique propose de porter l'attention sur la mise en complémentarité au niveau local, entre les systèmes sociaux existants (le champ de l'expérience), ainsi que ses structures communicationnelles et ses objectifs, et les projets de l'acteur et les dispositifs sociaux techniques en tant que proposition d'interactions sociales (le champ de l'interaction).

---

<sup>46</sup> La notion d' « expert » renvoie ici au stade d'« experts » proposé dans les travaux de H.L Dreyfus, et reprise par M. Linard (Linard, M. 1996, p. 31), cité par Mucchielli et Noy 2005, p. 210.

Les trois niveaux d'analyse permettent de produire une analyse compréhensive des logiques d'actions des acteurs sociaux, des dynamiques régulatrices du système social global et des espaces locaux propices à l'amélioration de la circulation des informations au sein des parcours de santé.

Nous nous sommes donc attachés à recueillir ces renseignements, certains directement accessibles à l'observation et d'autres à recueillir par des observations complémentaires.

L'application du guide d'observation de terrain à notre terrain de recherche nous permettra de déconstruire le système info communicationnel présent au sein des organisations territoriales de santé, afin de construire un cadre interprétatif de la dynamique des parcours de santé dans les territoires (compréhension des tenants et aboutissants).

Selon le principe de totalité et de rétroaction du système relationnel, « Il est nécessaire pour comprendre la logique analysée précédemment d'élargir le cadrage en considérant d'autres éléments du fonctionnement des organisations, extérieur au cadrage défini par la situation-problème telle qu'exprimée par les acteurs.

Il s'agit, somme toute d'élargir le contexte organisationnel de référence au sein duquel s'inscrit les actions et projets des plateformes de santé dans les territoires étudiés.

Le système des interactions entre les acteurs des parcours de santé ici étudiés ne fonctionne pas dans le cadre restreint de leurs simples organisations territoriales.

#### **5.2.4 Trois espaces informationnels en interaction**

##### **L'espace intermédiaire**

Un premier niveau d'analyse présente un second niveau de contextualisation à un niveau d'analyse intermédiaire (méso). Il s'agit de proposer une analyse compréhensive de la forme des échanges arrivant sur les organisations locales en santé du point de vue du système englobant les territoires locaux d'intervention des plateformes en santé dans les territoires. Cette étape s'attache à décrire le contexte global du champ de questionnement, du point de vue des acteurs en situation. Il s'agit d'abord de définir le système de pertinence correspondant aux problématiques rencontrées par les acteurs sociaux en situation. La description des segments de communication au niveau régional permet d'approfondir l'analyse en proposant un élargissement du cadrage utilisé. Ce niveau d'analyse porte principalement sur la description de l'ensemble des actions et projets des plateformes territoriales en santé au niveau régional.

Les résultats permettent de circonscrire les problèmes auxquels sont confrontés les acteurs des dispositifs et plateformes de coordination au niveau régional, afin d'identifier des intentionnalités des acteurs sociaux étudiés, par la compréhension du sens de leurs actions, projets, engagements au sein du système de pertinence qui est le leur.

##### **L'espace national**

Un second niveau d'analyse porte sur le niveau national. Il décrit l'ensemble des actions et projets des acteurs des parcours de santé, dont les segments de communication produits par les acteurs sociaux des plateformes territoriales en santé au niveau national. L'intégration d'un troisième niveau à l'analyse permet de comprendre plus finement la forme des échanges arrivant sur les organisations locales en santé du point de vue du système national. L'analyse conduit à prendre en compte les contextes normatifs avec lesquels les acteurs des territoires locaux interagissent. L'étude des deux premiers niveaux d'analyse régional et national complète le niveau d'analyse local en permettant d'élargir le regard. Il s'agit de considérer que dès que l'on observe avec recul, on identifie que les acteurs que nous avons considérés (en première intention) reçoivent des injonctions qui leur viennent d'ailleurs. Ils se trouvent, par exemple, être dans un système d'injonctions administratives, comprenant des séries d'obligations non discutables à mettre en œuvre dans des délais parfois très courts, quels que soient les

modes d'organisations territoriales. Ce contexte englobant, principalement normatif s'impose pour partie aux acteurs locaux, quels que soient leurs modes originaux d'organisations et de coopération territoriales.

### **L'espace local**

Un troisième niveau d'analyse décrit l'ensemble des segments de communication observés et analysés en situation dans les territoires locaux observé sur le temps long, et à un niveau local, c'est-à-dire infradépartemental. Le niveau d'analyse local fait l'objet de deux séries d'analyses. Une troisième section présente l'analyse des pratiques interactionnelles, les positionnements et les usages des dispositifs sociotechniques des dispositifs et plateformes de coordination dans différents territoires de proximité. Cette section s'attache à mettre en relation les contextes spatial, culturel et identitaire afin de rendre visibles les dimensions formelles et informelles de l'amélioration de la circulation des informations au sein des parcours de santé dans les territoires. Les observations ont porté sur la réalité du travail opéré par les professionnels aux interfaces des systèmes locaux d'aide et de soins. Cette catégorie de médiation est observée à partir des éléments « acteurs », « dispositifs », « projets » et « contexte », et des processus de « pratiques relationnelles » et de « positionnement ». Il s'agissait de mettre à jour les dimensions constitutives de la notion d'interface au sein d'un système d'acteurs territorial, opérant des transformations au sein des systèmes sociaux. Car, lorsque la médiation n'est pas prise en compte, « [elle] est alors réduite à une mise en code opérée dans des couches invisibles de l'interface, ou plus exactement au travail d'effacement qui oblitère les transformations induites par ce codage ». Dans cette perspective, le cadre d'investigation porte un regard particulier sur les processus de médiation, d'interaction, de création et d'hybridation des connaissances comme vecteurs d'innovations organisationnelles. L'approche adoptée dans cette étude invite donc à considérer la diffusion des innovations par l'étude des contextes relationnels, privilégiant la dimension de la confiance, de la qualité des interactions interpersonnelles et interinstitutionnelles, et la construction de sens partagé. Les résultats portent sur la description des systèmes de pertinence des acteurs sociaux étudiés, et mettent en évidence des logiques, invisibles aux autres niveaux d'analyse, concernant l'existence de processus d'évaluation contributive et de créativité permettant l'émergence de dynamiques locales originales non voulues et non accompagnées directement par le législateur et les différents cadres institutionnels des territoires.

### **Les boucles de récursivité**

Ce cadrage systémique en trois niveaux d'analyse est complété ensuite par une analyse des boucles de récursivité qui permettent de délimiter la forme des échanges, ainsi que les systèmes relationnels auxquels les acteurs sociaux étudiés appartiennent. Les résultats de cette étape de l'analyse offrent une lecture de l'expression concrète des conduites des acteurs (communications) (Belin et Mucchielli 2006), p. 28). Ils procèdent de l'interprétation des observations collectées aux différents niveaux d'analyse, guidées par le système en train de se construire, en s'efforçant de trouver des cohérences (boucles d'interactions), que l'on reporte dans un schéma d'ensemble (modélisation systémique des formes des échanges) (Belin et Mucchielli 2006, p. 45). Les boucles d'interaction identifiées concernent les différentes modalités de circulation des informations au sein des parcours de santé, notamment en matière de savoir-faire, considérations dominantes, préoccupations et vision qu'ils ont de leur environnement en matière de levier et de freins pour l'action. Cette étape de la recherche a pour but d'intégrer les significations des communications des acteurs dans le contexte large. À cette fin d'élargissement du cadrage précédent, nous intégrons dans l'analyse les communications recueillies au niveau national, lors de notre observation dans les instances représentatives des réseaux de santé (UNR.Santé, puis FACS). L'approche constructionniste demande de considérer les relations entre des acteurs dans des systèmes d'échange donné et également entre les éléments du système d'échange, qui de par leur mise en relation au sein de processus, permet de saisir l'émergence du sens de la situation pour les acteurs concernés. La recherche de la signification et du sens des projets des acteurs est conduite à partir d'une démarche de mise en relation du sens des expressions et projets menés par les dispositifs et plateformes du point de vue des acteurs en situation avec le sens de cette même situation pour les autres acteurs sociaux.

Les principaux cadres de contextualisation mobilisés sont les cadres institutionnels de référence pour les dispositifs et plateformes de coordination, ainsi que les cadres associés du numérique en santé et de la structuration des professionnels et services au sein des organisations locales. De plus, l'utilisation de deux classifications des méthodes d'évaluation permet d'approfondir les résultats concernant la problématique de

recherche concernant les différentes dimensions de l'évaluation des parcours de santé et de la compréhension des dynamiques évolutives des territoires de santé numériques. Une vue globale des méthodes d'évaluation prévalant à la circulation des informations au sein des parcours de santé est proposée pour le niveau d'analyse local. Elle est réalisée à partir d'un choix de classification distinguant les techniques formatives (a priori) ou sommatives (a posteriori), et les styles d'évaluation prenant en compte le contexte (situation réelle) ou non (situation représentée) ainsi que la diversité des points de vue pris en compte. Ces deux classifications sont issues de la revue de littérature. Il s'agit d'une part d'une classification des approches de l'évaluation proposée par l'approche communicationnelle de l'évaluation qui a guidé ce travail d'analyse. Les trois types d'évaluation « citoyenne », « gestionnaire » et « par les pairs » ont été complétés par une grille plus détaillée à propose de l'utilisation des classes de méthodes d'évaluation.

*Tableau 7 : Classification des méthodes d'évaluation adaptée de Huart et al (Huart J, Kolski C, Bastien C) et Barbier (Barbier 2012)*

	Méthodes	
Approches intégrant un ou plusieurs utilisateurs (empiriques)	Méthodes d'observation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test utilisateur</li> <li>• Diagnostic d'usage</li> </ul>
	Méthodes d'enquête	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews</li> <li>• Questionnaire d'utilisation</li> </ul>
	Méthodes expérimentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de process</li> <li>• Évaluation d'impact</li> <li>• Évaluation par des essais contrôlés aléatoires, random control trials (RCT)</li> </ul>
	Approches expertes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention d'un spécialiste</li> <li>• Grille d'évaluation</li> <li>• Évaluation heuristique</li> </ul>
	Approches analytiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modèle formel de qualité</li> </ul>

Le travail de catégorisation des méthodes d'évaluation observée au niveau local est également analysé grâce aux critères proposés par Jean-Louis Salomez et Olivier Lacoste concernant les méthodes en santé publique pour l'évaluation globale et partagée des besoins de santé à l'échelon local de l'organisation des services d'aides et de soins. La grille de lecture proposée par ces auteurs est par conséquent retenue pour l'analyse du caractère contributif des différentes méthodes d'évaluation du domaine de l'amélioration des parcours de santé complexe.

*Encadré 4: critères pour une démarche globale de la détermination des besoins locaux de santé à l'échelon local (Giblin 2011)*

- **Critère 1** : une approche globale des problèmes de santé publique, associant l'ensemble des acteurs afin de décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux, économiques, culturels et environnementaux ou de l'éducation ;
- **Critère 2** : développement des méthodes d'analyse de l'état de santé des populations (d'un appareil composite d'analyse, alliant des approches quantitatives et des approches qualitatives adaptées) ;
- **Critère 3** : multiplication des approches et des points de vue des experts, des professionnels, des autorités, des représentants de la population (recueillis de façon indépendante et de sorte à permettre la confrontation et l'analyse des convergences ou des divergences dans une perspective d'aide à la décision) ;
- **Critère 4** : territorialisation des analyses et des réponses ;
- **Critère 5** : définition des objectifs politiques, par l'estimation des besoins comme véritable choix politique.

### **5.3 Premier cadrage du terrain : étude de faisabilité d'une monographie**

#### **5.3.1 Confrontation de la méthode au terrain (premières itérations)**

Le cadrage a fait l'objet d'une élaboration itérative en lien avec les partenaires de la recherche. Cette étape a posé une difficulté pratique de l'identification du cadrage le plus pertinent, puisque les premiers échanges avec le terrain nous ont conduits à identifier différents cadrages pour la conduite d'une approche compréhensive centrée sur le contexte spatial de la circulation des informations au sein des plateformes et dispositif de coordination en santé.

Parmi ces différentes orientations, des échanges ont eu lieu dans le cadre du partenariat avec les acteurs de terrain pour définir un cadrage situé dans la zone de pertinence des acteurs de terrain. Dans le cadre de ces échanges, l'éventualité de la réalisation d'une étude longitudinale sur un territoire donné a pu faire l'objet d'une investigation approfondie, grâce à la réalisation de plusieurs observations de terrain au sein de la maison des réseaux de santé de ce territoire (principe de triangulation).

La méthode mentionnant l'intérêt d'analyser les sous-systèmes d'acteurs, je me suis orientée dans un premier temps sur la recherche d'un cadrage du terrain de recherche au sein du territoire d'intervention indiqué par le partenaire principal de la recherche.

Le territoire de l'Isère initialement identifié correspondait à un territoire capitalisant une importante antériorité concernant le développement de logique de plateforme du tiers secteur en santé. De plus, les acteurs de ce territoire avant la spécificité d'être engagés à un niveau d'action national, au sein de l'Union Nationale des réseaux de santé, partenaire de cette recherche. Enfin, des liens entre la Maison des réseaux de santé de ce territoire existaient et avaient donné lieu à un séminaire de recherche et plusieurs articles en sciences de l'information et de la communication.

C'est pourquoi la proposition formulée me semblait pertinente, en cela qu'elle me donnait accès à une diversité d'observation d'activités de coordination à un niveau d'analyse départementale et infra départemental. À ce stade, le choix d'un territoire unique me semblait me permettre de développer une approche compréhensive de mon objet de recherche, privilégiant le niveau d'analyse local et me permettant un accès au niveau d'analyse régionale et nationale de par les communications mises en œuvre par les acteurs sociaux de ce territoire. De plus, l'accès à un niveau fin d'analyse du dossier partagé d'une plateforme territoriale en santé m'apparaissait une opportunité pour la production de connaissances à propos de la dimension numérique des plateformes de coordination, et m'engager vers une approche des dynamiques évolutives des territoires en santé, intégrant l'étude de la circulation des informations partagées au sein des plateformes de ces mêmes territoires.

Lors des différentes visites de terrain, le projet de recherche a fait l'objet d'une concertation avec les différents acteurs de la maison des réseaux de santé. Cette concertation a permis d'une part la sélection de dossiers patients à intégrer à une étude qualitative, tant au sein de la CPS de la MRSI que du service de douleur chronique du Centre hospitalier, ayant fait l'objet d'une coopération avec les équipes de la maison des réseaux de santé.

De façon préliminaire a été effectué le choix des parcours en lien avec la douleur chronique<sup>47</sup> médicale, coordonné par un neurologue des fonctions d'interface au sein de ce territoire, et des situations présentant une complexité sociale. Ainsi, le choix du parcours de la douleur chronique a été motivé pour trois raisons principales :

Accès facilité aux dossiers patients selon les différents points de vue de l'hôpital, de la plateforme de coordination, des professionnels d'aide et de soins intervenant auprès des personnes concernées et des patients et de leurs entourages.

---

<sup>47</sup> Ce parcours a fait l'objet d'une communication scientifique récemment lors du colloque national de la SFTED, dont le résumé a été communiqué dans les actes.

La douleur chronique et les situations de complexité médicale et sociale permettaient d'avoir une approche de plainte, de souffrance sociale, de par la multitude des déterminants de la douleur chronique, parmi lesquelles les dimensions sociales, psychosociale et sociétale. Il semblait alors possible de croiser les analyses micro (prise en charge médiatisée) et méso (territoire).

Concernant la démarche d'observation, les échanges avec les acteurs de terrain ont permis d'esquisser une démarche pratique à partir de l'étude qualitative de terrain rétrospective, concernant l'analyse croisée des données qualitatives contenues dans des dossiers patients préalablement sélectionnés.

L'objectif primaire commun des partenaires de la recherche était de déployer une recherche-action concernant l'observation des parcours de santé, tant du point de vue des praticiens de terrain que des chercheurs académiques. Ces orientations correspondaient à la posture épistémologique de la recherche tant du point de vue de la transdisciplinarité que du constructivisme social.

Afin de répondre aux objectifs contextualisés de chacun des acteurs, une méthode a été identifiée pour être conduite du point de vue de différents acteurs des parcours de santé du territoire d'étude.

Une description paramétrée des parcours de santé du corpus de patients sélectionnés permettait de réaliser une analyse des catégories de besoins des acteurs des parcours de santé sur un même territoire dont, les professionnels de la santé et du social et des personnes/entourages, des activités d'information et de communication réalisées et de la localisation de ces activités par la présence des données spatio-temporelle pour chacune des activités décrites les dossiers de coordination.

Les observations préliminaires réalisées lors des différents séjours sur le terrain avaient permis de valider la faisabilité de la méthode du point de vue de la richesse et de la complétude des informations recueillies dans le dossier de coordination de la plateforme de coordination, précisant que les observations du dossier hospitalier de la Cellule d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) du Centre hospitalier, initialement programmée, n'ont pas pu être réalisées du fait de l'indisponibilité du service.

Trois catégories d'acteurs ont été identifiées par les professionnels de la plateforme, correspondent à la zone de pertinence des professionnels de terrain :

Le CETD porté par l'établissement hospitalier public en GHT, avec l'objectif d'élaborer une procédure de description du parcours de santé du patient douloureux chronique.

La maison des réseaux de santé, avec l'objectif de prolonger leur démarche interne d'observation des déterminants de la complexité des parcours de santé de leur territoire d'intervention.

Un cabinet de médecine générale situé dans une zone défavorisée et dépourvue de plateforme de santé, dans le but de réaliser une analyse comparative dans un territoire dépourvu de communications formalisées concernant les parcours de santé des personnes en situation complexe.

Pourtant, lors des premières observations de terrains, plusieurs limites se sont révélées remettre en cause la pertinence de ce terrain de recherche du point de vue du chercheur constructiviste d'une part et de la problématique de recherche d'autre part.

### **5.3.2 Analyse des difficultés rencontrées**

Des difficultés ont progressivement émergé, durant le processus partagé de construction opérationnelle de la méthode de recherche. Les principaux écueils rencontrés ont conduit à arrêter la démarche engagée avec le territoire d'une part, à trouver de nouveaux terrains d'observation d'autre part, ainsi qu'à une analyse réflexive des principaux écueils rencontrés, afin de ne plus compromettre la conduite à son terme de la recherche engagée.

Tout d'abord, la démarche envisagée a été confrontée à des difficultés méthodologiques lors des premiers séjours sur le terrain, puisque toutes les données n'étaient pas disponibles. Si les informations présentes dans le dossier partagé de la maison des réseaux de santé permettaient d'envisager une analyse spatio-temporelle des

coopérations sur le territoire, ces données ne couvraient pas le secteur du CETD du centre hospitalier, car elles n'avaient été que trop récemment informatisées. De plus, il ne m'a pas été possible d'accéder au site du centre hospitalier pour observer les dossiers partagés, toutefois les indications qui m'ont été données m'orientaient plutôt vers une analyse des dossiers patients papier, très chronophage.

Concernant la démarche de recherche, je me suis rendue compte, que même en circonscrivant les limites du territoire étudié, il ne me serait pas possible de réaliser l'analyse de corpus important de données, en matière de temps d'abord et ensuite parce que cela demandait un second travail de cadrage méthodologique intégrant les données qu'il me fallait étayer de façon plus importante que les travaux préliminaires que j'avais menés.

Dans un second temps, il m'est aussi apparu que les exigences des partenaires de la recherche concernaient plutôt une recherche par projet, défini par une forte dimension applicative des résultats, notamment en matière de légitimation des activités et du rôle de la plateforme de coordination en santé, en tant qu'organisation instituée au sein de son territoire d'intervention.

Cette perspective, bien que compréhensible pour des acteurs sociaux soumis à un contexte de forte pression quant à leur existence et leurs capacités d'adaptation à un environnement en mutation, se présentait à moi comme un risque de m'éloigner de mon objet initial de recherche. Par ailleurs, je n'étais pas certaine d'être en mesure de livrer des résultats correspondants aux attentes des partenaires, puisque la démarche que je poursuivais constituait plus simplement une étape dans la constitution d'un cadre d'analyse global et distancié des enjeux de court terme, susceptible d'être utilisé dans le cadre de travaux plus appliqués à moyen terme.

Pour autant, nous avons découvert un matériel très riche. Cette démarche aurait pu constituer un point de bifurcation de la recherche et donner lieu à une production scientifique très riche, autant sur le plan de la production de connaissances que celui de la production d'un cadre d'analyse info communicationnelle de dossiers numériques de coordination des parcours de santé. Toutefois, à ce stade de nos investigations, le fait de ne disposer que d'un seul terrain de recherche pouvait constituer un frein majeur pour construire à des conclusions scientifiquement acceptables.

### **5.3.3 Prise de conscience du principe d'« homogénéité réflexive »**

La littérature méthodologique permet de comprendre en quoi la réalité telle que représentée par les acteurs sociaux eux-mêmes ne permettait pas une analyse fine des dynamiques territoriales à l'origine de la structuration progressive des dispositifs institutionnalisés réunis en union ou fédération nationale. Ce positionnement réflexif traduit une évolution au cours du travail de recherche, du questionnement ainsi que de la perception du contexte professionnel. Dans une visée réflexive, l'apparition progressive d'une distanciation avec notre terrain de recherche s'est traduite par l'élaboration d'outils permettant de dépasser l'approche par les discours et points de vue officiels des organisations représentatives des dispositifs et plateformes de coordination.

### **5.3.4 Approfondissement des approches inductives**

L'analyse inductive cherche à analyser les pratiques concrètes des experts dans la construction de leurs avis, dans le but de se détacher de l'« homogénéité réflexive » qui entoure le travail d'expertise et qui tend à en donner une « image collective consensuelle » (Keck, 2009, p. 79 cité par (Boullier 2016).

Selon Pierre Paillé et Alex Mucchielli, le raisonnement inductif est « une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation (...) de phénomènes [sociaux]. La logique à l'œuvre participe de la découverte et de la construction de sens. Elle ne nécessite ni comptage ni quantification pour être validée, généreuse et complète, même si elle n'exclut pas de telles pratiques. Son résultat n'est, dans son essence, ni une proportion, ni une quantité, c'est une qualité, une dimension, une conceptualisation de l'objet [d'étude] » (Paillé et Mucchielli 2012).

De façon complémentaire, différents travaux en sciences humaines et sociales, relatifs à la compréhension de l'information, invitent le chercheur à considérer les phénomènes autour des informations selon une approche contextualisée. Certains auteurs (Mucchielli, 2006, pp.11-61, Cité par Alemanno-Parrini, Bachelard, Bourret

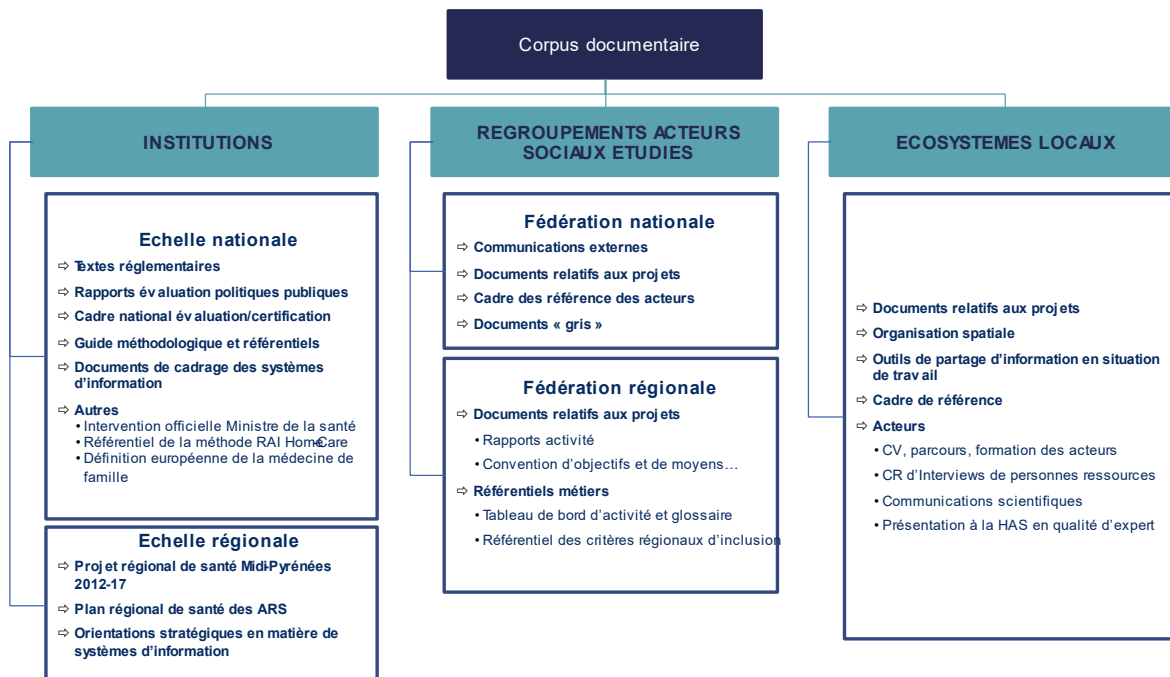


2010, p. 27) estiment que la compréhension des systèmes de communication n'est pas uniquement liée à l'étude des systèmes formels, techniques ou matériels, mais résulte d'abord d'une prise en compte de la signification humaine des interactions qui, ne sont pas uniquement liées à une logique quantitative de programmation technique ou d'interopérabilité automatisée des échanges. Ces apports théoriques des spécificités des démarches inductives m'ont conduit à reconsidérer mon terrain de recherche sous un angle nouveau. Ainsi, l'ambition de la recherche consistait autant à comprendre le sens de dynamiques territoriales observées au sein d'acteurs sociaux experts que de construire un cadre d'organisation et d'interprétation des observations existantes, car déjà réalisée en situation d'activité professionnelle lors de différents projets au niveau national et régional. Une réorientation de la démarche d'investigation pratique a été possible en décidant d'appliquer la modélisation systémique à nos différents terrains d'observation, à la fois professionnels et dans des territoires locaux dont les acteurs étaient moins engagés dans des jeux de positionnements à l'échelle nationale. Ce qui m'a permis d'avoir un découpage plus précis concernant les niveaux d'analyse et d'accès à une pluralité d'activité sociale de coordination, afin d'enrichir les observations et de présenter différentes communications organisationnelles, selon les représentations, savoir et savoir-faire des acteurs engagés dans des processus de changement social.

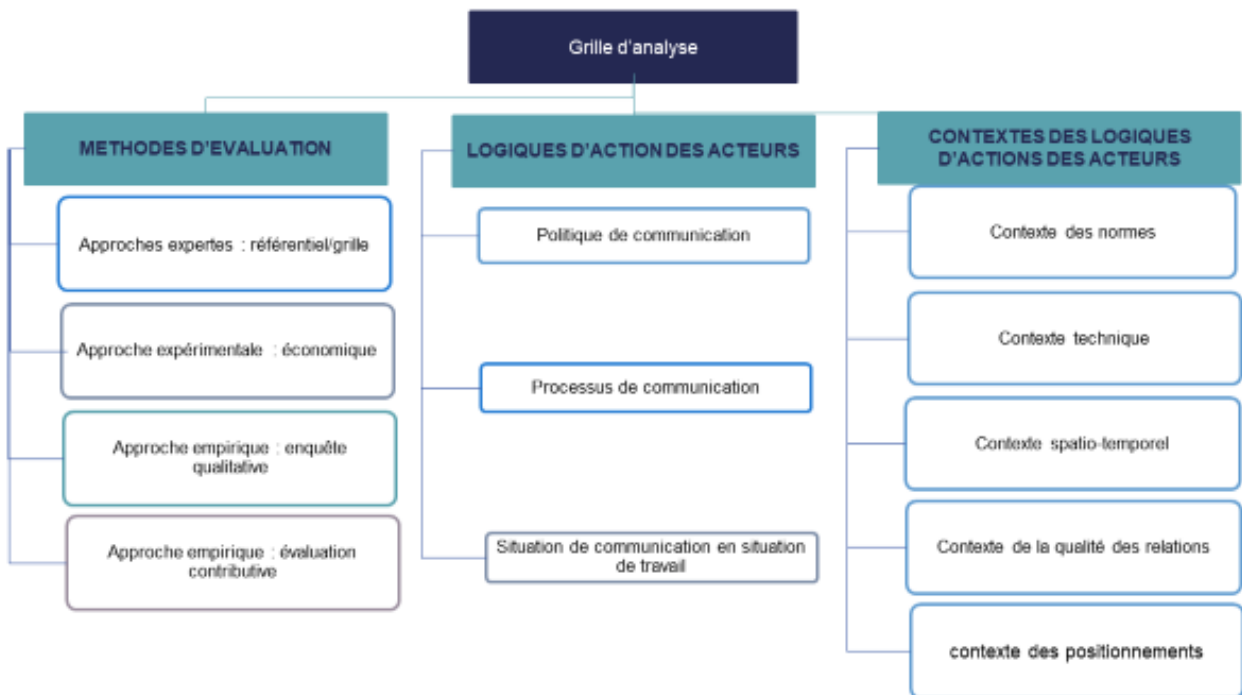
#### 5.4 Méthodes d'investigation pratique : niveaux d'analyse

Cette troisième section présente le corpus et les matériaux de recherche recueillis par niveau d'analyse. La période de recueil des données brutes de terrain s'est déroulée durant huit années, de 2012 à 2020. La spécificité de cette période circonscrit une évolution significative. Il s'agit plus précisément d'une période d'évolution législative en matière de politique de transformation de l'offre de santé et de numérisation massive des services de santé. Nous avons combiné trois niveaux d'investigation complémentaires pour explorer les questions qui nous intéressent. Les trois sous-sections présentent les méthodes d'observation mobilisées pour l'étude de chacun des niveaux d'analyse, la première pour le niveau régional (niveau d'analyse intermédiaire), la seconde pour le niveau national (niveau d'analyse englobant), la troisième pour le niveau local (niveau d'analyse des sous-systèmes d'acteurs). Ce cadrage par niveaux d'analyse a pour finalité de mettre au jour les processus invisibles guidant la circulation des données de santé sur un territoire. Nous focalisons notre attention sur les processus mettant en connexion potentielle différents acteurs sociaux, dessinant de ce fait les conditions d'existence d'espace propice caractéristiques de la communication entre acteurs sociaux [Mucchielli, études des communications, approches constructivistes, p. 211].

Figure 8 : schéma du corpus documentaire de l'étude



**Figure 9** : schéma de la grille d'analyse du corpus documentaire de l'étude



#### 5.4.1 Premier niveau d'analyse : espace régional (intermédiaire)

Deux types d'observation ont été réalisés. La première est l'observation participante en situation professionnelle et la seconde est l'écoute des acteurs à partir d'entretiens et enfin des observations indirectes à partir des documentations et rapports produits par ces acteurs.

##### 5.4.1.1 Observation participative

Les premières observations ont été réalisées lors d'une observation participante pour la période 2012-2014, en situation d'activité professionnelle au sein d'une fédération régionale de réseaux de santé. Durant cette période, la conduite de différents projets en qualité de chargée de mission a permis d'observer à différents niveaux les stratégies déployées par les acteurs en matière d'évaluation des dispositifs et plateformes de coordination des parcours de santé. L'ensemble des missions réalisées, ainsi que les éléments de contextes législatifs sont synthétisés dans les deux figures ci-dessous, extraites des rapports d'activité de la fédération

**Tableau 8 : Vue synoptique du contexte d'observation participative pour les années 2012 et 2013 (extrait du rapport d'activité d'une fédération régionale de réseau de santé)**










	<p>Guide DGOS Comment faire évoluer les réseaux de santé ?</p> <p>Octobre 2012</p>	<p>Le pacte territoire santé Pour lutter contre les déserts médicaux</p> <p>Février 2013</p>	<p>La Stratégie Nationale de Santé</p> <p>Juillet 2013</p>	
Fin 2012	1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre	4 <sup>ème</sup> trimestre
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>ère</sup> année de fonctionnement du dispositif d'harmonisation de la gestion comptable et sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atelier ASE pour la définition du cahier des charges du SI des réseaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise à disposition pour Résomip d'un chef de projet SI par le réseau Diamip</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépôt du dossier de demande d'agrément DPC</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Définition de document cadre pour l'ouverture des réseaux territoriaux aux maladies chroniques</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Début de l'accompagnement RH pour la structuration de Résomip</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remise du rapport de l'accompagnement RH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validation des orientations stratégiques 2014-2017 de Résomip</li> </ul>

**Tableau 9: vue synoptique du contexte d'observation participative pour l'année 2014 (extrait du rapport d'activité d'une fédération régionale de réseau de santé)**

	<p>SNS : remise du rapport Devictor</p>	<p>Loi sur l'Economie sociale et solidaire</p>	<p>Loi sur la nouvelle organisation territoriale de la République</p>	<p>Projet de loi de santé 2015</p>
1 <sup>er</sup> trimestre	2 <sup>ème</sup> trimestre	3 <sup>ème</sup> trimestre	4 <sup>ème</sup> trimestre	Début 2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtention de l'agrément DPC pour les pharmaciens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtention de l'agrément DPC pour les sages-femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remise des documents sur les indicateurs de pilotage des réseaux de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation au groupe d'expert HAS « Référentiel d'auto-progression des réseaux de santé »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtention de l'agrément DPC pour les paramédicaux</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Validation du projet de création d'un « Portail des réseaux de santé de Midi-Pyrénées »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ouverture du Conseil d'Administration de Résomip aux URPS autres que médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remise du schéma directeur SI des réseaux de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définition d'axes de partenariats opérationnels avec les maisons et pôles de santé</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de la plateforme internet mutualisée multi sites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Validation du choix de l'outil de visioconférence WebEx</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagnement pour la consolidation de la fiche de mission du Secrétaire Général</li> <li>Mise en ligne des premiers sites des RT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'un « comité éditorial » pour validation des contenus du portail Résomip avant mise en ligne</li> </ul>



**Tableau 10 : vue synoptique du contexte d'observation participative pour l'année 2015 et début 2016 (extrait du rapport d'activité)**

Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé	Plans - Maladies neurodégénératives, cancer et soins palliatifs	Evaluations des nouveaux dispositifs de parcours	Séminaire national d'écriture pour les Plateformes Territoriales d'Appui	Projet de loi de santé 2015
				
1 <sup>er</sup> trimestre 2015	2 <sup>ème</sup> trimestre 2015	3 <sup>ème</sup> trimestre 2015	4 <sup>ème</sup> trimestre 2015	Début 2016
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Obtention de l'agrément DPC pour les paramédicaux </li> <li>▶ Organisation de la journée « management de la qualité » en présence de la HAS et de l'ARS</li> <li>▶ Participation au groupe de travail HAS sur les prestations dérogatoires</li> <li>▶ 1<sup>ère</sup> rencontre des équipes d'appui et de coordination des réseaux territoriaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Obtention de l'agrément DPC pour les médecins </li> <li>▶ Validation par l'OGDPC de la demande d'extension à tous les professionnels de santé </li> <li>▶ Mise en ligne du portail des réseaux de santé &amp; pôle ressources MND</li> <li>▶ Choix de l'organisme de complémentaire de santé Orsane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Avis favorable de la CSI des chirurgiens-dentistes </li> <li>▶ Organisation d'une formation des auditeurs dans le cadre de l'auto-évaluation des réseaux </li> <li>▶ Réalisation des évaluations « pilotes » (réseau Icare 46 - Lot et réseau Accords09 - Ariège)</li> <li>▶ 1<sup>er</sup> audit du réseau Maternip</li> <li>▶ Elaboration de projets communs avec le collectif Résod'OC</li> <li>▶ Développement du WebPPS pour l'expérimentation PAERPA65 : service de coordination territoriale en ligne autour du PPS basé sur Medimail</li> <li>▶ Réflexion menée avec les MAIA sur le SI parcours de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lancement du groupe « Articulation Région-Territoires »</li> <li>▶ Validation des axes de travail communs Résomip / Résod'OC</li> <li>▶ Mise en ligne sur le portail de 4 nouveaux sites des réseaux territoriaux et 2 nouveaux sites de réseaux régionaux (Diamip et P'titMip)</li> <li>▶ 2 nouveaux audits de réseaux réalisés (Palliance 12 et P'titMip) </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Validation du texte fondateur entre Résomip et Résod'OC - Le CORDAR</li> <li>▶ 7 parmi les 8 réseaux territoriaux ont désormais leurs sites sur la plateforme mutualisée</li> <li>▶ Développement en cours pour les autres sites internet de la plateforme (1 site réseau ADO, 4 sites réseaux Régionaux/Pôle Ressources)</li> <li>▶ Contractualisation pour le portail « Parcours des personnes âgées »</li> </ul>

Comme le montrent les figures ci-dessus, les projets menés au sein de la fédération ont couvert des domaines très différents concernant d'une part la mutualisation des fonctions supports des réseaux de santé membres et d'autre part la conduite de projets d'amélioration des pratiques professionnelles en matière de parcours de santé dans les territoires. À ce titre, différents groupes de travail ont permis de réunir à des périodes régulières des acteurs des parcours de santé au niveau des organisations territoriales.

L'intentionnalité de l'observation participative se situe au niveau des organisations locales, plus largement que les seuls dispositifs et plateformes de coordination. Il s'agit d'identifier les méthodes d'évaluation co-existante sur un même territoire afin d'en analyser la dynamique d'évolution.

#### 5.4.1.2 Analyse d'un corpus documentaire

L'analyse de bibliographie s'est intéressée aux principales difficultés rencontrées par une pluralité d'acteurs, s'exprimant chacun dans leur domaine au sujet de l'évaluation des parcours de santé. Il s'agit principalement d'articles et d'interviews parus dans des revues professionnelles du domaine tel qu'« co-existant » et APM News pour la période 2012-2020, de compte-rendu ou d'actes d'interventions d'acteurs représentatifs des dispositifs et plateformes de coordination lors d'instances de concertation ou bien de séminaires et également d'interviews de chercheurs et de conclusions de travaux d'évaluation d'expérimentation de nouveaux dispositifs de coordination des parcours de santé.

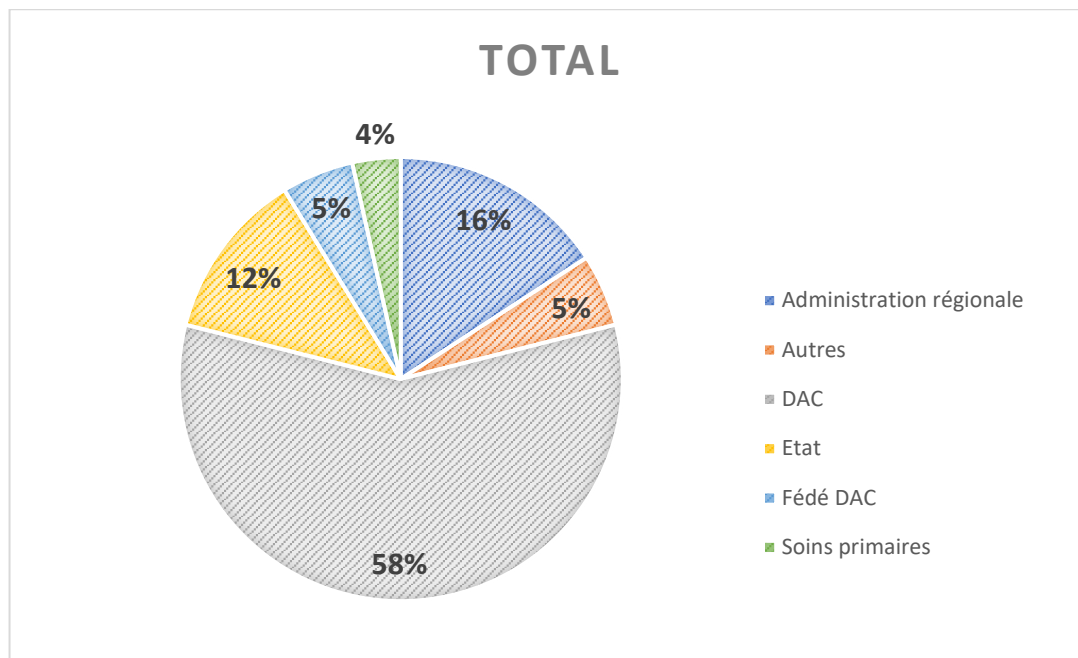
### 5.4.2 Deuxième niveau d'analyse : espace national (espace englobant)

#### 5.4.2.1 Observation indirecte des logiques d'action des parties prenantes

La réalisation de cette étude s'est déroulée pendant une période de quatre années auprès de différents espaces collectifs sur le territoire français, représentant 17 plateformes et dispositifs d'appui à la coordination des

parcours de santé, répartis dans 8 grandes régions et concernant un équivalent de 231 professionnels salariés. Ces observations indirectes ont été possible par une posture de chercheur-intervenant en situation d'exercice professionnel, qui a permis de saisir les logiques d'action info communicationnelles en situation.

*Figure 10 : composition de l'échantillon de professionnels rencontrés et observés en situation*



#### **5.4.2.2 Recueil complémentaire par recherche documentaire**

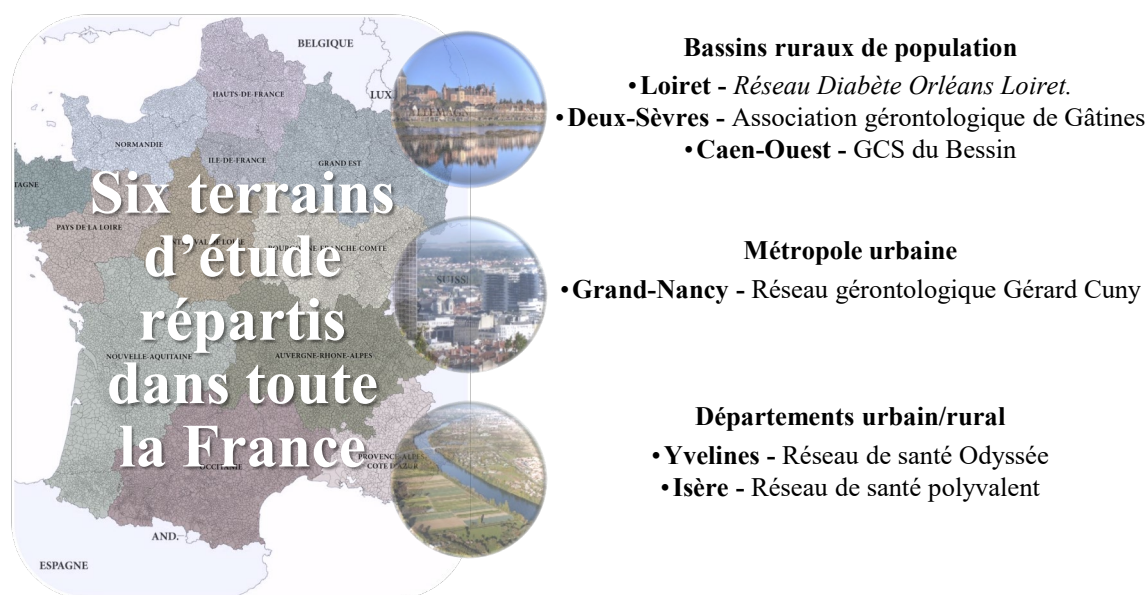
Une analyse multicentrique des dispositifs socioprofessionnels (matériaux et outils) mobilisés (système d'information, documents internes, procédures, productions documentaires, discours, etc.). Ces observations ont fait l'objet d'articles réguliers au sein du blog DAC-Santé.

#### **5.4.3 Troisième niveau d'analyse : espace local (sous-systèmes d'acteurs)**

##### **5.4.3.1 Observation longitudinale participative**

Des observations longitudinales ont été réalisées dans le cadre d'une observation auprès de six plateformes de coordination retenues pour leur antériorité et leur fort ancrage territorial. Ce corpus de recherche est constitué de six territoires urbains et ruraux, dotés de dispositifs et plateformes de coordination, dont l'implantation est antérieure aux récentes politiques de structuration des parcours de santé par la convergence des dispositifs d'appui et de déploiement des services numériques d'appui à la coordination.

Figure 11 : Répartition géographique des études de cas réalisées



- Deux plateformes territoriales de santé issues d'un réseau gérontologique et intégrant un CLIC : une issue d'un service de gériatrie hospitalier (Réseau gérontologique Gérard Cuny); la seconde issue d'un réseau expérimental Soubise intégrant un CLIC et une MAIA ; les deux étant financées par l'ARS et le Conseil départemental (Association gérontologique de Gâtines).
- Deux plateformes territoriales de santé issues de réseaux de diabète de proximité : une issue d'un réseau informel médico-social (Réseau de santé Odyssee); et l'autre articulant des programmes d'éducation thérapeutique de proximité (Réseau Diabète Orléans Loiret).
- Une plateforme territoriale de santé issue d'un centre hospitalier : articulant une pluralité de dispositifs de coordination financée principalement par l'ARS (GCS du Bessin).
- Une plateforme territoriale de santé issue des services infirmiers de ville (Réseau de santé polyvalent).

Tableau 2 : Similitudes et différences des terrains d'étude

Similitudes	Différences
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositifs de coordination créés soit en 1996 soit en 2002 dans le cadre légal des réseaux de santé.</li> <li>• Acteurs de la coordination des parcours de santé, à l'interface de différentes politiques publiques autonomie.</li> <li>• Antériorité de l'implantation territoriale : « acteurs-experts ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Différentes origine porteurs historique des dynamique d'interface (hôpital, soins de villes, autonomie, gérontologie, soins palliatifs).</li> <li>• +/- intégrés dans les regroupements représentatifs régionaux et nationaux.</li> <li>• Avenir crise Covid-19 très différents : disparation, recomposition, pérennisation.</li> </ul>

Différentes techniques ont permis le recueil des données brutes de terrain, à savoir les entretiens semi-directifs auprès de responsables de dispositifs de coordination en qualité de personnes-ressources du domaine (Linard 1996), une observation participante au long cours et des enquêtes de terrain. Le recueil des données brutes s'est

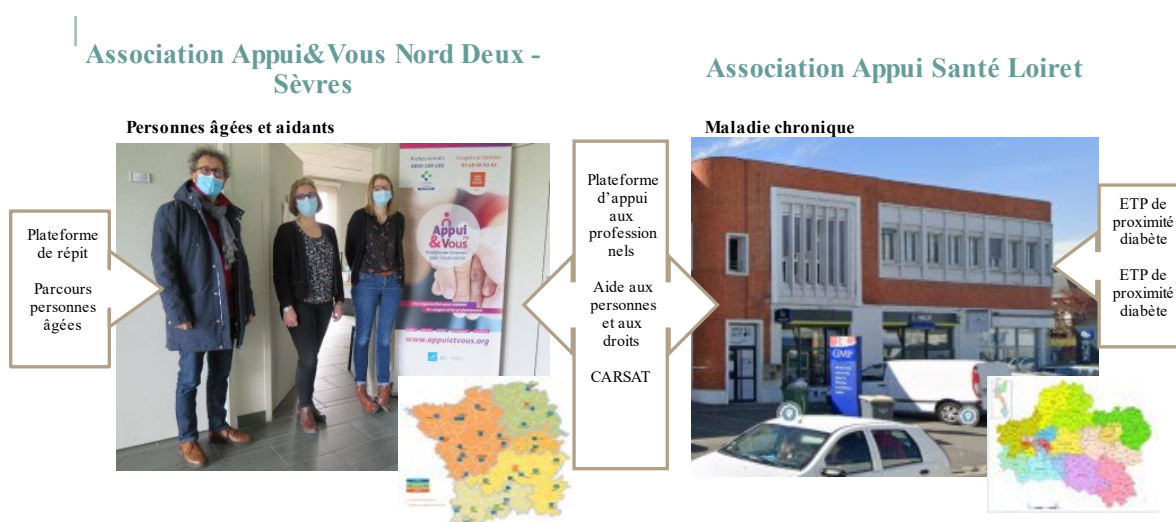
concentré, d'une part, sur les éléments communicationnels des acteurs en situation d'animation de coopérations territoriales (production en tout genre, réalisations concrètes, manipulation d'objets techniques, conduites et actions, écrits divers, discours, paroles, etc.), et, d'autre part, sur les contextes pertinents dans lesquels ces conduites prennent un sens pour les acteurs concernés.

