



HAL
open science

Les infirmiers de coordination font-ils vraiment de la coordination ? : une analyse de l'activité des infirmiers dédiés à la coordination des parcours des patients en oncologie

Maria-Ximena Acero

► To cite this version:

Maria-Ximena Acero. Les infirmiers de coordination font-ils vraiment de la coordination ? : une analyse de l'activité des infirmiers dédiés à la coordination des parcours des patients en oncologie. Gestion et management. École des Hautes Études en Santé Publique [EHESP], 2023. Français. NNT : 2023HESP0003 . tel-04379364

HAL Id: tel-04379364

<https://theses.hal.science/tel-04379364v1>

Submitted on 8 Jan 2024

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.

THESE DE DOCTORAT DE

L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

DELIVREE CONJOINTEMENT AVEC L'UNIVERSITE DE RENNES

ÉCOLE DOCTORALE N° 597

Sciences économiques et sciences de gestion - Bretagne

Spécialité : sciences de gestion

Par

Maria-Ximena ACERO

**« Les infirmiers de coordination font-ils vraiment de la
coordination ?**

Une analyse de l'activité des infirmiers dédiés à la coordination des parcours des
patients en oncologie »

Thèse présentée et soutenue à Genève le 15 septembre 2023

Unité de recherche : ARENES - (UMR CNRS 6051), EHESP, Univ Rennes

Thèse N° : 2023HESP0003

Rapporteurs avant soutenance :

Dr. Séverine SCHUSSELE *Maître d'enseignement A, Institut et Haute École de la Santé La Source, Suisse*
FILLIETTAZ

PKarl BLANCHET *Directeur du Centre d'Etudes Humanitaires à Genève, Professeur à la faculté de médecine,
Université de Genève, Suisse*

Composition du Jury :

Présidente :
Pr. Irene GEORGESCU *Responsable de la chaire Innov'EreS, Institut Montpellier Management, France*

Examineurs :
Dr. Fatima Yatim *Maître de conférences en sciences de gestion, Conservatoire national des arts et métiers
(CNAM) Paris, France*

Pr. Dominique SOMME *Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU-PH),
Université de Rennes Centre Hospitalier Universitaire (CHU – Rennes), France*

Dir. de thèse :
Dr. Mathias WAELLI *Maître de conférences, EHESP, France
Privat-Docent, Institut de Santé Globale, Université de Genève, Suisse*

Co-dir. de thèse :
Pr. Etienne MINVIELLE *MD, PhD. Directeur du Centre de Recherche en Gestion (I3-CRG, UMR CNRS 9217),
Institut polytechnique de Paris, Palaiseau, France*

Invité

Nasser IHAMOUCHE *Directeur Adjoint en charge du développement des services, ANFH, France*

Cette thèse a été financée dans le cadre d'un accompagnement CIFRE par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH). Le dispositif CIFRE est porté par le ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) dont la gestion est confiée à l'ANRT.



Cette thèse a été également préparée dans le cadre du Réseau doctoral en santé publique animé par l'EHESP.



- Tout au long de ce manuscrit, nous avons utilisé des termes génériques pour désigner à la fois la valeur d'un masculin et d'un féminin -

Titre : Les infirmiers de coordination font-ils vraiment de la coordination ?

Une analyse de l'activité des infirmiers dédiés à la coordination des parcours des patients en oncologie

Mots clés : Coordination des parcours – Infirmiers de coordination – Organisation du travail – Approche abductive – Oncologie

Résumé

Contexte

La coordination des parcours des patients (*Patient Pathway Coordination*, PPC) atteints de maladies chroniques représente un enjeu majeur pour les systèmes de santé. En oncologie, les défauts de coordination peuvent entraîner des conséquences néfastes sur la qualité des soins (erreurs médicales, contrôle insuffisant des effets secondaires de la chimiothérapie), sur l'expérience des patients (mauvaise observance) et des surcoûts de dépenses de santé.

En réponse à ces lacunes, depuis une vingtaine d'années de nombreux métiers dédiés à la PPC ont émergé dans les Organisations de santé (*HealthCare Organizations*, HCOs). Leurs appellations sont nombreuses : infirmiers pivot, infirmiers de liaison, infirmiers de coordination, toutes rassemblées ici sous le terme de *nurse coordinators* (NCs). Le contenu du travail de ces NCs est également hétérogène et leurs compétences insuffisamment définies.

Ce travail de doctorat vise à saisir le contenu des métiers dédiés à la PPC, plus précisément ceux incarnés par les NCs dans un contexte organisationnel hospitalier en oncologie.

Méthodes

Pour ce faire, nous avons mobilisé une méthode en deux étapes. La première étape a consisté à construire un cadre d'analyse de l'activité réelle des NCs à travers une démarche abductive.

La seconde étape a reposé sur une analyse comparative des contenus et des volumes d'activité des NCs. Le recueil de données a été réalisé principalement par des observations de type *shadowing* et des *time and motion studies* auprès des NCs dans 4 HCOs français dans le domaine de l'oncologie.

Résultats

La première étape de ce travail a permis de construire le cadre d'analyse APANCO. APANCO apporte un regard organisationnel à l'analyse du contenu du travail des NCs. Ce cadre est composé de 3 catégories au niveau micro : 1. *Activité de PPC*, 2. *Appui à la PPC*, 3. *Non-coordination*, et de 3 autres catégories au niveau méso : 4. *Analyse des relations*, 5. *Analyse des mécanismes d'organisation du travail*, 6. *Analyse des flux d'information*.

Pour la deuxième étape, nous avons réalisé 325h d'observation auprès de 14 NCs, recueilli des documents secondaires et mené 13 entretiens auprès de différents professionnels en contact avec les NCs dans 4 HCOs en oncologie.

Nos analyses montrent que :

1. Les NCs ne réalisent pas seulement des activités de PPC.
2. Le positionnement du NC dans l'organisation de l'HCO, dans une structure qui centralise les efforts de coordination ou dans un service d'hospitalisation, impacte l'ensemble du contenu de son activité :
 - Les NCs dans les services d'hospitalisation réalisent plus d'activités non liées à la coordination en comparaison des NCs dans les structures centralisées.
3. Certains NCs supportent l'activité de PPC d'autres professionnels, tels que les médecins, ou l'activité administrative des services où ils travaillent.

Discussion – conclusion

Les structures centralisées permettent aux NCs de se dédier plus particulièrement aux activités de PPC de conception, soit celles qui concernent l'adaptation du parcours aux besoins du patient. Au-delà de la coordination, ces activités pourraient contribuer aux efforts de personnalisation du parcours des patients atteints de cancer.

De plus, les structures centralisées favorisent également l'activité de coordination externe. Les NCs dans ces structures répondraient ainsi aux besoins des politiques d'améliorer et d'assurer les transitions ville-hôpital, ainsi que le maintien à domicile des patients atteints de cancer. Néanmoins, ces structures soulèvent de nouvelles problématiques liées à la qualité de relations entre les NCs et les professionnels des HCOs.

Title Are nurse coordinators really coordinating?

Analyzing the activities of nurses involved in coordinating patient pathways in oncology.

Keywords: Pathway coordination – Nurse coordinators – Work design – Abductive approach - Oncology

Abstract:

Context

Patient Pathway Coordination (PPC) for chronically ill patients represents a major challenge for healthcare systems. In oncology, coordination failures can have a negative impact on the quality of care (medical errors, inadequate control of chemotherapy side effects), patient experience (poor compliance), and healthcare expenditure.

In response to these shortcomings, several jobs dedicated to PPC have emerged in HealthCare Organizations (HCOs) over the past twenty years. They are known by many names: pivot nurses, liaison nurses, nurse coordinators, all grouped here under the term nurse coordinator (NC). The work of these NCs is also heterogeneous and their competencies insufficiently defined.

The aim of this doctoral thesis is to analyze the work content of NCs in oncology from a management perspective.

Methodology

For this purpose, we mobilized a two-phase method. The first phase consisted of building a framework for analyzing the actual activity of NCs, using an abductive approach.

The second phase was based on a comparative analysis of the content and volume of NC activity. Data were collected mainly through shadowing observations and time and motion studies of NCs in 4 French HCOs in the field of oncology.

Results

The first phase of this work involved the construction of the APANCO analysis framework. APANCO brings an organizational perspective to the analysis of NC work content. This framework consists of three categories at the micro level: 1. PPC activity, 2. PPC support, 3. non-coordination, and three further categories at the meso level: 4. analysis of relationships, 5. analysis of work organization mechanisms, 6. analysis of information flows.