Ces observations se sont déroulées à partir d'analyse de bibliographie, d'interviews disponibles sur le web, d'actes ou de rapports de recherche dans le domaine professionnel. Elles se sont également appuyées sur la possibilité de réaliser des échanges informels et des interviews semi-dirigées auprès de responsables de dispositifs et de plateformes de coordination, identifiés à l'occasion de divers événements organisés par l'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNR Santé). Santé et de la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de cinq responsables de dispositifs et plateformes territoriales de santé. A la suite d'échanges informels en situation d'activités professionnelles et de partage d'expérience, une proposition d'entretien leur a été adressée en décembre 2016, en raison d'une grande antériorité et d'un fort ancrage territorial de leurs organisations dans leurs territoires d'activité respectifs. Les entretiens ont été réalisés en janvier 2017.

### 5.4.3.2 Réalisation de deux études de cas

Ces observations longitudinales non participantes ont été approfondies par la réalisation de deux études de cas, de 2018 à 2021, auprès des deux plateformes en santé, dont les dynamiques, sont particulièrement ancienne dans le temps intégrant des contextes culturel et identitaire minoritaires (médecine générale et CLIC) et absents des discours officiels portés par les instances nationales représentatives de ces plateformes et dispositifs de coordination. Les observations menées au niveau micro ont consisté à appréhender les médiations comme l'une des dimensions invisibles des coopérations entre acteurs dans les territoires (relevant de la mètis). Les observations ont donc porté sur la formalisation dans les pratiques des activités de coordination. Pour ces deux territoires, des entretiens semi-directifs et des échanges non dirigés ont été réalisés auprès de responsables ou coordonnateurs des dispositifs et de professionnels de ces organisations. Des observations de terrain en situation d'exercice professionnel ont été conduites et complétées par des recherches documentaires produites par les plateformes sur le temps long, abordant la nature des activités sociales, l'histoire de la dynamique collective dans le territoire, le parcours professionnel des initiateurs de ces dynamiques et leur appartenance à des réseaux professionnels spécifiques.

*Figure 12 : Illustration des deux études de cas réalisées*





### 6.1 Le rôle de l'espace dans l'émergence et la pérennisation des plateformes de santé : étude des contextes spatiaux des communications.

#### 6.1.1 Contextes historiques et dynamiques spatiales des organisations d'interface

##### 6.1.1.1 Des acteurs sociaux engagés dans leurs territoires d'intervention

L'intentionnalité générale des acteurs sociaux à l'origine des dispositifs de coordination réside principalement dans la capacité à conduire des actions et projets de développement territorial des services d'aides et de soins sur leurs territoires, avec une grande importance accordée à la dimension située et la contextualisation locale des projets de coopération.

*Citation d'un directeur de plateforme et dispositif de coordination issu d'un réseau de santé gériatrique (Doctorante 2018)*

---

« (...) concrètement, il y a deux niveaux de notre travail, un niveau sur l'accompagnement individuel (...). Et il y a un niveau collectif, à la fois sur les actions collectives pour les usagers (conférence pour les usagers diabétiques par exemple), et l'autre élément collectif c'est l'amélioration du système. C'est-à-dire comment on peut faire (...) l'intégration du système à l'échelle du territoire. Et ça se joue sur les parcours et les liens qu'on peut avoir avec les maisons de santé, avec l'hôpital, sur les stratégies avec les établissements, pour l'accueil en établissement d'urgence, en accueil temporaire ou pour améliorer les entrées en place permanente (...).

---

*Citation d'un médecin généraliste coordonnateur de plateforme et dispositif de coordination issu du premier recours (Doctorante 2020)*

---

« [Les] actions sont mises en œuvre à différents endroits du territoire, sur différents parcours et avec différents acteurs, sur différents financements. Et tout cela contribue à faciliter le travail des médecins généralistes (...) notamment pour apporter un soutien en marge des consultations et au domicile des patients (...). Différentes applications de cette méthode ont été réalisées, la construction de coordination intersectorielle sanitaire et sociale au service du médecin généraliste en est un exemple, en lien avec les réseaux médico-sociaux, grâce à un travail de terrain avec le CCAS, les travailleurs sociaux de la CARSAT, des services de la Mairie, des cliniques mutualistes et les professionnels de santé du territoire. Ces réunions ont concerné la mise en place de parcours de santé pour la plateforme territoriale d'appui du territoire et à un travail concernant le parcours de santé pour les enfants en situation d'obésité. »

---

*Citation d'un responsable administratif de plateforme et dispositif de coordination issu d'un réseau ville-hôpital (Doctorante 2020)*

---

« Pour vous donner le contexte, je suis directeur d'un réseau de santé qui intervient en sortie d'hospitalisation, pour la coordination des sorties d'hospitalisation. On n'est pas thématique, puisqu'on a des gens qui peuvent être en cancérologie, des personnes âgées, des accidentés de la vie, différentes thématiques. C'était quand même plus orienté à l'origine métier, professionnels infirmiers. Donc on a une activité qui est un peu atypique, donc on a toujours coopéré avec d'autres structures, car on n'avait pas de domaine d'intervention particulier, on intervenait en complément d'autres structures. Donc la coopération s'est toujours faite très facilement. (...) on parle en termes d'organisation de filières, d'organisation beaucoup plus ambitieuse. Ce sont des projets plus complexes que comment se mettre autour de la table, ou bien de mettre en place des fiches de liaison. (...) Je pense que ce sont nos profils,



*au niveau de là où on est, on avait envie d'aller vers ça. C'est vrai que c'est ce qui nous intéresse de travailler sur des choses de plus en plus ambitieuses pour organiser. Après ça vient de l'expérience, de nos formations et après c'est compliqué parce que c'est bouger des montagnes. Le fait d'avoir les deux, les petits projets qui permettent d'avancer, cela permet d'avancer sur les gros projets qui permettent de bouger des montagnes, ce qui est le plus intéressant. »*

---

Dans chacun des écosystèmes considérés, des acteurs collectifs émergent comme porteurs d'une identité spécifique. Ils s'investissent d'une mission de développement et de valorisation d'espaces de partage d'une vision partagée par la construction d'un système interactionnel avec d'autres acteurs. Il s'agit donc de certains acteurs sociaux, qui sont dotés d'une intentionnalité particulière et développent des savoirs et modes opératoires, pour partie informels, une identité fondée sur les enjeux de construction avec les autres acteurs des dynamiques de transformation d'un environnement organisationnel, devenant par là même partagée. Cette dynamique de transformation des organisations locales de santé se construit par la mise en œuvre d'actions et de projets facilitant les fréquentations, les échanges, l'interconnaissance, les affinités et l'imitation des pratiques, créant par là même un contexte propice à la diversification des interactions organisationnelles.

### *Citations d'un responsable de plateformes et dispositif de coordination*

- Contexte organisationnel préalable à l'idée de mise en commun

---

*« L'enjeu, il est de valider une bonne organisation. Déjà la validation d'un fonctionnement, d'un positionnement et c'est aussi pouvoir anticiper des évolutions. C'est-à-dire, que pour moi, c'est une recherche à travers d'indicateurs, on a de plus en plus de rapport avec tels professionnels, moins avec d'autres. Ou un certain type de pathologie nous prend plus de temps qu'un autre type. Cela nous permet d'affiner notre vision à la fois de notre action, à la fois du cadre dans lequel nous nous s'inscrivons, de partenariat, »*

*“J'entends par animation territoriale, tout ce qui va permettre de développer des coopérations entre acteurs, ou tout de faciliter des transferts d'information, de savoir-faire entre les acteurs et tout ce qui va améliorer, et faire que naturellement sans avoir recours à un prestataire comme nous, les gens vont être pris en charge par le système territorial de santé, de manière satisfaisante, même pour des pathologies ou des situations qui pourraient relever de la notion de complexité.”*

*“C'est ça l'animation territoriale, c'est essentiel et ça nous permet finalement de prévenir les situations complexes que nous gérons. On observe, on réfléchit et l'on essaie de faire en sorte que le système réponde spontanément à ces situations-là sans nous. Et pour là, il faut bouger un peu, améliorer, créer parfois des choses, redonner du sens, tout est possible et c'est ça qui est le travail de prévention.”*

---

- Constitution d'une relation préalable pour tout échange sur le contenu

---

*« On assure un travail de liens avec les autres acteurs (...), pour avoir la vision des partenaires et nous déterminer (...). S'intégrer dans un paysage et le faire en fonction des autres (...). Faire face et prendre en compte la multitude des attentes (...). Relier les besoins pour une vision collective et travailler à l'adaptation entre organisations et individus, pour que chaque personne puisse bénéficier d'un parcours »*

*« Le pôle ressource [de la plateforme de coordination] travaille pour le territoire, il doit être représentatif de l'hôpital et du domicile et des interactions de l'ensemble (...) pour accompagner les contacts pluriprofessionnels (...), acculturer à la communication entre acteurs (...) travailler l'acculturation du système dans son entier, créer et impacter des dynamiques sur des sujets territoriaux »*

*« Ce que j'essaie de faire passer quand on travaille sur le terrain, c'est que l'on peut concevoir la frontière comme une limite stricte qui sépare un côté droit et un côté gauche. C'est-à-dire que théoriquement la personne est soit à droite soit à gauche, mais qu'elle est sur les deux et que c'est bien un accord entre ces deux parties, qui va permettre d'avoir un parcours un peu près cohérent. Souvent à vouloir définir des zones tranchées et bien claires, on va créer des espaces qui ne sont rien. (...) Le plus*

*flagrant est tout ce qui est neuro-psy, avec des gens qui ne sont plus en neuro, et pas en psy. Donc notre (...), c'est bien de garantir le service au bout du bout.*

---

- Constitution d'une communauté reconnue par les différentes parties en présence.

---

*« J'aime bien le mot plateforme de coordination, moi je trouve que c'est vraiment ça. Donc c'est une structure qui va rendre service à des personnes, grâce à des professionnels et en cela elle rend service à des professionnels. Donc notre cible, c'est autant l'un que l'autre, ce sont les deux, ensemble. Donc nous on travaille sur des situations. Ce sont des professionnels de santé avec un patient et un environnement social et familial, et nous, on travaille sur ces situations. Donc j'aime bien me définir comme étant un coordinateur autour de la notion de situation et pas seulement autour d'un patient ou d'un professionnel. Plus autour de la notion de situation qui englobe tout. »*

*« Après, on a une porte d'entrée qui au départ était exclusivement professionnelle, qui était médicale, sociale et sanitaire. Et on n'a fait aucune communication grand public et on a de plus en plus des patients, qui dans certains mondes ont entendu parler de nous, par d'autres patients, par la famille qui nous appelle et toujours sur la notion de complexité. »*

---

*Figure 13 : exemples de verbatims d'un responsable de plateformes et dispositif de coordination*

- Contexte organisationnel préalable à l'idée de mise en commun

---

*“C'est un peu simpliste ce que je vais vous dire, mais le fait qu'il faut absolument concilier la prise en charge médicale et globale, de décloisonner le 1er recours avec les établissements et effectivement que l'on ait des dispositifs de coordination, qui puissent sans se substituer, aider tout le monde, je trouve que bon est-ce qu'au bout du bout, ça remet simplement en question la qualité des relations entre le professionnel et l'usager et entre les professionnels entre eux.”*

*« Mais je pense que, quels que soient les outils (...) je resterai convaincu que c'est un lieu comme celui-là où les gens se rencontrent se voit, se connaissent, se disent les choses, construisent ensemble, déconstruisent ensemble, prennent des décisions que ce soit à l'échelon de l'organisation ou des patients. C'est la seule voie possible pour avoir un système de santé qui reste humain. Je pense que pour nous la mission première de tout ça c'est de savoir si on travaille pour de l'humain ou pas. Si on dit oui (...), alors il ne faut sûrement pas perdre ce type d'outil là. »*

*« On est tout le temps en train de faire évoluer nos systèmes, il faut les faire évoluer en ayant des éléments qui nous permettent de comprendre à un moment donné une direction à peu près correcte. Mais quand on est au plus près du terrain d'un côté et à l'écoute de ce qui se passe sur d'autres territoires, on croise certaines choses et il faut savoir les croiser et en tirer quelque chose pour avoir des orientations. Cela rejoint l'intelligence collective et aussi des outils stratégiques, c'est de cela qu'on a besoin, des personnes dans nos systèmes de santé, qui perçoivent, des signaux qu'ils perçoivent, voient vers quoi il faut tendre. »*

---

- Constitution d'une relation préalable pour tout échange sur le contenu

---

*« Sur des logiques de coopération qui soient solides dans le temps, elles doivent vraiment, elles prennent plus de temps, c'est sûr. On est dans des contextes qui ne nous en laissent pas souvent, elles mettent plus de temps, mais elles sont leurs qualités et leurs solidités. »*

*« « justement dans une période de récession un peu pour tout le monde, il faut redoubler de temps de rencontre en comité restreint, il ne faut pas que l'on se replie les uns, les autres. Il faut que l'on sécurise notre coopération, c'est notre richesse, notre force, ces coopérations. Donc ce n'est pas le moment de penser faire une économie, quelle qu'elle soit en les faisant sauter. C'est presque un actif social, c'est un truc qui est précieux. »*

*« La mission première d'un groupement de coopération sanitaire est de fédérer et de relier. C'est sa mission première. Puis c'est vraiment de décliner, il est à l'interface entre, sur son territoire, entre l'analyse des besoins épidémiologique de son territoire, avec les grands acteurs de la santé (j'inclus le médico-social) en terme quantitatif qualitatif, il est aussi à l'écoute des besoins des professionnels et des difficultés qu'ils rencontrent quelle que soit leur identité professionnelle. Il est à l'écoute en permanence des changements de l'offre, car cela va très très vite. Il y a des trucs qui apparaissent et qui disparaissent, des professionnels qui arrivent, qui repartent, des offres hospitalières, c'est pareil. Il faut vraiment qu'il y ait une nécessité de ça, un travail de bottom-up et de relier tout ça et d'avoir une bonne visibilité de tout ça ».*

---

- Constitution d'une communauté reconnue par les différentes parties en présence

---

*"(...). Donc ce qui est important dans ça, c'est qu'on était d'emblée situé dans la dynamique du travail en réseau, qu'on était vraiment dans une démarche qualité permanente, qui se fait en permanence puisque chacune des thématiques, parcours de santé, on va dire réseau du groupement, dispose d'un comité de suivi ville/hôpital et avec des experts et qui 3 fois par an se réunissent pour vérifier si ce que l'on fait, ce que l'on produit, l'évolution, les redondances, parce que le paysage de l'offre change, donc il faut toujours vérifier si on n'est pas en train de complexifier le paysage au lieu de simplifier, est-ce qu'il n'y a pas quelque chose qui manquait avant et qui ne manque plus, donc passons à autre chose. Donc ça, on a mis depuis 10 ans, ce système 3 fois par an, chacune des thématiques, un comité de suivi qui le fait évoluer."*

---

Les situations de communication référencées dans les verbatims ci-dessus délimitent des espaces d'interactions sociales au sein desquels les pratiques de communications prennent forme et constituent des espaces de socialisation.

Qu'ils s'inscrivent dans des registres aussi différenciés que le verbal, l'écrit, le symbolique, ils forment autant d'espaces communicationnels associant action et construction d'un réseau d'acteurs (collectif ou communauté) territorialement situé. L'existence en soi d'une représentation du territoire comme espace d'interaction se révèle être une condition et une ressource pour les acteurs pour la production, le partage de connaissance, le co-ajustement des activités sociales et l'adaptation des prescriptions de l'environnement.

Ainsi, la dimension pragmatique de la relation centrée sur le partage du sens occupe une place centrale (communication praxéologique). En effet, les verbatims des acteurs sociaux témoignent d'une intentionnalité qui est à chaque fois pragmatique et opératoire. Il s'agit pour les acteurs sociaux, d'induire et de matérialiser un espace propice à l'existence de nouvelles modalités relationnelles permettant de partager des points de vue et de réaffirmer l'existence d'un réseau d'acteurs de par l'existence même d'un espace dédié aux interactions et aux mises en relation. Il s'agit également d'adopter un fonctionnement permettant la conduite d'actions orientées vers la qualité des relations entre acteurs par la constitution d'un système de relations et de connaissances orienté vers le développement des services de santé sur le territoire.

L'intentionnalité des acteurs sociaux ici décrite contribue donc à une expansion et une densification au cours du temps, des relations entre les différentes compétences et services des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Enfin, pour chacun des territoires étudiés, on observe progressivement une complexification des situations d'interaction, qui procède par un élargissement de l'espace interactionnel initial ainsi que la mise en forme de nouvelle situation de communication. Ces évolutions de l'organisation spatiale des services d'aide et de soin dans les territoires induit pour chaque professionnel de se référer à plusieurs espaces communicationnels, dépassant son espace de travail originel. Ainsi, le travail rétrospectif de reconstitution des processus de différenciation spatiale contribue à rendre visible une dynamique d'émergence de nouveaux espaces d'interaction, c'est-à-dire de mise en relation des acteurs sociaux. Ces résultats demandent à approfondir l'analyse des logiques spatiales d'émergence des nouvelles situations locales de communication.

#### **6.1.1.2 Une transformation du contexte spatial (positionnement des acteurs sociaux)**

Les acteurs sociaux se trouvent donc engagés dans une transformation des logiques de positionnements d'ordre spatial sur leur territoire d'intervention. L'étude longitudinale des dynamiques territoriales de chacune des plateformes et dispositifs de coordination montre qu'il s'agit de dynamiques territoriales émergeant des années

1980 à 1996<sup>48</sup>, c'est-à-dire avant les politiques publiques d'institutionnalisation des réseaux de santé. Les résultats de l'analyse de chacune des dynamiques territoriales mettent en évidence une intentionnalité partagée des initiateurs de ces dynamiques, portées vers la constitution d'espaces d'interaction au sein de leurs territoires respectifs d'intervention. Les processus mis au jour se présentent comme une dynamique locale de construction d'interactions.

Le contexte spatial est alors caractérisé par un positionnement central de l'hôpital (dynamique territoriale hospitalo-centrée). Ces nouveaux espaces d'interaction correspondent à de nouveaux positionnements des acteurs sociaux dans des espaces sociaux géographiquement situés et conjugués à une évolution des logiques de positionnement au sein d'un système spatial initialement défini et caractérisé par la prédominance de l'organisation hospitalière<sup>49</sup>.

L'analyse de la dynamique territoriale sur le temps long des plateformes et dispositifs de coordination experte met en évidence une mise en relation progressive de différents lieux, tous situés à la marge de l'organisation territoriale hospitalo-centrée initiale (émergence d'organisation d'interface).

Au sein des territoires étudiés, l'émergence de nouvelles situations d'interaction est rendue possible par des logiques d'action de certains acteurs sociaux du territoire, orientées vers une mise en réseau de certaines marges organisationnelles de l'hôpital. Des logiques d'action similaire du point de vue du contexte spatial sont identifiées dans chacun des territoires. Elles conduisent à une dynamique territoriale assimilable à l'impulsion d'une dynamique relationnelle au sein d'un espace relationnel périphérique. Selon les territoires, l'espace relationnel périphérique est rendu possible à partir de certaines marges de l'hôpital lui-même, à travers le soutien que l'établissement accorde à des dynamiques de lien ville-hôpital ou du développement de services spécialisés, ou encore du secteur des soins primaires.

L'hôpital tout d'abord est identifié dans différents territoires, comme à l'origine d'un engagement original pour la construction sociale des organisations d'interface. Différents lieux au sein de l'hôpital sont mentionnés par les acteurs. Dans trois territoires étudiés, il s'agit de services spécialisés, un service de gérontologie dans un cas, un service d'évaluation et de traitement de la douleur issu d'une dynamique inter hospitalière de coordination des actions de lutte contre la douleur (CLUD : comité de Lutte contre la douleur), ayant évolué ensuite en réseau ville-hôpital (exemple 1). Dans un autre territoire, il s'agit d'un réseau hospitalier de douleur chronique, puis de l'engagement de la commission médicale d'établissement (CME).

Par ailleurs, les soins primaires sont ensuite identifiés dans deux territoires. Encore une fois, différents lieux sont identifiés, il s'agit d'un cabinet de médecine générale dans un territoire et d'une association d'infirmiers libéraux dans un second territoire.

---

<sup>48</sup> Doctorante.

<sup>49</sup> Ce n'est qu'en 2009, que la loi Hôpital Patient Santé et Territoire vient donner une définition légale aux soins de premier recours.

---

*Le réseau hospitalier de la douleur est un réseau ville-hôpital et interhospitalier dédié à la prise en charge de proximité des patients douloureux chroniques, né en 1996 dans un bassin de santé comptant aujourd'hui environ 94000 habitants et 31 communes, au nord d'une agglomération 445000 habitant dans la région Auvergne-Rhône Alpes.*

*Ce réseau interhospitalier a bénéficié d'une labellisation en 1996 au titre de réseau ville-hôpital dans le cadre de l'ordonnance Soubie mise en place par le Comité Soubie dans le cadre des ordonnances Juppé en 1996. L'association d'une double composante lui a permis de conjuguer des financements de diverses natures (issues d'enveloppe hospitalière et des réseaux de santé).*

*Son objectif en 2006 était de réunir les moyens techniques et humains publics et privés de secteur (11 établissements de santé, 80 spécialistes, 400 médecins généralistes, 1200 paramédicaux libéraux, 4 CPAM et 1 service interentreprises de médecine du travail) dans un cadre juridique reconnu par les tutelles et financé par les organismes publics. Pour ce faire, il développe quatre missions complémentaires : coordonner ces moyens via une cellule incluant médecins et infirmières spécialisées, ainsi que cadre et secrétariat administratifs ; organiser une formation régulière de tous les acteurs ; développer des programmes et protocoles de prise en charge des différentes situations douloureuses chroniques adaptés à la prise en charge de terrain ; jouer le rôle d'observatoire de pratiques afin de mieux connaître et optimiser le parcours de soins des patients.*

*Sur ce même département, un réseau de santé avait été déployé par l'Agence Régionale de la Santé afin de répondre aux difficultés d'accès aux soins difficile en raison notamment de l'insuffisance de l'offre en infirmières libérales. Couvrant le nord du département, ce réseau de soins infirmiers et d'aide intervenant auprès de personnes âgées en situation complexe afin de favoriser l'accès aux soins infirmiers et aux aides à la vie quotidienne pour les personnes handicapées, malades ou dépendantes afin qu'elles puissent vivre à leur domicile dans des conditions de qualité.*

*C'est dans le cadre de l'évolution des politiques publiques en faveur des réseaux de santé que des rapprochements organisationnels entre les réseaux de santé ont été réalisés par les acteurs sociaux de l'actuelle plateforme de coordination. En 2002, ce réseau de la douleur évoluant en structure de la douleur chronique (SDC) interétablissement et réseau de santé d'appui aux soins primaires : Réseau Douleur / Plateforme de Santé, dans le cadre d'un projet plus large de création d'un GCS Maison des réseaux de santé pour l'ensemble du département.*

*Au sein de cette nouvelle entité, le réseau douleur a pu continuer la partie de ses activités dédiées au réseau ville-hôpital, comme antenne de proximité au sein du GCS des réseaux de santé et le réseau de soins infirmier devenant une seconde plateforme de proximité en santé (antenne de proximité) (Source : recherche documentaire, documentations institutionnelles, publications scientifiques des acteurs).*

---

#### ***Exemple d'un dispositif de coordination issu d'un réseau ville-hôpital***

---

*« L'histoire a fait que cela fait des années qu'il y a des coopérations qui existent sur le territoire : 2000 le réseau, 2004 le CLIC, 2009 la plateforme, 2011 la MAIA. Ça fait des décennies que les partenaires collaborent. Y compris la naissance du réseau de santé qui est né de la collaboration entre les libéraux et l'hôpital local, qui a eu grâce à ça des lits en hospitalisation de jour. Là encore, cela laisse des traces, car cette collaboration est inscrite dans le marbre à cause de ça (...). La situation actuelle est que nous sommes à la fois CLIC, réseau de santé gériatrique, MAIA, plateforme de répit, et évaluateur pour le compte de la CARSAT, et qu'on porte des postes de chargés de mission pour améliorer la qualité des services d'aide à domicile public. (...) Donc maintenant, c'est une seule entité juridique, administrative, avec un Conseil d'Administration revisité, qui fait la place à tous les acteurs du territoire (...) ».*

***Directeur/pilote de dispositif d'appui à la coordination.***

---

#### ***Exemple d'un dispositif de coordination issu d'un centre hospitalier***

---

<sup>50</sup> Renaud et al. 2006.

<sup>51</sup> Doctorante 2017-2018.

<sup>52</sup> C. Polonio, S. Law de Lauriston 2019.

<sup>53</sup> Conseil Général de l'Isère.

---

« Nous avons d'abord été un réseau de santé porté par une association, puis par un groupement de coopération sanitaire (...). Ce qui est important, c'est qu'on était d'emblée situés dans la dynamique du travail en réseau, qu'on était vraiment dans une démarche qualité permanente, puisque chacune des thématiques du groupement dispose d'un comité de suivi ville/hôpital et avec des experts qui 3 fois par an se réunissent pour vérifier ce que l'on fait, ce que l'on produit, l'évolution, les redondances, parce que le paysage de l'offre change. (...) Sur ce territoire-là, tout le monde est dans le groupement. »  
**Médecin responsable d'un dispositif de coordination.**

---

#### **Exemple d'un dispositif de coordination issu d'un réseau de santé gériatrique**

---

« Sur notre territoire, le réseau gérontologique, existant depuis 2005, avait œuvré sur le terrain depuis de longues années, accompagnant les professionnels de soins primaires. Il a été promu par les acteurs (dont les acteurs de soins primaires) afin de co-porter le dispositif avec le service des personnes âgées et des Personnes handicapées du Conseil Départemental, qui est un CLIC. Ensuite, notre territoire a fait partie de la première vague de l'expérimentation du programme PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie), débuté courant 2013 et mis en place de façon opérationnelle depuis octobre 2014, avec une extension territoriale en 2016. Forts de la modélisation de la méthode auprès des personnes âgées, les acteurs au sein du dispositif construisent aujourd'hui l'élargissement de leurs missions vers celles d'une Plateforme territoriale d'appui. »  
**Médecin directeur d'un dispositif territorial d'appui.**

---

#### **Exemple d'une plateforme de coordination issue du 1er recours 54**

---

« Le développement de notre dispositif de coordination date des années 1980. (...) Ce développement s'est focalisé sur l'enjeu du développement du projet de santé afin de produire du collectif par la construction d'organisation intersectorielle sanitaire et sociale, grâce à un travail sur les pratiques professionnelles.

(...) D'abord, de manière informelle, nous avons travaillé à partir des besoins du médecin traitant grâce à un travail de terrain avec les CCAS, les travailleurs sociaux de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), des services de la Mairie, des cliniques mutualistes et les professionnels de santé du territoire, les travailleurs sociaux de ville et du Conseil Départemental, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), les CLIC, les CCAS, et les réseaux de santé. (...)

Grâce à ce travail, ces réunions ont concerné la mise en place de parcours de santé pour les réseaux de santé du territoire. Puis, les réseaux ont travaillé aux parcours de santé grâce à des réunions entre la ville / l'hôpital / les MSP / les URPS. (...)

Aujourd'hui, les réseaux fusionnent au sein d'une Plateforme territoriale d'Appui et un projet d'innovation organisationnelle concernant le parcours complexe des enfants en situation d'obésité a été proposé et accepté à la CPTS du territoire. »

**Médecin généraliste, coordonnateur de dispositif d'appui à la coordination.**

---

Outre la grande diversité des stratégies dont les acteurs font preuve pour faire face au risque de disparition et assurer la pérennité de leurs missions et activités, l'ensemble des dynamiques territoriales décrivent une dynamique spatiale de type centre/périphérie. Une nouvelle dynamique spatiale émerge à la marge jusqu'à devenir progressivement une nouvelle organisation instituée au sein du contexte spatial des acteurs.

On observe également que les dispositifs de coordination « experts » émergent dans chacun des cas de figures, d'espaces culturels spécifiques, témoignant d'une grande diversité des contextes culturels d'émergences de nouvelles organisations territoriales.

---

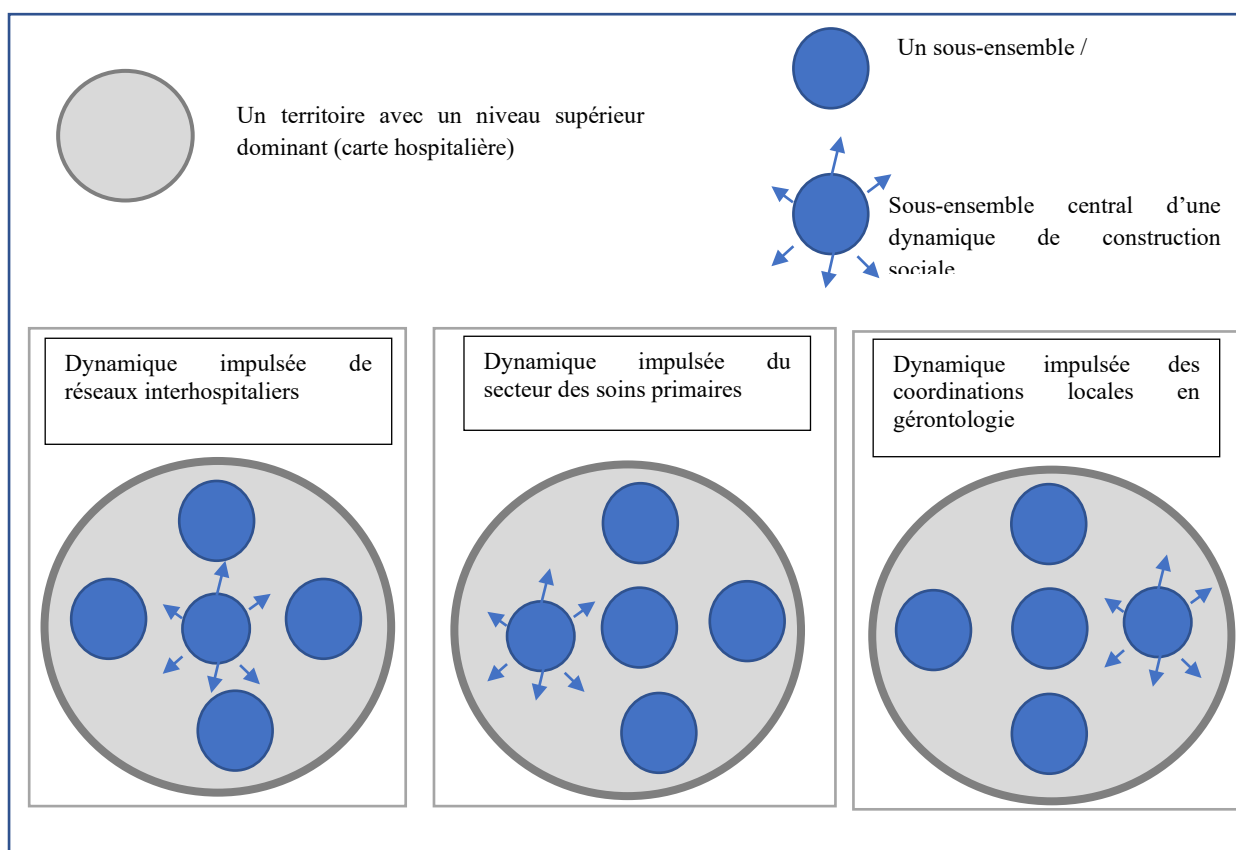
<sup>54</sup> Doctorante 2020.

Cette pluralité des acteurs identifiés contraste avec l'homogénéité juridique et discursive du terrain de recherche, caractérisé par un cadre unique et homogénéisateur des politiques actuelles d'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé.

Les dynamiques territoriales de chacune des plateformes de coordination montrent que les capacités d'action et projets de ces dispositifs de coordination « experts » se révèlent être issues d'un contexte spatial à chaque fois spécifique.

L'expérience acquise des dispositifs et plateforme de coordination a permis le développement d'une grande variété de pratiques relatives à la circulation des informations au sein d'un système localisé de services d'aide et de soins. Ces pratiques ayant très tôt été traduites au sein de divers systèmes d'information au sein des territoires locaux. La diversité des pratiques informationnelles observée met en évidence des activités sociales de coordination consistant à centraliser différentes sources de données afin de les partager entre différents acteurs, autour du parcours des patients.

Figure 14 : Première modélisation des lieux de construction sociale d'activités de coordination (source doctorante, d'après le principe de Reynaud, Grataloup 2006).



### 6.1.1.3 Des acteurs pionniers de l'utilisation des données

D'abord, les résultats mettent en évidence pour les six territoires observés, d'une part que le partage d'information est au cœur des activités des dispositifs et plateformes de coordination étudiée, mais également que l'utilisation des données et la mise en place de dossiers partagés précèdent les politiques de numérisation organisations de santé. Ces organisations fortement territorialisées se révèlent donc être pionnières en matière d'utilisation des données.

Les verbatims présentés ci-après, avec le déploiement institutionnel des SNAC, permettent de comprendre que pour ces organisations, le partage d'information relève plus de pratiques info communicationnelles spécifiques que d'une récente politique de transformation numérique du système de santé associé à la généralisation croissante de la recherche d'une automatisation des flux de données de santé. Ainsi, les dynamiques territoriales étudiées apparaissent comme pionnières en matière d'utilisation, de circulation, d'échange et de partage des données.

#### 6.1.1.3.1 *Un levier essentiel pour la structuration sociale des dynamiques territoriales*

Les résultats montrent également le rôle important que les acteurs sociaux accordent aux données dans la structuration sociale des dynamiques territoriales des plateformes et dispositifs de coordination.

L'échange et le partage d'information apparaissent ici comme au cœur des activités de coordination des parcours de santé complexe. Il s'agit précisément pour les acteurs observés, de mémoriser, gérer et traiter un flux important d'informations dans le but d'apporter les éléments de réponse et le cas échéant de permettre un passage de relais, grâce à la mise en place selon les territoires, de fiche de liaison ou bien de dossier informatique qui centralise les informations.

Dans l'ensemble des territoires observés, le début d'un parcours de santé complexe correspond à un partage d'informations entre acteurs et professionnels de santé dans un même territoire ainsi qu'à la structuration d'activités de coordination sociale. Les acteurs sociaux des plateformes de coordination étudiées se caractérisent donc par une conception élargie de la circulation des informations entre les acteurs de leur territoire d'intervention.

Les verbatims ci-dessous, montrent que le sens de ces organisations repose sur une attention particulière pour le partage, la centralisation, l'organisation et le partage des informations recueillies lors de n'importe quel contact concernant la situation individuelle d'une personne.

#### *Verbatim d'un directeur de plateforme de coordination<sup>55</sup>*

---

*« Le sens de notre organisation est que l'information recueillie à un endroit soit gérée et traitée afin d'apporter les éléments de réponse et, s'il y a nécessité, de permettre un passage de relais, avec le dossier informatique qui centralise les informations. Ensuite, nous souhaitons également éviter les multiples sollicitations auprès des professionnels, des usagers et de leurs familles. Enfin, comme nous travaillons au sein d'un réseau d'acteurs, nous avons besoin de partager ces informations avec l'ensemble des professionnels qui interviennent quotidiennement avec les usagers. Afin que chaque situation auprès de laquelle nous intervenons puisse être structurée, coordonnée collectivement, les informations que nous avons au niveau du CLIC ou de la PTA doivent pouvoir être partagées lorsque cela est utile avec l'infirmière libérale, le médecin, le SSIAD, le SAAD ».*

*« Dans ce processus, notre rôle est d'être un facilitateur pour la transmission des informations. Nous assurons un rôle de communicant, situé à l'interface de l'ensemble des acteurs de l'aide et de soin. »*

---

La perspective esquissée dans le verbatim ci-dessus, donne une épaisseur organisationnelle aux pratiques info communicationnelles identifiables au sein des dispositifs et plateformes de communication étudiés. Cette épaisseur info communicationnelle se vérifie pour chacune des dynamiques territoriales observées, nous le retrouvons également dans les verbatims d'un autre directeur de plateforme de coordination.

---

<sup>55</sup> Gheller et Pousse 2020.



---

*« Parce qu'en fait, on ne voit pas les patients. Donc pour 90 % des patients, on travaille à partir des informations transmises des réunions avec les équipes hospitalières, avec lesquelles nous travaillons sur un parcours. »*

*« Donc on a tout un montage de dossier qui se met avant la sortie d'hospitalisation, où nous définissons comment nous allons organiser la circulation de l'information, à quel jour ? Sous quels délais nous recevons l'information pour organiser la sortie ? Quel est le protocole de soins ? Quelles sont les conduites à tenir ? Et quels sont les suivis que l'on doit mettre en place au domicile ? Donc ça, c'est le volet projet. Là-dedans, on ne voit jamais le patient, on reçoit un fax, allez, x jours avant. »*

*« L'hospitalier a rencontré le patient, l'infirmier en interne a récupéré des informations, il lui a donné une information et a recueilli le consentement du patient pour le partage d'information, et nous récupérons les informations sur les soignants qui s'occupent de lui. À ce moment-là, quand nous recevons l'information, soit il n'y a pas de soignants clairement identifiés, on fait une recherche, donc on sécurise la sortie. À ce moment-là après, un courrier part automatiquement auprès du patient, pour savoir comment s'est organisée cette sortie. Donc on reçoit un retour qualitatif sur comment sa sortie a été organisée au domicile et sur la qualité des soins. »*

---

Les dynamiques territoriales sont étroitement associées à une meilleure utilisation des données par les acteurs sociaux engagés dans la constitution d'organisation d'interface. La circulation des données se révèle être l'un des principaux leviers au cœur des interactions et des relations interpersonnelles en situation de travail.

#### *6.1.1.3.2 Une complexification des médiations*

L'existence d'espaces d'interaction informationnelle de proximité traduit la volonté des acteurs d'instaurer des espaces de concertation territoriale aptes à déployer de nouvelles formes d'évaluation et de jugements pratiques entre pairs, fondés sur la construction d'un langage commun et d'un sens partagé, afin de dépasser les cloisonnements par la convergence des représentations individuelles vers une représentation collective du sens donné à l'action.

Ces médiations et intermédiations correspondent pour chacun des territoires à la matérialisation d'échange d'information situés, c'est-à-dire en lien étroit avec le contexte local des professionnels, des patients et de leurs entourages.

L'ensemble de ces pratiques relatives à la centralisation, la synthèse et la circulation des données, permettre aux acteurs sociaux des plateformes et dispositifs de coordination, d'acquérir une légitimité, leur conférant une « confiance organisationnelle » des professionnels et services d'aide et de soins du territoire et les dotant d'une capacité collective pour développer une diversité d'activités de coordination sociale. La meilleure utilisation des données aboutit donc à des processus de complexification des espaces d'interaction sociale et au développement d'une diversité d'activités de coordination sociale associée à une complexification des médiations et intermédiations les reliant (affordance).

---

*« La structuration du partage d'information entre les acteurs s'est toujours appuyée sur la stabilisation et le partage des informations, dont la forme n'a cessé de s'adapter aux évolutions des outils numériques déployés dans notre territoire. Nous avons débuté par l'élaboration de projet personnalisé, d'abord sur papier, puis de façon dématérialisée et nous travaillons désormais sous la forme d'alertes communiquées en temps réel dans le nouveau dossier de parcours partagé de Nouvelle-Aquitaine. »*

---

#### *L'exemple des systèmes d'information partagés de parcours*

---

*« C'est un système d'information qui permet de mettre à disposition de l'information et de partager de l'information dans le cadre de l'accompagnement à domicile des personnes âgées en situation de fragilité et de complexité. »*

*« Les personnes âgées reçoivent en mode papier leur projet personnalisé de santé, elles n'ont pas accès au système d'information, mais en tout cas, elles le lisent et nous font des retours. Pour les professionnels, on a un bon retour de ceux qui s'y connectent. »*

*« Ça a fait évoluer l'accompagnement, ça a fait évoluer l'interfaçage de tous les professionnels au service des personnes en situation complexe. Ça a dynamisé tout le territoire, je pourrais dire. Créer des procédures communes, des façons de fonctionner, mieux se connaître, mieux se reconnaître, mieux fonctionner et savoir où trouver l'information. »*

*« Il s'agit d'une évolution de nos pratiques. Puisqu'on n'est plus en silo, on n'est plus sur un système d'information métier, on est sur un système d'information partagé et donc du coup c'est quelque chose d'extrêmement enrichissant, qui gagne du temps, qui peut prendre de l'énergie au départ, mais une fois que c'est habituel dans nos pratiques, c'est quelque chose d'extrêmement utile. »*

---

#### *L'exemple du partage d'événement de parcours*<sup>57</sup>

---

*« Nous travaillons désormais sous la forme d'alertes, communiquées en temps réel dans le nouveau dossier de parcours partagé de Nouvelle-Aquitaine. Dans ce processus, notre rôle est d'être un facilitateur pour la transmission des informations. Nous assurons un rôle d'hyper communicant, situé à l'interface de l'ensemble des acteurs de l'aide et de soin. »*

---

#### *L'exemple des difficultés d'interopérabilité sur un territoire de proximité*

---

*« Je pense qu'on est encore à la préhistoire du système d'information, j'espère que l'on va avancer. Alors là on a le groupement de coopération sanitaire télésanté, qui nous promet des choses. Mais cela fait deux ans qu'on essaie d'expérimenter le DMP, mais cela ne marche pas donc on a nos outils à nous. Heureusement. »*

*Mais j'espère que va u avoir vraiment des outils coopératifs qui vont pouvoir se mettre en place sur les territoires. Vraiment. Vous voyez, c'est pareil, l'hôpital avait fait le choix d'un système d'information et finalement j'apprends que c'est celui de l'établissement support qui a été retenu. Donc finalement tout le travail qui a été fait, c'est des années de boulot, s'il faut tout recommencer à zéro, c'est fini ».*

---

---

<sup>56</sup> Gheller et Pousse 2020.

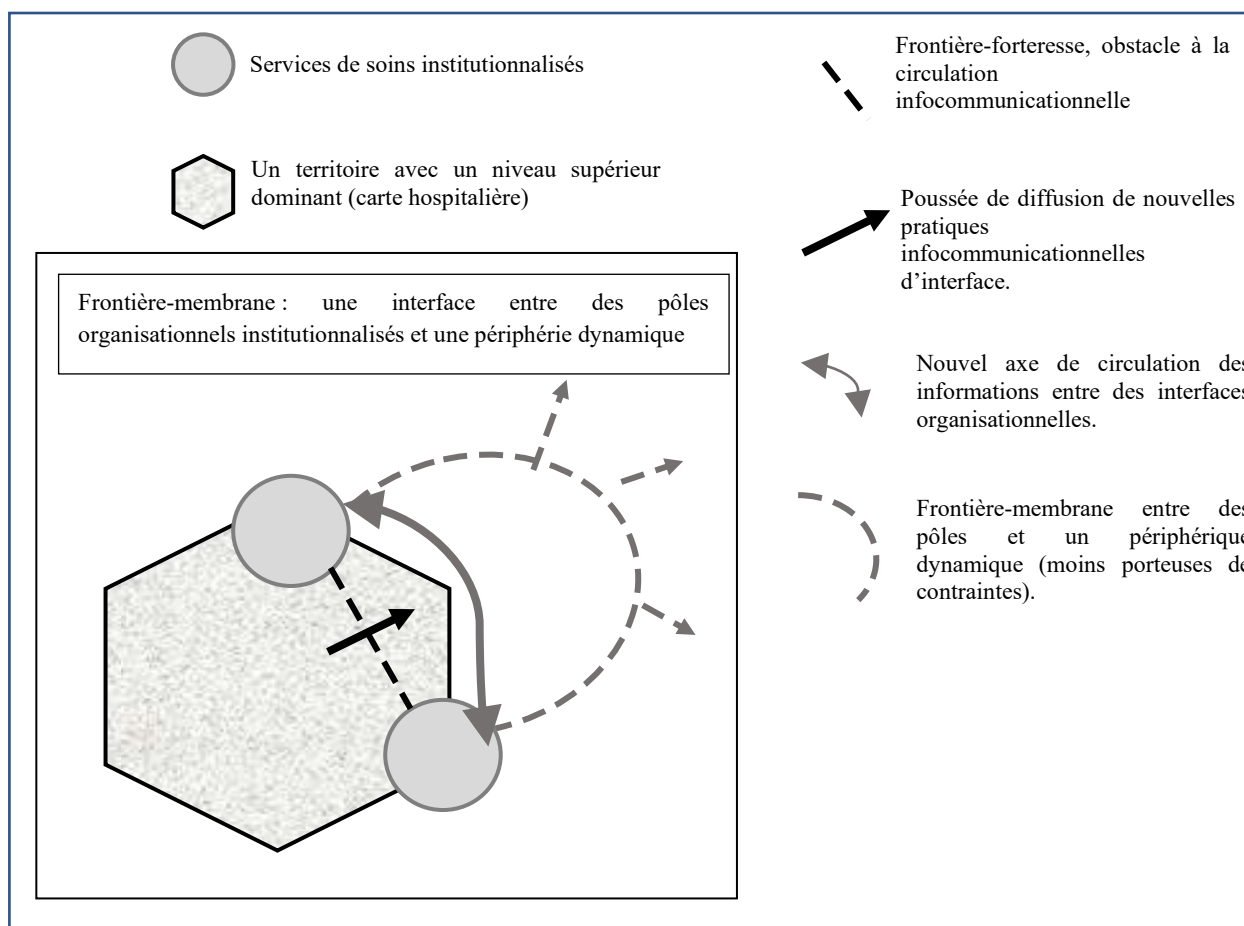
<sup>57</sup> Gheller et Pousse 2020.

Dépassant la dimension formelle des structures juridiques relatives à la coordination et à l'intégration en santé, on constate que les dynamiques de construction ainsi illustrées ont pour caractéristique commune la création de processus de changements, aboutissant à la mise en œuvre de connexion entre une diversité d'acteurs de l'aide, du soin, de l'orientation et de la coordination.

Ces processus se concrétisent par des pratiques interactionnelles durables et cumulatives entre les acteurs et le dispositif de coordination, conférant aux dispositifs de coordination des automatismes globaux de fonctionnement matérialisés par des stratégies, logiques d'actions et communication spécifiques.

L'ensemble de ces pratiques (réseaux d'acteurs, ajustement organisationnel en situation de travail, intentionnalité portée sur le territoire) ont permis de construire une légitimité collective ainsi que de développer des coordinations des parcours de santé complexe. Ainsi, les résultats montrent que la diffusion continue du numérique conduit à proposer de nouvelles modalités d'interaction et de supports médiatiques au sein des territoires locaux, ainsi qu'à une évolution des logiques de positionnement spatial des différents acteurs sociaux en présence (logique de décloisonnement versus logique de spécialisation), ainsi qu'à des logiques de positionnement au niveau local, régional et national.

**Figure 15 : Modélisation des espaces d'interface infocommunicationnels : de la frontière-forteresse à la frontière-membrane (source : d'après le principe de Reynaud, Grataloup 2006).**



## 6.1.2 Évolutions récentes : vers de nouveaux espaces info communicationnels localisés

### 6.1.2.1 Pluralité de l'écosystème territorial des parcours de santé

Depuis principalement l'instauration de la Loi de Finances de la Sécurité sociale en 1996<sup>58</sup>, l'État et ses services déconcentrés mettent en œuvre de nouvelles stratégies pour développer la coordination des parcours de santé, la coopération entre professionnels et le développement des technologies numériques dans les territoires, afin de faire évoluer le système de santé.

Ces évolutions législatives se traduisent notamment dans le secteur de la santé, au sein duquel les dispositifs et plateformes de coordination se sont constitués sous la forme d'organisation innovante et en réseau depuis les années 1990. Ces réseaux de santé se sont situés depuis leurs apparitions à la frontière de multiples cloisonnements entre les professionnels de santé libéraux, la médecine du travail, les établissements de santé, les centres de santé, les services sociaux ou médico-sociaux.

Ces nouveaux services de santé se sont d'abord constitués à partir de logiques informelles, face à l'apparition de nouvelles problématiques et enjeux de santé publique tels que le Sida ou le grand-âge. Les logiques de leurs structurations ont progressivement évolué vers des dispositifs expérimentaux, puis institutionnels. Historiquement et anciennement les coordinations locales en santé, mais aussi les ateliers santé ville, se sont attachés à promouvoir un accompagnement transverse aux dispositifs de droits communs, le développement des pratiques pluri et interdisciplinaires ainsi que le décloisonnement des différents secteurs de la santé et du social par la coordination des différents acteurs autour des situations de vie. Il s'agit de différentes formes d'organisation en réseau, portées par différentes politiques publiques et déployées inégalement en fonction des territoires.

En 2002, les dispositifs et plateformes de coordination ont bénéficié d'une reconnaissance institutionnelle, en tant que nouvel acteur du système de santé. Au même titre que les établissements de santé et les professionnels libéraux, le législateur leur a donné un cadre juridique, celui des réseaux de santé. L'institutionnalisation de ce nouveau service de santé dans le paysage législatif, constitue un acte de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, avec pour mission de « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge (...) adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins »<sup>59</sup>.

Plus récemment, en 2019, le législateur inscrit la coordination comme une mission commune à l'ensemble des acteurs de la santé, la loi Hôpital Patient Santé et Territoire<sup>60</sup>. Dans le même temps, la logique des parcours de santé tend à s'imposer progressivement à l'ensemble des domaines des pratiques et de l'organisation des soins.

En 2013, les réseaux de santé représentent encore une réalité sociale, comprenant 613 structures réparties sur l'ensemble du territoire national et financées à hauteur de 157,8 millions d'euros<sup>61</sup>. Par ailleurs, l'État et ses services déconcentrés mettent en œuvre de nouvelles stratégies pour développer la coordination des parcours de santé, la coopération entre professionnels et le développement des technologies numériques dans les territoires, afin de faire évoluer le système de santé.

Dès 2004, l'Assurance Maladie propose une définition du parcours de soins coordonnés qui a pour but « d'améliorer l'accès, la qualité et l'organisation des soins dans leurs différentes dimensions ; d'organiser des réponses aux besoins de soins ; de mieux articuler les différents acteurs de santé (premier et second recours /

---

<sup>58</sup> Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997. JORF n°303.

<sup>59</sup> Code de la Santé Publique Article L6321-1. En

ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036516228](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036516228)

<sup>60</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167.

<sup>61</sup> Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes (2013) Rapport d'activité 2013. Fonds d'intervention régional (FIR).

ville-hôpital, etc.), de maintenir à domicile des personnes en situation complexe ; de développer des activités de prévention et de dépistage, de contribuer à l'attractivité et à la réduction du sentiment d'isolement de certains professionnels de santé. »<sup>62</sup>

Dès 2012, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) propose une définition des parcours de santé. Selon ce service interministériel « les parcours de santé correspondent aux parcours de soins articulés en amont avec la prévention primaire et sociale et en aval avec l'accompagnement médico-social et social pour permettre le maintien ou le retour à domicile. »<sup>63</sup>

Ainsi, le parcours de santé « se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. »<sup>64</sup>

Ensuite, en 2014, la Haute Autorité de Santé formule à son tour une définition. Selon cette agence, « les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Les parcours de santé visent : la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à tenir compte des spécificités géographiques de chaque territoire et à concourir à l'équité territoriale. »<sup>65</sup>

Selon la Haute Autorité de Santé, les objectifs des parcours de santé visent à : « promouvoir une approche globale au plus près du lieu de vie ; coordonner les différentes composantes sanitaires, médico-sociales et sociales ; assurer un juste enchaînement des compétences médico-sociales, mais aussi sociales ; développement des actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations »<sup>66</sup>.

Dans la perspective de la structuration progressive du champ législatif des parcours de santé, le législateur inscrit dans le code de la santé publique la définition d'un parcours de santé complexe : « le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. » Précisant que « le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient. »<sup>67</sup>

Le cadre ainsi défini par le législateur comporte également des évolutions significatives concernant les modes de gouvernance de l'organisation des parcours de santé. Le cadre législatif affirme donc le principe d'une gouvernance partagée entre l'État, les Agences Régionales de la Santé et les collectivités territoriales<sup>68</sup>.

La législation prévoit que le directeur général de l'ARS consulte les élus sur l'organisation territoriale des soins au moins une fois par an. De même, les élus peuvent inscrire une question à l'ordre du jour et solliciter

---

<sup>62</sup> (17/08/2004) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF 0190. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>

<sup>63</sup> Les Agences régionales de santé (2016) Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. p. 24. 90 pages. En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)

<sup>64</sup> Les Agences régionales de santé (2016) Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers. Lexique des parcours de A à Z. p. 60. 90 pages. En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11\\_lexique\\_vf.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf)

<sup>65</sup> Code de la Santé Publique Article 6327-1. En ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886469/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886469/)

<sup>66</sup> Haute Autorité de la Santé (2014) Certification V2014. Parcours du patient en V2014. En ligne : [https://has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974541/en/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014](https://has-sante.fr/jcms/pprd_2974541/en/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014)

<sup>67</sup> Code de la Santé Publique Article L. 6327-1. En ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031918984/2016-01-28](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031918984/2016-01-28)

<sup>68</sup> Code de la Santé Publique Article L1434-15. En ligne : [https://www.circulaires.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038835928](https://www.circulaires.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038835928)

l'organisation d'une réunion spécifique « lorsque les circonstances le justifient »<sup>69</sup>. Et enfin, la présence du délégué territorial de l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT) est requise<sup>70</sup>.

### 6.1.2.2 Secteur des soins primaires : un renforcement de l'application du principe de parcours de santé

L'organisation du système de santé à partir du principe de parcours de santé est d'abord une réforme de l'Assurance maladie menée en 2004<sup>71</sup>, qui institue le principe du médecin traitant comme pivot du parcours de soins coordonné. Si cette réforme garantit toujours le principe fondamental du libre choix du médecin traitant dans le système de santé français, elle pose les bases du principe de prise en charge globale des patients, surtout pour ceux atteints d'une maladie chronique. Cette évolution est étroitement associée au principe de partage d'information entre les professionnels de santé et au développement du Dossier Médical Personnel (DMP), notamment dans un souci de la possibilité d'une synthèse par le médecin traitant des différentes prises en charge, à différents moments du parcours de santé des patients<sup>72</sup>.

Le médecin traitant a donc pour responsabilité de donner aux patients les informations sur la permanence des soins et avec l'accord du patient, de renseigner le DMP, concernant le volet prévention, l'ensemble des données pour assurer le suivi dans le temps et de disposer des informations médicales nécessaires aux soins, ainsi que d'en garantir la sécurisation des partages et des échanges<sup>73</sup>.

Ces évolutions sont renforcées avec la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire du 21 juillet 2009, qui en plus d'être une réforme de l'hôpital institue pour la première fois dans le Code de la Santé publique un cadre légal pour la notion de premier recours. La notion de premier recours permet de renforcer le cadre législatif du virage ambulatoire. Elle définit les principaux besoins en ressources de proximité pour assurer une prise en charge globale et coordonnée des patients en lien avec leur médecin traitant.

#### Cadre législatif de l'organisation des soins de premier recours <sup>74</sup>

---

*« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en matière de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. »*

*Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7.*

Ils comprennent :

- 
- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
  - La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
  - L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
  - L'éducation pour la santé. »
- 

*« 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. »*

---

<sup>69</sup> Précédemment cité

<sup>70</sup> Précédemment cité

<sup>71</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF 0190. En ligne: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/>

<sup>72</sup> Précédemment cité

<sup>73</sup> Précédemment cité

<sup>74</sup> Code de la Santé Publique Article L1411-11. En

ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930722/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722/)

1. Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
  - a. Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
  - b. S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
  - c. Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
  - d. S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
  - e. Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
  - f. Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
  - g. Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

Il apparaît donc que l'organisation des parcours de santé est donc directement associée à un déplacement de l'organisation des soins de l'hôpital vers le premier recours et les soins primaires avec d'une part le principe de médecin traitant, pivot du parcours de soins coordonné et d'autre part l'organisation progressive d'un panier de service en premier recours.

Depuis la loi Hôpital Patient Santé et Territoire parue en 2009, l'évolution du rôle de coordinateur du parcours de soins du médecin généraliste est soutenue par plusieurs dispositions définies notamment dans le cadre des relations conventionnelles entre les syndicats des professionnels de soins primaires et la CNAMTS<sup>76</sup>.

Le cadre conventionnel réglementant les relations entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux<sup>77</sup>, dont la mise en place a été progressive jusqu'en 2019 prévoit différents financements destinés à permettre l'organisation d'activités, services et ressources en premier recours, identifiées comme nécessaires à la réalisation effective des missions de coordination des parcours de santé en soins primaires. Il s'agit de la revalorisation des consultations longues et complexes pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques ainsi que la création de consultations de parcours, et également du financement de forfait relatif à la participation à des activités pluridisciplinaires d'une part et à l'organisation territoriale des services de santé d'autre part.

Ces consultations correspondent à la prise en charge, dans le cadre du parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ou à des situations cliniques comprenant un fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention ...). Enfin, la convention couvre également une liste de consultations à forts enjeux de santé publique telle que :

---

<sup>75</sup> Code de la Santé Publique Article L. 4130-1. En

ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031928438/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438/)

<sup>76</sup> HPST (22/07/2009) LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167

<sup>77</sup> Assurance maladie (2016) Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. Version consolidée en septembre 2020. 191 pages. En ligne : <https://www.ameli.fr/content/convention-nationale-organisant-les-rapports-entre-les-medecins-liberaux-et-l-assurance-maladie-signee-en-2016-version-consolidee-au-16-mars-2018>



« Les consultations de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans,

Les consultations de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité,

Les consultations pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat,

Les consultations réalisées pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28<sup>e</sup> jour de vie, par un pédiatre. »<sup>78</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, la convention prévoit le financement de nouvelles consultations longues et complexes, des consultations très complexes, des rémunérations forfaitaires pour le suivi au long court et des consultations de télémedecine. Par ailleurs, elle valorise également diverses activités en lien avec la coordination des parcours de santé, telles que la participation aux réunions pluridisciplinaires au domicile ou en cabinet ainsi que les indemnités kilométriques afférentes.

- **Consultations longues et complexes**<sup>79</sup>

La cotation des consultations longues et complexes par le médecin généraliste concerne quant à elles les consultations réalisées par le médecin traitant, au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative, les consultations d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque et les consultations de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité.

*Figure 16 : exemples de consultations longues et complexes en soins primaires selon la convention médicale de l'Assurance maladie signée en 2016*

- Suivi des patients atteints de maladies chroniques ou en situation de précarité,
- Implication dans les prises en charge coordonnées et pluridisciplinaires,
- Accompagnement des parcours complexes,
- Prise en charge médico-sociale si nécessaire, la résolution de problème lié à l'accès aux droits, etc. (par l'internalisation des ressources ou le recours à des structures d'appui et de coordination externalisées)
  
- Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant
- Consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque
- Consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité

---

<sup>78</sup> Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie (2016). Article 28.3.1. Article modifié par l'avenant n°2 signé le 8 février 2017 et publié au Journal Officiel du 29 avril 2017. P 108-109. 191 pages. En

ligne : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte\\_conventionnel\\_version\\_consolidee\\_avenant\\_8.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte_conventionnel_version_consolidee_avenant_8.pdf)

<sup>79</sup> Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie (2016). Article 28.3. p. 116. 191 pages. En

ligne : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte\\_conventionnel\\_version\\_consolidee\\_avenant\\_8.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte_conventionnel_version_consolidee_avenant_8.pdf)



- Consultations très complexes<sup>80</sup>

La cotation des consultations très complexes par le médecin généraliste correspond quant à elles à une prise en charge particulièrement difficile et complexe et ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charge. Il s'agit par exemple des consultations initiales d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, des consultations initiales d'information et d'organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH, des consultations initiales d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie.

« Ces consultations sont fléchées sur un certain nombre de pathologies ou motifs de consultation définis par l'Assurance Maladie, pour des tarifications de 46, 50 et 70 euros<sup>81</sup>. »

Elles correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe, ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charge.

*Figure 17 : exemples de consultations longues et complexes d'après la convention en soins primaires selon la convention médicale de l'Assurance maladie signée en 2016*

- Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC, couple dans le cadre de la stérilité, neurologie, oncologie,
- Pour les pédiatres, enfants présentant un handicap grave, enfants grands prématurés et atteints d'une maladie congénitale grave.
- Consultation initiale d'information des patients et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer, de maladie en neurologie grave ...
- Consultation initiale d'information et de mise en place des cas d'infection médicale VIH.
- Réunion de synthèse pour les maladies rénales chroniques terminales, graves
- Consultation concernant le suivi des cancers et des maladies neurodégénératives en situation complexe.

Au regard des échanges réalisés auprès d'une direction de CPAM<sup>82</sup>, le terme « notamment », utilisé dans le texte conventionnel, ne relève pas d'une terminologie limitative en droit administratif. Par exemple, s'il n'est pas mentionné explicitement des soins palliatifs, le champ couvert est extrêmement large, car l'objet des consultations visées est de poser lors d'une consultation dédiée un plan d'action pour le patient. En théorie, ces consultations peuvent donc concerner une grande partie de réunions de concertation pluriprofessionnelles au chevet du patient ou au cabinet, auxquelles les réseaux apportent un appui et des expertises.

Toutefois, les pratiques effectives observées dans les cabinets de médecine générale auprès de plusieurs médecins généralistes tendent à montrer que ces nouvelles cotations sont surtout utilisées concernant une liste de pathologies ou de motifs de consultation, exclusivement spécifiés dans la nomenclature.

---

<sup>80</sup> Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie (2016). Article 28.3.1. Article modifié par l'avenant n°2 signé le 8 février 2017 et publié au Journal Officiel du 29 avril 2017. En ligne : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte\\_conventionnel\\_version\\_consolidee\\_avenant\\_8.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte_conventionnel_version_consolidee_avenant_8.pdf)

<sup>81</sup> Assurance maladie (2017) Convention médicale 2016. Facturation : ce qui change au 1er novembre 2017. En ligne : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/346696/document/convention\\_medicale\\_2016\\_-\\_nouveaux\\_codes.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/346696/document/convention_medicale_2016_-_nouveaux_codes.pdf)

<sup>82</sup> Compte-rendu des échanges en annexe.

- Valorisation de l'implication dans le travail pluridisciplinaire et le recours aux services de coordination et d'appui <sup>83</sup> :

Pour mieux prendre en compte toutes les dimensions dans la place du médecin traitant dans le suivi des patients et la coordination autour des patients, les rémunérations forfaitaires valorisent le suivi au long cours des patients, le recours à de nouveaux services pour une prise en charge coordonnée et l'implication dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné.

Il s'agit de valoriser l'implication au sein de démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné, ce qui peut être justifié par la participation d'un médecin à une MSP, une CPTS ou à au moins 4 réunions de concertation pluridisciplinaire par an. Il s'agit également de valoriser les médecins qui offrent certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients, telle que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire, la résolution de problème lié à l'accès aux droits, etc. ; précisant que les ressources mobilisées peuvent se trouver au cabinet du médecin, ou bien à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP).

*Figure 18 : exemples de valorisation du travail pluridisciplinaire et du recours aux services de coordination et d'appui en soins primaires selon la convention médicale de l'Assurance maladie signée en 2016*

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La participation à au moins 4 réunions de concertation pluridisciplinaire par an</li> <li>➤ Le recours à des services complémentaires à la prise en charge des patients, tel que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire, la résolution de problème lié à l'accès aux droits, etc.</li> <li>➤ La participation à un projet de coopération sur le territoire (MSP, CPTS, ESP, ...).</li> </ul> |
|--|

- Les missions d'organisation et de coordination de l'assistant médical <sup>84</sup>

Une nouvelle disposition met en place un financement spécifique sous critères d'attribution pour le financement d'une fonction d'assistant médical. L'objectif du financement de cette nouvelle fonction au sein des cabinets de médecine générale est de permettre de libérer du temps médical afin notamment de : « suivre un plus grand nombre de patients, mieux les prendre en charge et coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention. »<sup>85</sup>

Ce financement spécifique est accessible aux professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une, ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Ce dispositif d'assistance médicale vise à faciliter l'accès aux soins des patients en matière d'accès à un médecin traitant, l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés en ville, l'organisation des parcours des patients, la conduite de programmes de prévention (perte d'autonomie, canicule, maladie chronique, etc.).

<sup>83</sup> Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie (2016) Article 2.3 et 2.4. En ligne : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte\\_conventionnel\\_version\\_consolidee\\_avenant\\_8.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/texte_conventionnel_version_consolidee_avenant_8.pdf)

<sup>84</sup> Code de la sécurité sociale. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. JORF n° 0192. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038934376>

<sup>85</sup> Précédemment cité

Dans cette perspective, trois grandes thématiques d'intervention sont identifiées, et à adapter en matière de contenu aux besoins des médecins traitants. Il s'agit d'abord d'activités de nature administrative. Ces activités consistent en des missions sans liens directs avec le soin comme : l'accueil du patient, la création et la gestion du dossier informatique du patient, le recueil et l'enregistrement des informations administratives et médicales, l'accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, etc. Il s'agit ensuite des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation. Ainsi, l'assistant médical pourrait aider le patient à l'habillage, au déshabillage, à la prise de constantes, à la mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, les vaccinations, les modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques. Enfin, il s'agit de missions d'organisation et de coordination notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

### 6.1.2.3 Secteur de l'autonomie : vers des plateformes intégrées de services à domicile

La participation sociale et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie constituent des préoccupations essentielles de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Ces orientations se traduisent par une dynamique de transformation des politiques publiques en matière d'amélioration de l'offre médico-sociale, concernant en particulier, l'évolution du modèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces travaux ont donné lieu à la réalisation de différentes missions d'analyse et de prospective, engagées par notamment par la CNSA<sup>86,87</sup> mais aussi par l'Assemblée nationale.

La consultation citoyenne menée en 2019 témoigne des attentes des personnes âgées et de leurs aidants. Une meilleure combinaison des avantages du maintien à domicile avec ceux de la résidence en établissement à travers une offre d'accueil renouvelée et décloisonnée est souhaitée. La proximité entre les générations, avec des habitats intergénérationnels, ainsi que les petites structures d'accueil constituent également de fortes attentes.

Ces évolutions sociales, en matière de maintien à domicile des personnes âgées, préfigurent un nouveau statut d'établissements territoriaux, autorisés à délivrer une palette de services et à constituer ainsi des centres de ressources pour le grand âge.

#### **Figure 19 : proposition 46 de la concertation "Grand-âge et autonomie", mars 2019 :**

---

*« Créer d'un nouveau statut pour des établissements territoriaux pour personnes âgées qui recevraient une autorisation et un financement global pour délivrer une palette de services et constituer ainsi des centres de services et constituer ainsi des centres de ressources du grand âge.*

*Le secteur a fait preuve d'une grande capacité d'innovation en proposant des regroupements de services sous la forme d'EHPAD hors les murs ou de plateforme de proximité permettant à un opérateur de proposer des services qui relèvent aujourd'hui de structures et d'autorisations différentes (SAAD, SSIAD, hébergement permanent, temporaire, accueil de jour...).*

*Pour donner un cadre et favoriser ce type de pratiques, il est proposé de créer un nouveau type d'établissement social et médico-social baptisé « établissement territorial ». Ces structures relèveraient, dès leur création, d'un régime d'autorisation global. Cette proposition, qui rejoint les recommandations du rapport Fiat, permettrait de donner un cadre financier stable aux expérimentations en cours et permettrait la création de centres de ressources du grand âge sur chaque territoire proposant une palette complète de services y compris médicaux ou de télémédecine, en même temps qu'un cadre pour la professionnalisation des métiers du grand âge.*

---

<sup>86</sup> Démarche prospective du conseil de la CNSA, Chapitre 2 : Chez soi : l'approche domiciliaire, juillet 2019, 149 p.

<sup>87</sup> Bertillot Hugo, Rapegno Noémie (2018) Transformer l'offre médico-sociale ? Habitats "inclusifs" et établissements "hors les murs" : l'émergence d'accompagnements alternatifs pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Rapport de l'enquête exploratoire. Convention EHESP/ CNSA portant sur les transformations de l'offre de services et d'établissements pour les personnes âgées et handicapées. CNSA. En ligne : <https://www.cnsa.fr/documentation/250-rapegno-rapport-publiable.pdf>

En parallèle de cette mesure, les expérimentations devront être encouragées et soutenues dans le cadre de l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale (issu de l'article 51 de la LFSS pour 2018, modifié en LFSS pour 2019)<sup>88</sup>.

À moyen terme, les nouvelles orientations des politiques publiques visent à recentrer l'hébergement permanent en institution pour les personnes atteintes de troubles démentiels et à développer un nouveau modèle d'«EHPAD à domicile» ou « hors les murs ».

**Figure 20 : proposition n° 23 du rapport d'information de la Commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mars 2018 :**

---

*« Étendre les expérimentations d'« EHPAD hors les murs » en identifiant à cette fin un soutien financier dédié dans le budget de la CNSA.*

*L'EHPAD dispose également des ressources nécessaires pour coordonner et compléter la prise en charge des personnes âgées à domicile.*

*L'idée d'un « EHPAD hors les murs » s'inscrit en ce sens : elle doit permettre un niveau de prise en charge à domicile similaire à celui d'une prise en charge en établissement, en transposant les prestations traditionnellement fournies en EHPAD au domicile de la personne, tout en s'assurant de la pleine coordination des prestations fournies, ainsi que du contrôle de leur qualité.*

*Plusieurs expérimentations d'EHPAD « hors les murs » sont aujourd'hui en cours, et les rapporteuses ont pu en observer deux sur le terrain, au fonctionnement très différent, en milieu rural (le dispositif M@do en Corrèze) et en Île-de-France (à Sartrouville).*

*Pour les rapporteuses, l'EHPAD « hors les murs » est une solution très prometteuse, qui doit si possible s'appuyer sur des structures préexistantes. » 89*

---

Les expérimentations menées depuis 2018 orientent ces nouvelles modalités organisationnelles vers des plateformes de services d'aides et de soins, structurées à partir des SSIAD et des SAAD, avec un rôle prépondérant donné aux services numériques (maintien des liens sociaux et familiaux, participation citoyenne, veille constante à distance via la télémédecine et la télésurveillance, etc.).

Ces évolutions envisagées correspondent à de forts enjeux avec d'importants changements, tant pour les établissements que pour les territoires de santé et les usagers, en intégrant la dimension numérique des organisations et des services aux personnes. Il s'agit pour les établissements d'évoluer vers des lieux ouverts et centrés autour du parcours de vie des personnes en perte d'autonomie, intégrant leurs aidants professionnels et familiaux. Il s'agit pour les organisations territoriales d'intégrer de nouvelles formes de coopérations et de coordination de parcours de santé, avec un nouvel acteur de proximité, pivot du maintien à domicile.

---

<sup>88</sup> Libault, Dominique (2019) Concertation nationale Grand-âge et autonomie. Ministère des Solidarités et de la Santé. p. 76. 228 pages. En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

<sup>89</sup> Assemblée Nationale (2018) Rapport d'information n°769, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Commission des affaires sociales. En ligne : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769\\_rapport-information#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769_rapport-information#)

**Figure 21 : proposition n°24 formulée par la commission des affaires sociales relative à l'EHPAD, acteur pivot du maintien à domicile : « l'EHPAD à domicile » ou « hors les murs », mars 2018**

---

*« Les EHPAD doivent devenir le lieu du décloisonnement des parcours de santé et de soins et assumer leur rôle de carrefour entre l'offre médicale, médico-sociale et sociale.*

*Les établissements pourraient en effet proposer des services ouverts aux personnes extérieures, centrés à la fois sur l'accès aux soins via l'ouverture de consultations gériatriques spécialisées et sur la lutte contre l'isolement des personnes âgées grâce à l'organisation d'activités sociales ouvertes aux personnes extérieures à l'EHPAD. Pour que cette ouverture vers l'extérieur fonctionne, il est impératif d'équiper tous les EHPAD de véhicules adaptés : de nombreux EHPAD souhaitant s'ouvrir vers l'extérieur ont évoqué cet obstacle très concret lors des visites de terrain effectuées par les rapporteuses.*

*On peut également imaginer que l'offre de soins fournie par ces centres ne soit pas dédiée aux personnes âgées, mais que, dans certains territoires caractérisés par une faible densité médicale, elle puisse être ouverte à une population plus large. Les rapporteuses ont pu visiter à Massat, en Ariège, une maison de santé composée d'un cabinet médical, d'un cabinet de kinésithérapeutes et d'un cabinet d'infirmiers ayant la particularité d'être directement reliée à l'EHPAD, tout en étant ouverte aux patients venus de l'extérieur. De telles solutions, qui permettent d'améliorer la prise en soins des résidents tout en luttant contre la désertification médicale, doivent être encouragées.*

*Dans le cadre du développement de la télémédecine, les EHPAD pourraient également servir de relais et faire bénéficier de leurs équipements de télémédecine une patientèle beaucoup plus large. »90*

---

Ces nouvelles formes de maintien à domicile s'appuient sur le rôle du numérique pour renforcer des plateformes de services, le numérique constituant ainsi un levier de changement des organisations et de transformation des dynamiques territoriales.

**Figure 22 : liste indicative des territoires concernés par des projets de plateformes de service orientées vers « l'EHPAD » à domicile » ou « hors les murs » (Banque des territoires, 2020)**

Trois départements sont identifiés comme porteurs ou initiateurs de projet de plateforme de coordination :

- Isère (38) avec le projet Isère@Dom,
- Moselle (57) avec le projet de Plateforme numérique en faveur du bien vieillir et le département,
- Landes (40) avec un projet intitulé XL Autonomie.

Autres départements manifestant leur intérêt pour ce type de démarche

- Ardèche (07),
- Drôme (26),
- Loire-Atlantique (44),
- Mayenne (53),
- Haute-Savoie (74),
- Yvelines (78),
- Hauts-de-Seine (92),
- Val-d'Oise (95).

La concertation "grand-âge et autonomie" a également permis de repérer des initiatives locales, principalement déployées en grande proximité des habitants. Les principales organisations innovantes recensées ont trait à :

---

<sup>90</sup> Assemblée Nationale (2018) Rapport d'information n°769, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Commission des affaires sociales. En ligne : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769\\_rapport-information#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769_rapport-information#)

« La création « d'EHPAD hors les murs » ou de « plateformes de services » à partir des SSIAD et des SAAD du territoire visant à proposer un panel de services à domicile proche de celui proposé en EHPAD, incluant une veille constante à distance (...).

Le renforcement de liens entre l'hôpital et le médico-social, dans une logique de parcours. Certains EHPAD ont développé des places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation dans le cadre du projet Paerpa (...). De même, les ARS Bretagne et Pays de Loire ont favorisé la signature de conventions entre les centres hospitaliers et certains EHPAD du territoire, favorisant l'accès à la compétence gériatrique et la gestion des entrées et sorties d'hospitalisation (...). Le développement des actions de prévention et le recours à la télé-médecine. »<sup>91</sup>

#### 6.1.2.4 Secteur des dispositifs et plateformes de coordination (care management)

Les évolutions des modalités d'organisation des soins primaires autour de la notion désormais dominante de parcours de santé ont eu pour corollaire une évolution des dispositifs de coordination entre les services d'aides et de soins préexistants. En effet, les transformations sous-jacentes à la notion de parcours de santé concernent également une autre catégorie de services de coordination des ressources d'aides et de soins, à savoir les dispositifs et plateformes de coordination. Plus récemment, en inscrivant la coordination comme une mission commune à l'ensemble des acteurs de la santé, la loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009<sup>92</sup>, reconnaît l'importance des missions des réseaux de santé tout en élargissant les missions de coordinations aux services de premiers recours. En 2013, les réseaux de santé représentent encore une réalité sociale, comprenant 613 structures réparties sur l'ensemble du territoire national et financées à hauteur de 157,8 millions d'euros<sup>93</sup>. Toutefois, depuis 2012, la logique des parcours de santé tend à s'imposer progressivement et à produire des transformations significatives pour ces services de santé, amenés à évoluer principalement vers une fonction d'aide aux services de soins primaires.

En 2019, des dispositions législatives concernant l'organisation et la transformation du système de santé, portent sur la création des dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes<sup>94,95</sup>.

#### *Figure 23 : Missions des Dispositifs d'appui à la population et à la coordination des parcours de santé complexes*

---

*« 1° Assure la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et les autres professionnels concernés ;*

*2° Contribue avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;*

*3° Participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 6327-1 du présent code. »<sup>96</sup>*

---

<sup>91</sup> Assemblée Nationale (2018) Rapport d'information n°769, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Commission des affaires sociales. En ligne : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769\\_rapport-information#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b0769_rapport-information#)

<sup>92</sup> HPST (22/07/2009) LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167

<sup>93</sup> Fonds d'intervention régional, rapport d'activité 2013, ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes.

<sup>94</sup> Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Article 23. Loi OTSS. JORF n°0172. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>

<sup>95</sup> (03/06/2019) Amendement n°666. Sénat. En ligne : [https://www.senat.fr/enseance/2018-2019/525/Amdt\\_666.html](https://www.senat.fr/enseance/2018-2019/525/Amdt_666.html)

Un délai de trois ans est prévu pour les dispositifs d'appui à la coordination créés en application de cette loi, ou antérieurs à celle-ci, pour l'intégration des dispositifs existants au sein d'une même plateforme de coordination sur leurs territoires d'intervention. Ces dispositions prévoient l'abrogation, à l'échéance de ce délai, des articles du Code de la santé publique relatifs aux réseaux de santé et à l'article du code de l'action sociale et des familles relatif aux MAIA.

Entrée en vigueur en mars 2020, le décret d'application prévoit que les dispositifs d'appui sont chargés d'une mission de service public et qu'ils signent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Les dispositifs d'appui à la coordination sont amenés à s'articuler de façon très étroite avec les organisations de soins primaires, dont en particulier les CPTS<sup>97</sup>.

Les modalités d'articulation sont précisées par le cadre législatif. Il s'agit pour les acteurs des soins primaires constitués en CPTS d'intégrer la gouvernance des DAC, mais également de pouvoir, si elles le veulent, mettre elles-mêmes en œuvre certaines fonctions d'appui relevant des DAC comme la prise en charge complète d'un parcours sur leur territoire. En théorie, la priorité étant donnée, en respect du principe de subsidiarité, aux CPTS qui souhaiteraient porter en propre certaines fonctions d'appui, la priorité lui sera donnée. Dans ce cas, il s'agira pour le DAC d'intégrer cette offre de service de premier recours dans son panel de services<sup>98</sup>.

Il est prévu par ailleurs que les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes disposent d'une gouvernance assurant une représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers et du conseil départemental<sup>99</sup>.

L'évolution du positionnement des dispositifs de coordination, en appui des soins primaires et dans une logique d'intégration très forte avec les nouvelles organisations de premier recours, est associée à des évolutions significatives du Fonds d'intervention régional (FIR).

Une circulaire publiée au début de l'année 2021 détaille un cadre d'application du FIR 2021 renouvelé ainsi que les orientations nationales pour le financement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)<sup>100</sup>.

Selon ce cadre d'application, l'ensemble des ressources du FIR est fongible, c'est-à-dire qu'il appartient à chaque directeur d'agence régionale de santé d'en décider des modalités d'usage. La logique d'une priorité donnée aux organisations régionales de santé est affirmée, puisque les logiques du pilotage national par les moyens et crédits « fléchés » sont strictement abandonnées, inscrivant le FIR dans le cadre de dialogues structurés et programmés entre administration centrale et ARS, autour de résultats partagés<sup>101</sup>.

Parmi les affectations principales, la dotation FIR comprend des crédits prioritairement affectés pour les stratégies territoriales de transformation du système de santé. À cette fin, le périmètre des missions financées concerne la concrétisation du Service d'accès aux soins (SAS), la lutte contre les inégalités de santé, le développement de l'exercice coordonné, le renforcement de l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population et le renforcement de l'offre de prise en charge intégrée pour les personnes âgées. Une augmentation des crédits FIR est affectée en 2021, pour accompagner l'évolution des DAC. Ils visent à permettre aux ARS de continuer les accompagnements des dispositifs amenés à évoluer en 2021, dont les

---

<sup>96</sup> Code de la Santé Publique Article L6327-2. En

ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886462/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886462/)

<sup>97</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé (20/03/2021) Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. JORF n°0068. En

ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043268528>

<sup>98</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé (02/12/2016) INSTRUCTION N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En

ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41637>

<sup>99</sup> Code de la Santé Publique Art. L. 6327-3. En

ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886458/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886458/)

<sup>100</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé (12/02/2021) CIRCULAIRE N° SG/Pôle Santé ARS/2021/54 du 12 février 2021 relative aux modalités de mise en œuvre du Fonds d'intervention régional (FIR) en 2021. En

ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45150>

<sup>101</sup> Précédemment cité



dispositifs d'appui à la coordination (DAC), selon un principe de fongibilité des crédits MAIA et « médico-social » au titre des DAC<sup>102</sup>.

Depuis 2021, le législateur prévoit une évolution du Fond d'intervention Régional (FIR) pour le financement décloisonné entre les différentes enveloppes financières constitutives du FIR et concourant à une mise en œuvre de parcours de santé. Conformément au principe de fongibilité, « les enveloppes déléguées au regard des besoins de financement des dispositifs MAIA peuvent être employées pour le financement des DAC » et les crédits « médico-sociaux » sont fongibles au regard du financement des DAC<sup>103</sup>.

### **6.1.3 Vers de nouveaux questionnements et positionnement pour les réseaux de santé**

Ces changements sont la source de nouveaux questionnements sur la place et le rôle des organisations d'interface en santé dans un environnement complexe en évolution permanente. Car, l'étude des textes législatifs montre que si le législateur remet en cause les réseaux de santé comme acteur unique de la coordination, il reste conscient de la nécessité d'intégrer au sein du système de santé des dispositifs d'interface. Initialement positionnés comme « un des leviers de réorganisation du système de santé » (Bourret, 2004<sup>104</sup>), les réseaux de santé sont désormais appelés à collaborer dans le cadre d'un réseau d'acteurs.

#### **6.1.3.1 Sous une apparente homogénéité : une pluralité de dynamiques communicationnelles constitutives des parcours de santé**

#### **6.1.3.2 Logique de regroupement entre professionnels de l'aide et du soin**

Les situations de communication locale renvoient à des espaces de travail spécifiques et nouveaux au sein des territoires locaux.

Ces espaces de travail se caractérisent par de multiples formes de communications professionnelles prenant la forme de réunions formelles spécialement dédiées à la préparation de l'activité de coordination (conception, définition de stratégie, revues de projets ...) et également inscrites dans le cadre même des activités de coordination (relation patients/plateformes, médecins/plateformes, médecins/patients, apprenants/plateformes).

La dynamique spatiale des organisations d'interfaces se caractérise donc notamment par un élargissement des ensembles de communicationnels de références pour la pratique des professionnels, passant progressivement d'un très petit nombre d'espaces interactionnels (pour l'essentiel son organisation d'exercice, son territoire de proximité et sa communauté immédiate) à l'utilisation d'un très grand nombre d'ensembles communicationnels, plus ou moins bien définis.

Ces ensembles communicationnels sont divers, parfois fortement régulés avec des rôles spécifiquement définis pour les différents acteurs sociaux, ou encore beaucoup plus informels et auto-organisés, fondés sur des ajustements réciproques non déterminés.

Le contexte spatial de référence des dispositifs de coordination « experts » relève donc d'un espace d'intelligence territoriale, dont la construction organisationnelle repose sur l'imbrication d'actions et de projets à différentes échelles relationnelles mobilisant la qualité des interactions interpersonnelles et interinstitutionnelles au même titre que les coopérations entre professionnels autour de situations complexes. La mise en œuvre progressive de ces relations induites des ressemblances, produisant des collectifs d'acteurs homogènes et des appartenances organisationnelles définies comme des réseaux ou collectifs d'acteurs, plateformes ou dispositifs selon le vocable de référence. L'écosystème de référence de l'expérience acquise par les dispositifs de

---

<sup>102</sup> Précédemment cité

<sup>103</sup> Code de la Santé Publique Article L1435-9. En

ligne : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000036393873](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036393873)

<sup>104</sup> Documentaliste - Sciences de l'information 2004, vol. 41, n° 3 • 181



coordination forme ainsi un système de relations maillant le territoire d'intervention. Le contexte spatial de pertinence relève donc d'une conception « relative » du territoire (par opposition aux territoires de santé assimilables à des territoires « fixes ») et s'avère une référence essentielle pour comprendre les spécificités de l'expérience acquise des dispositifs de coordination.

Les observations conduites montrent que l'intentionnalité générale des dispositifs de coordination réside principalement dans la capacité à conduire des actions et projets de développement territorial des services d'aides et de soins sur leurs territoires respectifs d'intervention. Il s'agit pour ces dispositifs de coordination de contribuer à une intégration, au cours du temps, des relations entre les différentes compétences et services des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Cette dynamique de transformation des organisations locales de santé se construit par la mise en œuvre d'actions et de projets facilitant les fréquentations, les échanges, l'interconnaissance, les affinités et l'imitation des pratiques, créant par là même un contexte propice à la diffusion des innovations organisationnelles. Il s'agit pour ces dispositifs d'organiser leur fonctionnement et de conduire leurs actions dans le but de concourir à la qualité des relations entre acteurs par la constitution d'un système de relations et de connaissances orienté vers le développement des services de santé sur le territoire.

Ces changements sont la source de nouveaux questionnements sur la place et le rôle des organisations d'interface en santé dans un environnement complexe en évolution permanente. Car, l'étude des textes législatifs montre que si le législateur remet en cause les réseaux de santé comme acteur unique de la coordination, il reste conscient de la nécessité d'intégrer au sein du système de santé des dispositifs d'interface. Initialement positionnés comme « un des leviers de réorganisation du système de santé » (Bourret, 2004<sup>105</sup>), les réseaux de santé sont désormais appelés à collaborer dans le cadre d'un réseau d'acteurs d'une nouvelle génération, décentralisé et dénommé plateforme territoriale d'appui ou guichet intégré.

Si la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé<sup>106</sup> reconnaît la place des réseaux de santé et des autres instances de coordination locales en santé (CLIC) comme des acteurs des plateformes et dispositifs institutionnels de coordination, elles ouvrent également la possibilité pour les structures d'exercice coordonné ambulatoire, de bénéficier d'un financement régional pour développer des fonctions d'appui (sur ce point, se référer à la section 6.1.3).

Cette brève description du contexte montre que si le législateur a défini les différentes fonctions de la coordination territoriale d'appui, la traduction opérationnelle reste évasive. Le cadre légal laisse donc des possibilités d'enchevêtrements d'acteurs potentiels (pôles de santé, maisons de santé, Maia, réseaux de santé ...) et donne toutes marges de manœuvre aux administrations décentralisées exposées à de potentiels embarras, difficultés, voire un risque de désorganisation.

### **6.1.3.3 Logique de regroupement de réseaux de santé**

Dans la plupart des cas étudiés, l'institutionnalisation des réseaux de santé, dès 1996, a constitué une opportunité de financements supplémentaire et de reconnaissance institutionnelle pour le développement territorial de l'activité.

Le développement territorial de l'activité a permis le financement d'équipe de coordination et de système d'information partagé.

Dans le même temps, très vite, cette institutionnalisation a été synonyme de contraintes pour les acteurs concernés. En fonction des contextes territoriaux, ces contraintes ont conduit les acteurs à développer différentes conduites, selon que les représentations des évolutions sont jugées avec ou sans menaces pour les activités sociales de coordination désormais existantes dans les territoires.

---

<sup>105</sup>Documentaliste - Sciences de l'information 2004, vol. 41, n° 3 • 181

<sup>106</sup> Article 23 de la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>, précisée par le décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux, en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043268528>.

Les évolutions des modalités d'organisation des soins primaires autour de la notion désormais dominante de parcours de santé ont eu pour corollaire une évolution des dispositifs de coordination entre les services d'aides et de soins préexistants.

Les acteurs historiquement engagés dans des dynamiques spatiales destinées à développer les interfaces au sein de leur territoire d'intervention ne sont donc plus les seuls acteurs sociaux menant des activités de médiation et d'intermédiation. La logique de constitution d'interface organisationnelle est désormais partagée avec d'autres acteurs des soins primaires et de l'autonomie, qui bénéficient de financements publics pour mener à bien ces nouvelles activités (FIR, ACI, ROSP).

Ce contexte de mise en numérique des territoires contribue à transformer des logiques de dynamiques spatiales en organisations instituées dont il s'agit d'assurer une reconnaissance, une homogénéisation en vue de leur sécurisation financière et de la pérennité de leurs activités.

Les professionnels des plateformes et dispositifs de coordination coexistent avec d'autres services d'aide et de soins, dont l'activité consiste à produire, traduire et diffuser des représentations, des savoirs, etc. De ce fait, les outils numériques et les formes de ces médiations évoluent et se multiplient, les activités de médiation et d'intermédiation au sein des dynamiques locales suivent le même mouvement.

La mise en numérique des territoires, dans le domaine de la santé, est également associée à l'apparition de logique rationalisant des processus infocommunicationnels au sein des territoires et destinée à généraliser les activités de médiation et d'intermédiation dans l'ensemble des départements (maillage des dispositifs MAIA, CPTS, objectif de généralisation des logiques de MSP).

Le développement des logiques de coordination impulsée par les plateformes et dispositifs de coordination et de façon récente fortement encouragée par le législateur conduit progressivement à l'apparition de différents pôles localisés dont l'objectif est de développer des activités sociales de coordination au sein de leurs territoires locaux d'intervention.

Les centres organisationnels institués ainsi identifiés correspondent également à l'apparition, la multiplication et la complexification de nouvelles interfaces infocommunicationnelles situées à leurs périphéries (ou marges) venant s'ajouter à, l'interface traditionnelle ville-hôpital ou plus exactement hôpital (centre) / autres acteurs (périphérie) identifiés dans la première section.

Le développement spatial différencié de ces organisations d'interface conduit à de nouveaux enjeux de positionnement des acteurs historiques de dispositifs et plateformes de coordination. Initialement constitués à la périphérie de l'hôpital, ces plateformes et dispositifs de coordination sont désormais des lieux des espaces socio-économiques et de concentration informationnelle localisée co-existants avec d'autres formes organisationnelles similaires sur un même territoire.

Cette évolution des organisations d'interface est visible au travers des résultats présentés lors de l'analyse de l'évolution du cadre législatif relative à la territorialisation des politiques de coordination dans le système de santé français. Les résultats montrent comment les dispositifs et organisations d'interface se caractérisent par des logiques de concentration de ressources et informationnelle, dont le poids, la taille et la légitimité dépendent désormais d'un certain nombre de critères définis par le législateur dans le cadre du financement qui leur est alloué, principalement au titre du Fonds d'intervention régional (FIR).

Les centres organisationnels institués dont il est question contribuent à un développement spatial différencié des organisations d'interfaces ainsi qu'à la structuration de différents dossiers partagés et services numériques de coordination le plus souvent distincts selon qu'ils sont initiés par les politiques publiques sanitaires (Direction générale de la santé en lien avec les agences régionales de la santé), ambulatoires (Assurance Maladie) ou bien sociales (département).

Pour finir, il apparaît que la question de la circulation des données est au cœur de la constitution de sous-ensembles organisationnels au sein d'un territoire ; ce territoire étant lui-même issu d'une dynamique informelle à l'interface d'autres sous-ensembles organisationnels jusqu'alors prédominants (dans notre cas, l'hôpital).

Les résultats mettent en évidence des critères principalement de nature socio-économique et socioculturelle, qui donnent aux différents centres organisationnels institués de coordination dans les territoires des capacités d'impulsion, d'autorité, voire de « commandement » de dynamiques territoriales. Les principaux critères identifiés ont donc trait à la maîtrise des données de santé et du social (logique d'interface) et des capacités de circulation entre les différents acteurs d'un même territoire. Plus précisément, les critères identifiés relèvent de :

- L'ancienneté de la présence et du développement d'un système d'information partagé au sein du dispositif ou de la plateforme de coordination,
- Des capacités de production d'activités de coordinations sociales adossées à une capacité de centralisation, de partage, d'échange et de circulation des informations (outils, savoir-faire, réseaux d'acteurs opérationnels, qualifications et compétences, identification et confiance territoriale, etc.),
- Des capacités d'auto-développement sur ses propres ressources humaines et financières.

Ces logiques sont également renforcées par des stratégies de regroupement spatial des acteurs historiques des dispositifs et plateformes de coordination en santé. Les observations de terrain montrent des stratégies très différenciées. Ces stratégies de positionnement spatial des acteurs étudiés ne sont pas exclusives les unes des autres dans le sens où elles peuvent parfois coexister dans certains territoires.

Ces plateformes et dispositifs de coordination s'appuient dans certains cas à un regroupement exclusif des acteurs du secteur sanitaire au sein de maisons des réseaux de santé. Dans ce premier cas de figure, est observée une mutualisation des budgets et des capacités de gestion des différents acteurs, ainsi qu'une mutualisation des dossiers partagés et des services numériques de coordination.

On retrouve cette logique de positionnement spatial pour une autre plateforme de coordination étudiée, pour laquelle l'arrivée d'un dispositif de coordination MAIA sur son territoire a fait l'objet de stratégie de la part du réseau de santé dans le but de rester le seul intervenant doté de missions de coordination sur son territoire d'intervention.

#### **Exemple de positionnement spatial d'une maison des réseaux de santé**

Pour ce territoire, dès 2011, les réseaux de santé de ce département décident de se regrouper au sein d'une maison des réseaux de santé associée à une structure juridique de type Groupement de Coopération Sanitaire. Cette nouvelle organisation spatiale se met en place progressivement et structure des plateformes de proximité, au nombre de trois, au nord, au sud et au centre principalement urbain du département et utilisant un dossier partagé préexistant aux récents services numériques de coordination et dossier numérique de parcours plus récemment mis en place dans la région.

En parallèle, de ce regroupement des réseaux de santé, se développe également en 2011, les dispositifs MAIA sur ce même territoire, à partir de la structuration de filières gériatriques principalement au niveau de trois territoires du département. Ce dispositif articule des acteurs hospitaliers, médico-sociaux (EHPAD) et les services sociaux du département.

La logique observée est celle d'une répartition spatiale des différentes activités de la maison des réseaux de santé financée par des budgets sanitaires et des dispositifs MAIA financés par des budgets autonomie, avec pour certains territoires un travail de concertation et de production de cartographie de mise en visibilité de l'offre ainsi que de concertation et d'animation territoriale partagées au sein des différentes instances tactiques et stratégiques notamment mises en place dans le cadre du dispositif MAIA.

Sur ce même territoire, le Conseil Général est également actif en matière de coordination des services d'aide et de soin, étant lui-même porteur d'une MAIA et d'un projet d'EHPAD hors les murs intégrant un carnet de liaison numérique entre les acteurs.