In the second phase, we conducted 325 hours of observation with 14 NCs, collected secondary documents, and conducted 13 interviews with various professionals in contact with NCs in 4 oncology HCOs.

Our analysis shows that:

1. NCs do not only perform PPC activities.
2. The NC's position in the HCO organization, whether in a structure that centralizes coordination efforts or in an inpatient ward, has an impact on the overall content of his or her activity:
 - NCs in inpatient wards perform more activities other than coordination than NCs in centralized structures.
3. Some NCs support the PPC activities of other professionals, such as medical doctors, or the administrative activities of the wards in which they work.

Discussion – conclusion

Centralized structures allow NCs to focus more specifically on PPC design activities, i.e., those related to adapting the care pathway to the patient's needs. Beyond coordination, these activities could contribute to efforts to personalize the cancer patient's care pathway.

Similarly, centralized structures also promote external coordination activities. NCs in these structures would thus respond to policy needs to improve and ensure transitions from hospital to primary care and home care for cancer patients.

However, these structures raise new challenges regarding the quality of relationships between NCs and HCO professionals.

REMERCIEMENTS

J'ai quitté la Colombie un mois après ma remise de diplôme en sciences infirmières avec pour objectif de réaliser une thèse de doctorat. Je suis arrivée en France à la fin de l'été 2015 chargée de trois valises qui, réunies, pesaient largement mon poids. Il ne faut pas oublier la plus grande qui, au lieu d'être une charge, m'a plutôt aidée à porter les autres et où je trouve encore aujourd'hui des ressources pour continuer mon parcours. Merci maman de l'avoir si bien rangée...

Au cours de ce chemin qui m'a finalement conduit à la fin de mon doctorat, j'ai fait face à de nombreux défis tant personnels que professionnels, certains plus difficiles que d'autres. Cependant, j'ai en général eu la chance de croiser sur ma route des personnes bienveillantes qui m'ont apporté leur soutien, et sur qui j'ai pu compter.

Je tiens tout d'abord à remercier mes directeurs de thèse, le Docteur Mathias Waelli et le Professeur Etienne Minvielle car, sans leur précieux soutien, cette thèse n'aurait pas abouti. Je vous remercie pour toutes ces années d'apprentissage. Le chemin parcouru a été long depuis mes débuts en tant que stagiaire de master 1 au sein de l'EA MOS. Mes plus sincères remerciements à Mathias Waelli : ton regard sociologique et ta passion pour le travail ethnographique m'ont largement inspirée. Je te remercie également de m'avoir toujours soutenue et fait confiance durant toutes ces années. Je te suis très reconnaissante. Je veux aussi exprimer ma grande gratitude à Etienne. Ta capacité à mettre en perspective mes travaux et ton regard médical et gestionnaire ont apporté un cadre et une inspiration à mes travaux de doctorat.

Je tiens également à remercier mes rapporteurs, la Docteure Séverine Schusselé Filliettaz et le Professeur Karl Blanchet, d'avoir accepté d'endosser cette responsabilité. Professeure Irene Georgescu, Docteure Fatima Yatim, Professeur Dominique Somme, c'est un grand honneur de pouvoir compter sur votre présence et je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse. Je souhaite également remercier très sincèrement Fatima Yatim et Christophe Baret, qui ont également été membres de mon CSI.

Je souhaite également exprimer ma profonde gratitude envers les différentes institutions qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours. Je remercie l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de m'avoir accueillie depuis mon master jusqu'à mon doctorat.

Je suis profondément reconnaissante envers l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) qui a financé mes travaux de doctorat à travers un contrat CIFRE. Je remercie également l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie (ANRT) et leur dispositif CIFRE pour m'avoir permis de réaliser mes travaux dans de bonnes conditions.

J'adresse également mes remerciements aux différents établissements de santé qui m'ont ouvert leurs portes pour la réalisation de mes travaux. Je suis très reconnaissante de la disponibilité des acteurs de santé dans ces établissements. Sans leur coopération, ce travail n'aurait pu aboutir.