### *Verbatim d'un directeur de dispositifs d'appui*

---

*« On a quelqu'un, c'est notre ancienne équipe, qui a postulé pour l'appel à projets de plateforme territoriale d'appui (PTA). C'est là que le territoire est fort. Le territoire a dit non. Nos élus, l'hôpital ont dit non et lui avec son super beau dossier. Quand un territoire se reconnaît, c'est quelque chose. C'est la première fois qu'on a un conflit comme ça, car il n'était pas sur le territoire. Il était à côté, il nous embêtait et c'était comme ça. Il met un pied sur le territoire et il est en train de se rendre compte que les valeurs que l'on partage sur le territoire c'est fort. Et en face il est connu pour ne pas avoir les mêmes valeurs. Quand l'hôpital dit, on ne lâchera rien, quand il y a l'élu et le conseil général, c'est la force du territoire. Ce sont de vraies armes, et c'est ça les modes de coopération. »*

---

Dans ce cas, le territoire fait également l'objet de rivalité et de tension à l'interface de deux politiques publiques sanitaires et de l'autonomie, tout comme c'est le cas dans l'exemple cité précédemment qui met en évidence des tensions entre les politiques sanitaires et celles du département dont les marges d'action se trouvent renforcées par les récentes évolutions législatives (renvoi interne).

Dans deux autres territoires, la logique est différente de celle observée dans les exemples présentés ci-dessus. La logique de positionnement spatial est plus large que celle portée par une logique de regroupement au sein d'une maison des réseaux. En effet, les deux plateformes de coordination regroupent principalement au sein de ses effectifs de travail les effectifs des réseaux de santé, des CLIC, des MAIA et des expérimentations PAERPA.

#### *Exemple de positionnement spatial de deux plateformes territoriales d'appui*

Les deux plateformes de coordination regroupent dans des lieux partagés les services de coordination déployés par les différentes politiques publiques (politique de l'autonomie, sociale, sanitaire et de structuration des soins primaires).

Dans ce cas de figure, les logiques de répartition spatiale des activités sur le territoire d'intervention sont moindres ou bien inexistantes, la logique prévalente est plutôt celle d'une articulation des services d'aides et de soins relevant de différentes politiques publiques au sein de territoire d'intervention identique.

Les outils numériques de gestion de l'information et les dossiers numériques de partagés sont identiques, pour l'ensemble des professionnels de la plateforme de coordination. De plus, le fait d'associer des expérimentations relevant du secteur de soins primaires facilitent pour ces organisations d'interface de mettre en œuvre des activités de coordination sociales également avec les soins primaires de leur territoire d'intervention (MSP et CPTS).

Cette logique étant également présente au sein des services déployés en proximité des populations, par la recherche des plateformes de coordination d'une grande proximité géographique avec les unités de l'action sociale et médico-sociale du département.

Enfin, l'observation des logiques de positionnement d'une plateforme de coordination issue des soins primaires met en évidence une autre logique de positionnement spatial favorisant les articulations entre les services d'aide et de soin des différentes politiques publiques au sein d'un même territoire. Les observations présentées dans l'exemple ci-dessous illustrent une tendance observée également dans d'autres territoires, où des proximités de localisation géographique menées au sein de plateformes et dispositifs de coordination intègrent des services de coordination mis en place par les soins primaires, notamment les CPTS.

*Exemple de positionnement spatial d'une plateforme territoriale d'appui issue des soins primaires (Source : dossier documentaire en annexe)*

Cette plateforme de coordination a été déployée en grande proximité avec les médecins généralistes de son territoire d'intervention et a privilégié une organisation en réseau avec des équipes de soins primaires intégrant des coopérations avec les équipes médico-sociales et sociales du département.

L'évolution actuelle de la plateforme de coordination correspond à une logique de regroupement de réseaux de santé au sein d'une même structure juridique et matérielle (locaux partagés). Dans le même temps, le positionnement spatial de cette plateforme de coordination privilégie donc des logiques de regroupement physique lorsque cela est possible entre les services de soins primaires et les services sociaux du département et d'autres acteurs sociaux dans une logique de grande proximité et de structuration des MSP.

L'exemple d'une équipe pluridisciplinaire installée dans une MSP du territoire est une illustration de la logique spatiale de cette plateforme territoriale d'appui. En 2018, a ouvert sur un infraterritoire d'intervention de la plateforme de coordination une MSP, grâce à la mise en disposition de locaux de la mairie (aide matérielle de la collectivité territoriale au regard d'une mission d'intérêt général).

« Dix-huit professionnels de santé s'installent : huit médecins généralistes, un généraliste homéopathe, une psychologue, une psychologue praticienne, une diététicienne nutritionniste, une pédicure podologue, une sage-femme, un ostéopathe et trois infirmières (une en libéral et deux Asalée, spécialisées dans l'éducation thérapeutique). Ainsi qu'une coordinatrice. Parmi eux, trois jeunes généralistes sont arrivés, mais aussi la sage-femme, la diététicienne, une infirmière, la psychologue et le médecin homéopathe. Tous ne sont pas à temps complet, car ils exercent ailleurs (faculté de médecine, Planning familial, structure pour adultes handicapés...).

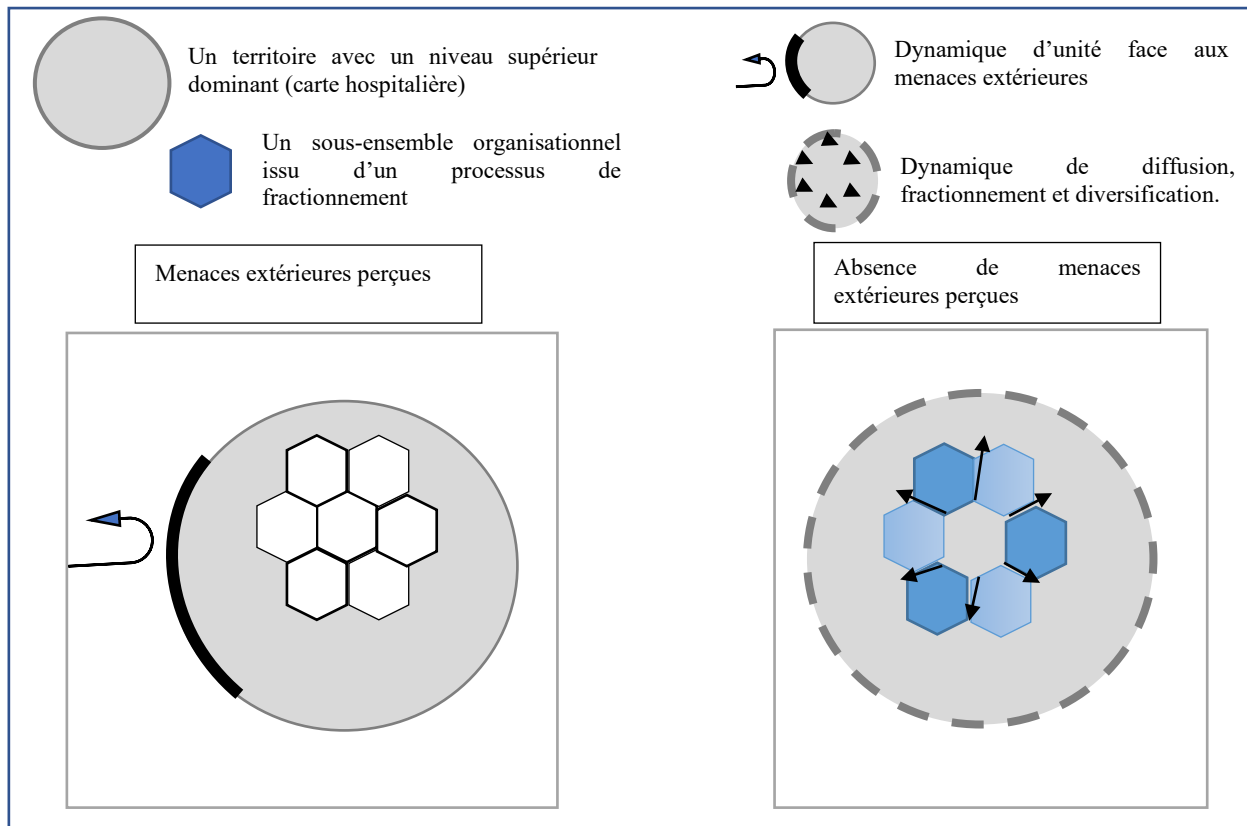
La Maison [pluridisciplinaire de santé] regroupe non seulement la Maison de santé aux premier et deuxième étages, mais aussi un cabinet dentaire mutualiste ouvert à tous et des services municipaux : le Centre communal d'action sociale (CCAS), les services de l'urbanisme et du développement durable, le bureau d'études, les archives municipales, ainsi que des permanences de la CPAM, de la CARSAT et du service social du conseil départemental. » (Source : entretien téléphonique informel).

#### **6.1.3.4 Logique d'institutionnalisation et émergence du contexte englobant**

Les résultats portant sur dimension spatiale des dynamiques territoriales étudiées permettent de s'interroger sur les processus informationnels et communicationnels inscrits dans les activités sociales de coordination sous l'angle organisationnel. De façon complémentaire aux dimensions des contextes historiques et du positionnement des acteurs sociaux, cette démarche conduit à s'interroger sur la dimension managériale des organisations, comme résultante d'un processus d'institutionnalisation et de matérialisation des formes de communication (locaux, dossiers partagés, procédures de gestion, etc.).

De ce point de vue, les dynamiques territoriales étudiées peuvent s'appréhender sous l'angle des systèmes de normes, de règles formalisées et des cadres évaluatifs constituant leurs contextes normatifs et sociotechniques venant rationaliser le fonctionnement organisationnel. Ces contextes viennent influencer les dynamiques locales en poursuivant différentes finalités extérieures aux enjeux et à l'environnement immédiat des acteurs sociaux (optimisation des ressources allouées, efficacité des processus info communicationnels, harmonisation des moyens financiers dédiés à la réalisation des objectifs).

Figure 24 : Modélisation de la dynamique d'interface et émergence du contexte englobant (source : doctorante, d'après le principe de Reynaud, Grataloup 2006).



La question est de savoir comment les activités sociales de coordination et les métiers précédemment décrits évoluent dans leurs activités de médiation et d'intermédiation traditionnelle. Au-delà, quels sont les nouveaux acteurs qui investissent ces activités de médiation et d'intermédiation pour exister dans ce nouvel espace public numérique ? Que font-ils et comment les logiques de rationalisations sous-jacentes (ou englobante) aux actions et projets, impactent-elles les dynamiques spatiales locales ?

## **6.2 Le rôle des rationalisations cognitives au sein des dynamiques locales**

Nous chercherons à mettre à jour les logiques du contexte englobant relatif aux phénomènes de rationalisations cognitives du domaine de l'évolution du système de santé. Nous montrons les logiques sous-jacentes qui, derrière une apparente diversité, « participent d'un même mouvement visant à normaliser le fonctionnement cognitif des organisations ». (Bouillon 2003b).

### **6.2.1 Rationalisation des processus : étude de cas d'un regroupement régional de dispositifs de coordination (2012-2017)**

#### **6.2.1.1 Logique de contractualisation : une évolution du contexte normatif**

- Intensification de la logique de rationalisation des relations entre services et ARS

La première des évolutions liées au cadre normatif correspondant à la mise en œuvre d'une inflexion des politiques régionales de santé est marquée par une inflexion contractuelle.

Les contrats constituent un moyen pour les Agences Régionales de la santé de faciliter les comportements adaptatifs attendus, tout en fixant un cadre opposable aux relations entre les professionnels<sup>107</sup> et services de santé et l'Administration.

Ce mode évaluatif, qualifiable d'objectif, contribue à normaliser le cadre des relations entre les acteurs dans un parcours de santé dans un territoire. Il en découle des avantages pour les Agences Régionales de santé, puisque les conventions permettent de fixer dans la durée l'évolution attendue des différentes caractéristiques de l'organisation locale. Il s'agit notamment des modalités de mises en relation et de changement des relations établies entre les acteurs des parcours de santé.

Les conventions observées ont la particularité de fixer, selon une temporalité réduite de 3 ans, les modalités relationnelles entre les acteurs des territoires de santé. L'évaluation des dynamiques territoriales et plus particulièrement des coopérations entre les acteurs repose alors sur le suivi d'indicateurs.

#### **6.2.1.2 Problèmes pour les acteurs en situation**

- Risque de disparition

Ces orientations régionales correspondaient par ailleurs à un contexte de disparition de certains dispositifs et plateformes de coordination dans d'autres régions et sur décision des Agences Régionales de la Santé d'une part, et de l'apparition de nouveaux arbitrages budgétaires en région pour le financement, notamment des exercices coordonnés et les protocoles de coopération entre professionnels de santé ; ces deux aspects, relevant directement des compétences des Agences Régionales de la Santé, s'inscrivent dans une nouvelle logique de déconcentration de la gestion du fonds d'intervention régionale (FIR).

---

<sup>107</sup> Dans certains cas, la contractualisation s'applique aux professionnels de santé libéraux, indépendamment de l'appartenance à une structure d'exercice coordonnée ou de la participation à un projet porté par une autre structure. Il s'agit par exemple de contractualisation dans le cadre du protocole de dépistage de la fragilité en Occitanie, qui engage une convention d'objectif et de moyens entre un infirmier libéral et l'Agence Régionale de la Santé d'Occitanie. Il peut s'agir également du protocole de coopération Asalée, qui engage la contractualisation entre un ou plusieurs médecins avec l'Agence Régionale de la Santé pour la rémunération d'un infirmier Asalée rattaché à la patientèle de son cabinet.

- **Rationalisation des coûts et des ressources humaines**

De manière pratique, ces orientations ont suscité pour les acteurs concernés, différentes tensions d'une part, concernant le risque de disparition des fonctions de direction de réseaux de santé afin « compte tenu des problématiques actuelles (...) de diminuer le temps médical qui serait affecté aux tâches administratives » ensuite, la réorientation des missions professionnelles de ces structures « les professionnels paramédicaux des réseaux devront voir eux aussi leur activité optimisée. », ainsi qu'enfin l'identification de nouvelle mission d'aide au développement de « démarches pluri et interprofessionnelles (...) et l'établissement de protocoles de coopération (...) dans une double optique d'efficience des ressources humaines disponibles et d'amélioration de la qualité » (PRS Midi-Pyrénées 2012-2017, p.62<sup>108</sup>).

Dans ce contexte normatif, les activités et logiques d'action des dispositifs et plateformes de coordination se sont développées concernant principalement l'harmonisation des indicateurs et la participation à des travaux nationaux d'élaboration de référentiel d'évaluation des évolutions attendues dans le cadre de la transformation du système de santé.

- **Injonction à la structuration d'une représentation régionale**

À partir de 2012, l'Agence Régionale d'Occitanie positionne la fédération des réseaux de santé régionale comme interlocutrice concernant les questions relatives à la « mutualisation des fonctions support de tous les réseaux (gestion administrative, comptable, systèmes d'information, formation) et harmonisation des pratiques et des organisations » (PRS Midi-Pyrénées 2012-2017, p.61<sup>109</sup>). Il s'agit pour l'Agence Régionale de la Santé de poursuivre des objectifs d'amélioration de l'efficience des réseaux de santé, ainsi que d'évolution de ces derniers concernant des liens renouvelés avec les professionnels de santé du premier recours et des soins primaires. Afin de fonder ces orientations stratégiques sont convoqués les résultats des évaluations médico-économiques nationales qui mettaient en évidence le fait que « le coût par patient pris en charge par les réseaux territoriaux en Midi-Pyrénées est supérieur à la moyenne nationale. L'ARS affînera l'état des lieux puis élaborera, en concertation avec les réseaux, un modèle d'organisation et de financement permettant d'atteindre un coût soutenable pour la collectivité. La qualité de prise en charge et le service rendu à la population et aux professionnels de santé seront évalués » (PRS Midi-Pyrénées 2012-2017, p.62<sup>110</sup>). La mention concernant la réalisation d'un état des lieux du modèle organisationnel et de financement concernait l'évaluation médico-économique engagée par l'Assurance Maladie et décrite précédemment (renvoi interne).

### **6.2.1.3 Conduites des acteurs en situation**

- **Adoption d'un plan comptable commun**

Suivant la lettre de mission adressée par l'Agence Régionale de la Santé, le regroupement de réseaux de santé a conduit un projet de mutualisation des fonctions comptables dont le principal résultat a été la mise en place d'un plan comptable commun.

---

<sup>108</sup>PRS Midi-Pyrénées. Plan stratégique régional de santé 2012-2017.

[https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PSRS\\_MIDI-PYRENEES.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PSRS_MIDI-PYRENEES.pdf)

<sup>109</sup>PRS Midi-Pyrénées. Plan stratégique régional de santé 2012-2017.

[https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PSRS\\_MIDI-PYRENEES.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PSRS_MIDI-PYRENEES.pdf)

<sup>110</sup>PRS Midi-Pyrénées. Plan stratégique régional de santé 2012-2017.

[https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PSRS\\_MIDI-PYRENEES.pdf](https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/PSRS_MIDI-PYRENEES.pdf)



**Figure 25 : extrait du rapport d'activité d'une fédération de réseaux de santé, 2012**

---

« Un état des lieux a été effectué sur la base d'un travail de recueil d'information relative à la gestion des fonctions supports auprès de chacun des réseaux membres. Ce premier travail d'analyse a permis de mesurer l'hétérogénéité organisationnelle des réseaux et de dégager des orientations stratégiques en matière d'harmonisation des pratiques et de mutualisation des moyens. Sur la base des éléments présentés dans un rapport intitulé « Mutualisation des fonctions comptable et de gestion sociale : état des lieux et orientations », les objectifs suivants ont été validés de manière collégiale lors de l'Assemblée générale du 27 juin 2012 :

*Harmoniser les pratiques comptables par la rédaction d'un plan comptable d'un manuel commun de procédures.*

*Harmoniser la gestion comptable par la mise en place d'un logiciel commun adapté aux besoins de chacun et d'un interlocuteur comptable unique pour la fédération et les réseaux volontaires.*

*Harmoniser la gestion sociale. La constitution d'un groupe de travail regroupant huit professionnels de sept réseaux a permis la mise en œuvre effective de ces orientations en décembre 2012, grâce à la rédaction d'un cahier des charges, se traduisant par le déploiement d'un processus de sélection du cabinet comptable, puis la mise en place des outils communs en lien étroit avec le cabinet sélectionné. »*

---

- **Cadrage régional commun de la fonction de coordination administrative**

**Figure 26 : Extrait du rapport d'activité du regroupement, 2012**

---

« Un groupe de travail sur la fonction de coordination administrative a été mis en place, afin d'explicitier les spécificités de la fonction de coordination administrative dans les réseaux de santé afin d'identifier les missions communes et transversales à tous les réseaux à celles spécifiques aux fonctions support nécessaires sur un territoire pour développer et animer l'appui à la coordination.

*Un document commun s'appuyant en partie sur la fiche de poste décliné dans le guide DGOS « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? » a été formalisé.*

*Il comporte trois parties, à savoir : une fiche « fonction » (intitulé, finalité, missions et relations fonctionnelles), une fiche « activités » et une fiche « mutualisation » qui rend compte des réflexions actuelles sur la mutualisation de tout ou partie des activités. »*

---

L'article L1435-3 du code de la santé publique dispose que l'ARS conclut des Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les promoteurs de santé, dont les réseaux de santé, qui subordonnent le versement d'aides financières ou de subventions.

La circulaire N° DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des CPOM, préconise une structuration des Cpom en deux parties distinctes composées, un socle contractuel comportant les clauses générales du contrat et d'annexes décrivant les objectifs retenus et les indicateurs, qui constituent la base de suivi du contrat et peuvent évoluer sur la période de contractualisation, par biais d'avenants.

Pour sa part, le Guide DGOS N° DGOS/PF3/2012/349 du 28 septembre 2012 intitulé « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », préconise une contractualisation en quatre étapes :

1. Signature du socle contractuel, dans le cadre du FIR (mars 2012)
2. Diagnostic partagé sur la situation du réseau et les perspectives (mars-déc. 2012)
3. Rédaction du contrat (Déc.-janv. 2013)
4. Finalisation du contrat (Févr.-mars 2013)

- Accompagnement à la démarche de contractualisation

Des échanges avec l'ARS pour une mise en place des CPOM selon une trame commune adaptée aux réseaux de santé ont eu lieu. Ainsi le Cpom-type a été transmis aux services allocation de ressources et parcours de santé et la question du calendrier des contractualisations pluriannuelles avec les réseaux a été systématiquement abordée lors des réunions de suivi entre le bureau associatif du regroupement et la direction de l'ARS responsable de la prévention et du système sanitaire et médico-social.

Dans cette perspective, un séminaire relatif à la contractualisation a été organisé le 29 septembre 2012, grâce au concours des d'intervenants extérieurs (personnalité qualifiée du domaine des réseaux de santé, maître de conférences à Sciences Po et une sociologue-consultante par ailleurs chargée d'enseignement à l'université et à l'École Nationale d'Études supérieures de la Sécurité sociale).

À la suite de ce séminaire, deux outils ont été formalisés et mis à la disposition des réseaux pour accompagner la démarche de contractualisation avec l'ARS. Il s'agissait d'abord d'une proposition de Cpom-type reprenant le socle légal relatif aux réseaux de santé et ensuite de la diffusion d'un guide explicatif du Cpom-type, visant à permettre l'appropriation des éléments méthodologiques en vue de l'élaboration des nouveaux contrats.

- Mutualisation des systèmes d'information de coordination

**Cadre d'action :**

Le projet Émergence, porté par le Groupement de Coopération Sanitaire Télésanté régional, dont l'un des volets consistait à définir un portefeuille de projets régionaux a révélé le besoin d'évolution et de mises en conformité des systèmes d'information des réseaux existants, avec le cadre national.

Un état des lieux interne à la fédération a révélé l'existence de plusieurs systèmes d'information dont le niveau de maturité technique ne permet pas une évolution et une mise en conformité avec la réglementation et le cadre d'interopérabilité national des systèmes d'information de santé de l'Agence Nationale du Numérique.

De plus, le déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) et le rôle incontournable qu'il aura à jouer dans les Systèmes d'Information des réseaux nécessitent la mise en œuvre d'un certain nombre de prérequis qu'il n'est pas envisageable de déployer pour chaque réseau. Fort de ces constats et dans le cadre de la mutualisation des systèmes d'information des professionnels et structures sanitaires de

- Harmonisation des modes de fonctionnement des structures de la région

Le plan régional de santé pour la période 2012-2017 prévoyait des orientations relatives à l'évolution des réseaux de santé concernant prioritairement l'élargissement des missions des réseaux de soins palliatifs à la prise en charge des patients porteurs de maladie chronique en situation complexe et aux soins de support, dont en particulier, les psychologues et les diététiciens. Et ce, en lien avec les équipes d'animation des bassins de santé, grâce à l'articulation de la coordination de la prise en charge des cas complexes en ambulatoire, située au niveau de l'animation des bassins de santé ou du réseau en fonction du niveau de complexité de la situation du patient ainsi que l'harmonisation des pratiques et des organisations dans les territoires.

Afin de décliner les orientations en matière d'harmonisation des pratiques, les huit réseaux de soins palliatifs ont travaillé d'une part à la rédaction de référentiels communs régionaux, relatifs à la coordination des patients en soins palliatifs. Ainsi, les cinq documents ci-dessous ont été produits :

- Tableau de bord de suivi d'activité et glossaire explicatif
- Procédure d'inclusion dans un réseau de soins palliatifs
- Procédure de sortie des patients dans un réseau de soins palliatifs
- Référentiel des critères régionaux d'inclusion. En parallèle de ces travaux, les réseaux de soins palliatifs se sont réunis à plusieurs reprises dans le but de se concerter, en vue de l'harmonisation de leur cadre d'action.

*Encadré ; participation aux groupes de travail nationaux de la HAS*

Cadre d'action :

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires fixe quatre objectifs stratégiques en matière d'amélioration de la qualité du système de santé : • contribuer à réduire les inégalités en santé ; • Assurer un meilleur accès aux soins ; • Organiser les parcours de soins en fonction des patients ; • Assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé.

Ces orientations se déclinent en région, dans le programme 2010-2013 de gestion du risque, dont le premier objectif stratégique vise à améliorer la qualité de l'offre de santé, grâce notamment à des actions d'accompagnement individuelles et collectives des professionnels de ville, des établissements de santé, et des structures médico-sociales.

La circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseaux de santé dispose que les réseaux concourent à l'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur par la mise en œuvre de prise en charge coordonnée, continue, globale, pluriprofessionnelle, voire interdisciplinaire.

Ainsi, il est prévu que les réseaux sollicitant des financements doivent intégrer des objectifs de qualité et de sécurité des soins ; en particulier en matière de formations pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles, de démarche de protocolisation, d'utilisation de référentiels et de mise en place d'évaluations des pratiques. Souhaitant une plus grande efficacité des actions des réseaux en matière de qualité, les orientations du Plan régional de Santé en Midi-Pyrénées prévoient la synergie des moyens des réseaux, concernant la formation des professionnels.

L'évolution récente des politiques publiques en matière de dispositifs et plateformes de coordination a eu pour corollaire l'expression de rapports de pouvoir, et de dissymétrie entre les acteurs, voire de mode de gestion concurrentielle liée à la raréfaction des sources de financement des actions sur un même territoire.

#### **6.2.1.4 Intégration d'une structure de négociation nationale**

La superposition des missions de coordination des parcours de santé dans les territoires, ainsi que la coexistence de différentes organisations de parcours sur un même territoire, conduit à un besoin de légitimation et de reconnaissance des dispositifs et plateformes de coordination historique. Par le terme historique, il s'agit de considérer les logiques d'actions de l'organisation nationale fédérant les réseaux sanitaires et sociaux issus de la loi de 2002 et inscrits au Code de la Santé Publique. La Coordination Nationale des Réseaux (CNR), créée en 1997 par des acteurs historiques des réseaux de santé. Depuis 1997, le périmètre de cette organisation

représentative s'est progressivement élargi pour fédérer de nouveaux dispositifs mis en place par les politiques publiques. Ainsi, en 2018, la FACS est créée avec l'ANCCLIC, le collectif National des MAIA. En 2021, le projet de la FACS est de représenter les CLIC, les MAIA, les PTA, les DAC, les PAERPA et également les plateformes de santé issues des expérimentations TSN.

Lors de cette étude, les observations réalisées montrent que L'UNR.Santé et la récente FACS sont restées depuis 1997, des interlocutrices privilégiées du ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Les principaux actes de communications des acteurs sociaux étudiés ont pour finalité de promouvoir, d'explicitier et de défendre l'existence des dispositifs et plateformes de coordination, dans un contexte de fortes tensions pour leurs existences dans les territoires.

**Tableau de synthèse des actions menées au sein de la structure de représentation nationale des dispositifs et plateformes de coordination**

<p>Accompagnement des réseaux à leur évolution dans le cadre d'une convention de partenariat avec l'Assurance maladie (période 2016-2018)</p>	<p>« Ces évolutions, demandées par les Ars, répondant aux attentes de la DGOS et e la CNAMTS exprimées dans le guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » ont été celles de la grille d'auto-évaluation des réseaux de santé diffusée par la HAS.</p> <p>L'UNR Santé s'engage à piloter un projet d'accompagnement des réseaux de santé pour répondre aux perspectives attendues, en lien avec les ARS concernées.</p> <p>Considérant que l'action ci-après présentée par le bénéficiaire participe aux objectifs de l'Assurance Maladie, notamment au niveau de l'évolution des réseaux de santé vers une mission d'appui à la coordination des parcours de santé complexes auprès de la médecine de premier recours et vers la polyvalence.</p> <p>Dans ce contexte, la CNAMTS souhaite soutenir financièrement l'action menée par l'Union Nationale des Réseaux de Santé. »<sup>111</sup></p>
<p>Collaboration avec l'EHESP pour la définition d'un référentiel de compétences et de formation continue pour le métier de coordonnateur et direction de dispositifs d'appui à la coordination.</p>	<p>« [L'EHESP créé] le diplôme « Coordination territoriale des dispositifs d'appui à la coordination des parcours », [en faisant évoluer] le diplôme d'établissement [intitulé] Pilotage territorial pour l'accompagnement des situations complexes avec la vocation à former essentiellement [les pilotes MAIA (...)]. [Cette transformation] résulte de l'évolution des besoins de la réglementation (...)</p> <p>l'objectif est d'accompagner les responsables de ces dispositifs d'appui à la coordination dans leur prise de poste, soit 300 à 400 personnes — nous attendons environ 150 dispositifs d'appui à la coordination au niveau national avec 2 ou 3 personnes par dispositif (...). Le président de la fédération nationale d'appui à la coordination des parcours de santé travaille de manière acharnée à la préparation de cette nouvelle formation. »<sup>112</sup></p>

<sup>111</sup> Convention de financement fixée dans le cadre du 9<sup>ème</sup> alinéa de l'article L 221-1 du Code de la Sécurité sociale. « Projet d'accompagnement des réseaux de santé » du 18 décembre 2016.

<sup>112</sup> EHESP. Procès-verbal. Conseil des formations du 10 décembre 2020 (Zoom). <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2021/03/PV-Conseil-Formations-EHESP-10122020.pdf>

## 6.2.2 Rationalisation économique : la perspective instrumentale des plateformes de coordination <sup>113</sup>

Les théories traditionnelles de l'organisation, qu'il s'agisse de la perspective taylorienne, de l'approche en matière de relations humaines, ou des prolongements respectifs de ces théories jusqu'à l'époque contemporaine (le management par la qualité, les processus métier, le "reengineering" pour les premières, le management participatif, la motivation au travail pour les secondes...) tendent en effet à réifier l'organisation et à en modéliser le fonctionnement dans une perspective instrumentale.

En agissant sur les bons paramètres, l'optimisation de la circulation de l'information d'une part ou la qualité des relations interpersonnelles et la reconnaissance symbolique des individus d'autre part, on obtient un résultat mesurable au regard d'indicateurs de performance (Bouillon - retrouver l'organisation dans la communication organisationnelle).

## 6.2.3 L'imaginaire du calcul wébérien : l'évaluation par les nombres

Les méthodes d'évaluation par les nombres entrent dans le cadre des évaluations de type « gestionnaire » (cf. renvoi). Elles couvrent également différentes approches telles que l'évaluation médico-économique de type expérimentale, les évaluations expertes ainsi que d'autres formes d'évaluation par la quantification comme le conventionnement par objectifs et moyens.

Les logiques de contractualisation s'étendent des structures et services d'aide et de soins aux relations entre ces derniers.

### - Exemple de la rationalisation des projets de territoires et inflexion contractuelle

En 2017, lors d'un débat avec le président de MG France, la directrice générale de l'Offre de soins (DGOS) au ministère de la Santé précisait l'importance donnée à la contractualisation avec des projets de territoire.

---

<sup>113</sup> Les théories traditionnelles de l'organisation, qu'il s'agisse de la perspective taylorienne, de l'approche en termes de relations humaines, ou des prolongements respectifs de ces théories jusqu'à l'époque contemporaine (le management par la qualité, les processus métier, les formations du pour les premières, le management participatif, la motivation au travail pour les secondes...) tendent en effet à réifier l'organisation et à en modéliser le fonctionnement dans une perspective instrumentale.

En agissant sur les bons paramètres, l'optimisation de la circulation de l'information d'une part ou la qualité des relations interpersonnelles et la reconnaissance symbolique des individus d'autre part, on obtient un résultat mesurable en termes de performance (Bouillon - Retrouver l'organisation dans la communication organisationnelle. Les approches constitutives en France et en Amérique du Nord : questionnements théoriques et méthodologiques).

Dépasser les approches instrumentales reliées à l'idée de performance :

- **L'organisation constituée :**

un objet considéré comme allant de soi, désignant l'environnement qui est le lieu où se déroulent des actions et des interactions, où sont prises des décisions, mais qu'il n'est pas nécessaire d'interroger en tant que tel.

- **Limite des approches non déterministes,** davantage tournées vers la compréhension de phénomènes sociaux relevant de différents champs de la sociologie et de la socio économie tendent à considérer l'organisation comme un objet préexistant dont l'origine, la nature, l'ontologie ne sont pas véritablement questionnées, comme cela apparaît dans l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977).

---

« Question : Quand on parle de transformation, est-ce possible sans avoir des objectifs chiffrés, quantifiés et sans avoir des objectifs de temps ?

Réponse : Moi, je ne crois pas trop au système de pilotage uniquement sur des objectifs chiffrés. C'est un peu ce qu'on a fait précédemment, où c'était "x" CESP, "x" MSP, "x" CPTMG, etc. On continue à fonctionner par dispositifs et la seule chose qui compte est d'avoir un résultat sur ce dispositif-là. La chose qu'on essaie d'expliquer depuis le début c'est qu'il faut que l'on dépasse les logiques par dispositifs, par système qui se met côte à côte. Et ce qui compte à la fin c'est que sur chaque territoire, il y ait des projets qui soient portés par des professionnels. Il s'agit d'avoir des projets qui soient différents et qu'on puisse les accompagner dans les territoires. Qu'ils mobilisent tel et tel outil et tel ou tel dispositif et à la fin si je n'ai pas mes "x" MSP, "x" CTMG, "x" CESP, est-ce que c'est grave ? Ce qui compte à la fin c'est que sur chaque territoire il y a eu des projets qui ont pu être construits. »

---

La structuration de projets de territoires devient donc un enjeu d'importance en matière de politique de transformation du système de santé. Ce nouvel enjeu conduit à un processus d'institutionnalisation du territoire qui prend plusieurs formes concrètes. Plusieurs contrats territoriaux de santé coexistent donc sur un même territoire.

Par conséquent, les cahiers des charges et référentiels nationaux occupent une place importante dans le processus de contractualisation, en lien avec l'existence de liens entre les ARS réunies en Comité national de pilotage (CNP) et la DGOS, concernant en particulier la concertation et la validation des documents-cadre qui seront ensuite déclinés en région.

#### 6.2.4 Cadre institutionnel des grilles et référentiels d'évaluation

De plus, les Agences Régionales de la Santé à l'échelon départemental voient de plus en plus leur rôle évoluer vers celui de facilitateur de l'élaboration de ces projets de territoires. Leur rôle concerne également celui de garant de l'absence de concurrence entre l'ensemble des projets de santé existant sur un même territoire. C'est à cette fin que les ARS se positionnent dans l'objectif d'inciter les projets de territoire à se développer sur la base de relation de coopération et de partenariat.

#### 6.2.5 L'évaluation médico-économique : évolution d'une approche historique

L'évaluation médico-économique est une des premières formes d'évaluation à avoir concerné les dispositifs et organisations d'interface, durant les années 1990, notamment durant la période de déploiement d'expérimentation de réseaux de santé en 1996.

Cette approche évaluative a également été mise en œuvre par les réseaux de santé, afin de faire progresser les modes de remboursement de droits communs, à l'instar de l'expérimentation nationale de prévention des lésions des pieds chez le patient diabétique menée en 2007 par les réseaux de santé diabète et réalisée par l'Association Nationale de Coordination des Réseaux de Santé diabète (ANCREDE), « dont l'un des objectifs est de mesurer les coûts »<sup>115</sup> (HAS, 2007).

Le cahier des charges de l'expérimentation du forfait de soins podologiques a été défini par un groupe de travail national réunissant la DGS, la DSS, la CNAMTS, l'ANCREDE, des professeurs et chefs de service en

---

<sup>114</sup> Virage ambulatoire - Intégrale - Débat Cécile Courrèges/Claude Leicher - Contrepoints Santé 26/10/17. [https://www.youtube.com/watch?v=7zx\\_Ne0d8g0](https://www.youtube.com/watch?v=7zx_Ne0d8g0)

<sup>115</sup> HAS, SÉANCES DE PRÉVENTION DES LÉSIONS DES PIEDS CHEZ LE PATIENT DIABÉTIQUE, PAR LE PEDICURE-PODOLOGUE, juillet 2007. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport\\_pied\\_diabetique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_pied_diabetique.pdf)

diabétologie, d'organisation représentative des pédicures-podologues la société francophone du diabète pour les professionnels paramédicaux 116.

Des résultats favorables à l'intervention de dispositifs et plateformes d'évaluation ont été mis en avant. « Certaines expérimentations ont montré que les réseaux de diabète, sous réserve qu'ils suivent certains protocoles de prise en charge, permettent un suivi des patients plus conforme aux recommandations de bonne pratique et un meilleur dépistage des complications. Mais très rares sont les expérimentations qui ont mis en pratique ces moyens et mesuré leurs résultats. » (Source : rapport IGAS 2006)

Cette forme d'évaluation est toujours observée en 2012 avec un projet porté par l'Assurance Maladie en lien avec les ARS relatives à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé. Selon l'instruction relative à cette expérimentation, l'objectif était de « compléter les outils mis à disposition des agences régionales de santé pour accompagner les évolutions attendues des réseaux de santé »<sup>117</sup>. Il s'agissait en pratique de mesurer le service rendu aux patients suivis par les réseaux selon une approche expérimentale qui prévoyait de comparer un échantillon de patients ayant bénéficié d'une coordination par un réseau de santé avec un échantillon de patients n'ayant pas bénéficié de ce type de service.

*Encadré 5 : Présentation de la méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé (Extrait de l'instruction du 21*

La méthode a été élaborée conjointement par la DGOS et la CNAMTS, avec l'appui d'une société extérieure, et a fait l'objet d'un premier déploiement dans trois régions pilotes : Aquitaine, Bourgogne et Rhône-Alpes, pour 44 réseaux.

La méthode repose sur une comparaison « cas/ témoins » : les patients du régime général de chaque réseau, qui disposent, sur la période d'analyse, d'un PPS, sont appariés et comparés à des témoins identifiés sur le bassin de recrutement du réseau dans la patientèle de médecins n'adhérant pas au réseau. Les critères de comparaison sont médicaux et économiques.

La méthode permet d'évaluer les réseaux des thématiques suivantes : diabétologie, gérontologie, soins palliatifs, insuffisance respiratoire chronique/asthme, réseaux polyvalents de proximité pour les patients atteints de ces pathologies permettant de disposer d'éléments objectifs.

Une présentation détaillée de cette méthode figure en annexe I.

*novembre 2021).*

Les objectifs affichés de cette évaluation médico-économique sont doubles. Les résultats doivent servir, avec d'autres éléments d'état des lieux conduits en région, à éclairer la décision des ARS concernant le maintien des financements aux réseaux de santé. À ce titre, l'utilisation de l'évaluation médico-économique est fortement associée au mode évaluatif du dialogue de gestion intervenant dans le cadre d'une contractualisation d'objectif et moyen entre les Agences Régionales de Santé et les réseaux de santé.

<sup>116</sup> Dossier forfait de soins podologiques, Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie, mai 2008. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjOxP2FmeruAhXJAWMBHVZAApwQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.santepourtous.nc%2Fcomponent%2Fphocadownload%2Fcategory%2F146-texte-reglementaire%3Fdownload%3D195%3Adossier-forfait-soins-podologiques&usg=AOvVaw0\\_US9E9YJJG1778eWyPT0C](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjOxP2FmeruAhXJAWMBHVZAApwQFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.santepourtous.nc%2Fcomponent%2Fphocadownload%2Fcategory%2F146-texte-reglementaire%3Fdownload%3D195%3Adossier-forfait-soins-podologiques&usg=AOvVaw0_US9E9YJJG1778eWyPT0C)

<sup>117</sup> Instruction DGOS/PF3/CNAM n°2012-393 du 21 novembre 2012 relative à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-12/ste\\_20120012\\_0100\\_0044.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-12/ste_20120012_0100_0044.pdf)

Critiques de l'évaluation expérimentale : les préconisations du HCAAM

« Le document de l'ANAES (1999) met en lumière plusieurs enjeux majeurs qui semblent attachés au développement des réseaux : d'une part, les réseaux seraient porteurs, par leur principe de fonctionnement, d'améliorations en matière de qualité des prises en charge ; d'autre part, ils pourraient initier une transformation profonde du fonctionnement et du mode de régulation des systèmes de soins et de santé, par une sorte d'effet d'apprentissage cumulatif dans le temps et dans l'espace. Le rapport souligne que les réseaux pourraient contribuer à corriger les principaux dysfonctionnements du système de soins par (...) un accroissement de la compétence collective des professionnels de santé par une mise en commun plus efficiente de leurs expertises et savoir-faire, aboutissant à une nouvelle répartition des tâches et des responsabilités, non seulement entre eux, mais également avec les professionnels d'autres champs (juridique, éducatif, social). » (CREDES, 2001)

En 2018, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie formule des critiques des approches par l'évaluation d'expérimentations locales. Selon cette instance, « il est vain cependant de penser renverser la logique de fonctionnement historique du système de santé et engager un mouvement cohérent de l'ensemble de ses composantes sans direction d'ensemble, à partir de la capitalisation d'une multitude d'expérimentations de terrain. L'histoire des expériences conduites au cours des vingt dernières années depuis la promotion des filières et des réseaux initiés au début des années 1990, avec quelques succès indéniables qu'il a cependant été impossible de transformer, est là pour montrer les limites de ce type d'approche ».

Le HCAAM rappelle que la politique de transformation du système de santé s'appuie sur une nouvelle approche territorialisée à un échelon des bassins de vie. Il s'agit d'engager un processus d' « institution d'une organisation territorialisée des services de proximité » et d'abandonner progressivement la structuration hospitalo-centrée ayant prévalu jusqu'alors. Le bassin de vie de la population est désigné comme l'échelon organisationnel correspondant à la mise en place d'un réseau territorial de proximité, comprenant les services d'aide, de soins ambulatoires et hospitaliers, dans le but de répondre aux besoins de la santé globale (rapport HCAAM, p. 19).

Ces orientations se traduisent principalement par la mise en œuvre de « dispositifs de coordination intégrés aux différents offreurs », reposant sur l'engagement des services de soins de premier recours et avec la possibilité d'adjoindre les dispositifs et plateformes de coordination pour des interventions spécifiques en réponse à des besoins sociaux et médico-sociaux des patients très complexes.

Face aux transformations attendues et conjointement avec la « montée en puissance des capacités de coordination des organisations locales en soins primaires », il est prévu d'accompagner les dispositifs et plateformes de coordination à leur transformation et la rationalisation de leur offre par des procédures d'organisation et de planification de leurs offres (rapport HCAAM p. 12).

Au final, deux approches s'imposent, à savoir l'évaluation de modèles organisationnels et la contractualisation à différents échelons territoriaux.

### 6.3 Rationalisation instrumentale : extension du domaine de l'évaluation par la quantification

Dans la perspective d'accompagner l'inscription à une échéance rapide des nouvelles organisations en soins primaires dans des cadres juridiques et financiers de droits communs, le HCAAM recommande l'évaluation de modèles organisationnels possibles. Il préconise le recours à l'évaluation de prototypes dans le but d'identifier des modèles de financements pérennes dans un souci d'efficacité et d'attractivité.



Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) met en exergue l'importance de la mise en œuvre de méthodes évaluatives, comme aide au développement des territoires émergeant de l'ensemble des acteurs (professionnels, institutions et administrations) ; et fonctionnant grâce à l'existence de « boucle de retour d'expérience » mobilisant l'expérience acquise des acteurs de terrain et les impliquant effectivement dans une logique itérative.

### 6.3.1 L'expérience patient : apparition d'une association avec le financement des services.

Dans son rapport d'analyse prospective de 2018, la Haute Autorité de Santé formule 21 propositions dans la perspective « de nouveaux choix, pour soigner mieux ». Parmi elles, la proposition 26 vise l'élargissement de l'usage des indicateurs de résultats de leur champ essentiellement hospitalier sur l'ensemble des parcours de santé ; dans une logique de « financement à la qualité et fondé sur la valeur ».

**Figure 27 : extrait de l'analyse prospective de la Haute Autorité de Santé concernant la mesure de la satisfaction des patients (PREMs et PRIMs)**

---

*« Comme pour l'évaluation externe dans laquelle ils sont souvent implémentés, les indicateurs de qualité permettent : —une mesure du niveau de qualité sur leur champ ; —la mise en place par les professionnels des démarches d'amélioration correspondantes. En tant que mesure de la qualité, ils peuvent être utilisés pour informer les patients sur le niveau de qualité du service rendu et dans les systèmes de financement. Les orientations pour consolider leur action sont : — le renforcement du développement des indicateurs mesurés auprès des patients : indicateurs de satisfaction, d'expérience, ou de résultat tels que le patient reported experience measures (PREMs), ou le patient reported outcomes measures (PROMs), patient reported incident measures (PRIMs) ; — la poursuite du développement d'indicateurs de résultats cliniques qu'ils soient intermédiaires (output) ou finaux (outcomes) ».*

---

Une première version de ce questionnaire sera constituée par la Haute Autorité de Santé (HAS), une équipe de recherche et des représentants d'usager. Ce questionnaire sera soumis aux expérimentateurs pour le tester. La première année de mise en œuvre servira à la validation du questionnaire. Est espérée une intégration de ce résultat de l'expérience patient dès la 2<sup>e</sup> année.

### 6.3.2 La contractualisation : nouvelle forme d'évaluation par la quantification

L'évaluation par contractualisation est également un des modes d'évaluation observés concernant les réseaux de santé pour la période d'observation. Cette évaluation prend la forme d'une évaluation externe ou bien d'une auto-évaluation (voir ci-après grille d'auto-évaluation des réseaux de santé), qui est transmise à l'ARS soit de manière annuelle selon le calendrier relatif à la production du rapport d'activité de l'organisation, ou bien chaque année avant le 31 mars. Il peut également s'agir d'une évaluation externe, diligentée par l'ARS qui intervient au plus tard à la fin de la période contractuelle, soit tous les cinq ans.

**Figure 28 : limites formulées par le HCAAM à propos de l'approche du changement par les expérimentations**

---

*Pour que les acteurs ambulatoires puissent prendre en charge ce nouveau rôle d'organisation du réseau de proximité et de relations entre les acteurs (renvoi interne), le regroupement en ambulatoire est édicté comme une règle, précisant que cette notion de regroupement est à comprendre dans une diversité de formes organisationnelles « n'impliquant pas toutes un regroupement physique » (rapport HCAAM, p.25).*

*S'agissant du réseau de proximité, la réussite ou l'échec de la réforme de rupture proposée dépendront : de la mobilisation des acteurs ambulatoires qu'il faudra encourager par le principe d'un triple engagement, national, en équipe et territorial, dont les interactions seront déterminantes pour cette mobilisation p.27;*

- De la mobilisation par les pouvoirs publics d'un investissement net sur l'organisation de la proximité ambulatoire, sans lequel il est illusoire de pouvoir améliorer les conditions de fonctionnement et de travail des acteurs hospitaliers dont les personnels payent au prix lourd la déstructuration de l'utilisation de leurs structures.

*Le Haut Conseil estime ainsi que pour répondre aux enjeux de la structuration du réseau de proximité, il est nécessaire de créer un nouveau cadre d'exercice, se traduisant par un triple engagement des professionnels : un engagement individuel ; un engagement collectif dans des pratiques pluriprofessionnel et en équipe ; un engagement auprès des populations, concernant les territoires et donc des CPTS, page 28.*

*Ainsi, à terme, chaque professionnel sera engagé dans une double contractualisation : au niveau national pour les conditions générales de son activité (conventionnement national des individus et des équipes), et au niveau territorial dans le cadre du réseau de proximité (conventionnement territorial), page 29.*

La mise en œuvre d'évaluation par la contractualisation d'objectifs et de moyens repose sur un double principe de programmation et de planification de la dynamique des organisations locales des services d'aide et de soin. Le principe de planification est basé sur le principe d'évaluation par les nombres (renvoi interne) mobilisant principalement les notions de résultats à partir de données chiffrées et de courbes de performance. Le principe de programmation fait suite au principe de planification et correspond aux actions liées à l'élaboration de plans nationaux ayant vocation à redescendre sous forme de directives administratives. Les contrats d'objectifs et de moyens étant par conséquent une mise en œuvre formelle de directives administratives à caractère opposable. L'évaluation par les nombres s'est révélée étroitement associée à deux autres modalités évaluatives. D'abord les cahiers des charges nationaux ainsi que la production d'indicateurs d'évaluation des dispositifs d'appui à la coordination. Les Agences régionales de Santé deviennent des partenaires contractuels d'équipes professionnelles porteuses de projets de territoire. Dans cette logique d'inflexion, la contractualisation est mobilisée à des fins d'accompagnement et de soutien à la mise en œuvre de projet de territoire et non plus uniquement de définition d'objectifs et de moyens alloués à des établissements et services de santé. Le territoire de santé ne fait pas l'objet d'une définition législative. Il se caractérise par la contractualisation de projets territoriaux de santé, dont il existe une diversité d'échelons territoriaux, de missions et de populations destinataires. Plusieurs contrats territoriaux de santé coexistent donc sur un même territoire. Ce qui rend l'appréciation de la dynamique globale plus délicate. Les méthodes d'évaluation associées à cette logique de contractualisation relèvent de la production d'indicateurs destinés à apprécier la dynamique coopérative des territoires fixés au préalable.

**Tableau 11 : Tableau des différents projets territoriaux de santé identifiés à l'échelle méso**

	Professionnels ou services porteurs	Échelle de population	Objet du projet de santé
<b>Équipe de soins primaires</b>	Professionnels de santé de ville	Le territoire couvert par le projet de l'ESP correspond à celui de la patientèle d'un ou plusieurs cabinets médicaux.	Actions d'amélioration des réponses apportées à la patientèle, dont les thématiques sont choisies par les membres.
<b>CPTS</b>	Professionnels de santé de ville, associé des partenariats avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.	Population sur un territoire	Organiser la réponse à un besoin de santé sur un territoire.
<b>DAC</b>	ESP, CPTS ou bien services de coordination déjà existants.	Population ayant des besoins complexes sur un territoire	Organiser la réponse aux besoins de santé des personnes nécessitant des interventions complexes.

### 6.3.2.1 Les grilles d'évaluation comme corollaire de l'évaluation par les nombres

Les approches expertes se sont également développées concernant les filières de soin et les dispositifs et plateformes de coordination. Il s'agit d'évaluation de type experte.

## 6.4 Rationalisation de la circulation des informations : logique programmatrice

### 6.4.1 Développement d'outils numériques de coordination territoriale des parcours de santé

Le programme « E-parcours » prévoit le développement des outils numériques de coordination de parcours de santé dans les territoires de santé<sup>118</sup>. Cinq grandes orientations stratégiques sont définies dans une feuille de route du numérique en santé :

- Renforcer la gouvernance du numérique en santé
- Intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé
- Accélérer le déploiement des services numériques socles
- Déployer au niveau national des plateformes numériques de santé
- Soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs

L'action 14 de la Feuille de route prévoit la mise en œuvre du programme « e-parcours ». Ce programme vise à offrir un panel de services numériques de coordination pour les professionnels de santé, complémentaire aux trois premiers services socles (DMP, MSSanté, e-prescription). Il s'agit d'organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social, et hôpital, dans le but de mieux répondre aux besoins de soins de proximité. L'objectif est de développer et de simplifier la coordination entre les professionnels au profit de l'utilisateur, dans une logique de prise en charge décloisonnée, via le déploiement de référentiels socles et l'usage de services d'échange et de partage sécurisés (réseau social professionnel, agenda partagé ...). Ainsi, les utilisateurs cibles du programme e-parcours sont prioritairement les collectifs de soins promus par Ma santé 2022, l'objectif du programme s'articulant étroitement avec la mise en œuvre opérationnelle de ces nouvelles organisations territoriales. Pour répondre aux enjeux du projet national e-Parcours, les dossiers partagés intègrent l'automatisation des calculs des indicateurs de parcours de santé imposés aux DAC, CPTS et MSP.

---

118 Cette feuille de route a été présentée en avril 2019, par la ministre des Solidarités et de la Santé, le secrétaire d'État chargé du numérique, des directeurs d'administrations centrales et du directeur de l'Assurance maladie, auprès des représentants des professionnels de santé, des fédérations hospitalières, des acteurs du médico-social, des institutionnels, des représentants des industriels de l'informatique de santé, des start-up e-santé et autres acteurs de la santé numérique.

## 6.4.2 Indicateurs des dispositifs et plateformes de coordination des parcours de santé complexes

### *Indicateurs d'usage pour les dispositifs d'appui à la coordination*

#### 2.2.2. Indicateurs d'usage pour les dispositifs d'appui à la coordination

#	Indicateur
6.1	60% des dossiers de coordination ouverts pour des usagers en cours de prise en charge par le dispositif d'appui ont été actualisés au moins une fois dans le trimestre précédent
6.2	Pour 80% des dossiers créés le trimestre précédent, un travail d'évaluation a été réalisé dans le mois suivant la date d'ouverture du dossier (réalisation d'une primo-évaluation). Ce travail d'évaluation peut prendre les formes suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- En récupérant des informations et évaluations précédemment réalisées par différents acteurs ou partenaires du territoire et en les joignant au dossier,</li><li>- En utilisant des outils d'évaluation structurés de type Outil d'Evaluation Multi-Dimensionnel (OEMD), Formulaire d'Analyse Multidimensionnel, l'InterRAI etc.</li></ul>
6.3	Le carnet de liaison / les alertes ont été utilisées pour a minima 60% des usagers en cours de prise en charge dans le trimestre précédent.
6.4	Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, l'équipe de prise en charge comprend au moins 2 professionnels différents.  Pour 60% des usagers en cours de prise en charge, un échange a eu lieu dans le trimestre écoulé (au moins 2 messages de 2 PS différents).
6.5	Pour 60% des usagers, un rendez-vous est positionné dans l'agenda de l'utilisateur pour le trimestre écoulé.
6.6	Le dispositif d'appui à la coordination utilise un tableau de bord trimestriel de suivi de ses indicateurs et de son activité.

Un autre exemple est le dossier patient partagé, proposé par la société Mediateam et utilisé par une part importante de dispositifs d'appui à la coordination (réseaux de santé, MAIA et certains CLIC), qui intègre « un calcul automatisé des indicateurs SNAC liés aux dispositifs d'appui aux parcours complexes (6.1 à 6.6). Ce qui permet aux DAC, CPTS et aux régions de maîtriser l'atteinte de ces indicateurs et d'optimiser au mieux leurs financements » (Source : communication web de la société Mediateam).

### *Indicateurs de messagerie de santé*

#### **Messagerie sécurisée de santé (MSS)**

#	Indicateur
5.1	Le bouquet de services numériques territorial de coordination est compatible avec la messagerie sécurisée de santé.
5.2	Un annuaire régional des correspondants MSSanté est disponible et actualisé semestriellement.

## Indicateurs DMP

### Dossier médical partagé (DMP)

#	Indicateur
4.1	Le bouquet de services numériques de coordination en usage sur le territoire est compatible avec le DMP.
4.2	<p>A compter de 2020, l'alimentation des volets de synthèse médicale (VSM) au sein des DMP progresse dans la région :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 1% des DMP ouverts dans la région contiennent un VSM à fin 2020 ;</li><li>- 2 % des DMP ouverts dans la région contiennent un VSM à fin 2021 ;</li><li>- 4% des DMP ouverts dans la région contiennent un VSM à fin 2022.</li></ul> <p>Cet indicateur constitue un bonus à hauteur de 3% des financements d'usage jusqu'au 31/12/2021 ; à compter de cette date, une pénalité proportionnelle à l'écart à la cible sera appliquée avec un plafond de 3% des financements d'usage.</p>

### Indicateurs répertoire opérationnel des ressources

#### Répertoire opérationnel des ressources

#	Indicateur
3.1	Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est déployé dans la région.
3.2	<p>A compter de 2020 : Le ROR comprend une description exhaustive des ressources du territoire respectant le critère qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pour les acteurs du champ sanitaire hospitalier :<ul style="list-style-type: none"><li>o A compter de fin 2020 et jusqu'à fin 2022 : 90% des structures MCO (hors HAD et USLD), SSR, et PSY ;</li><li>o A compter de fin 2021 : 40% des structures <u>HAD et USLD</u>,</li><li>o A compter de 2022 : 60% des structures <u>HAD et USLD</u>,</li></ul></li><li>- Pour les structures du champ médico-social, avec des paliers :<ul style="list-style-type: none"><li>o Fin 2020 : 10 % des structures ;</li><li>o Fin 2021 : 20% des structures ;</li><li>o Fin 2022 : 30% des structures ;</li></ul></li><li>- Pour l'offre de soins ambulatoire, une initialisation du peuplement à compter de 2021.</li></ul>

## 6.4.3 Indicateurs pour les collectifs de soins coordonnés

### 2.2.3. Indicateurs d'usages pour les collectifs de soins coordonnés

#	Indicateur
7.1	Si le collectif de soin utilise un réseau social professionnel : Le réseau social professionnel a été utilisé par au moins 40% des professionnels membres du collectif de soin dans le trimestre écoulé.
7.2	Si le collectif de soins coordonné utilise un dossier de coordination : Pour 40% des patients disposant d'un dossier de coordination ouvert auprès des membres de la CPTS, celui-ci a été actualisé au moins une fois dans le trimestre précédent par l'un des membres de la CPTS.

Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) de la HAS, propose un socle commun pour l'ensemble des plans et programme de coordination en santé.

Il s'agit d'un outil de partage d'informations pour l'ensemble des acteurs professionnels et les usagers. Il facilite la coordination des parcours de santé complexes en s'appuyant sur les systèmes d'information en santé. Il repose sur une démarche centrée sur la personne et son entourage et permet de personnaliser les prises en charge médicales, et les accompagnements sociaux et médico-sociaux. Cette production de la HAS, en réponse à une saisine [1] du ministère des Solidarités et de la Santé, a été pilotée par le Service d'Évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours. Dans la continuité des travaux engagés, le PPCS a été identifié parmi les services numériques d'appui à la coordination des parcours. Le projet de dématérialisation du modèle métier est en cours d'étude (en savoir plus).

#### Les objectifs définis pour le PPCS :

- La pleine intégration des établissements et services médico-sociaux dans le continuum de prise en charge et le renforcement de leur compétence sanitaire ;
- L'unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (article 23 du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé) ;
- L'accélération du virage numérique (feuille de route ministérielle pour le numérique en santé). Le développement d'outils numériques de coordination de parcours de santé en région avec le programme "e-parcours" est l'un des principaux axes de cette feuille de route.

## 6.5 La recherche pratique d'une meilleure articulation évaluation/contribution

### 6.5.1 Les limites identifiées par les acteurs en situation

Les observations conduites montrent que l'intentionnalité générale des dispositifs de coordination réside principalement dans la capacité à produire et à faire circuler des informations entre une grande diversité d'acteurs. Cette intentionnalité résulte de différentes limites des évaluations identifiées dans la partie précédente. Les évolutions observées durant la période 2013-2020 correspondent aux orientations définies par le HCAAM concernant l'évolution du système de santé (renvoi interne). Face aux évolutions attendues, les acteurs, qu'ils soient professionnels ou services de santé, chercheurs et experts du domaine des pratiques et de l'organisation des soins expriment différents besoins au sujet de l'évaluation des dynamiques territoriales. L'expression de ces besoins traduit différentes représentations et visions des dynamiques territoriales. Du point de vue des acteurs sociaux étudiés, un compte-rendu de réunion à propos de l'évaluation médico-économique de la CPAM, diffusé sur Internet, nous renseigne sur les représentations à propos des limites des évaluations par les nombres.

**Tableau 12: Tableau de synthèse des limites identifiées par les acteurs de l'amélioration des parcours de santé**

Acteurs sociaux	Limites identifiées	Verbatims
Dispositifs et plateformes de coordination	Besoin d'évaluation participative des services et dispositifs de coordination.	« Il est ajouté par les représentants de l'UNR Santé en argumentaire que, les données issues des expérimentations réalisées par 44 réseaux dans plusieurs régions auraient pu (et du) être partagées avec eux. ».
	Besoin d'intégrer de nouvelles dimensions : socio-économique et contextuelle, de la qualité et de l'amélioration des pratiques collectives.	« Les représentants de l'UNR Santé insistent sur la nécessité de ne pas travailler que sur les données de consommation médicales, mais de travailler ensemble (UNR Santé-DGOS-CNAM TS) sur le « gris » des pratiques des réseaux (contexte socio-économique, accompagnement des professionnels, DPC/formation et EPP, environnement, vulnérabilité ...). Il est nécessaire d'intégrer ces champs dans les évaluations des réseaux. La mise en place d'un groupe de l'évaluation du « gris » est envisagée
	Limitation des données de la CNAMTS	Les données à sa disposition sont limitées

### 6.5.2 Une dynamique de diversification des méthodes d'évaluation

**Tableau 13: Synthèse des méthodes d'évaluation recensées**

Approches intégrant un ou plusieurs acteurs sociaux réels	
<b>Méthodes formatives</b>	Formation socioconstructiviste (FC)
	Amélioration professionnelle continue (DPC pluriprofessionnel)
	Apprentissage organisationnel
	RAI
<b>Méthodes d'enquête</b>	Évaluation MAIA (CNSA)
	Diagnostic de territoire
	Évaluation d'impact PAERPA (IRDES)
	Questionnaire de satisfaction « retour à domicile »
Approches expérimentales (RCT, évaluation d'impacts)	
Évaluation RCT (clinicien) Évaluation médico-économique de la (CNAMTS)	
Approches expertes (Guide, référentiel, recommandations)	
Grille auto-évaluation des réseaux de santé (HAS) Évaluation externe des réseaux de santé (consultant) Référentiel métier de la coordination de parcours (EHESP) Guide d'indicateurs d'activité et de pilotage" des Dispositifs d'appui à la coordination (ANAP) Grille autodiagnostic des filières de soins (ANAP) Cahier des charges relatif au financement des missions de coordination (MSP, CPTS, DAC, PTA, etc.)	

### 6.5.3 Articulation évaluation/contribution : des espaces d'apprentissage

La construction d'un sens partagé entre professionnels en situation est observée lors de la conduite des actions de coordination en réponse à une situation problématique à résoudre. Dans ce cas, l'intentionnalité des dispositifs de coordination est la création et l'hybridation des connaissances des professionnels confrontés à une

problématique, afin d'en partager les contextes de référence, de construire une compréhension commune de la situation et de modifier leurs conduites en fonction des connaissances ainsi produites collectivement.

### **6.5.3.1 Exemple de l'apprentissage collectif en situation professionnelle**

#### *6.5.3.2 L'exemple de l'analyse collective de situation individuelle*

Ainsi un directeur de dispositif de coordination résume le sens des interventions réalisées en situation « Une de nos méthodes de travail est de réétudier les besoins et les remettre en contexte (...), car dans beaucoup de situations, on ne va pas répondre à la demande (...) on va digérer cette demande, on va analyser pour savoir ce qui est non identifié ».

L'approfondissement de la compréhension du processus en présence amène à identifier auprès des salariés menant ces analyses de situation qu'il s'agit de repérer les différents contextes de pertinence du point de vue des acteurs concernés, dont le patient. Nous sommes en présence d'un effort de contextualisation des problématiques d'un point de vue multiacteurs. C'est-à-dire un processus d'élaboration de construction collective d'un contexte de référence, dépassant les contextes de compréhension initiaux de chaque professionnel.

Ainsi, un coordonnateur d'appui du même dispositif explique le sens de son intervention : « Les informations partagées par chaque professionnel sont projetées dans un environnement organisationnel et décisionnel spécifique à leurs organisations d'appartenance. Elles se révèlent donc incertaines, leurs pertinences étant alors conditionnées par la non-exhaustivité des évaluations, le manque de concertation et de coopération entre professionnels de services et institutions diverses : le professionnel est perdu, il ne comprend pas » ; « On regarde la complexité de la situation, ce qui pose problème (...). Il n'y en a pas de définition type : c'est ce qui dysfonctionne, ce sont les difficultés d'un professionnel. »

Dans le cas de cette pratique situationnelle, le processus de construction collective d'un sens partagé possède la particularité d'intégrer le patient et son entourage comme acteurs de la situation à résoudre. Un salarié pointe le fait que « Les professionnels ne voient souvent plus la personne, le projet de vie (...), car ils sont englués dans leurs difficultés. (...). On part des besoins explicites exprimés par une personne (...). Notre intervention, c'est de faire le point avec les patients de manière collaborative, pour leur permettre de reprendre la main sur ce qu'ils savaient faire ». Le processus à l'œuvre permet alors d'identifier les contextes pertinents pour chacun des acteurs concernés par les situations complexes, intégrant les points de vue des patients et de leurs entourages et par conséquent les normes et valeurs de ces derniers, qui entrent donc en dialogue avec les normes et valeurs des professionnels du soin et du social, ainsi que celles de leurs structures de référence. Un médecin travaillant avec le dispositif de coordination aborde ce point de la manière suivante « Les déterminants des points d'inflexion de parcours sont multiples, comme le comportement de santé du patient avant tout contact avec le système de soins, l'expression d'une plainte lors des examens, la représentation par le patient de son identité lors du diagnostic, la solitude d'un patient au domicile suite à un épisode de soins particuliers .... Pour les soignants, ils conduisent à des modifications du contenu, de la matière, et donc du sens du parcours ».

#### *6.5.3.3 L'exemple de l'apprentissage organisationnel*

Les dispositifs de coordination étudiés offrent des exemples d'activité de production de dispositifs cognitifs relevant des logiques invisibles des coopérations.

L'analyse de la genèse et de l'historique de ces organisations permet d'identifier l'existence de dispositifs cognitifs qui nous apparaissent en mesure de soutenir les dynamiques territoriales par la transmission de l'expérience<sup>119</sup>. Prenant appui sur les processus d'apprentissage et de prescription évoqués précédemment, ils

---

<sup>119</sup> Il s'agit ici de considérer les plateformes et dispositifs de coordination comme des ensembles organisés et finalisés d'objets intellectuels, articulés entre eux et distribués dans l'espace et le temps à des fins de production de connaissances, ils jouent un rôle d'instrumentation de la pensée et des capacités d'action des communautés de pratique (la pensée de l'individu étant dépendante de l'outillage de l'organisation en général).



sont mis en place par les organisations territoriales pour favoriser en particulier les processus « de diffusion des idées » (apprentissage organisationnel) et « d'ordonnement et de mise en lisibilité » (formation).

Verbatims d'un médecin coordonnateur d'une plateforme de coordination issue du 1er recours :

---

*« La méthode utilisée par cette plateforme de coordination depuis les années 1980 est basée sur la méthode de la pédagogie constructiviste de Piaget. L'enjeu du développement du projet de santé est de produire du collectif par la construction d'organisation intersectorielle sanitaire et sociale, grâce à un travail sur les pratiques professionnelles. »*

*« La méthode des analyses de cas est principalement utilisée, afin de construire collectivement des réponses adaptées aux problématiques des médecins généralistes. Il s'agit que les gens se connaissent pour produire du collectif. Ces actions sont mises en œuvre à différents endroits du territoire, sur différents parcours et avec différents acteurs, avec différents financements. Et tout cela contribue à faciliter le travail des médecins généralistes (...) notamment pour apporter un soutien en marge des consultations et au domicile des patients. »*

*« Différentes applications de cette méthode ont été réalisées, la construction de coordination intersectorielle sanitaire et sociale au service du médecin généraliste en est un exemple, en lien avec les réseaux médico-sociaux, grâce à un travail de terrain avec les CCAS, les travailleurs sociaux de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), des services de la Mairie, des cliniques mutualistes et les professionnels de santé du territoire. Il s'agit de réaliser des temps de concertation autour de situations complexes sur la méthode des analyses de cas, entre les médecins généralistes, travailleurs sociaux de ville et du Conseil Départemental, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA), les CLIC, les CCAS, et les réseaux de santé. Grâce à ce travail et au partage des numéros de portable, les médecins généralistes savent à qui se référer et réciproquement pour des situations autrefois inextricables, qui sont désormais plus simples. La fréquence de ce type de situation est 1 à 2 fois par mois. »*

*« Ces réunions ont concerné la mise en place de parcours de santé pour le réseau Diabète du territoire. Le réseau travaille aussi à un parcours de santé pour les enfants en situation d'obésité, grâce à des réunions entre la ville / l'hôpital / les MSP / les URPS. » (Médecin coordonnateur de dispositif d'appui à la coordination)*

---

On observe que les processus de transmission s'inscrivent dans une communauté de pratiques plus large, détentrice d'un « capital immatériel de connaissances » se pérennisant à travers le temps, via des dispositifs cognitifs (documents, bases de données, logiciels, référentiels de connaissances, etc.).

Les dispositifs cognitifs liés aux pratiques de formation sont un élément invisible de la structuration des processus de transmission présents au sein des plateformes de coordination, en soutien de la diffusion des innovations organisationnelles. Ces dispositifs procèdent à chaque fois d'une communauté de pratique élargie, intégrant de nouveaux acteurs territoriaux pour partager les connaissances. Ces acteurs d'intermédiation peuvent être soit une association créée de manière ad hoc, soit une université, ou bien encore la structure juridique porteuse du dispositif de coordination.

Le rôle des actions d'amélioration des pratiques professionnelles (formation et développement professionnels continus) comme dispositif cognitif, immatériel et invisible, permet une mise en lisibilité et un ordonnancement des savoirs expérimentiels acquis. Les formes particulières de formation mises en œuvre dans les territoires observés représentent un levier pour soutenir la diffusion des innovations organisationnelles.

Extrait du catalogue de formation 2019 d'une plateforme de coordination issue d'un réseau gérontologique

---

*« L'Association assure un travail d'accueil, d'information et d'orientation pour les personnes âgées, leurs familles et les professionnels (...) [d'] accompagnement des parcours de santé afin de coordonner les multiples acteurs et intervenants autour des usagers... Dans cette logique d'intervention, nous sommes en relation avec de nombreux acteurs du territoire. Cette proximité passe par (...) la composition de notre Conseil d'Administration où tous ces professionnels sont présents ou représentés.*

*Ainsi, la formation [est] un enjeu pour assurer une « démarche qualité territoriale » au service du développement des compétences (...) pour une dynamique territoriale toujours en structuration. Cette nouvelle activité de l'association représente également une perspective de diffusion et de transmission de nos travaux et de notre « état d'esprit » d'animation territoriale, d'appui aux parcours et de gouvernance partagée... »*

---

#### ***Verbatims d'un médecin coordonnateur d'un dispositif de coordination***

---

*« Il s'agit de réaliser des réunions de concertation et d'analyse de cas autour de situations complexes sur la méthode des analyses de cas, entre les médecins traitants, travailleurs sociaux de ville et du Conseil Départemental, les MAIA, les CLICS, les CCAS, les réseaux. (...). Ces actions peuvent donc être financées par [les dispositifs de formation continue des professionnels de santé] ou le financement de missions de santé publique. Tout le travail sur les articulations médico-sociales a été fait sous l'égide d'un organisme de formation indépendant. »*

---

Le rôle des actions d'amélioration des pratiques professionnelles (formation, développement professionnel continu) comme dispositif cognitif, immatériel et invisible, permet une mise en lisibilité et un ordonnancement des savoirs expérientiels acquis.

Cette stratégie de transmission au sein des espaces d'intelligence territoriale repose sur une logique de forte contextualisation des interactions entre acteurs, de forte personnalisation des connaissances, centrée sur l'expertise individuelle, les connaissances tacites et un attachement à la qualité des relations entre acteurs de la communauté (formation en petits groupes, tutorat, compagnonnage, recherche de proximité).

#### **6.5.4 Articulation évaluation/contribution : des espaces politico-organisationnels**

Les plateformes de coordination organisent leurs activités au niveau individuel afin de faciliter les processus de transformation des connaissances collectives, le niveau collectif se traduisant par l'organisation de système de relations entre les connaissances des acteurs des parcours de santé, principalement à l'échelle d'un ou plusieurs bassins de vie.

Les plateformes de coordination mettent en œuvre des activités spécifiques relatives à l'intégration de la communauté professionnelle, dont les activités politico-organisationnelles, qui concourent à l'organisation d'un espace d'intelligence territoriale par la définition d'une structuration collective ainsi que des prises de décisions opérationnelles et stratégiques.

Par conséquent, ces organisations structurent des espaces d'intelligence territoriale dépassant les structures porteuses des équipes salariées des plateformes. À l'échelle d'une communauté de pratique plus large, associant différents services de santé, réseaux de valeurs organisationnels et phénomène d'identification en matière d'identité professionnelle, les plateformes formalisent un fonctionnement collectif et prescriptif. Il s'agit pour ces dispositifs de permettre un partage des valeurs, de la vision et des buts collectifs partagés. Ce fonctionnement collectif vise à produire des cadres pour le développement des fins et du discours de légitimation de l'organisation (discours identitaires), à savoir les choix et valeurs nécessaires à ses fondements ainsi qu'à l'expression d'une vision d'avenir.

##### ***6.5.4.1 Exemple d'activité de production d'une norme professionnelle***

La réalisation d'entretiens informels et de recherches documentaires sur la genèse et l'historique de deux plateformes de coordination montrent qu'outre la culture organisationnelle du territoire, les processus de transmission peuvent également s'appuyer sur la présence de dispositifs intellectuels de type « société savante de médecine ». Un adossement, ou bien un lien très étroit, bien qu'informel, avec des sociétés savantes du domaine médical, dote les espaces d'intelligence territoriale d'une capacité de capitalisation des connaissances produites sur un temps long, notamment dans le cadre de la production de référentiel reconnu par la discipline médicale.

Ainsi, nous avons relevé plusieurs exemples de liens étroits entre les sphères académiques et les dispositifs de coordination.

#### Exemple de plateforme de coordination issue d'un service hospitalier

- Verbatims du directeur de la plateforme de coordination

---

*« Le dispositif PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie) est mis en place de façon opérationnelle sur le territoire depuis octobre 2014. Notre territoire a fait partie de la première vague expérimentale, lancée courant 2013. Cette expérimentation a été portée par le réseau gérontologique, existant depuis 2005, et le Service Personne âgée - Personnes handicapées du Conseil Départemental, qui est un CLIC (...). Le réseau a apporté au dispositif PAERPA la confiance et la proximité avec les professionnels de soins primaires, avec l'hôpital et les autres partenaires, une expertise technique et une connaissance de l'offre et des ressources territoriales ; (...), dans un territoire où le réseau avait œuvré sur le terrain depuis de longues années, accompagnant les professionnels de soins primaires (...) dans leurs pratiques de façon partagée avec d'autres. Le CLIC a apporté la compétence médico-sociale indispensable, l'animation territoriale des acteurs médico-sociaux et de l'aide, avec une connaissance complémentaire de l'offre en santé. (...) »*

---

Dans le cas de cette plateforme de coordination, le rôle de l'implantation locale d'une société savante en gériatrie a été déterminant pour la conservation et la diffusion des connaissances et donc des innovations organisationnelles dont ce territoire est particulièrement porteur et moteur, également à l'échelle nationale dans le cadre des expérimentations PAERPA. En 2005, un regroupement de 15 réseaux de santé gérontologiques s'est constitué au sein d'un collège régional de gériatres en prenant appui sur la société savante régionale. Cette initiative a permis de constituer une communauté de pratiques des 15 territoires de réseaux d'acteurs. De multiples travaux ont été menés en liens étroits avec les gériatres de la société savante, notamment le déploiement de projets de santé communs, menés avec les professionnels libéraux, des experts et les secteurs social et médico-social, tels que « les programmes « Santé bucco-dentaire et nutrition des seniors », « Personnes âgées fragiles et mésusage d'alcool », « Santé des aidants ». Ont également été mutualisés des travaux de recherches, d'harmonisation des pratiques professionnelles, d'évaluation et de partage d'information, à l'instar de la mise en œuvre d'une « Évaluation Gériatrique Standardisée » commune et d'une « Fiche Urgence ».

- Verbatims du directeur de la plateforme de coordination

---

*« L'expérimentation s'étend maintenant à l'ensemble du département, en s'appuyant de la même façon sur réseaux et CLIC. (...). PAERPA est venu compléter une structuration du paysage gériatrique de proximité sur notre territoire, en offrant des dispositifs et une méthode d'accompagnement des personnes âgées de façon beaucoup plus structurée et organisée (...). On est vraiment sur une dynamique territoriale ancrée, pluriprofessionnelle, portée par des planificateurs tels que l'ARS et le Conseil Départemental, une dynamique qui repose aussi sur les URPS, sur les hôpitaux, mais aussi sur toutes les structures sociales et médico-sociales du territoire, que ce soit les communes par les CCAS, que ce soit par les SSIAD, les structures d'aide au domicile, et même les associations d'usagers. »*

---

*« Ce qu'on pourrait faire, c'est se servir de cette démarche pour élargir à d'autres pages de la vie, à d'autres complexités ; on parle des plateformes territoriales d'appui (...) ; et puis on peut aussi être plateformes, je pense par exemple à toutes ces nouvelles technologies, à beaucoup de choses que l'on pourrait expérimenter et pour lesquelles on pourrait vraiment être dispositifs de test, d'accompagnement et de valorisation pour les mettre à disposition des populations qui en ont besoin. »*

---

#### 6.5.4.2 Exemple d'activité de prescription organisationnelle

Il s'agit pour les dispositifs de coordination, de permettre un partage des valeurs, de la vision et des buts collectifs partagés.

---

« Nous avons d'abord été un réseau de santé porté par une association, puis par un groupement de coopération sanitaire (...) ce qui est important dans ça, c'est qu'on est vraiment dans une démarche qualité permanente, qui se fait en permanence puisque chacune des thématiques, parcours de santé (...) du groupement disposent d'un comité de suivi ville/hôpital et avec des experts et qui trois fois par an se réunissent pour vérifier ce que l'on fait, ce que l'on produit, l'évolution, les redondances, parce que le paysage de l'offre change (...). On a mis depuis 10 ans, ce système 3 fois par an, chacune des thématiques, un comité de suivi qui le fait évoluer. (...) les comités de suivi vont être représentatifs des grands acteurs de la prise en charge de ce type de population. (...). C'est aussi l'occasion d'analyser de nouveaux besoins ou les dysfonctionnements que l'on peut avoir entre acteurs. C'est ce que l'on recherche dans les coopérations, sur le manque de représentation des univers qu'ont les uns et les autres (...). Ce qui remonte de tous ces comités de suivi, c'est repris dans le cadre du comité restreint avec les décideurs. (...), Car, au final, cela dépend d'une décision du directeur de l'hôpital ou d'une présidente d'association des pharmaciens et donc le comité restreint, se réunit toutes les six semaines et de temps en temps quand il y a vraiment des points de blocage, c'est [le rôle du médecin directeur] de faire remonter un point de blocage lors du comité de suivi, pour qu'un directeur prennent une décision et aussi en termes d'évaluation. » Médecin hospitalier directeur médical de dispositif d'appui à la coordination

---

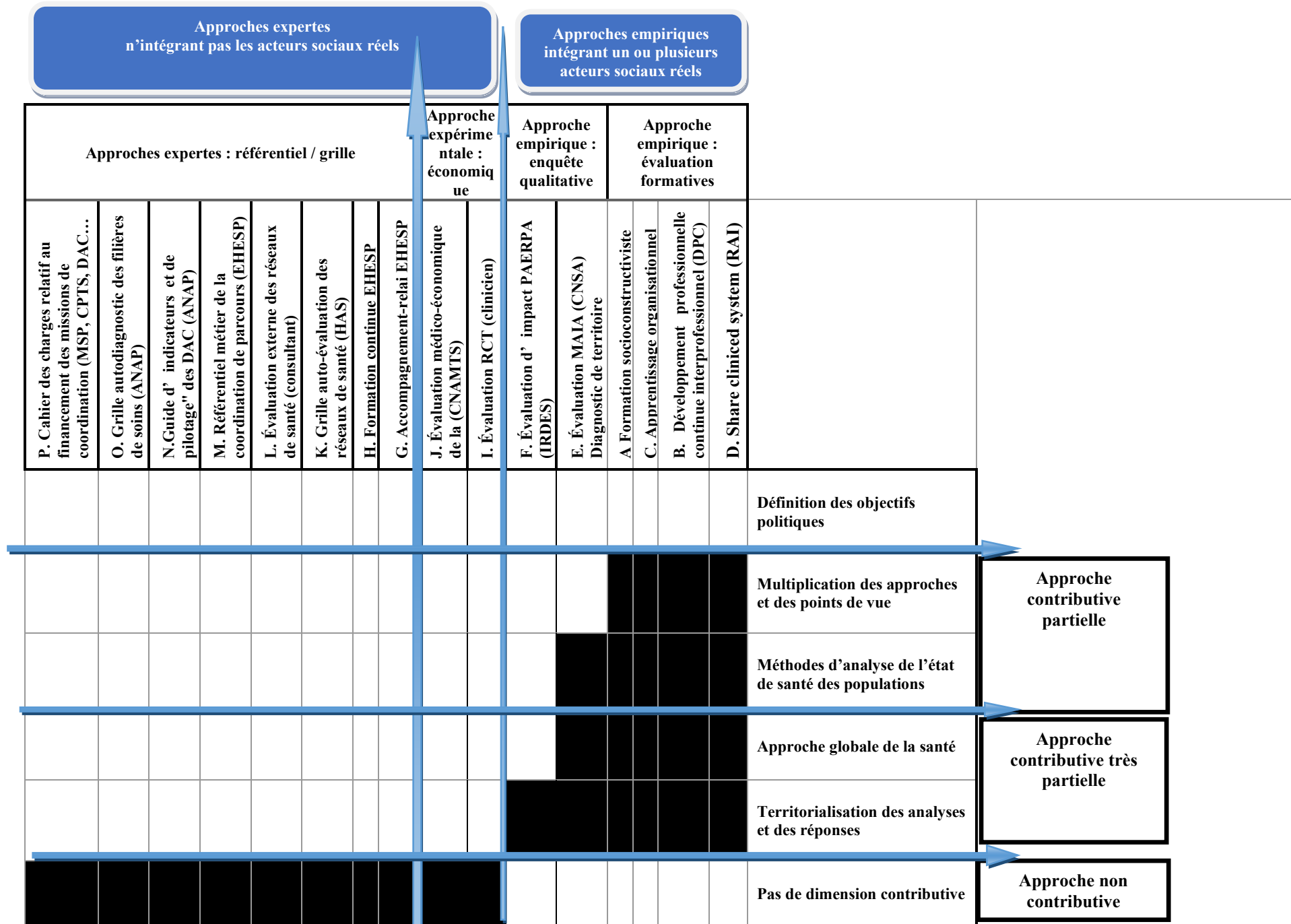
#### Exemple d'une plateforme de coordination issue d'un réseau de santé gérontologique

---

« La situation actuelle est que nous sommes à la fois CLIC, réseau de santé gérontologique, MALA, plateforme de répit, et évaluateur pour le compte de la CARSAT, et qu'on porte des postes de chargés de mission pour améliorer la qualité des services d'aide à domicile public. (...) Donc maintenant, c'est une seule entité juridique, administrative, avec un Conseil d'Administration revisité, qui fait la place à tous les acteurs du territoire. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, on a six collèges, qui nous permettent d'avoir tous les professionnels et acteurs concernés, les membres de droits et collectivité, les professionnels libéraux, les établissements (EHPAD et hôpital), service SSLAD et SSAD, autres partenaires et élus locaux (CCAS, mutualité française, centre socioculturel, UDAF, HAD, usagers (beaucoup d'organisation de type France Alzheimer, France Parkinson, association des retraités). Cette organisation avec tous les collèges, plus les dispositifs de coordination font qu'il y a un agglomérat propice à la collaboration de tout ce petit monde sur le territoire. »

---

Tableau 14: Typologie de la dimension contributive de méthodes d'évaluation des dynamiques locales (source : doctorante)



#### 6.5.4.3 *L'enjeu d'une meilleure appropriation collective des données : tension entre individuel et collectif*

L'évaluation contributive bute sur la dimension collective des parcours de santé sur un territoire donné, ce qui fait apparaître une tension entre l'articulation des dimensions individuelle et collective des parcours de santé.

Les méthodes d'évaluation intégrant les points de vue d'une pluralité d'acteurs sociaux n'intègrent que dans un cas sur cinq des critères d'analyse de l'état de santé des populations et de la définition d'objectifs politiques, partagés notamment avec la population d'un territoire, dépassant la participation à la gouvernance des usagers et des associations d'usagers.

D'une part, les systèmes d'information issus des dossiers partagés des plateformes et dispositifs de coordination ne produisent pas d'analyse en matière de santé publique. Pourtant, ces mêmes dossiers partagés possèdent la particularité de centraliser une grande richesse de données tant quantitatives que qualitatives sur une grande période temporelle, relatives aux parcours de santé d'une population sur un territoire de proximité (le plus souvent, le bassin de vie et la communauté de communes).

Les données présentes dans ces dossiers partagés sont à la fois médicales, sociales, et spatio-temporelles. Elles comportent également une grande richesse et finesse d'information qualitative concernant les besoins exprimés par les patients, l'évolution des réponses apportées dans le temps, ainsi que pour certaines plateformes de coordination, des données qualifiées relatives aux besoins des professionnels et des services d'aides et de soins.

Concernant l'approche évaluative proposée par la méthode RAI-Home Care, elle propose une méthode d'analyse de l'état de santé des populations, ainsi qu'une analyse de la disposition des services d'aide et de soins sur un territoire donné.

Au sein des territoires étudiés, nos observations n'ont pas permis de trouver d'application de cette approche d'évaluation contributive au sein des plateformes et dispositifs de coordination étudiés dans cette recherche. Deux dispositifs de coordination ont été identifiés comme utilisant l'approche proposée par la méthode RAI-Home Care, à savoir l'HAD de l'APHP de Paris et la MAIA de Marseille, ces deux expériences étant en dehors du périmètre géographique de la recherche.

Concernant les acteurs sociaux constituant le périmètre de cette recherche, l'utilisation de la méthode RAI-Home Care semble illustrer une tension entre la contribution individuelle à l'évaluation des parcours de santé et la contribution collective.

En effet, la méthode RAI-Home Care est une approche retenue depuis juin 2016 par la Caisse Nationale de Santé et de l'Autonomie retient la méthode RAI-Home Care pour l'évaluation multidimensionnelle réalisée par les 352 MAIA ((Méthode Action Intégration Autonomie) pour évaluer l'ensemble des besoins des personnes âgées de plus de 60 ans au sein de leur territoire d'intervention (couverture de la France entière). Dès 2017, la méthode du RAI-Home Care a fait l'objet d'une publication du référentiel technique de l'association internationale Inter-RAI par la CNSA, l'ASIP-Santé et France-RAI (antenne française de l'association Inter-RAI). Depuis cette publication, des formations ont été organisées auprès des professionnels des MAIA dans plusieurs régions, afin d'accompagner l'utilisation de cette méthode.

Dans les territoires étudiés par cette recherche, les acteurs sociaux ont exprimé des réticences et des appréhensions vis-à-vis de cette méthode qui n'a pas été expérimentée par ces derniers. Il s'agit d'une tension intéressante, car l'un des besoins principalement exprimés par ces mêmes acteurs concerne l'intérêt de rendre visible la complexité des situations individuelles suivies ainsi que l'impact de l'intervention sur la population du territoire d'intervention dans son ensemble (dimension collective), ce que propose de réaliser la méthode du RAI Home-Care. Cette logique d'action des acteurs sociaux étudiés s'explique par de fortes inquiétudes des acteurs historiques de certaines plateformes de coordination étudiée, face à l'apparition du dispositif MAIA, qui ont été vécues pour certains d'entre eux comme une menace de mise en rivalité entre différents acteurs et professionnels de la coordination dans les territoires.

---

« Le sujet est brûlant. Le Projet Personnalisé de Santé [(PPS)] est l'outil des réseaux et des PTA, alors que la CNSA pose l'outil RAI et le Projet de Soins Individualisé [(PSI)] revu pour les MAIA ».

« [L'utilisation du RAI reste] difficile sur le terrain. [Même si je pense que c'est] très utile [c'est] tardif pour les réseaux, puisque ce sont les MAIA qui s'en sont emparées, pour [valoriser] leur plus-value (...). [C'est un outil] bien théoriquement, et problématique en [pratique]. [La démarche] est très bonne. [Il convient de bien parler] du RAI initial, et [le] distinguer du RAI travaillé par la CNSA pour les MAIA »<sup>120</sup>.

« Pour le RAI, il est urgent d'attendre, car les enveloppes de financement des MAIA devraient devenir fongibles dans le budget global de dispositifs de coordination »<sup>121</sup>. **Directeur d'un dispositif de coordination.**

« Je n'avais pas du tout vu le RAI comme un outil d'analyse des besoins d'une population, c'est intéressant ! Effectivement cela nous serait utile »<sup>122</sup>. **Directeur d'un dispositif de coordination.**

« Je ne suis pas contre le RAI du tout, c'est un bon outil. Il permet d'évaluer les MAIA parce que ça descend de la CNSA. La faiblesse des réseaux, et leur valeur intrinsèque, c'est que c'est bigarré, et pour faire faire la même chose à des hordes locales diverses et variées .... »<sup>123</sup>. **Administrateur de l'Union Nationale des Réseaux de santé**

---

Dans deux territoires étudiés, nous rencontrons des démarches explicites pour une meilleure utilisation des données, dans une perspective d'analyse à des niveaux fins géographiques et pour améliorer les services d'aide et de soins. Les deux initiatives présentées ci-dessous correspondent à des projets des acteurs dans leurs territoires d'intervention. Pour le premier acteur, il s'agit d'une démarche de recherche d'un modèle d'analyse des données dans le cadre d'un partenariat avec une société du territoire orientée vers l'intelligence artificielle. Pour le second acteur, il s'agit de l'intégration d'un volet d'analyse des données populationnelles dans un projet d'innovation organisationnelle financé par l'État au titre de l'article 51.

Extrait d'une interview réalisée pour un article publié pour la revue I2D Information, données & documents 2020/3 (n° 3), pages 74 à 80.<sup>124</sup>

---

«Les données contribuent-elles à renouveler vos enjeux ? **Doctorante**

Les réflexions et travaux engagés nous conduisent à interroger la finalité et le statut de la donnée dans la numérisation du système de santé, les finalités aujourd'hui envisagées par les pouvoirs publics et les finalités qui pourraient être envisagées à l'avenir. La donnée actuellement enregistrée sert d'abord à la sécurisation et la traçabilité des échanges et n'envisage pas encore la production de connaissances pour améliorer nos actions. Aujourd'hui, les organisations comme la nôtre sont obligées d'enregistrer des données dans des logiciels spécifiques à la coordination des parcours et de les partager via les services numériques d'appui à la coordination, car nous devons répondre à des exigences de suivis, d'assurance de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins, et nous devons produire des indicateurs. Au-delà de la sécurisation des acteurs dans leurs prérogatives propres, le questionnement ouvert serait de savoir si à un moment donné, nous pourrions trouver de nouvelles utilités aux données pour les patients, pour les professionnels et pour le développement des services dans nos territoires. **(Directeur de plateforme territoriale d'appui intégrant un CLIC)**

---

---

120 Échange de mail professionnel d'avril 2017

121 Échange professionnel lors d'un colloque en 2018

122 Échange professionnel de septembre 2021

123 Échange de mail professionnel de juillet 2017

124 <https://www.cairn.info/revue-i2d-information-donnees-et-documents-2020-3-page-74.htm>

Extrait de l'arrêté n°2020-DSTRAT-0021 relatif au projet d'expérimentation Territoire Obésité Parcours Autonomie Ensemble (TOPASE) Pédiatrique portant sur une solution territoriale pour accompagner les jeunes patients (enfants et adolescents) vivants avec un excès pondéral, leurs proches et les professionnels dans un parcours de soins de proximité coordonné et accessible<sup>125</sup>

« Contexte/besoin :

*Une augmentation importante de l'obésité infantile et un fort gradient social La prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents a fortement augmenté entre les années 1980 et 2000 en France (Afssa, 2008). Ainsi, en 2006, 18% des enfants âgés de 3 à 17 ans sont en surpoids ou obèses, dont 3% des garçons et 4% des filles classées comme obèses (InVS, 2006). Les données traduisent aussi de fortes inégalités sociales et une plus forte prévalence de l'obésité dans les familles modestes et/ou en situation de précarité. Selon une étude publiée le 28 août 2019 par la Drees, 18.2% des adolescents français en classe de troisième sont en surcharge pondérale, dont plus d'un quart (5.2%) sont obèses, contre 15.8% (et 3.5%) en 2001. La proportion est de 24% chez les enfants d'ouvriers contre 12% chez les enfants de cadres. Cette évolution est donc marquée par de fortes inégalités sociales. Il n'y a pas de donnée épidémiologique établie sur l'obésité infantile dans le [département d'intervention]. S'ajoute à ce contexte épidémiologique une très faible offre de soins régionale, la région [d'intervention étant] est le premier désert médical de France.*

Les modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées :

*L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée sous le pilotage de la DREES et de la CNAM. Les indicateurs proposés seront rediscutés avec l'équipe d'évaluateurs et complétés le cas échéant.*

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Indicateurs
Améliorer l'état de santé	Evolution du statut statur-pondéral	Evolution de la dynamique de la courbe de poids
		Evolution Taille/Tour de Taille
	Evolution de la qualité de vie du patient	Evolution du score des questionnaires de qualité de vie
	Evolution des habitudes de vie	Questionnaire
	Diététique	
	Activité physique	Evolution du score questionnaire Ricci Gagnon pédiatrique
	Sommeil et écran	
	Compétences psychosociales	

Il semble donc intéressant de poursuivre les analyses des communications présentes au sein de ces deux écosystèmes de santé, au niveau micro-local. Il s'agit de chercher à comprendre s'il existe des pratiques infocommunicationnelles spécifiques à ces deux territoires, qui permettant une meilleure articulation entre évaluation et contribution.

<sup>125</sup> <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-08/Arr%C3%AAt%C3%A9%20n%C2%B0%202020-DSTRAT-0021%20et%20cahier%20des%20charges%20TOPASE.pdf>



## 6.6 Des espaces d'interaction de l'expérience, des besoins et des attentes des patients

### 6.6.1 Étude de cas d'une plateforme intégrant un CLIC

#### 6.6.1.1 Description de l'organisation étudiée

L'Association a débuté son histoire par l'émergence d'un Réseau de santé gérontologique issue de l'expérience "SOUBIE" dans les années 2000. Les acteurs impliqués, dont le Conseil général et la MSA, mais également l'hôpital local, les services (SSIAD et SAAD) et les professionnels libéraux, ont très tôt joué la carte de la concertation au sein du Conseil d'administration de cette association. Aujourd'hui, l'association a organisé sur son territoire d'intervention des interfaces d'abord avec le dispositif d'appui à la coordination (évolution du réseau de santé et de la MAIA) dans leur partie seniors et perte d'autonomie et ensuite avec les services de soins primaires, à savoir deux MSP sur trois et la CPTS dans le cadre de l'appui aux filières de prises en charge des parcours des aînés. Une collaboration a été installée sur le déploiement du Réseau de santé entre le monde libéral et l'hôpital dès les années 2001/2002. Avec le déploiement des CLIC en 2004, les acteurs locaux ont choisi de réunir les deux dispositifs dans la même association et commencer ainsi la convergence des interventions. En 2011 quand la MAIA a été déployée il s'est produit la même chose... avec en plus dans le même temps l'élargissement du territoire de ces dispositifs. Cette organisation territoriale comportant trois associations porteuses (dont une seule avec RÉSEAU et MAIA) a progressivement fusionné, sur la base du volontariat et de la préservation des dynamiques associatives existantes. Aujourd'hui, ce scénario a pris la forme d'une association nord Deux-Sèvres avec 3 antennes de proximité associant dans les mêmes locaux CLIC et PTA. C'est la même situation au sud. Par ailleurs, sur 6 antennes de proximité, 4 sont situées dans les locaux du Conseil départemental.

Pour l'Association nord, au cours de son histoire, d'autres projets et expérimentation sont venus renforcer ses activités : portage de l'évaluation CARSAT pour les GIR 5 et 6 (à partir de 2007), fédération des dossiers numériques des métiers de la coordination au niveau de la région (2008-2009), expérimentation nationale des plateformes de répit par la CNSA (à partir de 2009), mission d'appui-conseil aux SAAD pour l'amélioration de la qualité et de la formation (de 2006 à 2012), développement d'un organisme de formation dans le souci d'une démarche qualité territoriale (depuis 2018), lettre de mission de la Conférence des financeurs pour l'animation territoriale et la programmation d'actions de prévention individuelle et collective (depuis 2019), renforcement des actions via le programme PAERPA (2017-2019), déploiement du nouveau dossier patient partagé de la nouvelle grande région (2019), etc.

Au fur et à mesure de son histoire, l'Association a intégré dans sa gouvernance les acteurs du territoire pour lesquels elle travaille : les libéraux, mais aussi leurs représentants issus des CPTS et URPS ; les usagers via les associations de malades ou de retraités ; les Centres sociaux culturels (prévention, lien social, participation), les acteurs du handicap (ADAPEI et AUTISME) etc. L'Association a également tenté dans sa structuration de mettre en musique les politiques publiques actuellement organisées en tuyaux d'orgue pour qu'elles soient structurées aux services des usagers et des professionnels qui les accompagnent sans préjudice pour eux de la complexité du système d'aide et de soin.

#### 6.6.1.2 Le modèle du *Self-managed, care model*

Un modèle d'intégration de la participation des personnes au sein des parcours de santé existe dans la littérature scientifique. Il s'agit du *Self-managed, care model* qui permet de favoriser la participation et l'autonomie (« empowerment ») des personnes.

Ce modèle a été inscrit dans certains textes législatifs en 1999, afin de promouvoir le développement opératoire de ce modèle centré sur la participation des personnes et de leur famille au sein du système français de protection sociale et à partir des différents réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux existants.

En 1999, une circulaire précise ce que doit comporter un réseau de santé. Le huitième point explicité aborde la place des usagers : « Ils doivent être au centre des préoccupations du réseau, sous des formes évolutives avec le

temps : en tant que patients au début ; en tant qu'usagers sujets de droits ensuite ; en tant que partenaires enfin dans la détermination de besoins à combler et des stratégies pour y parvenir »<sup>126</sup>.

Dès septembre 2004, une lettre conjointe<sup>127</sup> de la Direction générale de l'action sociale et de la direction de l'Hôpital et de l'organisation des soins (DGOS) visait à proposer un cadre pour « renforcer la synergie entre CLIC et réseaux ». Il s'agissait de « [tenir] compte de « l'importance du niveau local de proximité, notamment pour repérer les personnes âgées fragiles, pour mener des actions de prévention primaires et secondaires, pour renforcer l'accès aux soins de proximité, ainsi que la nécessité d'intégrer dans un projet global cohérent et lisible les actions des structures de coordination existantes (CLIC et Réseaux de santé) ». « Notre responsabilité est de faire en sorte que les dispositifs de coordination inscrivent dans la durée la participation de la personne âgée et de sa famille en particulier sous la forme de négociation du plan d'aide, de contractualisation des interventions... ».

Lorsque les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé (DAC) intègrent des missions et services centrés sur la participation (« empowerment ») des personnes, ils correspondent à une organisation de type « self care managed model ».

Lorsque les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé (DAC) intègrent des missions et services centrés sur la participation et l'autonomie (« empowerment ») des personnes, ils correspondent à une organisation de type « self care managed model ».

D'abord, nous décrivons la dimension invisible des dispositifs et plateformes de coordination, de leur structuration suivant le modèle de favorisation de la participation des personnes et de leur entourage (Self-managed care model). Ces catégories de services et missions développées au sein des dispositifs et plateformes de coordination, résultants de l'intégration des différentes politiques publiques en santé et du social sur un même territoire. Ensuite, nous présentons les processus d'écoute des besoins et attentes des patients et de leurs familles, ainsi que des modes de rencontre de cette expérience avec celle des professionnels, services et institution du territoire leur assurant des interventions. Il s'agit de donner à voir des exemples de médiations de l'expérience des usagers, des patients et de leurs familles, notamment en contextes territoriaux de vulnérabilité/isolement.

### 6.6.1.3 Une pluralité de situation de communication organisant l'écoute des attentes et besoins des personnes

#### 1.1.1.1.1 Multiplication des espaces de médiation et d'intermédiation

L'écoute des besoins des usagers est réalisée à différents points de contact des usagers avec les services d'aide et de soin du territoire. Un système social articulant et intégrant différentes fonctions de service est organisé, proposant de répondre à une palette de besoins, ou bien à un même besoin envisagé selon des dimensions différentes et complémentaires. Cette pluralité des contextes et médiations mobilisés, sur un même territoire, permet à la communauté d'acteurs de mieux cerner et comprendre les attentes afin d'envisager les manières les plus adéquates de les satisfaire au mieux, en fonction des compétences, savoir-faire et capacités collectives en présence. Il s'agit également pour la communauté d'acteur d'identifier des attentes émergentes, peu ou difficilement perceptibles.

Dans un second temps, nous observons que si la plateforme de coordination s'adresse à une pluralité de situation complexe quel que soit l'âge et les pathologies (principe de polyvalence des DAC), la construction sociale de l'organisation est suffisamment souple pour avoir élaboré des dispositifs de médiation et d'intermédiation ciblant en particulier les personnes âgées, les seniors, les retraités et les aidants du territoire (principe de parcours de

---

<sup>126</sup><sup>126</sup> Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. Texte non paru au Journal officiel. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-49/a0493275.htm>

<sup>127</sup> Lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n° 2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-40/a0402686.htm>

santé thématique). Cette construction sociale permet de considérer les besoins et attentes d'une catégorie de la population, appréhendée comme une entité dotée de caractéristiques cohérentes.

Toutefois, les attentes peuvent correspondre à des besoins non exprimés par les usagers, car il n'en a pas encore conscience, il s'agit de besoins latents qui demandent une diversification des modes de médiation avec les usagers concernant notamment la prévention.

La mise en œuvre d'activités de prévention individuelle ou collective est un espace de médiation permettant aux personnes de révéler des besoins non exprimés relatifs à un mode de vie préservant l'autonomie, les ressources individuelles dans le cas des aidants.

Les actions de préventions individuelles ou collectives permettent une meilleure identification des besoins et favorisent.

**Figure 29 : Tableau de synthèse des espaces de médiation et d'intermédiation**

Approche centrée sur l'écoute de l'expérience et du vécu des personnes en lien avec le projet de vie, et fortement contextualisé	<i>Organisation d'un réseau de <u>points d'information locaux</u> pour les seniors et les aidants.</i>
	<i>Dispositif institutionnel de <u>plateforme territoriale de répit</u> centrée sur les besoins des aidants, qui offre une écoute spécifique ciblée sur le vécu et l'expérience des bénéficiaires.</i>
	<i>Espaces relationnels d'information, d'entraide et d'empowerment appuyés par une logique de développement social du territoire et <u>d'ingénierie de projet du CLIC</u> : actions socioculturelles, actions de prévention et de promotion de la santé, animation territoriale.</i>

**Figure 30 : description des actions d'écoute des besoins des personnes en qualité d'usagers de droit en 2020**

<b>Mode de recueil des besoins</b>	<b>Entretien téléphonique, entretien physique, visite à domicile.</b>
<b>Type de personnes exprimant un ou plusieurs besoins</b>	Entourage (48%), personne elle-même (11%), médecin (8%), professionnel hospitalier (8%), services du département (5%), SSIAD, SAAD, SPASAD (5%), établissement médico-social (2%), professionnels libéraux (2%), mairie (1%), autre (7%).
<b>Type de besoins et attentes couverts</b>	Aides humaines au domicile (20%), accès au droit (14%), démarches administratives, financières (13%), soins à domicile (8%), aides techniques au domicile (7%), aidants (7%), sortie d'hospitalisation (5%), Accès aux soins (5%), hébergement (4%), logement (3%), lien social (2%), évaluation globale des besoins (2%), vigilance (1,5%), protection des personnes (1%), accueil de jour (1%), transports, prévention, hospitalisation (1%).

Nous avons décrit les modalités d'une approche globale de territoire, centrée sur la personne dans les différentes dimensions de son expérience relative à son parcours d'aide et de soin. Il s'agit de comprendre les processus

sous-jacents permettant le développement d'une offre de service d'aide et de soins orienté vers la participation des personnes.

#### 1.1.1.1.2 Une dynamique d'Interaction de l'expérience des usagers avec l'ensemble des acteurs

L'association permet aux acteurs sociaux du territoire d'accéder à un espace relationnel. Ce cadre commun se matérialise par les spécificités de l'organisation de l'association porteuse de la dynamique territoriale. Cette association est construite par l'ensemble des acteurs des parcours de santé du territoire depuis plusieurs dizaines d'années. Il s'agit d'un espace relationnel spécifique pour les acteurs sociaux, qui leur permet à la fois d'échanger sur le contenu des activités réalisées, et de créer une culture de territoire, relative à un réel savoir pour collaborer.

Il s'agit également, pour la plateforme de coordination, en intégrant les activités menées par le réseau et les gestionnaires de cas et en lien étroit avec les différentes parties prenantes, dont les associations d'usagers, de permettre l'interaction des acteurs des parcours de santé, du point de vue des différents modèles théoriques mobilisés autour de la notion de complexité (complexité ressentie, complexité objectivée, complexité cognitive, complexité conceptuelle, complexité des interventions des professionnels).

**Figure 31 : synthèse des processus organisant les interactions et les médiations entre l'expérience des différentes parties prenantes**

<b>Les espaces de régulation effective</b>  Dispositifs cognitifs collectifs de mise en cohérence des actions individuelles visant la construction sociale d'une organisation cohérente.	Une pluralité de relation de partenariat avec les associations d'usagers (plateforme de répit, Conseil d'administration, équipes citoyennes Mona Lisa).
	Partenariat opérationnel avec les usagers qui développent des actions spécifiques auprès de leurs pairs, dans une logique d'approche territoriale de l'écoute et du soutien de l'expérience des aidants.
	Réalisation alternée des activités professionnelles par le CLIC et de la PTA (dans le cadre de la continuité de service). Ce qui permet la rencontre en situation de production de connaissance entre les besoins des personnes (complexité exprimée) et les difficultés des professionnels des parcours de santé (complexité ressentie).

La plateforme de coordination contribue à une meilleure articulation des dispositifs et méthodes normatives du domaine des parcours de santé, avec des processus de coordination d'activité fortement localisés et contextualisés. Il s'agit avant tout pour l'organisation de produire un recadrage des activités d'information et de communication entre les acteurs, mobilisant différents dispositifs cognitifs collectifs. L'espace des relations construit par la plateforme de coordination dans son territoire d'action offre une large possibilité d'interaction sociale individuelle et collective entre les acteurs des parcours de santé du territoire d'action. La multiplicité des configurations organisationnelles dont il est ici question, permettent d'assurer à la fois l'écoute des besoins et des attentes des personnes et de leurs aidants, ainsi que la construction collective et coordonnée d'activité destinée à favoriser la participation, l'*empowerment* et l'autonomie de la population en perte d'autonomie du territoire.

**Figure 32: Approche informationnelle de la rencontre des expériences des parties prenantes**

<b>Les espaces de régulation autonome</b>	Structuration d'une continuité de service auprès des usagers et des professionnels, en proximité géographique au niveau des infraterritoires (continuité relationnelle).
---	--

	Mobilisation des systèmes d'information pour structurer et coordonner collectivement les situations avec le réseau d'acteurs et les personnes et leurs entourages (continuité informationnelle).
	Organisation de l'interconnaissance et de la mise en cohérence de l'offre de service d'aide et de soin au sein du territoire (continuité des approches).

#### 1.1.1.1.3 Un espace d'articulation des innovations aux structures préexistantes

Le recours à des modes de « dispositifs cognitifs collectifs » lui permet de faciliter la construction sociale de l'organisation et ainsi de favoriser une représentation commune de la plateforme de coordination en santé, en tant qu'entité collective dotée d'un cadre commun, et engagée dans une dynamique d'amélioration des parcours de santé, au sein de son territoire d'action. Les discours participent également de ces processus d'ingénierie symbolique, qui contribue à expliquer, promouvoir et légitimer les dynamiques sociales destinées à promouvoir la participation et l'*empowerment* des usagers des services d'aide et de soins du territoire. Ces processus d'ingénierie symbolique organisent les évolutions organisationnelles en matière de parcours de santé. Nous mettons ici en lien la dynamique sociale de construction de cette plateforme de coordination, avec les transformations socio-économiques globales du système de protection sociale, liées à l'accroissement de la concurrence. L'introduction du cadre englobant montre comment les acteurs sociaux influent sur les discours et injonction du système englobant, dans l'intention d'intégrer et d'articuler aux formes institutionnelles, des représentations, techniques et pratiques socioprofessionnelles centrées sur les usagers, patients et aidants (régulation effective).

#### 6.6.1.4 L'exemple d'une innovation en cours d'élaboration : l'EHPAD au domicile

---

*« Avec les EHPAD, nous avons déjà de l'échange d'information, car les entrées en établissement correspondent aux sorties de la PTA et donc à des enjeux classiques d'articulation organisés depuis très longtemps sur notre territoire. En revanche, dans le cadre de l'élargissement de l'offre des EHPAD, aux accueils dits séquentiels, temporaires, d'urgence, de jour et de répit, émergent de nouveaux enjeux tournés vers des logiques d'accompagnement des parcours. Il est intéressant pour nous de pouvoir suivre l'évolution de la structuration de ces nouveaux services dans le territoire, avec une attention particulière à la répartition géographique de l'offre de service. L'offre de service des EHPAD évolue également vers des logements adaptés et la télémédecine. Ces nouvelles logiques conduisent naturellement au développement de nouvelles dynamiques territoriales de partage et d'échange d'information autour de coordination en dehors des EHPAD. »*

---

### 6.6.2 Étude de cas d'une plateforme de coordination à l'initiative de la médecine générale

#### 6.6.2.1 Description de l'organisation étudiée

La plateforme territoriale d'appui a débuté son histoire par l'émergence d'un réseau de santé de diabète de proximité issu des soins primaires, dans les années 2000. Pour autant, les acteurs impliqués, dont les professionnels libéraux, le Conseil départemental, les services sociaux ont très tôt contribué à installer une collaboration entre les services d'aide et de soins. Des liens étroits ont existé depuis l'origine du réseau avec une dynamique portée par un cabinet de médecine générale installé depuis 1981 dans l'une des communes périurbaines du département et composé actuellement de cinq médecins généralistes. Ces liens historiques se sont matérialisés d'abord par l'initiation par l'un des médecins généralistes d'un réseau « médico-social informel »\_sur une commune du territoire dès les années 1990, puis par la participation active du médecin généraliste du cabinet de médecine générale de la commune en question à la coordination médicale du réseau de santé diabète dès 2001. Avec le déploiement d'un réseau de santé de diabète en 2001, les acteurs locaux ont choisi de mobiliser l'éducation thérapeutique de proximité autour au sein d'une association et favoriser dans le même temps la complémentarité des interventions entre l'éducation thérapeutique de proximité, et les services d'aides et de soins primaires. L'Association porteuse du réseau de santé a été créée en 2001, pour porter un réseau de santé de diabète. Elle s'inscrit au niveau régional, au sein d'un réseau régional de 4 associations

porteuses de réseaux de santé de diabète au sein du département. Au niveau national, cette association s'inscrit dans un réseau des réseaux de santé de diabète, l'ANCRED. Le territoire dont il est question est le territoire le moins bien financé pour le développement des actions de son réseau de santé sur son territoire. Le développement de ce réseau a été freiné par une dotation historique moins importante que pour les autres réseaux de diabète ayant pu bénéficier d'un budget plus important. Ceci s'explique par le caractère tardif du financement de cette association par rapport aux autres réseaux de diabète en France. En 2011, quand la MSP a été déployée, la complémentarité des interventions des services d'aides et de soins a été privilégiée notamment par la formalisation d'un projet de santé commun, une mise à disposition gracieuse de locaux par le conseil départemental et la concrétisation des coopérations existantes par une proximité au sein de locaux partagés. À fur et à mesure de son histoire, l'association a participé à la gouvernance par les acteurs du territoire pour lesquels elle travaille : les libéraux par la participation à la MSP et à la CPTS ; les acteurs hospitaliers ; les acteurs de la démocratie sanitaire.

### *Le modèle de l'assistance à l'autonomie des personnes*

En 2002, les médecins généralistes réunis au sein de l'organisation européenne « Word family doctors. Caring for people » (WONCA), proposent une Définition européenne des caractéristiques de la discipline de médecine générale, ainsi qu'une description des compétences fondamentales du médecin généraliste. La déclaration de la Wonca définit un rôle d'assistance de la médecine générale<sup>128</sup>. Ce rôle de la médecine générale au sein d'un système de santé se traduit par la prise en compte de l'autonomie des patients à différents niveaux d'action. Au niveau individuel d'abord par une activité « d'aide au patient pour l'encourager à prendre une part active dans le processus de prise de décisions cliniques », au niveau global par une activité de partenariat « avec le gouvernement et d'autres autorités compétentes afin de maximaliser une distribution équitable des services à tous les membres de la société », et à un niveau intermédiaire en développant des activités d'aide aux patients pour « s'y retrouver dans le dédale des systèmes de santé pour accéder aux soins secondaires ou tertiaires » (Wonca, p. 32). Enfin, cette déclaration de référence intègre dans le champ de leurs activités professionnelles de la médecine générale, « la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. [Le médecin généraliste] agit personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services » (Wonca, p. 37). Si la dimension de l'autonomie et l'activité « d'assistance » est mentionnée dans la déclaration de la Wonca et dans des travaux préparatoires de l'OMS, le référentiel des capacités du médecin généraliste, ne le mentionne pas. Ce référentiel identifie, parmi les onze caractéristiques centrales qui définissent la médecine générale, six compétences fondamentales en matière de soins centrés sur la personne. Il s'agit tout à la fois « d'adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes, d'utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient et d'assurer la continuité des soins selon les besoins du patient » (Wonca, p. 40).

---

<sup>128</sup> LA DÉFINITION EUROPÉENNE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE – MÉDECINE DE FAMILLE WONCA EUROPE, 2002, 52p. Accessible en ligne : [https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition\\_europeenne\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_-\\_wonca\\_2002.pdf](https://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf)

**Tableau 15 : exemples de pratiques d'assistance à l'autonomie**

Logique d'action	Cadre normatif	Verbatim
Médecine centrée sur le patient	Autoquestionnaire en consultation initiale	« Pour ma part, mon champ de compétence privilégiée est la médecine centrée patient et l'éducation thérapeutique. » « Un autoquestionnaire spécifique pour les nouveaux patients apporte avant tout un confort de consultation. Leur permettre de préparer leur rencontre avec leur médecin, chez eux, de commencer une réflexion sur leur santé, assure une consultation simplifiée, prémisse d'une relation « centrée patient ». Cela permet également de programmer pour les années à venir les actions de prévention et de soins. »
	ETP séquentielle en médecine générale	« Intégrer l'éducation thérapeutique dans la pratique quotidienne des médecins dans leur cabinet. (...) [de par la] mis[e] en place des objectifs alternés d'éducation thérapeutique en mettant dans une même consultation deux temps, un temps bio médical et un temps éducatif avec un séquençage dans le temps de l'éducation thérapeutique d'un patient. » « Ce séquençage permet au patient de devenir acteur de sa maladie dans le cadre de l'éducation thérapeutique, mais aussi de valoriser la pratique de la médecine générale, plutôt que le médecin généraliste devenant orienteur vers des structures dont il ne comprend pas la pratique et la façon de faire ».
	Éducation thérapeutique de proximité	

#### 6.6.2.2 Une pluralité de situation de communication organisant l'écoute des attentes et besoins des personnes

##### 1.1.1.1.4 Multiplication des espaces de médiation et d'intermédiation

Tout comme dans le premier exemple, l'écoute des besoins des usagers est réalisée à différents points de contact du territoire, auprès des services d'aide et de soins du territoire. Ce système social articule et intègre différentes fonctions de service, proposant de répondre à une palette de besoin, ou bien à un même besoin envisagé selon des dimensions différentes et complémentaires. Il s'agit selon les acteurs sociaux de la plateforme de santé de réaliser une écoute des besoins des usagers à partir de mode opératoire permettant « la prise en compte du choix du patient par rapport à sa pathologie, ce qui amène ce dernier à devenir plus autonome face au diabète et à savoir se prendre en charge, ce qu'on appelle l'« empowerment » (Rapport ORS). À la différence du premier cas d'étude, le système social territorialisé mis en place intègre de manière beaucoup plus visible les pratiques d'écoute des attentes et des besoins opérés au sein des soins primaires. Concernant les soins primaires, de nouvelles approches, non valorisée dans le contexte français sont développées en cabinet de médecine générale et en lien avec le soutien et l'aide apportée aux patients et aux professionnels par la plateforme de coordination. Il s'agit par exemple de l'autoquestionnaire en consultation initiale de médecine générale et de la pratique de l'éducation thérapeutique séquentielle.

**Figure 33 : Citation d'un médecin généraliste coordonnateur d'une plateforme de coordination**

---

« Pour ma part, mon champ de compétence privilégiée est la médecine centrée patient et l'éducation thérapeutique. (...) Un autoquestionnaire spécifique pour les nouveaux patients apporte avant tout un confort de consultation. Leur permettre de préparer leur rencontre avec leur médecin, chez eux, de commencer une réflexion sur leur santé, assure une consultation simplifiée, prémisse d'une relation « centrée patient ». Cela permet également de programmer pour les années à venir les actions de prévention et de soins. »

« Intégrer l'éducation thérapeutique dans la pratique quotidienne des médecins dans leur cabinet. (...) [de par la] mis[e] en place des objectifs alternés d'éducation thérapeutique en mettant dans une même consultation deux temps, un temps bio médical et un temps éducatif avec un séquençage dans le temps de l'éducation thérapeutique d'un patient. »

« Ce séquençage permet au patient de devenir acteur de sa maladie dans le cadre de l'éducation thérapeutique, mais aussi de valoriser la pratique de la médecine générale, plutôt que le médecin généraliste devenant orienteur vers des structures dont il ne comprend pas la pratique et la façon de faire ».

---

**Figure 34 : Tableau de synthèse des espaces de médiation et d'intermédiation**

Approche centrée sur l'écoute de l'expérience et du vécu des personnes en lien avec le projet de vie, et fortement contextualisé	<i>Organisation de la dispensation d'un autoquestionnaire en consultation initiale et de l'éducation thérapeutique séquentielle en cabinet de médecine générale pour les patients.</i>
	<i>Dispositif institutionnel de <u>plateforme de coordination</u> qui offre une écoute spécifique ciblée sur le vécu et l'expérience des bénéficiaires, notamment lors de programme d'éducation thérapeutique collective, ou bien d'atelier d'éducation et de promotion de la santé.</i>
	<i>Espaces relationnels d'information, d'entraide et d'empowerment appuyé par une logique de développement social du territoire et de la prise en compte des notions de gradient social de santé dans le territoire et des activités de partenariat de la médecine générale : action médico-sociale, actions de prévention et de promotion de la santé, animation territoriale.</i>

1.1.1.1.5 Une dynamique d'interaction de différentes formes de besoins

Considérant ces différents espaces en interaction, le système social dessiné est différent de la première étude de cas. Il mobilise de la même manière une pluralité de contextes et d'espaces de médiation avec les patients et leurs entourages et d'interaction avec les besoins des autres acteurs des parcours de santé, notamment les professionnels des soins primaires. Il s'agit également pour les acteurs sociaux de ce territoire de mettre en place différentes activités de coordinations sociales des différentes expressions de la complexité des besoins des personnes (complexité ressentie, complexité objectivée, complexité cognitive, complexité conceptuelle, complexité des interventions des professionnels).

**Figure 35 : synthèse des processus organisant les interactions et les médiations entre l'expérience des différentes parties prenantes**

<b><i>Les espaces de régulation effective</i></b> Dispositifs cognitifs collectifs de mise en cohérence des actions individuelles visant la construction sociale d'une organisation cohérente.	Une pluralité de relation de partenariat avec les associations d'usagers (conseil d'administration, convention de partenariat, associations d'usagers ou de quartier, association française des diabétiques, Association Départementale pour l'Accompagnement des Migrants et de leur Famille, association d'animation Sociale, éducative et de Loisirs des Quartiers).
	Réalisation alternée par la plateforme d'activités à destination des professionnels et des patients et famille (dans le cadre de la convention d'objectif de la plateforme). Ce qui permet la rencontre en situation de production de connaissance entre les besoins des personnes (complexité exprimée) et les difficultés des professionnels des parcours de santé (complexité ressentie).
	Partenariat stratégique avec des associations de patients-ressources.

Cette pluralité des contextes et médiations mobilisés, sur un même territoire, permet à la communauté d'acteurs de mieux cerner et comprendre les attentes afin d'envisager les manières les plus adéquates de les satisfaire au mieux, en fonction des compétences, savoir-faire et capacités collectives en présence. La prise en compte des



besoins exprimés par les professionnels (sous la dénomination de complexité), permet également pour la communauté d'acteur d'identifier des attentes émergentes, peu ou difficilement perceptible par l'écoute de l'expression directe des patients et usagers.

À la différence de la première étude de cas, les dispositifs cognitifs utilisés relèvent d'activité de production de sens au sein d'espace d'apprentissage. La plateforme de coordination développe différentes activités de formation continue et intersectorielle (associant le social, les paramédicaux et le médical), afin de développer une culture et des pratiques partagées, notamment en matière de partage d'information. Parmi ces activités se trouvent, l'amélioration des pratiques professionnelles au travers de formation et du développement de référentiels communs, la mise en place d'outils de communication adaptés et de procédure spécifiques au thème du diabète et aux pratiques des professionnels, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

*Figure 36: Approche informationnelle de la rencontre des expériences des parties prenantes*

<b>Les espaces de régulation autonome</b>  Dispositifs cognitifs collectifs moins apparents, élaborés collectivement en situation.	Structuration d'un réseau d'acteurs (auprès des usagers et des professionnels, en proximité géographique au niveau des infraterritoires (continuité relationnelle).
	Mobilisation de l'échange et du partage d'information pour structurer et coordonner collectivement les situations avec le réseau d'acteurs et les personnes et leurs entourages (continuité informationnelle).
	Organisation de l'interconnaissance et de la mise en cohérence de l'offre de service d'aide et de soin au sein du territoire (continuité des approches).

#### 1.1.1.1.6 Un espace d'articulation des innovations aux structures préexistantes

Tout comme dans la première étude de cas, le recours à une diversité de dispositifs cognitifs pour l'écoute des besoins et des attentes des usagers et de leurs familles permet de faciliter la construction sociale de l'organisation territoriale ainsi que de favoriser une représentation commune de la plateforme de coordination en santé, comme inscrite au sein des préoccupations d'un réseau d'acteurs de territoire.

Contrairement à la première étude de cas, il s'agit moins des discours produits au nom de l'association, que du développement d'activités de production de sens en situation d'apprentissage qui concourent à des processus d'ingénierie symbolique conduisant à promouvoir et légitimer les dynamiques sociales collectives de ce territoire.

Ces processus d'ingénierie symbolique organisent les évolutions organisationnelles en matière de parcours de santé et permet d'élaborer des innovations organisationnelles fortement localisées et décloisonnées entre le curatif, l'accompagnement social, le préventif et une préoccupation pour la réduction des inégalités de santé.

#### 6.6.2.3 L'exemple d'une innovation en cours de mise en œuvre : le parcours obésité pédiatrique

Ce projet est une expérimentation locale à l'échelle du département, articulant la participation de différentes équipes de proximité en soins primaires, aidées et soutenues par la plateforme de coordination en santé.

---

*« D'une manière générale, ce projet répond à un manque de structuration de la prise en charge de l'obésité infantile de 1er recours et un embouteillage du 3e recours sur le département du Loiret. Il vise également à améliorer l'accessibilité aux soins en dépassant la problématique du non-remboursement de certaines consultations. Enfin [ce projet] devrait permettre de pallier le manque de formation à l'obésité des médecins généralistes et des professionnels de l'équipe de premier recours. L'objectif est de proposer une prise en charge globale, pluridisciplinaire et financièrement accessible, aux enfants (3-17 ans) du [département], chez qui le médecin a dépisté un excès pondéral. Ce projet s'articule autour de 4 grands axes contigus, concomitants et interdépendants :*

---

- 
- Structuration d'un parcours de soins à destination de l'enfant en excès pondéral et de son entourage ;
  - Mise en place de 4 dispositifs d'accompagnement et de prise en charge financièrement accessible (Évaluation-suivi / Consultations individuelles / Séances collectives éducatives / Aide à la parentalité) ;
  - Formation des professionnels à la prise en charge de l'obésité pédiatrique ;
  - Création d'équipes territoriales pluriprofessionnelles de 1er recours
- 

*Ce projet identifie une fonction médicale d'appui, qui est un médecin généraliste du territoire intervenant "en renfort de ses collègues médecins généralistes pour les cas plus complexe", ils sont susceptibles d'intervenir pour répondre à un besoin d'aide formulée par le médecin traitant lors de l'inclusion dans le dispositif d'accompagnement, de la demande de réalisation du bilan médical obésité, par délégation du médecin traitant et selon les critères de complexités définis par le dispositif et transmission par voie sécurisée. »*

---

Il est très intéressant de constater comment ce projet contribue à préciser les coopérations existantes, notamment initiées par la plateforme de santé dans un cadre élargi intégrant les nouveaux acteurs institutionnels du territoire (CPTS, CSO, MSP) et de nouvelles dispositions législatives liées à la transformation du système de santé (article 51).

**Figure 37 : Exemple de projet innovant à forts enjeux dans la période de crise sanitaire suite à l'épidémie de la COVID-19**

---

*« Depuis 2012, le Centre Spécialisé de l'Obésité participe à la structuration du maillage territorial et développe des partenariats avec différents acteurs du champ de l'obésité (association de patients, structures de soins, professionnels de santé...).*

*Par ailleurs, depuis 4 ans, une équipe pluriprofessionnelle motivée pour améliorer la prise en charge des enfants vivant avec un excès pondéral se réunit sous l'impulsion du Centre Spécialisé de l'Obésité et du réseau de santé (devenu aujourd'hui une plateforme territoriale de coordination départementale) environ 4 fois par an sur ½ journée. Les objectifs de ces rencontres sont de mobiliser une partie des acteurs de la prise en charge, harmoniser les pratiques, créer de nouveaux outils, apprendre à travailler ensemble en fournissant les conditions nécessaires à l'articulation du rôle des différents acteurs. Avec la création de la CPTS en 2018, ces réunions ont été élargies à l'ensemble des acteurs, en touchant plus spécifiquement les professionnels de santé libéraux. Le groupe obésité infantile compte aujourd'hui près de 60 personnes (du sanitaire, médico-social et social). En 2019, avec la CPTS, le CSO et MSP ont entrepris.*

- 
- Un cycle de formation à l'obésité pédiatrique :
  - Physiopathologie (1 soirée),
  - Les outils de la prise en charge (1 journée)
  - L'entretien motivationnel (3 soirées),
  - Le PPCS (1 soirée avec l'ensemble des autres groupes de travail de la CPTS).
-

### 7.1 Le choix de l'interdiscipline avec la géographie

La recherche qualitative dont il est question dans cet article se situe à la croisée de deux disciplines interdisciplinaires, les sciences de l'information et de la communication et de la géographie. Elle s'inscrit dans le domaine des rapports entre communication, organisation et territoire. Les liens entre ces deux interdisciplines s'inscrivent d'une part dans le spatial turn (ou le « succès des territoires ») au sein des sciences humaines et d'autre part dans des travaux de fertilisation croisée ayant fait l'objet de précédentes publications dans les champs de l'analyse médiatique menée au sein du CIST et de la spatialisation des phénomènes de communication dans les organisations. À travers l'analyse de la démarche de construction d'un cadre épistémologique à partir d'une approche de constructivisme social mené dans le cadre d'une recherche de doctorat, nous souhaitons apporter un éclairage supplémentaire, comme contribution modeste aux réflexions concernant les épistémologies d'interface en sciences humaines et sociales.

### 7.2 Le choix d'une méthode mixte

Le choix d'une approche socioconstructiviste, c'est-à-dire du point de vue des acteurs sociaux qui la mettent en œuvre a permis de mobiliser une méthode de recherche mixte s'appuyant sur la mise en relation d'observations recueillies selon différentes modalités opérationnelles. L'usage d'une méthode mixte a permis d'une part de ne pas s'en tenir au discours des acteurs sociaux étudiés et aux productions documentaires de ces derniers, elle a également permis de recueillir une grande diversité d'observation pour la réalisation de la modélisation systémique à plusieurs niveaux d'analyse.

### 7.3 Le principe d'effet de loupe

Le principe d'effet de loupe utilisé dans cette recherche pour l'étude de deux sous-systèmes d'acteurs au sein de deux territoires spécifiques pose des limites méthodologiques dont il convient d'être conscient. Si ce principe hologrammatique est largement utilisé dans les recherches redondances systémiques, le postulat au fondement de cette démarche est « l'existence dans le système, de ou régularités reliées au Tout pour une relation de circularité » (Synthèse des travaux du Groupe de l'Association Française de Science des Systèmes (AFSCET)). Il conviendrait donc d'approfondir les analyses réalisées auprès de nouveaux territoires, afin d'éprouver la modélisation proposée.

### 7.4 Taille de l'échantillon étudié et étude des « non-communications »

Il aurait été intéressant d'élargir les observations à un échantillon de territoires plus importants pour confronter les résultats à un plus grand nombre de dynamiques territoriales et également une typologie plus large de territoires. L'approche par la typologie des territoires pourrait constituer une orientation pour approfondir les résultats du présent travail de recherche, dans le but de rechercher des spécificités dans les processus infocommunicationnels en fonction de différentes typologies de territoire. Parmi ces types de territoire, il peut s'agir des territoires ruraux, urbains ou périurbains, ou bien de territoires en situation de défavorisation versus des territoires favorisés, ou bien encore des territoires dotés d'une pluralité de politiques publiques de coordination (politiques de l'autonomie, sanitaire et sociale) par rapport aux territoires qui ne sont pas dotés de politiques spécifiques en matière de développement des services de coordination.

Ce dernier point conduit à identifier une seconde limite relative à la constitution de l'échantillon, il s'agit de l'élargissement de l'échantillon d'étude à des territoires que l'on pourrait qualifier d'« atones » en matière de dynamiques territoriales d'interface en santé. En effet, si l'observation participante s'est centrée sur le repérage et l'étude de territoire « experts » en matière de développement de dispositifs et plateformes de coordination, elle a néanmoins permis de mettre en évidence qu'une majorité de territoires n'est à ce jour pas concernée par la juxtaposition de politiques de coordination. Par ailleurs, des observations longitudinales ont été conduites au sein d'un territoire atone, à partir de l'élaboration durant plusieurs années d'un projet de territoire impliquant un cabinet de médecine générale, trois projets de maisons de santé pluriprofessionnelle, un projet de communautés professionnelle territoriale de santé, sur un territoire doté de dispositifs et de plateforme de coordination ainsi qu'un regroupement régional et plateforme d'appui à la coordination des parcours de santé. Toutefois il a été

difficile de réaliser une analyse de situation pour cette étude de cas relevant d'une situation de « non-communication ». Si certains résultats sont mentionnés dans l'étude, ils demeurent à ce jour parcellaires et il aurait été intéressant de proposer un cadre d'analyse complémentaire pour étayer ces approfondissements l'étude des non-communications au niveau local.

Dans cette perspective, des recherches ont permis d'identifier une étude d'une situation de non-communication, dont l'approche et la méthode de recherche pourraient être mobilisées dans une visée de mise en perspectives et d'approfondissement des résultats. Il s'agit de la recherche menée dans le domaine des *digital studies* par Dominique Boullier à propos des dossiers vides (Boullier 2016). Ainsi, il serait intéressant d'étudier dans quelle mesure le cadre d'analyse proposé par cet auteur pourrait être utilisé de manière conjointe avec le cadre de la sémiotique situationnelle afin de pouvoir à terme analyser les observations réalisées sur le territoire atone identifié.

Cette perspective de recherche aurait l'avantage de confronter le cadre d'analyse des espaces d'intelligence territoriale proposé à une situation d'absence d'espaces propices aux communications et ainsi d'enrichir l'analyse des caractéristiques de ces espaces et d'approfondir la connaissance des processus d'hybridation des méthodes d'évaluation en situation identifiée comme porteuses d'un potentiel d'induction d'une dynamique contributive entre acteurs des parcours de santé.

## **7.5 Estompement des liens avec les partenaires de la recherche**

Les principales difficultés ont résidé dans la mobilisation des parties prenantes autour d'une recherche-action, capable de contribuer à l'évaluation des systèmes d'information mobilisés en territoire ou bien des méthodes d'évaluation. Parfois, les attentes lorsqu'elles s'expriment relèvent de productions nécessaires à court terme, pour consolider des positionnements et jeux d'acteurs en action.

Dans ce travail de recherche, les questionnements partagés avec les acteurs de terrain ont toujours suscité l'intérêt et l'écoute, sans pour autant se traduire par une participation à la réflexion menée et un engagement dans une dimension réflexive des pratiques et des enjeux. La conduite d'une thèse aboutissant à la production de connaissances vraiment utilisables pour l'action s'est révélée difficile et au final cet objectif initial n'a pas été vraiment atteint, mais des pistes ont été ouvertes.

Les liens entre les connaissances produites par les chercheurs et les besoins des professionnels de terrain étant difficiles à croiser dans le cadre défini par la thèse conduite. En pratique, sur les terrains explorés, certains points de vue d'acteurs ont exprimé considérer la recherche comme une forme de légitimation scientifique des initiatives de terrain, ayant pour objectif de « développer toutes formes d'action visant à faire reconnaître et valoriser le travail des réseaux : dépistage, évaluation, actions de promotion de la santé, formation, prévention, recherche, communication, éducation du patient, recherche-action, publications »<sup>129</sup>, d'autres considérant les chercheurs comme des experts apportant des éclairages, le cadre étant le plus souvent celui de conférences ou d'apports de connaissances ponctuels et extérieurs à la communauté des acteurs en situation, d'autres encore, avait une représentation de la recherche comme un domaine distinct des activités professionnelles, à savoir un espace de réflexion cloisonné et parallèle des enjeux tels que vécus par les acteurs engagés dans l'action.

La démarche proposée initialement, et les objectifs fixés initialement par convention, dans cette recherche, apparaissent donc rétrospectivement en décalage avec le système de pertinence des acteurs sollicités en première intention pour mener une recherche-action. Ainsi la recherche sur les méthodes de recherches collaboratives apparaît comme un objectif en soi, qui aurait pu faire l'objet d'un objectif de thèse de doctorat, et qui peut également faire l'objet de recherches ultérieures.

La conduite méthodologique de la recherche a donc très largement sous-estimé d'une part l'analyse réflexive du positionnement implicite de la recherche et d'autre part, l'analyse du système de pertinence de l'acteur en situation, pour se focaliser directement sur la problématique de l'évaluation. Il nous semble désormais nécessaire de réfléchir aux modalités de mises en œuvre d'une recherche-action avec les acteurs de terrain, en menant au

---

<sup>129</sup> Statuts UNR.santé du 15 juin 2015, consulté en ligne le 9 janvier 2020, <https://www.unrsante.fr/statuts>

préalable une réflexion sur la méthode collaborative à construire avec tous les acteurs pour susciter la participation des acteurs des parcours de santé, dans le but de produire de nouvelles connaissances, de concevoir des systèmes d'information territoriaux innovants et de faciliter les échanges de connaissances. En effet, nos recherches en matière de méthodes qualitatives et participatives nous ont conduits à identifier l'existence de multiples formes adaptées aux échanges avec la société, et ce individuellement ou collectivement, ainsi que des organismes de recherche ayant pour vocation d'identifier ces formes de coopération afin de mieux les comprendre et de les mettre en œuvre.

Malgré certaines limites, ce travail mené seule et dans des conditions souvent difficiles apporte des enseignements importants selon nous.

# **TROISIEME PARTIE : Enseignements de la recherche**

---

## 8.1 Émergence systémique de nouvelles formes de jugement pratique

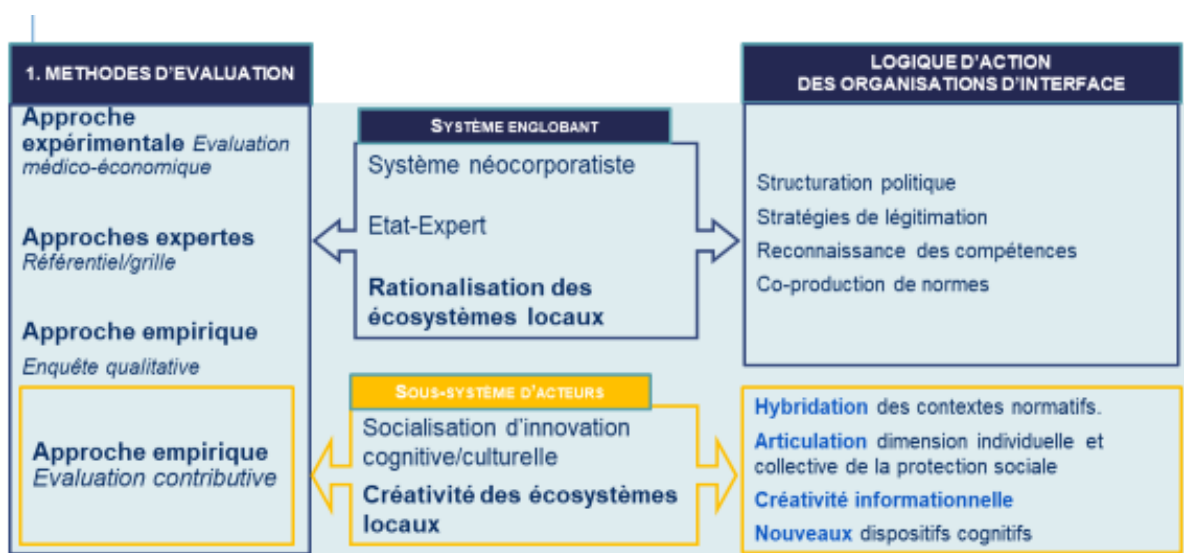
### 8.1.1 L'évaluation contributive : une approche minoritaire en cours de reconnaissance

L'état des lieux des méthodes d'évaluation des organisations d'interface, pour la période 2011-2019, montre l'existence d'évaluation contributive, traduisant la volonté des acteurs des plateformes de coordination, dans un contexte d'évaluation normative, d'instaurer des espaces de concertation locaux au sein desquels se construisent de nouvelles formes de jugements pratiques entre acteurs sociaux.

Les résultats permettent de décrire ces méthodes d'évaluation contributive, d'un point de vue socioconstructiviste, c'est-à-dire du point de vue des acteurs sociaux qui la mettent en œuvre.

Les résultats montrent l'existence de méthodes d'évaluation contributive au sein des plateformes et dispositifs de coordination. Ces méthodes d'évaluation contributive apparaissent uniquement au niveau infralocal et s'observent au sein de plateformes de coordination développant des activités de coopération sous l'angle du lien et de la qualité des relations au sein du système d'acteurs de leurs territoires d'intervention. La diversification des approches évaluatives ne concerne pas uniquement l'apparition des approches contributives. Les approches procédant de la quantification par les nombres connaissent également une diversification, notamment liée à la progression des politiques de transformation des systèmes locaux en santé par le numérique. Les méthodes d'évaluation normatives sont donc désormais plurielles, puisqu'aux évaluations strictement médico-économiques que l'on observe encore au début de la décennie, se structurent progressivement de nouvelles formes d'évaluation par les nombres très étroitement associées aux logiques de contractualisation, de programmation des coopérations par le numérique et d'évaluation par les pairs. Cette évaluation par les nombres se révèle être étroitement associée à la prégnance du paradigme de l'État « expert », auquel les acteurs sociaux des plateformes de coordination participent, dans un contexte de forte concurrence, de tensions et de fongibilité budgétaire.

Figure 38 : Modélisation des espaces d'évaluation contributive en santé (doctorante)



Des travaux concernant spécifiquement l'état des lieux des approches évaluatives en santé publique étayent également l'évolution des méthodes d'évaluation vers de nouvelles approches de l'évaluation, mobilisant un registre socioconstructiviste et proposant des alternatives aux approches quantitatives issues du paradigme de la causalité et des approches cliniques expérimentales. Ces travaux montrent une « évolution des modèles évaluatifs au cours du temps », qui a conduit à la fin des années 1980 à l'apparition d'une quatrième génération d'évaluation<sup>130</sup>, ou évaluation constructiviste, qui s'opposent à un jugement objectif sur l'action et à la vision d'un évaluateur extérieur [au profit d'une évaluation « participative, incluant les points de vue des différents acteurs (intervenants des programmes, bénéficiaires, etc.), et mobilis[ant] exclusivement des méthodes qualitatives ». (Breton, Ridde Valérie et Guichard, Anne, Lacouture Anthony 2017).

L'apparition de nouvelles approches contributives de l'évaluation est également étayée au sein de ces mêmes travaux de recherche, par l'analyse des évolutions récentes du guide de l'Agence britannique de la recherche médicale (Medical Research Council (MRC)) pour l'évaluation des interventions complexes en santé publique. L'évolution des recommandations britannique en matière d'évaluation médicale corrobore les résultats de la présente recherche, puisqu'elle « témoigne de la reconnaissance progressive de la nécessité de prendre en compte la complexité des interventions de santé publique dans les évaluations (...). Il s'agit précisément de dépasser les évaluations axées sur l'analogie avec le modèle de l'essai clinique », dont l'une des limites invoquées est le manque d'attention pour le contexte social, politique et géographique dans lequel elle s'inscrit » (Breton, Ridde Valérie et Guichard, Anne, Lacouture Anthony 2017).

Suite aux critiques formulées, les nouvelles recommandations de l'Agence britannique de la recherche médicale « encourage une approche plus pragmatique et transparente pour guider le choix de l'évaluation qu'il s'agit d'[évaluation randomisée contrôles] ou de méthodes observationnelles qualitatives ou quantitatives » (Breton, Ridde Valérie et Guichard, Anne, Lacouture Anthony 2017).

### **8.1.2 L'évaluation contributive : une approche peu favorisée par la logique du système englobant**

L'évaluation contributive se développe au sein des organisations d'interface, dans un contexte la progression des processus de rationalisation sous-tendue par les méthodes d'évaluation par les nombres et leurs corollaires numériques, au sein desquels les acteurs sociaux des dispositifs et plateformes d'organisation contribuent à la logique de rationalisation du contexte englobant.

Les résultats montrent que l'évaluation contributive existe au sein même du contexte de permanence de l'évaluation par les nombres, qui connaissent une évolution empruntant désormais au numérique. Ce contexte numérique contribue à influencer les dynamiques locales en poursuivant différentes finalités extérieures aux enjeux et à l'environnement immédiat des acteurs sociaux, à l'instar de l'optimisation des ressources allouées, efficacité des processus info-communicationnels, harmonisation des moyens financiers dédiés à la réalisation des objectifs.

Du point de vue des logiques d'action des acteurs sociaux, les résultats montrent que si le discours des acteurs tend à opposer les logiques ascendantes et descendantes, les acteurs sociaux participent ensemble à la construction de la logique du système englobant, à savoir un méta-processus social de généralisation et d'évolution par le numérique de l'évaluation normative. Il apparaît que les formes majoritaires et institutionnalisées de l'évaluation relèvent de dynamiques de mise en place d'une norme collective et de sa négociation, dans une logique principalement de reconnaissance, de pérennisation et de reproduction des dynamiques de rivalités entre les acteurs sociaux des parcours de santé sur un même territoire.

---

<sup>130</sup> Selon la classification des méthodes d'évaluation proposée par Guba et Lincoln en 1989, la première génération d'évaluation est centrée sur la mesure avec un rôle exclusivement technique, la seconde génération porte sur la description de la façon dont le programme produit ses effets et une troisième génération d'évaluation est centrée sur le jugement collectif d'une intervention ou d'un programme ( Breton, Ridde Valérie et Guichard, Anne, Lacouture Anthony 2017).



Du point de vue de l'organisation locale des services en santé, les résultats montrent que l'évolution des politiques publiques en matière de décloisonnement des parcours de santé conduit paradoxalement à la multiplication des plateformes de coordination dans les territoires, concourant à la reproduction des cloisonnements entre les services d'aides et de soins, ainsi qu'à l'apparition de nouvelles de frontières organisationnelles, notamment au niveau des services de premiers recours et des plateformes numériques des services de premiers recours ou encore des collectivités territoriales. Avec des conséquences concernant la multiplication des dossiers patients comme autant de lieux de concentration de valeur informationnelle, désormais nécessaire pour obtenir les budgets de fonctionnement des plateformes instituées.

Ces résultats contribuent là encore à interroger une vision qui opposerait classiquement les logiques normatives « descendantes » des décideurs et financeurs, qui obèreraient les logiques de normes émergentes portées de manière « ascendantes » par les acteurs de terrain. Du point de vue des acteurs sociaux des organisations d'interface, les dispositifs et plateformes de coordination s'inscrivent au sein des processus de construction d'une approche normative et rationalisée de l'organisation des services dans les territoires. Les principaux actes de communications étudiés ont pour finalité de promouvoir, d'explicitier et de défendre l'existence des dispositifs et plateformes de coordination, dans un contexte de fortes tensions et de risque pour la pérennisation de leur financement. À savoir que certaines logiques d'action des acteurs des dispositifs et plateformes de coordination participent aux processus de contrôle, de concurrence et de cloisonnement des organisations, dont les mêmes acteurs dénoncent par ailleurs, les effets délétères en matière de coopération dans leurs territoires de pratiques.

D'autres recherches vont dans le sens des résultats ici présentés. Les travaux portant sur l'analyse des logiques gestionnaires et professionnelles au sein des réseaux de santé en 2005 mettaient en évidence que « *l'institutionnalisation des réseaux de santé ne se réalise pas par la refonte de la régulation du système de santé, mais plutôt par l'intégration des réseaux dans les outils de la régulation, ce qui tend à ôter au concept sa finalité innovante* ». (Robelet, Serré et Bourgueil 2005).

Si la présence de la figure de l'expert est déjà identifiée dans la littérature relative à l'évaluation quantitative, les évolutions récentes de cette approche mise en évidence par cette étude apportent des éclairages originaux par rapport à la problématique de l'évaluation contributive. L'identification de l'expert est une notion centrale du cadre normatif national pour la structuration des organisations d'interface en santé. La traduction pratique de cette notion au sein des référentiels et programmes de formation destinés à mettre en œuvre les dispositifs et plateformes de coordination est un argument supplémentaire à la prégnance des logiques d'évaluation par les nombres. La place que les acteurs sociaux donnent à l'expertise est à mettre en regard d'une part des logiques informelles prévalant au développement des activités sociales de coordination et d'autre part au constat du manque d'évaluation contributive, formulée par les acteurs sociaux eux-mêmes. Ces résultats permettent donc d'identifier une tension entre l'évaluation experte et l'évaluation contributive intégrant l'expérience de l'ensemble des acteurs y compris celle des patients et de leurs entourages.

Il s'agit donc d'un résultat nouveau qui est confirmé par les recherches de Barbara Stiegler à propos des tensions en présence au sein des « grands courants de l'évolutionnisme philosophique américain ». Cette auteure confirme l'existence d'une thèse de l'État « expert » sous-jacente aux cadres normatifs des logiques de rationalisation des organisations sociales : « Au lieu de défendre la logique horizontale des interactions sociales et de l'intelligence collective qui soutiendra Dewey, Lippmann promeut au contraire la logique verticale d'un État « expert » (Stiegler, p. 33).

Ce résultat revêt une grande importance, car il fait apparaître un frein majeur au développement de nouvelles méthodes d'évaluation contributive. Ce résultat est d'autant plus important, qu'il n'était pas attendu dans les hypothèses de recherche et n'avait pas été identifié dans la revue de littérature.

### **8.1.3 Le rôle central des sous-systèmes d'acteurs locaux dans l'évaluation contributive**

Les études de cas montrent de façon significative comment l'évaluation contributive possède la particularité de se développer aux périphéries des organisations instituées, correspondant selon les dynamiques locales aux cloisonnements des politiques du social et de la santé, de l'hospitalier et de la médecine de ville ou bien encore des différentes activités au sein d'une même organisation hospitalière. Les activités de coordinations sociales

associant le couple évaluation/contribution se situent au sein d'espaces organisationnels de construction de sens partagé.

La fonction de l'évaluation contributive se situe au niveau infra-institutionnel, qui quel que soit les dénominations formelles, « réseau de santé », « dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe » ou « plateforme territoriale d'appui », masque les dynamiques réelles des activités d'évaluation contributive opérée par les acteurs sociaux.

Les résultats montrent que les organisations territoriales des services d'aide et de soin s'appréhendent tant du point de vue de l'organisation territoriale formelle mise en œuvre par les administrations (dimension visible et institutionnelle), que des interfaces organisationnelles réelles entre les institutions, services d'aide et de soins, professionnels et d'usagers (dimension invisible et relationnelle).

Par conséquent, l'enjeu social de ces organisations d'interface est de permettre aux acteurs, dans les systèmes spatiaux qui leur sont spécifiques, de faire émerger un sens collectif aux pratiques isolées, parfois concurrentes, en transformant les connaissances individuelles des acteurs à la fois en choix collectif (relevant du politique) et en capacité collective de projet sur un territoire et au bénéfice de la santé des personnes et des populations (relevant de la coopération).

Dès lors, les résultats démontrent que les espaces d'évaluation contributive relèvent plus d'une conception relationnelle des parcours de santé, que des contextes, et institutionnels dominants. En effet, les résultats mettent en exergue que des dynamiques 'amélioration des parcours de santé émergent aussi bien du contexte « hospitalo-centré » que du plus récent « virage ambulatoire ».

L'intérêt de ces résultats réside dans l'apport d'un autre regard sur la réalité des plateformes de coordination, qui derrière une apparente homogénéité institutionnelle, dévoilent une pluralité d'acteurs sociaux et de dynamique spatiale à l'origine de démarches de transformation du contexte spatial de leur territoire d'intervention.

Dans chacun des écosystèmes territoriaux étudiés, des acteurs sociaux singuliers émergent comme porteurs d'une identité spécifique et dotée d'une intentionnalité particulière qui leur permet de développer des savoirs et des modes opératoires visant à la mise en place de nouveaux espaces info-communicationnels.

Leur identité est fondée sur une conception d'enjeux spécifiques relatifs à la construction avec les autres acteurs des dynamiques de transformation d'un environnement organisationnel, devenant par là même partagée (versus cloisonné).

Ces acteurs s'investissent d'une mission de développement et de valorisation d'espaces interactionnels avec d'autres acteurs du territoire. Ils sont engagés dans une transformation des logiques de positionnements des services d'aide et de soin au sein de leur territoire d'intervention. Qu'elles s'inscrivent dans des registres aussi différenciés que le verbal, l'écrit, le symbolique, les organisations d'interface forment autant d'espaces communicationnels associant action et construction d'un réseau d'acteurs (collectif ou communauté) territorialement situé. L'existence en soi d'une représentation du territoire comme espace d'interaction se révèle être une condition et une ressource pour les acteurs pour la production, le partage de connaissance, l'ajustement réciproque des activités sociales et l'adaptation des prescriptions de l'environnement.

Ces nouvelles formes de jugement pratique rendent possible le dépassement des cloisonnements des parcours de santé par la convergence des représentations individuelles vers une représentation collective du sens donné à l'action. Elles permettent ainsi une transformation positive des organisations locales des parcours de santé, développant par là même leur capacité de résilience et d'innovation sociétale.

La tension entre institutionnalisation et dynamique informelle est mise en évidence par Manuel Zack lad dans ses recherches à propos de l'institutionnalisation progressive dans le domaine de la prise en charge des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer (Zack lad 2005, 2016). Selon ces travaux, « pour se faire reconnaître par les Agences Régionales de Santé, ce réseau est passé de la communauté de pratique (échange de connaissances pour la prise en charge coordonnées de patients), à la communauté épistémique (production de connaissances nouvelles à l'articulation entre les savoirs de la neurologie, de la psychologie et de l'aide sociale) à une

communauté d'action dotée de règles de fonctionnement explicites sur les plans organisationnel et sanitaire pour bénéficier de financements dédiés en échange de ses prestations ». (Zack lad 2016).

Par ailleurs, ces mêmes résultats avaient été identifiés lors de la revue de littérature à travers les travaux d'Isabelle Vedel qui montraient que « les rares expériences de coordination portées à un niveau local semblent avoir obtenu de meilleurs résultats [que les structures institutionnelles précédemment évoquées] » (Vedel, 2010).

Donc, si les résultats montrent effectivement une dynamique d'institutionnalisation des réseaux de santé, corrélée à de fortes injonctions d'évaluation normatives dont « les réseaux sont devenus un outil parmi d'autres de la politique de santé et s'ils restent porteurs d'attentes fortes, personne n'en attend plus une profonde réforme du système de santé » (Robelet, Serré et Bourgueil 2005). Néanmoins, les résultats obtenus et présentés ci-dessous montrent qu'à un niveau d'observation des sous-systèmes d'acteurs sociaux au niveau local, certaines plateformes de coordination se révèlent être porteurs de nouvelles formes de jugement pratique entre acteurs sociaux (et constituant des interfaces organisationnelles). Ces nouvelles formes de jugement rendent possible la construction d'un langage commun et d'un sens partagé, principalement entre les acteurs des services d'aides et de soins et les personnes et leurs entourages.

## 8.2 Une évaluation axée sur la médiation entre les logiques normatives et de projet

### 8.2.1 Une évaluation axée sur l'écoute et l'intermédiation de l'expérience des usagers

Les résultats montrent comment l'évaluation contributive, résulte de la multiplication des interfaces pour réaliser l'écoute des besoins et des attentes des patients et de leurs familles, ainsi que les modes de rencontre de cette expérience avec celle des professionnels, services et institution du territoire leur assurant des interventions. L'évaluation contributive procède de processus de créativité, d'innovation et d'ingénierie de coopérations locales, nécessitant une forte intensité relationnelle entre les professionnels et la prise en compte de l'expérience des patients et de leurs entourages.

L'évaluation contributive occupe une place prépondérante dans les environnements d'activités mal définis *ex-ante*, le plus souvent informels et périphériques aux modèles nationaux de structuration des parcours de santé, au sein d'espaces collectifs de travail. Au sein de ces espaces d'activités « mal définis ex ante », l'objet de l'activité des organisations d'interface a la double particularité de « mettre en concordance la contribution des acteurs – salariés, professionnels contributeurs plus ou moins invisibilisés, patients, entourage, association d'usagers ... pour permettre une activité collective », ainsi que d'accompagner la définition de l'activité conjointement avec le bénéficiaire au fur et à mesure de sa réalisation.

L'évaluation contributive relève donc d'espace de médiation et d'intermédiation entre les besoins et d'expériences des acteurs sociaux d'un même territoire selon le modèle de favorisation de l'*empowerment* de l'autonomie des patients de leur entourage.

Grâce à la découverte fortuite de plateforme de coordination répondant au modèle de *self-managed care model*, par ailleurs peu décrit dans la littérature scientifique<sup>131</sup>, les résultats mettent en évidence trois types d'espaces de médiation et d'intermédiation de l'expérience des patients et de leur entourage au niveau local.

1. Le processus d'articulation des politiques publiques au niveau local en matière de soins curatifs, de prévention, d'accompagnement social, d'autonomie et de participation à la vie sociale.

---

<sup>131</sup> Cette découverte fortuite, constitue en soi un résultat de la recherche, car elle permet, en plus de proposer de premiers éléments de description des plateformes de coordination de type *self-managed care model*, d'identifier de nouveaux terrains de recherche pour la production de connaissance à propos d'un modèle peu décrit par la littérature.

2. Le processus de mise en cohérence des « besoins » et des « attentes » des acteurs des parcours de santé, du point de vue des différents modèles théoriques mobilisés autour de la notion de complexité (complexité ressentie, complexité objectivée, complexité cognitive, complexité conceptuelle, complexité des interventions des professionnels).
3. Le processus organisant les interactions et les médiations entre la pluralité des expériences des usagers et de leur entourage et celles des autres acteurs des parcours de santé en proximité des lieux de vie des personnes, à savoir l'expérience des professionnels, des services d'aide et de soins et des collectivités territoriales.

Les enjeux liés à la diffusion de ces interfaces organisationnelles relèvent de la production d'un cadre d'une confiance partagée entre les acteurs des parcours de santé, intégrant les dimensions des normes, valeurs et identités de la personne prise en charge et son entourage.

### **8.2.2 Un processus territorialisé d'hybridation des logiques normatives du contexte englobant**

L'évaluation contributive s'inscrit et interagit avec les enjeux politiques, sociaux et économiques où elle prend place et qui expliquent leur existence. La prise en compte de la contribution dans une dynamique d'amélioration des parcours de santé sur un territoire, tient à la capacité des acteurs des plateformes à articuler registre normatif et de projet.

Au sein de cette dynamique territoriale axée sur la reproduction des logiques de cloisonnement et de rivalités entre les acteurs de la coordination, l'évaluation contributive relève d'un processus de transformation positive des évaluations du contexte englobant conduit par les acteurs des plateformes de coordination, au sein des interfaces organisationnelles.

L'évaluation contributive procède de processus d'hybridation des logiques évaluatives pourtant issues du contexte de l'évaluation par les nombres, permet aux acteurs sociaux de mieux articuler la logique des évaluations réglementaires (ce qui est autorisé par les normes et règlements versus ce qui n'est pas permis) et la logique de projet (l'invention collective de nouvelle organisation adaptée aux dynamiques locales et à leurs enjeux singuliers)<sup>132</sup>.

Les processus évaluatifs observés au niveau local relèvent d'activités déontiques relatives à la mise en place d'une norme collective et de sa négociation (normativité). D'abord, des logiques normatives sont mobilisées par chacune des plateformes de coordination étudiées afin de conduire des projets axés sur le partage des valeurs, de la vision et des buts d'un même territoire, entre des acteurs hétérogènes, relevant d'une grande pluralité de politiques publiques.

L'étude de terrain a permis de mettre en évidence l'expérience acquise par des plateformes et dispositifs de coordination des parcours de santé, comme dimension informelle, dépassant leur simple structure juridique, pour se définir à l'échelle d'un système territorial de relations, de médiation et d'intermédiation entre acteurs. La spécificité d'une intervention à différentes échelles relationnelles (institutions, professionnels, patients/personnes et leurs entourages) permet l'existence d'espaces propices à la diffusion des innovations organisationnelles, de par les relations et les flux (informations, connaissances, pratiques et instruments). Les processus de diffusion des innovations organisationnelles peuvent donc être pensés dans le cadre d'espaces d'intelligence territoriale. L'analyse montre que si chaque territoire a développé son propre modèle de coopération en fonction de ses

---

<sup>132</sup> La formulation de ces résultats m'a été inspirée des lectures de Éric Daniel-Lacombe ([https://www.researchgate.net/figure/Le-quartier-Matra-a-Romorantin-multiplier-les-transparences-pour-permettre-la\\_fig1\\_327156542](https://www.researchgate.net/figure/Le-quartier-Matra-a-Romorantin-multiplier-les-transparences-pour-permettre-la_fig1_327156542)) et de Didier Roux (Intervention au Collège de France).

représentations, des coopérations déjà existantes et des spécificités de son environnement, il est possible de dégager des processus communs (invariants) permettant de définir un cadre de compréhension de ces espaces d'intelligence territoriale. Ces espaces collectifs ou écosystèmes procèdent d'abord de processus d'apprentissage professionnels et organisationnels par le rééquilibrage des savoirs et de reconfiguration des pratiques professionnelles en situation de coordination pluriprofessionnelle. Ils procèdent également de processus de prescription par l'ajustement organisationnel et en situation de structuration des activités collectives. Ils procèdent enfin de processus de transmission en organisant, modulant et reconfigurant les connaissances dans le cadre de dispositifs cognitifs au sein des territoires.

### 8.2.3 Le rôle des acteurs « hyper-communicants » entre l'organisation prescrite et réelle

Au sein des organisations d'interface, les acteurs sociaux font preuve de créativité sociotechnique (ingénierie, travail de conception, innovation au sens de créativité), mobilisant les activités politico-organisationnelles et de prescription, spécifiques au bénéfice de l'intégration d'une communauté de professionnels par la construction d'un sens commun.

Les résultats montrent comment les dynamiques territoriales initiées au sein des dispositifs et plateformes de coordination étudiés constituent des espaces d'émergence de nouvelles pratiques d'évaluation contributive. Nous décrivons comment ces nouvelles pratiques évaluatives résultent de processus de créativité, d'inventivité et d'innovation sociale, et de l'existence d'espace d'intelligence collective permettant l'émergence de nouvelles relations inter organisationnelles et de pratiques de co-production de valeur.

L'organisation d'un espace d'intelligence territoriale relève ainsi de la définition d'une structuration collective, porteuses de cadre formel et reconnu pour la prise de décisions opérationnelles et stratégiques. Ce registre normatif vise la production de cadre social propice au développement de l'idéologie de l'organisation, à savoir les choix et valeurs nécessaires à ses fondements ainsi qu'à l'expression d'une vision d'avenir.

Au sein des cadres institués, mobilisés par les plateformes de coordination en santé, les études de cas montrent l'existence d'une multiplicité de pratiques d'apprentissage organisationnel (*knowing*). Ces pratiques prennent leur sens dans le cadre institué emprunté par les différents acteurs sociaux en fonction des opportunités de leur contexte d'émergence (contexte hospitalier, contexte des soins primaires, des politiques sociales). Il s'agit pour ces plateformes de coordination de structurer des communautés d'action relevant d'un ensemble de principes explicites leur assurant une légitimation politique, une reconnaissance et une confiance interinstitutionnelle.

Ensuite, les processus d'apprentissage organisationnel relèvent dans l'ensemble des cas d'étude de processus d'interaction et de création de connaissances partagées au niveau infra-local. Il s'agit pour les acteurs sociaux de conduire des projets collectifs de développement territorial des services d'aide et de soins sur leurs territoires respectifs d'intervention. Ce processus d'apprentissage organisationnel mobilise différents registres d'activités sociales de coordination visant la construction d'un sens partagé [entre professionnels en situation de projet commun](#).

Les résultats montrent deux formes principales de formation contributive, à chaque fois informelles et non valorisées par les dispositifs socio-économiques majoritaires. Ces évaluations sont informelles, et peu ou pas reconnues dans les cadres budgétaires associés aux développements des parcours de santé.

- [La connaissance expérientielle ou le knowing](#) : au sein des espaces d'intelligence territoriale développés par les dispositifs de coordination, les coopérations (*knowing* ou connaissance expérientielle) engageant des activités de coordination sociale relative à l'analyse partagée de parcours de santé singulier et la production collective d'un cadre d'intelligibilité pour l'action collective (assimilable à un sens partagé).
- [L'apprentissage organisationnel ou expansive learning](#) : les modes opératoires mobilisés conduisent à un apprentissage organisationnel construit par les professionnels dans le cadre de leurs pratiques et dans leur organisation propre (construction sociale). Il s'agit de modes d'apprentissage organisés au sein de

réseaux d'acteurs, en vue de produire et formaliser des connaissances tacites n'existant pas encore (*expansive learning*) et les modes opératoires associés.

Cette évaluation contributive est mobilisée par les acteurs en situation afin de développer les capacités de mobilisation et de partage de savoirs cognitifs et des savoir-faire des professionnels dans des situations nouvelles et complexes. Elles procèdent de processus de diffusion des innovations par les apprentissages collectifs fortement localisés et situés par rapport à une situation problématique à résoudre. L'intentionnalité des dispositifs de coordination est de permettre la création de nouvelles connaissances professionnelles, en facilitant le partage des contextes de référence, la construction d'une compréhension commune de la situation et la transformation des conduites des acteurs en fonction des connaissances ainsi produites collectivement.

Sont ainsi structurées des communautés de pratiques et d'actions dont le but est d'élaborer des ressources partagées comme normes collectives, qui pourront être mobilisées ultérieurement lors d'une démarche de résolution de situations-problèmes, en pratique quotidienne. Ce processus d'apprentissage organisationnel s'appuie, d'une part, sur la mobilisation d'une connaissance des compétences de chacun des acteurs des parcours de santé et, d'autre part, sur l'intégration de ces expertises par chacun des acteurs, dans leur lieu concret d'exercice professionnel. Les conduites des acteurs sont alors modifiées, produisant une intégration positive de leurs pratiques et leurs cadres institutionnels propres, dont les normes et les règles qui régissent l'accès à l'aide et aux soins sont interrogées.

### **8.3 L'espace comme dimension de l'appropriation des dispositifs sociocognitifs englobants**

#### **8.3.1 Une créativité sociotechnique facilitant la circulation locale des données**

La prise en compte de la contribution dans une dynamique d'amélioration des parcours de santé sur un territoire, tient à la capacité des acteurs des plateformes à articuler registre informationnel et registre spatial et soutenu par des pratiques de médiation et d'intermédiation entre différentes identités, posture professionnelle, contextes d'actions, et de référentiels de connaissances.

L'approche par le contexte spatial et les logiques de positionnements d'acteurs « expert » des plateformes et dispositifs de coordination met en lumière la manière dont le couple évaluation/contribution procède d'un registre informationnel. L'évaluation contributive renvoie à l'établissement de liens entre le contexte spatio-temporel de l'activité et le contexte socio-économique et politique de l'environnement englobant. L'établissement de ces liens opère au niveau local par des dispositifs sociotechniques de mises en relation (ou médiations) qui collectent, fournissent et amènent au partage d'informations autant qu'ils prescrivent, équipent et contrôlent l'activité.

En s'intéressant au contexte spatial des organisations d'interface, les résultats mettent au jour une très forte spatialisation des activités sociales de coordination. Si les logiques d'action des acteurs sociaux semblent montrer un moindre engagement des acteurs sociaux au niveau national pour cette thématique, l'approche systémique de la dynamique locale des organisations d'interfaces laisse apparaître l'épaisseur informationnelle de l'évaluation contributive.

Les pratiques d'évaluation contributive mobilisent un registre spatial, qui s'appuie sur l'organisation d'espaces d'interaction informationnelle de proximité, mobilisant une grande créativité sociotechnique. Cette créativité sociotechnique est un résultat d'autant plus intéressant que, dans l'ensemble des études de cas, elle se révèle antérieure aux récentes politiques de numérisation, elles-mêmes associées aux évolutions récentes des approches normatives de l'évaluation.

Il s'agit pour ces dispositifs d'organiser leur fonctionnement et de développer leurs actions dans le but de concourir à la qualité des relations entre acteurs par la constitution d'un système de relations et de connaissances articulant différentes formes de proximité.

Les résultats mettent en évidence le rôle des interfaces relationnelles matérialisées dans les territoires par des pratiques et dispositifs info-communicationnels fortement territorialisés, dont les logiques d'action et valeurs

sous-jacentes à ces nouveaux usages relèvent de l'émergence de nouvelles représentations en matière de formes localisées d'information et de communication au sein des territoires.

Les activités de coordination sont très fortement territorialisées au sein d'espaces sociaux géographiquement situés dans des territoires locaux. Les résultats mettent en évidence l'existence de pratiques et d'activité de médiation et d'intermédiation sociotechnique axées sur la diversification des relations de proximité.

La dynamique spatiale des organisations d'interface se caractérise par un élargissement des ensembles communicationnels de références pour la pratique des professionnels, passant progressivement d'un très petit nombre d'espaces interactionnel (pour l'essentiel son organisation d'exercice, son territoire de proximité et sa communauté immédiate) à l'utilisation d'un très grand nombre d'ensembles communicationnels, plus ou moins bien définis.

L'analyse des études de cas permet d'identifier trois grands types d'espaces génériques de proximité relationnelle facilitant les évaluations par la contribution : la proximité informationnelle (1), la proximité spatiale (2), la proximité culturelle (3). Déclinés à des échelles différentes, ces types de proximité relationnelle font appel à des expertises professionnelles spécifiques et sont parfois combinés au sein d'un même projet de plateforme de coordination afin d'assurer une complexification des espaces d'interaction sociale ainsi que des médiations et intermédiations facilitant la multiplication des interfaces (logique d'intégration positive des politiques publiques au niveau local versus logique de cloisonnements et d'organisation en silos).

### 8.3.2 Une dynamique spatiale de transformation des organisations locales de santé de type centre-périphérie

**Les organisations d'interface résultent des innovations produites par une périphérie dynamique, dont les pratiques info-communicationnelles contribuent à créer de nouveaux espaces d'interaction, favorisant l'émergence de nouveaux positionnements spatiaux des acteurs sociaux.**

Aussi, d'une manière générale, l'émergence de nouvelles situations d'interaction est rendue possible par des logiques d'action de certains acteurs sociaux du territoire, orientées vers une mise en réseau de certaines périphéries (ou marges) organisationnelles de l'hôpital, des soins primaires ou bien des dispositifs d'appui à la coordination lorsqu'ils favorisent la participation et l'autonomie des personnes.

Le contexte spatial de référence des dispositifs de coordination « expert » étudié dans cette recherche relève avant tout de la capacité des acteurs sociaux d'élaborer des espaces d'intelligence territoriale.

Cette dynamique de transformation des organisations locales concernant les services d'aide et de soins se construit par la mise en œuvre d'actions et de projets facilitant les fréquentations, les échanges, l'interconnaissance, les affinités et l'imitation des pratiques, créant par là même un contexte propice à l'innovation et à la résilience des organisations locales. Les pratiques d'évaluation contributive relèvent de processus inventifs d'hybridation des cadres normatifs existants aux niveaux infra-locaux. L'évaluation contributive apparaît donc comme un processus de transformation positive des évaluations du contexte englobant, menées par les acteurs des plateformes de coordination, au sein des interfaces organisationnelles, leur permettant de parvenir à mieux articuler la logique des évaluations réglementaires (ce qui est autorisé par les normes et règlements versus ce qui n'est pas permis) et la logique de projet (l'invention collective de nouvelle organisation adaptée aux dynamiques locales et à leurs enjeux singuliers).<sup>133</sup>

---

<sup>133</sup> La formulation de ces résultats m'a été inspirée des lectures de Éric Daniel-Lacombe ([https://www.researchgate.net/figure/Le-quartier-Matra-a-Romorantin-multiplier-les-transparences-pour-permettre-la\\_fig1\\_327156542](https://www.researchgate.net/figure/Le-quartier-Matra-a-Romorantin-multiplier-les-transparences-pour-permettre-la_fig1_327156542)) et de Didier Roux (Intervention au Collège de France).

### 8.3.3 Une dynamique culturelle de l'évaluation contributive (résilience)

Les résultats issus deux cas d'étude montrent que l'évaluation contributive des parcours de santé ne se réduisent pas à la mise en œuvre de services numériques et dossiers partagés concrets, fonctionnels et interopérables pour l'organisation des parcours de santé. L'articulation évaluation/contribution au sein des organisations d'interface est aussi un espace-temps où s'opèrent des activités sociales relevant de la transmission entre différentes catégories d'acteurs.

Les résultats décrivent une intentionnalité des acteurs sociaux orientée vers la densification au cours du temps, des relations entre les différentes compétences et services des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires sur un territoire.

La dynamique spatio-temporelle des organisations d'interface se caractérise donc notamment par un élargissement des ensembles de communicationnels de références pour la pratique des professionnels, passant progressivement d'un très petit nombre d'espaces interactionnels (pour l'essentiel son organisation d'exercice, son territoire de proximité et sa communauté immédiate) à l'utilisation d'un très grand nombre d'ensembles communicationnels, plus ou moins bien définis. Ces évolutions de l'organisation spatiale des services d'aide et de soin dans les territoires induit pour chaque professionnel de se référer à plusieurs espaces communicationnels, dépassant son espace de travail originel.

Il s'agit pour ces dispositifs de contribuer à une intégration, au cours du temps, des relations entre les différentes compétences et services des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Ils procèdent de ce fait à un processus de transmission des innovations au sein des organisations locales, leur conférant une plus grande résilience face aux risques de normalisation, voire de disparition.

Ces processus se concrétisent par des pratiques interactionnelles durables et cumulatives entre les acteurs et le dispositif de coordination, conférant aux dispositifs de coordination des automatismes globaux de fonctionnement. Les pratiques interactionnelles sont durables et cumulatives entre les acteurs et le dispositif de coordination, conférant aux dispositifs de coordination des automatismes globaux de fonctionnement matérialisés par des stratégies, logiques d'actions et communication spécifiques (référence à Pumain).

L'attention portée à la dimension culturelle de l'évaluation contributive permet de mettre en évidence de nouveaux réseaux de socialisation des innovations sociales en matière d'amélioration des parcours de santé.

Les dispositifs de coordination étudiés offrent des exemples de processus de transmission relevant des logiques invisibles des coopérations. L'analyse de la genèse et de l'historique de ces organisations permet d'identifier l'existence de dispositifs cognitifs comme supports de processus de transmission, qui nous apparaissent en capacité de soutenir la résilience organisations territoriales par la transmission de l'expérience acquise à d'autres espaces du territoire concerné. L'expérience des dispositifs de coordination est matérialisée par un réseau de différents éléments hétérogènes qui forment un ensemble : discours, institutions, cadre législatif, espaces physiques, règles administratives, idées, etc. Considérant les dispositifs de coordination comme des ensembles organisés et finalisés d'objets intellectuels, articulés entre eux et distribués dans l'espace et le temps à des fins de production de connaissances, ils jouent un rôle d'instrumentation de la pensée et des capacités d'action des communautés de pratique (la pensée de l'individu étant dépendante de l'outillage de l'organisation en général). Prenant appui sur les processus d'apprentissage et de prescription évoqués précédemment, ils sont mis en place par les organisations territoriales pour favoriser en particulier les processus de « diffusion des idées » (apprentissage organisationnel) et d'« ordonnancement et de mise en lisibilité » (formation). On observe que les processus de transmission s'inscrivent donc dans un collectif de pratiques plus large, détentrice d'un « capital immatériel de connaissances » se pérennisant à travers le temps, *via* des dispositifs cognitifs (documents, bases de données, logiciels, référentiels de connaissances, etc.).

Ces résultats portant sur la capacité de résilience territoriale des approches évaluatives adaptées à la culture sont corroborés par d'autres recherches abordant la problématique des nouvelles méthodes d'évaluation. Au Canada, des travaux empiriques conduits par les praticiens de l'évaluation axée sur la rencontre des acteurs montrent que dans le contexte anglo-saxon « au cours des 20 dernières années, on assiste à une augmentation significative des approches évaluatives qui prennent en considération le contexte culturel dans lequel les évaluations ont lieu ».



(Hurteau, Bourgeois et Houle 2018). Toujours selon ces auteurs, il s'agit pour ces nouvelles approches de l'évaluation adaptée à la culture (EAC) de prendre en compte les réalités culturelles et intentionnalités sous-jacentes des acteurs sociaux concernés. Ainsi, l'approche de l'évaluation adaptée à la culture « développe des pratiques méthodologiques qui sont compatibles avec la culture, le contexte et les valeurs des communautés ciblées par le programme à évaluer » et elles procèdent « d'une collaboration et d'un partenariat entre les évaluateurs et les membres de la communauté ». (Hurteau, Bourgeois et Houle 2018), ce qui dans le cas du contexte français des organisations d'interface se révèle être aussi le cas, avec la particularité selon laquelle les évaluateurs selon les résultats obtenus sont des membres à part entière de la communauté, investis d'une reconnaissance par les pairs, et non pas des évaluateurs externes, comme cela est indiqué dans les travaux canadiens.

Ces formes localisées d'information et de communication constituent des espaces propices aux communications, ainsi que des organisations d'interface entre tous les acteurs des parcours de santé permettant l'intégration positive des services d'aide et de soins, assurant aux constructions collectives légitimité politique et cohésion sociale.



*Les principaux enseignements de la recherche conduisent à formuler le postulat suivant selon lequel les organisations d'interface en santé se présentent comme des configurations spatiales, informationnelles et politiques à l'occasion desquelles doivent être mises en œuvre de nouvelles médiations et intermédiations entre les parcours de santé et les données afin d'intégrer pleinement les ruptures de parcours de santé à l'organisation territoriale des services d'aide et de soin et ainsi espérer aboutir à des projets de santé de territoire résilient.*

### 9.1 Elargir le champ de l'évaluation rationalisante classique des parcours de santé

#### 9.1.1 Modélisation des espaces d'évaluation

Les résultats de la recherche montrent comment l'évaluation actuelle des parcours de santé se focalise sur une vision tronquée et partielle de ces organisations, à savoir l'organisation dans une dimension exclusivement institutionnelle. Les difficultés liées à cette dynamique évaluative des parcours de santé relèvent paradoxalement d'une importante centralisation socio-économique des organisations territoriales, conduisant d'une part à des logiques de concurrence, d'autre part à une invisibilité de la réalité des dynamiques territoriales à un fin niveau d'analyse. Les résultats de ce travail de thèse montrent que si l'évaluation par les nombres présente des difficultés en termes de logique de rivalité et de pouvoir entre les acteurs sociaux des parcours de santé, elle n'obère pas totalement les logiques de coordination sociale permettant de réelles coopérations entre l'ensemble des acteurs à un niveau local, dont les patients et leurs entourages. En proposant une grille d'analyse de la place de l'évaluation contributive, la recherche montre comment les acteurs sociaux mobilisent d'autres dimensions des organisations. L'analyse info-communicationnelle de leurs pratiques à un fin niveau d'analyse (territoire local) a mis en évidence qu'il serait nécessaire d'étendre les préoccupations de l'évaluation des parcours de santé à de nouvelles dimensions des organisations sociales : les espaces institutionnalisés, les espaces informels et les espaces d'interface (d'intermédiation). C'est pourquoi nous nous interrogeons sur les stratégies à adopter pour favoriser l'évaluation contributive dans l'ensemble des territoires locaux français, puisque l'on observe, que d'une part très peu de territoire sont couverts par des dynamiques de coordination d'aide et de soins, malgré près de 60 ans de politiques publiques et que d'autre part les territoires concernés par ces dynamiques rencontrent de grandes difficultés d'existence et de reconnaissance. Dans cette perspective, il s'agit au final pour nous de considérer l'évaluation comme un levier d'amélioration des parcours de santé et de la dynamique territoriale qui leur sont associés. Pour mieux parvenir à ces fins, il s'agit pour les acteurs sociaux d'élargir et de renouveler l'imaginaire des méthodes d'évaluation actuellement mobilisées. À cette fin, nos propositions ne forment pas un ensemble achevé, mais elles tracent un chemin : elles souhaitent inviter à approfondir la question du partage des savoirs en sciences humaines. Elles s'inscrivent dans le double sens d'énoncés et de prémisses majeures d'un argument (latin *propositio*), ainsi que d'énoncés qui en appellent d'autres par des questions à établir ou à vérifier (grec *protasis*). (Dardot et Laval 2014).

#### 9.1.2 Élargir l'évaluation des parcours de santé aux dimensions immatérielles des organisations

Les représentations généralisées de la communication instrumentale butent sur la réalité des organisations sociales à la fois locales, complexes et, à l'intersection de différents espaces de médiation et d'intermédiation, qu'il est possible de considérer à différents niveaux d'analyse organisationnelle et spatiale. Nous proposons donc d'élargir les méthodes d'évaluation à la dimension immatérielle des organisations et à leur capacité de produire une valeur informationnelle en termes d'échange, de partage et de circulation des informations avec l'ensemble des parties prenantes, intégrant les patients et leur entourage.

Cette proposition consiste, non pas à nous intéresser aux services de santé comme lieu de production d'un service qu'il s'agit de rationaliser, de spécialiser, mais sur l'enjeu de la multiplication des interfaces au sein des systèmes locaux de protection sociale. Ces interfaces sont des espaces sociaux et spatiaux, assimilables à des marges dynamiques, dont les méthodes d'évaluation prédominantes, décrites dans cette recherche, peinent à saisir la valeur et à en accompagner le développement au sein des systèmes locaux de protection sociale. C'est pourquoi nos propositions visent donc à ouvrir des pistes de réflexions, de recherche et d'action pour favoriser les méthodes d'évaluation contributive comme levier d'amélioration, d'innovation et de résilience des dynamiques locales de santé. Il s'agit pour nous d'adopter une nouvelle posture par rapport aux approches de rationalisation classique des processus de santé<sup>134</sup>, que nous pratiquons avant la réalisation de cette recherche réflexive.

### **9.1.3 Hybrider les méthodes d'évaluation des parcours de santé au niveau local et infralocal**

La perspective que nous proposons ici d'ouvrir considère les lieux de production des services d'aide et de soins, comme des entités génériques dont les interfaces reposent plus sur leur capacité à articuler des espaces d'information et de communication de nature organisationnelles et de niveaux spatiaux hétérogènes, qu'à répondre aux normes et aux injonctions de spécialisation institutionnelle. La recherche menée a permis d'identifier une multitude d'interfaces co-existantes sur un même territoire, constituant un système local de protection social plus ou moins innovant et résilient aux changements induits par les logiques de rationalisation du système englobant.

Ces interfaces sont plus liées à la capacité des acteurs de développer et articuler différentes logiques apparemment opposées, qu'à la conformité institutionnelle du service à proprement parler. Il s'agit pour nous ni de remettre en question les méthodes d'évaluation par les nombres et leur corolaire d'évaluation programmatique et par la contractualisation ni d'en opposer de nouvelles selon une logique d'exclusivité d'une méthode sur une autre. Il s'agit au contraire de promouvoir l'idée d'une nécessaire hybridation des méthodes d'évaluation de façon à prendre en considération toutes les dimensions des organisations sociales, afin d'améliorer les systèmes locaux de protection sociale.

Cette proposition s'appuie sur les résultats de notre recherche qui montrent que les acteurs sociaux des territoires étudiés maîtrisent les méthodes d'évaluation des organisations formalisées, opérées par des techniques d'administration, de contractualisation, de quantification et de programmation associée à la progression des techniques numériques en santé. Dans le même temps, les acteurs sociaux mobilisent et articulent des pratiques d'hybridation de ces méthodes avec des méthodes d'évaluation de nature contributive et peu favorisée ; aboutissant à une meilleure articulation entre contribution et évaluation dans les territoires.

Ce sont ces capacités d'hybridation des méthodes d'évaluation, observées sur les terrains de recherche, qui nous apparaissent comme une des voies possibles pour favoriser une meilleure articulation entre évaluation et contribution et ainsi contribuer à faire évoluer l'évaluation vers un levier d'amélioration des parcours de santé.

## **9.2 Renouveler les imaginaires de l'évaluation des parcours de santé à un niveau local**

### **9.2.1 Développer les capacités collectives de juger ce qui est porteur d'innovation**

Notre recherche aboutit à formuler les limites des méthodes d'évaluation concernant l'observation de l'évolution et des capacités d'évolution des territoires de santé. Ce qui nous conduit à identifier le besoin d'envisager des

---

<sup>134</sup> Le management par la qualité, les processus métier, les formations du pour les premières, le management participatif, la motivation au travail pour les secondes...

méthodes d'évaluation contributive capable de penser ce qui est porteur de nouveau, afin de pouvoir l'identifier, le décrire pour le favoriser.

Nous proposons de tenter de dépasser les impasses instrumentales, comparatiste et diffusionniste de l'évaluation des parcours de santé à partir de la notion d'interface comme système d'information partagé (SIP). La proposition ici formulée s'inscrit dans une perspective de rupture avec les logiques de rationalisation des territoires et des stratégies des professionnels, des personnes et des populations. Il s'agit plutôt d'inscrire nos recherches dans « un effort pour indiquer une autre modernité possible de la technique, c'est-à-dire une autre manière pour les techniques de fonctionner comme « support », « symbole » et « termes de référence réels » ». (Guchet 2010) p. 266)

Nous nous inscrivons dans une approche politique de la santé, au sens décrit par Yves Lacoste, dont les travaux mettent en évidence l'importance du partage des savoirs avec les populations locales (dans notre contexte, les patients, les malades et leurs proches). Nous nous appuyons également sur les apports de la philosophie des techniques qui souligne la convergence de valeur entre les dispositifs de coopérations en santé tels que ceux étudiés dans les différents terrains de la recherche et les techniques numériques qui y sont désormais associées. Des auteurs comme Mauss, Lévy-Strauss ou encore Simondon formulent la nécessité de ne pas dissocier ces deux domaines, mais bien de les associer, afin de se doter des capacités constructivistes d'évaluation et de leurs intérêts pour la société.

Selon nous, la notion de système d'information partagé convoque les concepts de contribution des usagers et populations des territoires et des dossiers partagés comme biens communs dans la perspective d'une meilleure articulation entre les logiques d'individus et de collectifs, de curatif et de préventif ainsi que de médecine générale en soins primaires et de santé publique. Il ne s'agit donc pas d'aborder la mise en visibilité des parcours de santé à partir d'une mise en visibilité des métiers et des compétences des professionnels des territoires, mais bien des services existants et des stratégies individuelles et collectives ayant permis d'y accéder, en fonction des valeurs, des objectifs de vie et des contextes spécifiques de populations ayant des besoins d'interventions complexes en santé.

Dans cette perspective, nous proposons de nous appuyer sur un ensemble de corpus de travaux relatifs à la convergence de la médecine générale et de la santé publique dans les territoires à partir d'un meilleur usage des données<sup>135,136</sup> d'une part et sur les ambiguïtés juridiques relatives à la propriété des dossiers médicaux partagés<sup>137</sup>.

### Renouveler les imaginaires de la culture informationnelle en santé par l'évaluation spéculative

L'intérêt renouvelé pour l'évaluation axée sur la compréhension des contextes locaux favorables aux innovations et à la résilience des organisations territoriales et aux modalités de généralisation à de nouveaux territoires (dimension conceptuelle) invite le chercheur constructiviste à se saisir des contradictions portées par les discours identitaires des acteurs et leurs stratégies axées prioritairement sur la dimension politique de l'évaluation (dimension symbolique).

L'apport du chercheur constructiviste adoptant une posture d'interface entre les pratiques et organisations concrètes et les sciences de l'information et de la communication me semble être de l'ordre de la transformation des représentations des données et des territoires par la conception de nouveaux dispositifs de médiation et d'intermédiation de proximité, rendant de nouveaux services aux professionnels, aux usagers, à leurs entourages et aux administrations en charge de la santé des populations.

---

<sup>135</sup> Senn, N., Cornuz, J., Bochud, M. (2020) Convergence de la médecine générale et de la santé publique: exemples internationaux et enjeux actuels. In : Rev Med Suisse 2020, volume 6. no. 713, 2020. Gray et al. 2009.

<sup>136</sup> JC Henrard, M De Stampa, Ankri J. Créer des systèmes d'information intégrés pour combler le fossé entre deux "solitudes de données": application aux problèmes de santé chroniques invalidants. Laboratoire Santé Vieillessement UPRES 2505., En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution\\_JC\\_Henrard\\_CRS\\_IDF.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Contribution_JC_Henrard_CRS_IDF.pdf) consulté le 16 mai 2020.

<sup>137</sup> Beslay, Nathalie (2001) Qui est propriétaire du dossier médical informatisé ? En ligne : [https://www.medcost.fr/html/dossier\\_medical\\_dm/mag\\_18\\_dossier\\_medical.htm](https://www.medcost.fr/html/dossier_medical_dm/mag_18_dossier_medical.htm)

Cette proposition s'attache à considérer la perception des parcours de santé par les acteurs sociaux. Une perception qui nous est apparue encore largement emprunte d'une représentation centre-périphérie des enjeux au sens formulé par Pailliar. Selon cette auteure, « Le modèle « centre-périphérie » fournit une référence dominante, centrée sur les rapports entre l'État et les pouvoirs locaux (...). Cette approche (...) est, alors, centrée sur une analyse du gouvernement local à partir de ses relations avec l'État. Ainsi « le système de gouvernement local est plus ou moins déterminé par les circuits de communication et les mécanismes d'échanges qu'il entretient avec l'État central. [en ce sens] il est un gouvernement périphérique (Mabileau, 1985, 556) ». » (Pailliar 2018).

Il s'agit d'explorer par le design spéculatif tel que mobilisé dans le champ du design de conception. Selon les travaux menés dans ce champ d'investigation et d'expérimentation, la notion de design spéculatif permet d'aider à « faire face au changement et à l'inconnu. En décrivant divers scénarios du futur, en favorisant la compréhension de problèmes complexes en soulignant les questions éthiques et en favorisant la participation sociale (Soares Susana, cité par Geneviève 2020, page 254). Dans notre cadre de recherche et de questionnement, il s'agirait pour nous de concevoir des projets d'évaluation ancrés dans le cadre du design spéculatif, afin de faire face au changement et à l'inconnu afin d'explorer les transformations possibles de la représentation du rôle des données pour l'amélioration des parcours de santé au sein des territoires locaux.

Cette piste de recherche est motivée par les résultats ici exposés concernant la recherche de possibilités de transformation des enjeux symboliques et systémiques de l'évaluation pour les acteurs sociaux ; et ainsi leur permettre d'investir de nouvelles représentations de l'évaluation. A cette fin, il nous semble que le recours au design spéculatif permettrait d'ouvrir des perspectives intéressantes pour permettre aux acteurs sociaux, confrontés à des contraintes très fortes en termes de temporalité et de réactivité, en apparence peu conciliables avec des temporalités de réflexions plus longue.

### **9.2.2 Articuler évaluation et visualisation des données pour rendre visible et lisible ce qui est porteurs d'innovation**

La question des tensions entre la spatialité et les dynamiques de spatialisation des services de santé est une dimension de la recherche qui est apparue en cours d'analyse des résultats et dont il conviendrait très certainement d'approfondir le cadrage conceptuel ainsi que les traductions pratiques en termes d'analyse du contexte spatial des processus info-communicationnels de circulation des informations au sein des parcours de santé.

Cette dimension de recherche résulte très probablement de la posture épistémologique initialement choisie, mobilisant l'interdiscipline des sciences de l'information et de la communication avec la géographie et les sciences du territoire. Selon Franck Ghitalla, « L'approche par territoires assure un principe d'efficacité opérationnelle. On doit les considérer, et c'est peut-être le plus important, comme des espaces de collaborations potentielles, largement sous-exploitées jusqu'à présent ». En somme la « performance » par la « coopération » en incitant au développement des complémentarités locales et en augmentant la richesse (ou l'intensité) des liens entre les acteurs impliqués » (Ghitalla 2013).

Il serait pertinent de prolonger les analyses par le prisme principal de la dualité identifiée entre la spécialité des services de soins et de santé et les dynamiques de spatialisation comme réponse au développement des services d'aide et de soins dans les territoires, dont la complexité réside en particulier dans la mise en œuvre de dynamique de territorialisation des pratiques collectives, processus de coopération et des services de santé, dont les médecins traitants, à partir de la généralisation des services d'échanges et de télécommunication entre les acteurs des parcours de santé.

Il serait donc intéressant d'approfondir la connaissance de la manière dont les pratiques info-communicationnelles émergentes des acteurs sont susceptibles de contribuer à une meilleure articulation entre les implantations locales et territorialisées des services d'aides et de soins et les espaces immatériels d'échange, de partage et de circulation des données de santé.

### **9.3 Réinterroger les modes de partenariat avec les partenaires de la recherche**

#### **9.3.1 Interroger le statut de la recherche dans les représentations des acteurs sociaux**

Au terme de ce travail réflexif une question se pose également, celle de savoir pourquoi la question de l'évaluation contributive n'a pas intéressé les acteurs sociaux étudiés alors qu'au départ l'expression d'un intérêt avait été formulée. Cet intérêt formulé aussi bien de la part de directeurs de réseaux de santé, que d'administrateurs d'un regroupement national des réseaux ont conduit au final à une invisibilité de ce travail et à une impossibilité d'en présenter régulièrement la démarche ainsi que les résultats, notamment ceux publiés.

Plusieurs hypothèses demeurent et leur approfondissement dans une logique réflexive semble intéressant. Est-ce une question de statut du chercheur, à savoir que le statut de doctorant ne permettrait pas d'avoir une légitimité suffisante auprès des responsables de plateformes et dispositifs d'appui à la coordination ? Est-ce une question de culture professionnelle marquée par une plus grande importance des représentations positivistes de l'évaluation, domaine dans lequel les méthodes d'évaluation qualitative et d'évaluation de la contribution sont encore minoritaires ? Ou bien est-ce la représentation du territoire comme la périphérie d'enjeux par nature centralisés ? Est-ce encore lié aux difficultés des démarches réflexives, qui demandent de sortir des approches instrumentales, comparatistes et diffusionnistes de l'évaluation de l'innovation ?

#### **9.3.2 Interroger la divergence des cadres sociocognitifs implicites et les limites des approches non déterministes de la recherche**

La dernière proposition concerne la conception de dispositifs info communicationnels de recherche qui permettraient de dépasser les écueils liés aux différentes approches, entre positivismes classiques des acteurs sociaux, partenaires potentiels d'une recherche, et l'approche socioconstructiviste telle que nous souhaitons la conduire.

Pour le professionnel partenaire de la recherche, l'organisation est appréhendée exclusivement comme une entité institutionnalisée dont l'existence au sein du territoire d'intervention va de soi (perspective positiviste). Selon l'acception principale des interlocuteurs sollicités lors de la première partie de la recherche, l'organisation constitue « un objet considéré comme allant de soi, désignant l'environnement qui est le lieu où se déroulent des actions et des interactions, où sont prises des décisions, mais qu'il n'est pas nécessaire d'interroger en tant que tel » (Bouillon et Vásquez 2013).

Au sein de cette organisation instituée, les partenaires de la recherche sont contraints par une représentation instrumentale de l'évaluation, elle-même liée à l'idée de performance et de légitimation de leur place et de leur rôle au sein de leurs territoires d'intervention. Cette représentation instrumentale de l'évaluation est étroitement liée à un phénomène de résistance aux approches se situant à côté des approches traditionnelles de l'organisation formalisée par la perspective taylorienne, l'approche en termes de relations humaines, ou des prolongements contemporains de ces courants.

Pour tous ces travaux futurs pour lesquels nous venons d'essayer de tracer des pistes, nous continuerons à valoriser la spécificité des Sciences de l'Information et de la Communication, notamment avec l'originalité pour des approches territoriales de recherche de synergies et de regards complémentaires avec la géographie.

## CONCLUSION

---

La recherche souligne l'ambivalence de l'évaluation à la fois levier de coopération et source de rivalité au sein des organisations, en particulier dans le secteur des organisations d'interface. Cette ambivalence laisse une place à l'invention d'approche d'avantage contributive prenant en compte l'intelligence organisationnelle des acteurs des parcours de santé à un niveau géographique fin. Au niveau global, force est de constater que l'évaluation est appréhendée de manière abstraite et techniciste, appuyée sur une approche en termes d'outils visant à fluidifier la circulation des données. L'évaluation est alors considérée comme pouvant être réduite à des méthodes de rationalisation, d'injonction et d'automatisation des coopérations. Cette approche ne semble pas satisfaisante car elle ne considère pas la dimension concrète, d'inventivité et de créativité de l'évaluation dans une perspective d'élaboration collective par la contribution de jugement partagé, caractérisée par une forte complexité de mise en œuvre. Des approches alternatives, qui visent plutôt à favoriser l'intelligence organisationnelle en situation d'aide et de soins médiatisés, commencent à voir le jour au sein des organisations d'interface intégrant la participation des patients et de leurs entourages. Ces approches évaluatives plus contributive résultent de l'hybridation des cadres normatifs existants, au sein de d'interfaces relationnelles entre les centres et les périphéries dynamiques des écosystèmes étudiés. Elle favorise une réelle transmission informationnelle entre tous les acteurs ainsi qu'une approche territoriale et populationnelle des données de santé. Elles comportent toutefois leurs propres limites notamment parce que les enjeux sous-jacents de l'évaluation, bien que perçus par les acteurs, restent peu appropriés par ces derniers. Le contexte global néo-corporatiste favorise une prédominance de l'évaluation par les nombres ; qui oblige les acteurs à privilégier des logiques de légitimation des structures et des compétences, contribuant paradoxalement à favoriser les cloisonnements et discontinuité des parcours de santé qu'ils dénoncent par ailleurs. Les conclusions plaident pour la conception de nouveaux espaces d'évaluation spéculative pour renouveler l'imaginaire des données au sein des écosystèmes de santé.



## BIBLIOGRAPHIE

---

Alemanno, Sylvie (2017) Parcours numérisé de soin : Processus de reterritorialisation de la santé. In : Benoit Cordelier, Olivier Galibert, Sylvie Alemanno et Hélène Romeyer, (dir.), coord.: Journées d'études Organisation, santé et numérique. Organisation, Santé et Numérique. à Montréal et à Paris, 23 et 24 octobre. ComSanté-UQAM, CNAM, p.36-37. En ligne : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs3253259>, consulté le 25 février 2021.

Amyot, Jean-Jacques (2010) Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers. In : Vie sociale, vol. 1, n° 1, p. 25. DOI: 10.3917/vsoc.101.0025.

Barbier, Jean-Claude (2012) Évaluations « expérimentales » : quelques leçons de l'histoire. In : Politiques sociales et familiales, vol. 110, n° 1, p. 19–31. DOI: 10.3406/caf.2012.2731.

Belin, Olivia; Mucchielli, Alex (2006) Étude des communications. Le dialogue avec la technologie. Paris : Armand Colin (Collection U).

Bénard, Valérie; Lewkowicz, Myriam; Zacklad, Manuel (2005) Analyse de la coopération au sein d'un réseau de santé – une typologie des activités. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/265870120\\_Analyse\\_de\\_la\\_cooperation\\_au\\_sein\\_d'un\\_reseau\\_de\\_sante\\_-\\_une\\_typologie\\_des\\_activites](https://www.researchgate.net/publication/265870120_Analyse_de_la_cooperation_au_sein_d'un_reseau_de_sante_-_une_typologie_des_activites), consulté le 29 mars 2021.

Beraud, Philippe; Cormerais, Franck (2011) Économie de la contribution et innovation sociétale. In : Innovations, vol. 34, n° 1, p. 163. DOI: 10.3917/inno.034.0163.

Bernard, Françoise (2000) « Communication organisationnelle et usages des sciences humaines et sociales, fragments de réflexion ». in Le Moëne C. (Textes réunis par). In : Communications d'entreprise et d'organisations, 2000, n° Presses Universitaires de Rennes.

Bernard, Françoise (2003) La communication : enjeu de société, enjeu scientifique et enjeu de formation. In : École nationale supérieure des télécommunications de Paris, coord.: La communication : enjeu de société, enjeu scientifique et enjeu de formation (extraits). Colloque national pour une refondation des enseignements de communication des organisations. Paris, 25 au 28 août, p. 10–28.

Bernard, Françoise (2004a) Constructivisme et sciences de l'organisation. De l'alternative au pluralisme épistémologique « limité ». In : Communication et langages, vol. 139, n° 1, p. 27–40. DOI: 10.3406/colan.2004.3249.

Bernard, Françoise (2004b) Les SIC une discipline de l'ouverture et du décloisonnement. In : Org&Co - bulletin de liaison bimestriel, n°7, p. 1–17.

Bernard, Françoise (2005) La communication interne à l'épreuve d'un « projet fort » de recherche en communication des organisations. In : Communication et organisation, n° 27, p. 139–161. DOI: 10.4000/communicationorganisation.3252.

Bernard, Françoise (2007) Communication engageante, environnement et écocitoyenneté : un exemple des « migrations conceptuelles » entre SIC et psychologie sociale. In : Communication et organisation, n° 31, p. 26–41. DOI: 10.4000/communicationorganisation.94.

Bernard, Françoise (2010) Pratiques et problématiques de recherche et communication environnementale : explorer de nouvelles perspectives. In : Communication et organisation, n° 37, p. 79–89. DOI: 10.4000/communicationorganisation.1275.

Bertillot, Hugo (2017) Intégrer les services pour rationaliser l'action publique. In : Terrains & travaux, N° 30, n° 1, p. 5. DOI: 10.3917/tt.030.0005.

Beuscart, Jean-Samuel; Flichy, Patrice (2018) Plateformes numériques. In : Réseaux, n° 212, n° 6, p. 9. DOI: 10.3917/res.212.0009.

BONTEMS, V. K. (2014) What does Innovation stand for ? Review of a watchword in research policies. In : Journal of Innovation Economics, vol. 15, n° 3, p. 39. DOI: 10.3917/jie.015.0039.

Bouillon, Jean-Luc (2003a) Les dimensions organisationnelles d'un changement de régulation : apports d'une approche communicationnelle. In : Forum de la régulation, coord. Paris, 9 et 10 octobre. En ligne : [https://rechercheregulation.files.wordpress.com/2012/12/rr\\_bouillon.pdf](https://rechercheregulation.files.wordpress.com/2012/12/rr_bouillon.pdf), consulté le 31 mai 2021.

Bouillon, Jean-Luc (2003b) Pour une approche communicationnelle des processus de rationalisation cognitive des organisations : contours, enjeux et perspectives.: X° Colloque bilatéral franco-roumain. Université de Bucarest, 28 juin – 3 juillet 2003. CIFSIC.

Bouillon, Jean-Luc (2008) L'impensé communicationnel dans la coordination des activités socio-économiques: les enjeux des ACO. In : Sciences de la société, vol. 74, 2008, n° Presses Universitaires du Mirail.

Bouillon, Jean-Luc (2018) La rationalisation de la créativité. Enjeux communicationnels des nouvelles formes organisationnelles de construction collective de l'innovation. In : SFSIC, coord.: XXIème Congrès de la SFSIC. Création, créativité et médiation. MSH Paris-Nord, 28 juin.

Bouillon, Jean-Luc; Vásquez, Consuelo (2013) Retrouver l'organisation dans la communication organisationnelle. Les approches constitutives en France et en Amérique du Nord : questionnements théoriques et méthodologiques. In : Sylvie P. Alemanno et Bertrand Parent: Les communications organisationnelles. Comprendre, construire, observer. Communication et Civilisation: l'Harmattan, pp. 35-48.

Boullier, Henri (2016) Évaluer des dossiers « vides ». In : Terrains & travaux, N° 28, n° 1, p. 41. DOI: 10.3917/tt.028.0041.

Bourret, C. (2010) Évaluation et communication des nouvelles organisations d'interface : le cas des réseaux de santé. In : Communication et organisation, n° 38, p. 77–88. DOI: 10.4000/communicationorganisation.1411.

Bourret, Christian (2016) Relever le défi des Inégalités Sociales et Territoriales en Santé (ISTS) par la rencontre des organisations d'interface et de la télésanté dans une approche d'« humanisme numérique » en santé ? In : Revue française des sciences de l'information et de la communication, n° 9. DOI: 10.4000/rfsic.2013.

Breton, Eric; Ridde Valérie; Guichard, Anne, Lacouture Anthony (2017) Evaluer les politiques et interventions de santé publique. In : Nadine. Haschar-Noé et Thierry Lang: Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Toulouse: Presses universitaires du Midi (Santé société), p. 83-124.

Bussière, Caroline (2002) Les centres locaux d'information et de coordination (clic). In : Gérontologie et société, 25 / n° 100, n° 1, p. 75. DOI: 10.3917/gs.100.0075.

C. Polonio, S. Law de Lauriston (2019) La relation Ville Hôpital à Soissons : Quels avantages d'un travail en réseau pour les patients et les professionnels ? In : SFETD: 19 congrès national de la SFETD. Recueil des abstracts 2019, p. 47–48.

Carayol, Valérie (2004) COMMUNICATION ORGANISATIONNELLE - Une perspective allagmatique. Paris : Harmattan.

Carayol, Valérie; Gramaccia, Gino (2013) Abécédaire. Vingt ans de recherches et de publications en communication des organisations. [Pessac] : Presses universitaires de Bordeaux.

Barbara Cassin, éd. (2014) Derrière les grilles. Sortons du tout-évaluation. Appel des Appels. Paris : Mille et une nuits.

Chauvel, Louis (2016) La spirale du déclassement. Essai sur la société des illusions. Paris : Éditions du Seuil.

Chenier, Jacques (2016) La spécification de la problématique. In : Benoît Gauthier et Isabelle Bourgeois, coord.: Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données. 6e édition. Québec: Presses de l'Université du Québec, p. 51–77.

CNSA (2017) Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations. Rapport final d'évaluation. En ligne : [https://www.cnsa.fr/sites/default/files/evaluation\\_maia\\_rapport\\_final\\_et\\_annexes\\_0.zip](https://www.cnsa.fr/sites/default/files/evaluation_maia_rapport_final_et_annexes_0.zip), consulté le 25 mars 2021.

Coldefy, Magali (2017) « L'approche par parcours place la personne au centre du dispositif ». Interview réalisée par l'ANAP. ANAP. En ligne : <https://www.anap.fr/actualites/toute-lactu/detail/actualites/lapproche-par-parcours-place-la-personne-au-centre-du-dispositif-magali-coldefy-irdes/>, consulté le 29 novembre 2021.

Conseil Général de l'Isère Schéma autonomie du département de l'Isère 2011-2015. Document institutionnel. En ligne : [https://servicepublic.ch/fileadmin/user\\_upload/Interesting\\_Documents/Isere\\_Departmental\\_plan\\_for\\_the\\_Autonomy\\_of\\_disabled\\_and\\_elderly\\_people\\_2011-2015.pdf](https://servicepublic.ch/fileadmin/user_upload/Interesting_Documents/Isere_Departmental_plan_for_the_Autonomy_of_disabled_and_elderly_people_2011-2015.pdf), consulté le 19 septembre 2021.

Dardot, Pierre; Laval, Christian (2014) Commun. Essai sur la révolution du XXI<sup>e</sup> siècle. Paris : Découverte.

de Stampa Matthieu, Vedel Isabelle (2010) Impacts de la coordination sur l'état de santé, les pratiques professionnelles et le recours aux services pour les personnes âgées dépendantes à domicile. Évaluation du modèle d'intégration des services COPA (Coordination Personnes Âgées) sur le 16<sup>ème</sup> arrondissement de Paris sous le nom de réseau gérontologique « Ancrage ». En ligne : [https://www.cnsa.fr/documentation/007-de\\_stamparaapport-final.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/007-de_stamparaapport-final.pdf), consulté le 4 juillet 2019.

Dejours, C. (2012) L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Versailles Cedex : Editions Quæ (Sciences en questions). En ligne : <http://merlin.u-picardie.fr/login?url=http://www.cairn.info/l-evaluation-du-travail-a-l-epreuve-du-reel--9782759203093.htm>.

Delpierre C, Fantin R, Chehoud H, Nicoules V, Bayle A, Souche A, et al. (2016) Inégalités sociales d'accès aux soins et à la prévention en Midi-Pyrénées, France, 2012. In : Bull Epidemiol Hebd, (1), 2016. En ligne : [http://www.invs.sante.fr/beh/2016/1/2016\\_1\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2016/1/2016_1_1.html), consulté le 7 janvier 2021.

Desprès, Caroline (2018) Parcours de soins en situation de précarité : entre détermination et individualisation. In : Santé publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France), vol. 30, n° 1 Suppl, p. 157–163. DOI: 10.3917/spub.184.0157.

Dewey, John (2011) La formation des valeurs. Alexandra. Bidet, Louis. Quéré, Gêrôme Truc, éd. Paris : la Découverte (Les Empêcheurs de penser en rond).

Doctorante Synopsis des historiques de chaque plateformes et dispositifs de coordination étudiés. Dossier documentaire thématique.

Doctorante (2017-2018) Programme des observations menées lors du séjour de terrain au GCS MRSI.

Doctorante (2018) Entretien semi-dirigé mené dans le cadre des recherches. Interview avec Pousse Pascal. Appel téléphonique. enregistrement sonore.

Doctorante (2020) Echange informel dans le cadre d'un partage d'expérience. Interview avec Drahi Eric. Entretien téléphonique. enregistrement téléphonique.

Ducros, Denis; Nicoules, Valérie; Chehoud, Haithem; Bayle, Annette; Souche, Arnaud; Tanguy, Maëla et al. (2015) Les bases médico-administratives pour mesurer les inégalités sociales de santé. In : Santé Publique, vol. 27, n° 3, p. 383. DOI: 10.3917/spub.153.0383.

Durampart, Michel (2019) La collaboration à l'aune des technologies numériques et de la recherche d'efficacité. In : Communication et organisation, n° 55, p. 123–140. DOI: 10.4000/communicationorganisation.7884.

Flichy, Patrice (2008) « Technique, usage et représentations ». In : Réseaux, (n° 148-149), p. 147-174. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-reseaux1-2008-2-page-147.htm>, consulté le 1 mars 2021.

Frossard, Michel (2002) Coordination, intégration, réseaux de services. In : Gérontologie et société, 25 / n° 100, n° 1, p. 35. DOI: 10.3917/gs.100.0035.

Frossard, Michel; Boitard, Anne (1997) Evaluation des réseaux de coordination gérontologique : une approche socio-économique. An essay of economic assessment of ease management in gerontology. In : Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 45, N 5, p. 429–437.

Ben t Gauthier, Isabelle Bourgeois,  ds. (2016) Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données. 6e édition. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Geneviève, Gallot (2020) 75 designers pour une mon de durable. Paris : Editions de la Martinière.

Ghadi, Véronique; Vedel, Isabelle; Routelous, Christelle; Stampa, Matthieu de; Ankri, Joël; Cassou, Bernard; Lapointe, Liette (2011) Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile. In : Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France), vol. 23, né 4, p. 317. DOI: 10.3917/spub.114.0317.

Gheller, Jessica; Pousse, Pascal (2020) Coordination des services de santé, rôle des données et dynamique territoriale. In : I2D - Information, données & documents, n 3, né 3, p. 74. DOI: 10.3917/i2d.203.0074.

Ghitalla, Franck (2013) Cartographier des territoires innovants. L'Atelier de Cartographie, cartographie, information, réseaux, DataSciences,  d. En ligne : <https://ateliercartographie.wordpress.com/2013/02/10/cartographier-des-territoires-innovants/>.

Giblin, Béatrice (2011) Santé publique et territoires. In : Hérodote, vol. 143, né 4, p. 3. DOI: 10.3917/her.143.0003.

Godet, M.; Durance, P.; Mousli M. (2010) Libérer l'innovation dans les territoires. Paris : la Documentation française.

Grataloup, Christian (2006) Le principe de Reynaud. In : Travaux de l'Institut Géographique de Reims, vol. 32, né 125, p. 41–54. DOI: 10.3406/tigr.2006.1510.

Gray, Leonard C.; Berg, Katherine; Fries, Brant E.; Henrard, Jean-Claude; Hirdes, John P.; Steel, Knight; Morris, John N. (2009) Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. In : BMC Health Services Research, vol. 9, né 1, p. 71. DOI: 10.1186/1472-6963-9-71.

Guchet, Xavier (2010) Pour un humanisme technologique. Culture, technique et société dans la philosophie de Gilbert Simondon. 1.  d. Paris : Presses universitaires de France (Pratiques théoriques).

HCAAM (2018) Contribution à la transformation du système de santé.

HCSP (2009a) Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. HCSP. En ligne : [file:///C:/Users/benjamin/AppData/Local/Temp/hcspr20091112\\_inegalites.pdf](file:///C:/Users/benjamin/AppData/Local/Temp/hcspr20091112_inegalites.pdf), consulté le Le 24 mars 2021.

HCSP (2009b) Principales recommandations et propositions en vue de la prochaine loi pour une politique de santé publique. HCSP. En ligne : [file:///C:/Users/benjamin/AppData/Local/Temp/hcspr20091211\\_rapportmandat1.pdf](file:///C:/Users/benjamin/AppData/Local/Temp/hcspr20091211_rapportmandat1.pdf), consulté le Le 24 mars 2021.

HCSP (2017.) Stratégie nationale de santé. Contribution du Haut Conseil de la santé publique. Collection Avis et Rapports. En ligne : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>, consulté le Le 4 janvier 2021.

Henrard, Jean-Claude (2002) Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées. In : Santé, Société et Solidarité, vol. 1, né 2, p. 73–82. DOI: 10.3406/oss.2002.894.

Henrard, Jean-Claude (2003) Approche systémique de la dépendance dans une perspective comparative France-Québec. In : Gérontologie et société, 26 / né 107, né 4, p. 87. DOI: 10.3917/gs.107.0087.

Henrard, Jean-Claude (2016) Handicap, dépendance, perte d'autonomie : du flou des concepts aux catégorisations sociales de politiques publiques. In : Sciences & Actions Sociales, N° 3, n° 1, p. 147–168. DOI: 10.3917/sas.003.0147.

Henrard, Jean-Claude; Vedel, Isabelle (2003) L'enjeu de la coordination gérontologique en France. In : Santé, Société et Solidarité, vol. 2, n° 2, p. 77–84. DOI: 10.3406/oss.2003.946.

Henrard, Jean-Claude.; Ankri, Joël. (1996) Systèmes et politiques de santé. Rennes : Éditions École nationale de la santé publique. En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3332075g.texteImage>, consulté le 14 août 2020.

Hérodote (1976) Stratégie, géographie, idéologie : François Maspéro.

Huart J, Kolski C, Bastien C L'évaluation de documents multimédias, état de l'art: Objectiver l'humain ? Qualification, quantification, Volume 1, p. 211–250. En ligne : [https://www.researchgate.net/publication/265847859\\_L'evaluation\\_de\\_documents\\_multimedias\\_etat\\_de\\_l'art](https://www.researchgate.net/publication/265847859_L'evaluation_de_documents_multimedias_etat_de_l'art), consulté le 2 août 2019.

Marthe Hurteau, Isabelle Bourgeois, Sylvain Houle, éd. (2018) L'évaluation de Programme Axée Sur la Rencontre des Acteurs. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Jean-Claude Henrard (2016) "Handicap, dépendance, perte d'autonomie : du flou des concepts aux catégorisations sociales de politiques publiques". In: Sciences et actions sociales [en ligne], n°3. En ligne : [http://www.sas-revue.org/index.php/16-comptes-rendus/56-handicap-dependance-perde-d-autonomie-du-flou-des-concepts-aux-categorisations-sociales-de-politiques-publiques#enjeu\\_institutionnel](http://www.sas-revue.org/index.php/16-comptes-rendus/56-handicap-dependance-perde-d-autonomie-du-flou-des-concepts-aux-categorisations-sociales-de-politiques-publiques#enjeu_institutionnel), consulté le 16 mai 2020.

Lacoste, Olivier (1993) La santé dans le Nord-Pas-de-Calais : étude géographique. Géographie, Paris 8.

Lacoste, Olivier; Salomez, Jean-Louis (1999) Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ? In : Actualité et Dossier en Santé Publique. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad294346.pdf>, consulté le 5 janvier 2021.

Lacoste, Yves (2016) La géographie, ça sert, d'abord, à faire la guerre. Éd. augm. Paris : Découverte (La Découverte-Poche, 399).

Lang, Thierry (2001) Inégalités sociales de santé : une construction tout au long du cours de la vie. In : ADSP, n°73, p. 21-24. En ligne : [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjwObnsnvAhWh2eAKHbWvAxQQFjABegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2FExplore.cgi%2FTelecharger%3FNomFichier%3Dad732124.pdf&usq=AOvVaw0n6\\_xOrUddi1pHjWiwXgUd](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjwObnsnvAhWh2eAKHbWvAxQQFjABegQIAhAD&url=http%3A%2F%2Fwww.hcsp.fr%2FExplore.cgi%2FTelecharger%3FNomFichier%3Dad732124.pdf&usq=AOvVaw0n6_xOrUddi1pHjWiwXgUd), consulté le Le 24 mars 2021.

Lavigne, Alain (2002) La communication institutionnelle vue par l'entreprise de six grands – Systèmes relationnels : proposition d'une typologie. In : Communication et organisation, n° 21. DOI: 10.4000/communicationorganisation.2670.

Le Blanc, Guillaume (2010) Canguilhem et la vie humaine. Paris : Presses universitaires de France (Quadrige. Essais, débats).

Le Moëne, Christian (2013) Entre formes et normes. Un champ de recherches fécond pour les SIC. In : Revue française des sciences de l'information et de la communication, n° 2. DOI: 10.4000/rfsic.365.

Le Moëne, Christian; Parrini-Alemanno, Sylvie (2010) Management de l'évaluation et communication. In : Communication et organisation [En ligne], vol. 38, p. 7–14. En ligne : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/1365>, consulté le mis en ligne le 1 décembre 2010, consulté le 22 octobre 2019.

Lesemann, Frédéric; Henrard, Jean-Claude (2006a) Les politiques. In : Santé, Société et Solidarité. En ligne : [https://www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2006\\_num\\_5\\_1\\_1094](https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2006_num_5_1_1094).

- Lesemann, Frédéric; Henrard, Jean-Claude (2006b) Les politiques. In : Santé, Société et Solidarité. En ligne : [https://www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2006\\_num\\_5\\_1\\_1094](https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2006_num_5_1_1094).
- Linard, Monique. (1996) Des machines et des hommes. Apprendre avec les nouvelles technologies. Nouvelle édition réactualisée. Paris, Montréal : éditions l'Harmattan (Savoir et formation).
- Merzeau L. (2017) Mémoire partagée. In : Cornu M., Orsi F. et Rochfeld J.: Dictionnaire des biens communs. Paris: PUF (Quadrige). En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01546678/document>, consulté le 23 septembre 2019.
- Mintzberg, Henry (2011) Le management. Voyage au centre des organisations. 2e éd. revue et corrigée, 6e tirage 2011. Paris : Ed. d'organisation.
- Mucchielli, A. (2007) Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. Actes du colloque BILAN ET PROSPECTIVES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE. In : RECHERCHES QUALITATIVES, Hors Série - numéro 3. En ligne : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v3/MucchielliFINAL2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/MucchielliFINAL2.pdf), consulté le 23 octobre 2019.
- Mucchielli, Alex; Corbalan, Jean-Antoine; Ferrandez, Valérie (2004) Approche par les processus. Paris : Armand Colin (Collection U. Communication).
- Mucchielli, Alex; Noy, Claire (2005) Approches constructivistes, étude des communications. Paris : Colin (U. Étude des communication, SHS).
- Offner, Jean-Marc; Pumain, Denise (1996) Réseaux et territoires - significations croisées. Offner J-M., Pumain D. (dirs). Editions de l'Aube.
- Ogien, Albert (2009) L'hôpital saisi par la quantification. Une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité. In : Sciences de la société, n° 76. DOI: 10.4000/sds.9104.
- Ogien, Albert (2013) Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public. Conférences-débats. Avec la collaboration de Raphaël Larrère. Versailles : Éditions Quae (Sciences en questions).
- Olivier, Lawrence; Bédard, Guy; Ferron, Julie (2016) L'élaboration d'une problématique de recherche. Sources, outils et méthode. Paris : l'Harmattan (Logiques sociales).
- Ollivier, Bruno (2001) Enjeux de l'interdiscipline. In : L'Année sociologique, Vol.51, n° 2, p. 337. DOI: 10.3917/anso.012.0337.
- Organisation Mondiale de la Santé (2014) La recherche sur la mise en oeuvre en santé : guide pratique. Avec la collaboration de H. Peters David, Nhan T. Tran et Taghreed Adam. Organisation Mondiale pour la Santé.
- Paillé, Pierre; Mucchielli, Alex (2012) L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3e édition. Paris : Armand Colin (Collection U. Sciences humaines et sociales).
- Pailliant, Isabelle (2018) Des territoires à la territorialisation. In : Études de communication, n° 50, p. 147–160. DOI: 10.4000/edc.7635.
- Parrini-Alemanno, Sylvie (2007) Histoire et évolution des phénomènes émergents dans les approches interactionnelles. In : Revue internationale de psychosociologie, XIII, n° 29, p. 11. DOI: 10.3917/rips.029.0011.
- Quéré, Louis (2000) Au juste, qu'est-ce que l'information ? In : Réseaux, vol. 18, n° 100, p. 331–357. DOI: 10.3406/reso.2000.2227.
- Quéré, Louis. (1982) Des miroirs équivoques. Aux origines de la communication moderne. Paris : Aubier Montaigne (RES. Babel).

Ramponneau, Jean-Pierre; Saby, Michel; Mick, Gérard (2009) Quand un réseau de santé entre en stratégie : le cas du réseau voironnais de la douleur. In : Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 27, n° 6, p. 343. DOI: 10.3917/jgem.096.0343.

Renaud, S.; Gillet, D.; Pautonnier, C.; Puech, G.; Mochon-Loison, M. C.; Rodriguez, P. et al. (2006) EP37 - Le réseau voironnais de la douleur : 10 ans d'expérience d'un réseau interhospitalier et ville-hôpital de proximité. In : Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement, vol. 7, p. 135. DOI: 10.1016/S1624-5687(06)77966-5.

Renault, Michel (2012) Dire ce à quoi nous tenons et en prendre soin. John Dewey, La formation des valeurs, Paris, La Découverte, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 2011, 238 p. In : Revue Française de Socio-Économie, vol. 9, n° 1, p. 247. DOI: 10.3917/rfse.009.0247.

Revue Hérodote (1999) Santé publique et géopolitique. In : Hérodote (Paris).

Robelet, Magali; Serré, Marina; Bourgueil, Yann (2005) La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. In : Revue française des affaires sociales, vol. 1, n° 1, p. 231. DOI: 10.3917/rfas.051.0231.

Rosière, Stéphane (2001) Géographie politique, géopolitique et géostratégie: distinctions opératoires. In : L'information géographique, vol. 65, n° 1, p. 33-42. DOI: 10.3406/ingeo.2001.2732.

Rousseau, Aurélien; Bevort, Hugo; Ginot, Luc (2020) La santé publique au risque de la COVID19 : du premier retour d'expérience à la formulation de nouvelles exigences collectives. In : Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France), vol. 32, n° 2, p. 183. DOI: 10.3917/spub.202.0183.

Safon, Marie-Odile (2021) Les lois de financement de la Sécurité sociale. Synthèse documentaire. Centre de documentation de l'Irdes. En ligne : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf>, consulté le 24 mars 2021.

Severo, Marta.; Romele, Alberto. (2015) Introduction. In : Marta. Severo et Alberto. Romele: Traces numériques et territoires. Paris: Mines-ParisTech (Territoires numériques), p. 7-10. En ligne : <https://iet.hypotheses.org/files/2015/09/Introduction.pdf>, consulté le 22 novembre 2019.

SFSIC, éd. (2006) Questionner les pratiques d'information et de communication : Agir professionnel et agir social : Actes du XV<sup>e</sup> Congrès des sciences de l'information et de la communication. Congrès national des sciences de l'information. Universités de Bordeaux, du 10 au 12 mai 2006. SFSIC. (Vol. 1).

Simondon, Gilbert; Simondon, Nathalie (2012) Du mode d'existence des objets techniques. Nouv. éd. rev. et corr. Paris : Aubier (Philosophie). En ligne : <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb43537982q>.

Soulié, Bastien (2007) Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. In : RECHERCHES QUALITATIVES, vol.27, issue.1, n° pp.127-140. En ligne : [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition\\_reguliere/numero27\(1\)/soule.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero27(1)/soule.pdf).

Stiegler, Barbara. (2019) « Il faut s'adapter ». Sur un nouvel impératif politique, Paris, Gallimard, coll. « NRF Essais », 336 p., ISBN : 978-2-07-275749-5.

Stryckman, Paul (1996) De la méthode. In : Communication et organisation, n° 10. DOI: 10.4000/communicationorganisation.1867.

Supiot, Alain (2015) La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France, 2012-2014. Nantes, Paris : Institut d'Études Avancées de Nantes; Fayard (Poids et mesures du monde).

Tabuteau, Didier (2010) Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! In : Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France), vol. 22, n° 1, p. 78. DOI: 10.3917/spub.101.0078.

Tabuteau, Didier (2016) Une politique d'assurance maladie ambivalente. In : Les Tribunes de la santé, n° 53, n° 4, p. 95. DOI: 10.3917/seve.053.0095.

Vedel, I. (2010) "Un modèle français d'intégration des services pour les personnes âgées fragiles : de l'innovation de sa conception à son implantation". Reproduction de : Thèse de doctorat : médecine. Santé publique : Reims : 2008. Avec la collaboration de François Blanchard. S.l. : [S. n.]. En ligne : <http://ebureau.univ-reims.fr/slide/files/quotas/SCD/theses/sante/2008REIMM209.pdf>.

Vedel, I.; Stampa, de M.; Ankri, J.; Henrard, J.-C. (2005) Le changement à l'œuvre dans un dispositif local de soins et d'aide à partir d'un projet de réseau gérontologique ville-hôpital (Commentaire). *Persée - Portail des revues scientifiques en SHS*; Editions John Libbey Eurotext. En ligne : [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_2005\\_num\\_23\\_2\\_1653](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2005_num_23_2_1653), consulté le 27 juin 2019.

Vedel, Isabelle; Stampa, Matthieu de; Ankri, Joël; Henrard, Jean-Claude (2005) Le changement à l'œuvre dans un dispositif local de soins et d'aide à partir d'un projet de réseau gérontologique ville-hôpital (Commentaire). In : *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 2, p. 103–114. DOI: 10.3406/sosan.2005.1653.

Vincent, Beatrice; Montalan, Marie-Annick (2016) L'auto-évaluation des réseaux de santé territoriaux : la quête de légitimité auprès de multiples parties prenantes. In : *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 34, n° 4, p. 239. DOI: 10.3917/jgem.164.0239.

Wahl, Elodie (2010) John Dewey, La formation des valeurs. In : *Lectures*. DOI: 10.4000/lectures.5848.

Zacklad, Manuel (2003) Transactions communicationnelles symboliques et communauté d'action : réflexions préliminaires. En ligne : [https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic\\_00001122](https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00001122), consulté le 15 septembre 2019.

Zacklad, Manuel (2010) Sémiotique de la création de valeur dans l'économie des transactions coopératives. In : Armand Hatchuel, Olivier Favereau et Franck Aggeri, coord.: *L'activité marchande sans le marché ?*: Presses des Mines, p. 265–283.

Zacklad, Manuel (2012) Communication et travail : sortir de l'ambiguïté.: Communiquer dans un monde de normes. L'information et la communication dans les enjeux contemporains de la "mondialisation", p.194. En ligne : <https://hal.univ-lille.fr/hal-00825957v3/document>.

Zacklad, Manuel (2016) Diversité des ontologies de la communication et de l'action collective. In : *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 9. DOI: 10.4000/rfsic.2419.



## TABLE DES MATIERES

---

<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
RESUME .....	5
SOMMAIRE .....	6
LISTE DES TABLEAUX .....	8
LISTE DES FIGURES .....	9
INTRODUCTION GENERALE .....	11
<b>Parcours et Cheminement vers les sciences de l'information et de la communication</b> .....	<b>11</b>
Parcours initial et trajectoire académique .....	11
Une posture à l'intersection entre la pratique et la théorie .....	12
<b>Cadre théorique à l'interface de deux disciplines interdisciplinaires</b> .....	<b>12</b>
Contexte .....	12
Interdiscipline .....	12
Approche conceptuelle .....	13
Problématique .....	14
<b>Méthodologie d'analyse : observation participante et raisonnement qualitatif</b> .....	<b>14</b>
Terrains de recherche .....	14
Méthodologie .....	15
Partenariat avec une organisation de professionnels .....	15
<b>PREMIÈRE PARTIE : ÉVALUATIONS ET ORGANISATIONS D'INTERFACE DANS LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS : LES ENJEUX D'UN PROBLEME INFORMATIONNEL</b> .....	<b>17</b>
<b>CHAPITRE 1 : L'ENJEU DE L'ÉVALUATION POUR DES APPROCHES TERRITORIALES DE LA SANTE</b> .....	<b>18</b>
<b>1.1 L'approche territoriale de santé : un enjeu des politiques publiques de santé</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2 Les inégalités de santé : Un enjeu pluridisciplinaire d'élaboration de jugement</b> .....	<b>19</b>
<b>1.3 L'importance des réponses résilientes et innovantes à un niveau géographique fin</b> .....	<b>20</b>
<b>1.4 Les parcours de santé : un processus d'amélioration des services aux personnes</b> .....	<b>21</b>
1.4.1 Les parcours de santé : un résultat de la protection sociale .....	21
1.4.2 Mise en œuvre des parcours de santé : des difficultés persistantes .....	25

CHAPITRE 2 : ÉTAT DES CONNAISSANCES DES ORGANISATIONS D’INTERFACE .....	28
<b>2.1 État des lieux des connaissances concernant les coopérations entre les services en santé .....</b>	<b>28</b>
<b>2.2 Une réduction partielle de l’asymétrie informationnelle .....</b>	<b>29</b>
2.2.1 Au sein de relations négociées intégrant la personne aidée et sa famille.....	29
2.2.2 Des différences en fonction des modèles de coordination de parcours .....	29
2.2.3 Une étape vers l’apprentissage collectif .....	30
<b>2.3 Un processus de changement des organisations locales en santé .....</b>	<b>31</b>
2.3.1 Une évolution des dimensions relationnelles et informelles des organisations locales.....	31
2.3.2 Une pluralité des figures de médiation et d’intermédiation .....	31
2.3.3 Une dynamique collective dépassant les logiques normatives de chaque structure .....	32
<b>2.4 Les freins au développement des parcours de santé au niveau local.....</b>	<b>33</b>
2.4.1 Le mode de médiation social français.....	33
2.4.2 L’institutionnalisation de la coordination des parcours de santé.....	33
2.4.3 Les tensions, conflits et résistances à l’innovation .....	33
<b>2.5 Les leviers pour le développement des innovations organisationnelles .....</b>	<b>33</b>
2.5.1 Envisager les changements de représentation au sein des parcours de santé.....	33
2.5.2 Privilégier une approche à deux niveaux d’action (méso et micro).....	34
2.5.3 Les nouvelles méthodes d’évaluation pour le développement des services de santé : .....	35
CHAPITRE 3 : UN POSITIONNEMENT D’INTERMEDIATION ENTRE COMMUNICATION ET TERRITOIRE. ....	38
<b>3.1 Description d’une posture réflexive en contexte professionnel .....</b>	<b>38</b>
3.1.1 Émergence d’un questionnement de recherche .....	38
3.1.2 Une approche constructiviste des phénomènes sociaux.....	39
3.1.3 Le changement social au prisme de la normativité .....	40
3.1.4 Mobilisation du cadre théorique de « l’action intelligente ».....	41
<b>3.2 Une approche communicationnelle des organisations sociales.....</b>	<b>43</b>
3.2.1 Le champ de la communication organisationnelle .....	43
3.2.2 L’approche communicationnelle des organisations .....	45
3.2.3 Un cadre intégrateur pour l’analyse communicationnelle des organisations (Bouillon 2003b).....	48

<b>3.3 Interdiscipline avec la géographie : Une « épistémologie plurielle » à l’interface de deux héritages pragmatiques.....</b>	<b>50</b>
3.3.1 Interdiscipline des sciences de l’information et de la communication.....	50
3.3.2 Apports des migrations conceptuelles.....	51
3.3.3 Une posture d’intermédiation avec le raisonnement géographique.....	51
3.3.4 Enjeux épistémologiques de la modélisation systémique qualitative .....	52
<b>3.4 Perspectives et cadre pour de nouvelles méthodes d’évaluation contributive.....</b>	<b>52</b>
3.4.1 Le cadre des plateformes issues du tiers secteur .....	52
3.4.2 La transformation sociotechnique des parcours de santé : les termes d’une contradiction.....	56
3.4.3 Vers d’autres interprétations possibles de l’évaluation .....	60
3.4.4 Questionnement de la recherche et hypothèses.....	65
<b>DEUXIÈME PARTIE : METHODE ET TERRAIN D’INVESTIGATION .....</b>	<b>68</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>69</b>
<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>70</b>
<b>4.1 Positionnement de la théorie de référence.....</b>	<b>70</b>
4.1.1 La sémiotique situationnelle et interactionniste .....	70
4.1.2 Une conception systémique des communications .....	71
4.1.3 L’étude des problématiques pour les acteurs en situation.....	71
4.1.4 Interdiscipline et sémiotique situationnelle et interactionniste.....	72
<b>4.2 Les principes de la théorie de référence.....</b>	<b>72</b>
4.2.1 Principe de totalité relationnelle .....	72
4.2.2 Principe de rétroaction .....	72
4.2.3 Modélisation des formes d’échanges .....	73
4.2.4 Principe des niveaux de modélisation .....	73
4.2.5 Dynamiques autorégulatrices du système.....	74
<b>CHAPITRE 5 : METHODES D’INVESTIGATION PRATIQUE : UNE ELABORATION ITERATIVE .....</b>	<b>75</b>
<b>5.1 Proposition d’un cadrage systémique .....</b>	<b>75</b>
5.1.1 Description du « cadre intégrateur » ACO .....	75
5.1.2 Primauté du contexte spatial des communications organisationnelles .....	77

5.1.3	Le rôle de l'espace dans les dynamiques d'émergence des organisations .....	78
<b>5.2</b>	<b>Modélisation du cadrage systémique de la recherche.....</b>	<b>79</b>
5.2.1	Schéma de la modélisation .....	79
5.2.2	Les champs propices aux communications.....	81
5.2.3	Un cadrage systémique par niveaux d'analyse.....	81
5.2.4	Trois espaces informationnels en interaction.....	82
<b>5.3</b>	<b>Premier cadrage du terrain : étude de faisabilité d'une monographie .....</b>	<b>85</b>
5.3.1	Confrontation de la méthode au terrain (premières itérations) .....	85
5.3.2	Analyse des difficultés rencontrées .....	86
5.3.3	Prise de conscience du principe d'« homogénéité réflexive ».....	87
5.3.4	Approfondissement des approches inductives.....	87
<b>5.4</b>	<b>Méthodes d'investigation pratique : niveaux d'analyse .....</b>	<b>88</b>
5.4.1	Premier niveau d'analyse : espace régional (intermédiaire) .....	89
5.4.2	Deuxième niveau d'analyse : espace national (espace englobant) .....	91
5.4.3	Troisième niveau d'analyse : espace local (sous-systèmes d'acteurs).....	92
<b>CHAPITRE 6 : RESULTATS.....</b>		<b>95</b>
<b>6.1</b>	<b>Le rôle de l'espace dans l'émergence et la pérennisation des plateformes de santé : étude des contextes spatiaux des communications. ....</b>	<b>95</b>
6.1.1	Contextes historiques et dynamiques spatiales des organisations d'interface .....	95
6.1.2	Évolutions récentes : vers de nouveaux espaces info communicationnels localisés.....	107
6.1.3	Vers de nouveaux questionnements et positionnement pour les réseaux de santé.....	119
<b>6.2</b>	<b>Le rôle des rationalisations cognitives au sein des dynamiques locales.....</b>	<b>126</b>
6.2.1	Rationalisation des processus : étude de cas d'un regroupement régional de dispositifs de coordination (2012-2017) .....	126
6.2.2	Rationalisation économique : la perspective instrumentale des plateformes de coordination .....	132
6.3	Rationalisation instrumentale : extension du domaine de l'évaluation par la quantification.....	135
6.4	Rationalisation de la circulation des informations : logique programmatic.....	138
6.5	La recherche pratique d'une meilleure articulation évaluation/contribution .....	141
6.6	Des espaces d'interaction de l'expérience, des besoins et des attentes des patients .....	152
<b>CHAPITRE 7 : DISCUSSION DES FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE .....</b>		<b>162</b>

<b>7.1</b>	<b>Le choix de l'interdiscipline avec la géographie .....</b>	<b>162</b>
<b>7.2</b>	<b>Le choix d'une méthode mixte .....</b>	<b>162</b>
<b>7.3</b>	<b>Le principe d'effet de loupe .....</b>	<b>162</b>
<b>7.4</b>	<b>Taille de l'échantillon étudié et étude des « non-communications ».....</b>	<b>162</b>
<b>7.5</b>	<b>Estompement des liens avec les partenaires de la recherche.....</b>	<b>163</b>
	<b>TROISIEME PARTIE : ENSEIGNEMENTS DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>165</b>
	<b>CHAPITRE 8 : PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE LA RECHERCHE.....</b>	<b>166</b>
<b>8.1</b>	<b>Émergence systémique de nouvelles formes de jugement pratique.....</b>	<b>166</b>
8.1.1	L'évaluation contributive : une approche minoritaire en cours de reconnaissance.....	166
8.1.2	L'évaluation contributive : une approche peu favorisée par la logique du système englobant.....	167
8.1.3	Le rôle central des sous-systèmes d'acteurs locaux dans l'évaluation contributive .....	168
<b>8.2</b>	<b>Une évaluation axée sur la médiation entre les logiques normatives et de projet .....</b>	<b>170</b>
8.2.1	Une évaluation axée sur l'écoute et l'intermédiation de l'expérience des usagers .....	170
8.2.2	Un processus territorialisé d'hybridation des logiques normatives du contexte englobant .....	171
8.2.3	Le rôle des acteurs « hyper-communicants » entre l'organisation prescrite et réelle .....	172
<b>8.3</b>	<b>L'espace comme dimension de l'appropriation des dispositifs sociocognitifs englobants .....</b>	<b>173</b>
8.3.1	Une créativité sociotechnique facilitant la circulation locale des données .....	173
8.3.2	Une dynamique spatiale de transformation des organisations locales de santé de type centre-périphérie.....	174
8.3.3	Une dynamique culturelle de l'évaluation contributive (résilience).....	175
	<b>CHAPITRE 9 : PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>178</b>
<b>9.1</b>	<b>Élargir le champ de l'évaluation rationalisante classique des parcours de santé.....</b>	<b>178</b>
9.1.1	Modélisation des espaces d'évaluation .....	178
9.1.2	Élargir l'évaluation des parcours de santé aux dimensions immatérielles des organisations .....	178
9.1.3	Hybrider les méthodes d'évaluation des parcours de santé au niveau local et infralocal.....	179
<b>9.2</b>	<b>Renouveler les imaginaires de l'évaluation des parcours de santé à un niveau local.....</b>	<b>179</b>
9.2.1	Développer les capacités collectives de juger ce qui est porteur d'innovation.....	179
9.2.2	Articuler évaluation et visualisation des données pour rendre visible et lisible ce qui est porteurs d'innovation .....	181

<b>9.3 Réinterroger les modes de partenariat avec les partenaires de la recherche .....</b>	<b>182</b>
9.3.1 Interroger le statut de la recherche dans les représentations des acteurs sociaux .....	182
9.3.2 Interroger la divergence des cadres sociocognitifs implicites et les limites des approches non déterministes de la recherche.....	182
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>183</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>184</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>192</b>