A tous les professeurs et enseignants des différentes institutions dans lesquelles j'ai étudié, *l'Universidad del Quindío, l'Universidad Tecnológica de Pereira*, l'Université de Nantes et l'EHESP, je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance et admiration.

Tout comme le travail de coordination des infirmiers que j'ai pu observer, il existe dans une thèse un certain nombre de tâches annexes à l'activité principale. Sans le soutien ou la collaboration des autres, notre activité de recherche peut s'avérer bien difficile. Ainsi je tiens à exprimer mes sincères remerciements aux différents départements et collaborateurs qui m'ont apporté leur soutien, leurs ressources et qui ont également facilité les démarches administratives et logistiques. Je remercie spécialement l'Institut de Management de l'EHESP (IdM), son ancien directeur Michel Louazel et sa directrice actuelle Catherine Keller ; le département de la recherche de l'EHESP ; le laboratoire Arènes et sa directrice Emmanuelle Leray ; le service des ressources humaines de l'ANFH et sa responsable Alexia Ancelin ; le département DFC de l'ANFH et ses différents directeurs. Merci également à Jacqueline Thomas-Heude, Josiane Fouquet (IdM, EHESP), Karine Laboux (Réseau doctoral, EHESP), Claudine Valtat (Arènes) et Adeline Chouette (Service RH, ANFH). Votre soutien tout au long de mes différentes démarches administratives m'a beaucoup aidé.

Je tiens aussi à remercier l'institution qui m'a accueillie cette dernière année. Je remercie l'Université de Genève, et plus particulièrement le directeur et les coordinatrices des programmes de formation continue en Management des Organisations de Santé.

Pour les moments de convivialité, les petites conversations autour d'un café, je souhaite exprimer ma profonde gratitude à tous ceux avec lesquels j'ai pu tisser des liens d'amitié ces dernières années. Merci à ceux qui sont toujours là et à ceux dont nos chemins se sont croisés à un moment donné. Chère Fatima, tes mots toujours rassurants ont su m'encourager et me redonner confiance en moi lors des moments de doute. Merci aussi aux filles du département de mobilité de l'EHESP, votre bienveillance m'a toujours beaucoup touchée. Merci à mes ami(e)s doctorant(e)s, à ceux qui ont déjà terminé, à ceux qui sont encore en cours de route et à ceux que la vie a déjà fait emprunter d'autres chemins.

Enfin, j'adresse ma profonde reconnaissance et ma gratitude à mon père et à ma famille colombienne Buitrago et Acero. Leur amour et leur soutien m'ont toujours accompagnée malgré les exacts 8887,73 km qui nous séparent. Merci aussi à ma famille d'accueil en France, la famille Gatinet, qui m'a toujours fait sentir comme l'une des leurs. Merci à mes chères et chers ami(e)s colombien(ne)s, pour lesquels notre amitié est toujours intacte malgré la distance. Plus particulièrement, je souhaite remercier mon frère de vie, Luis Francisco Henao Diaz et sa magnifique mère.

Mes derniers mots s'adressent à la personne spéciale qui m'a accompagnée tout au long de ce parcours doctoral et qui a également relu ce manuscrit. Merci pour ces années partagées ensemble. Je suis heureuse de pouvoir compter sur quelqu'un qui comprend de près la vie d'un(e) doctorant(e).

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.

ANRT : Association Nationale de la Recherche et de la Technologie

APANCO : Activity of PATient PATHway Nurse Coordinators in Oncology

CIFRE : Conventions Industrielles de Formation par la Recherche

DAF : Dotation Annuelle de Financement

EHESP : École des Hautes Etudes en Santé Publique,

HCO : HealthCare Organizations

INCa : Institut National du Cancer

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MSHB : Maison des Sciences de l'Homme en Bretagne

NC : Nurse Coordinator (infirmiers de coordination du parcours des patients)

NOMECO : NOUveau MEtiers de Coordination en Oncologie

PPC : Patient Pathway Coordination

QUARTS : QQualité Activité de Reporting et Travail de Soins

T2A : Tarification à l'Activité

Sommaire

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION GENERALE	5
SECTION 1. CONTEXTE DE LA THESE	6
La coordination des parcours : un enjeu majeur pour le système de santé et l'hôpital	6
<i>Au niveau du système de santé.....</i>	<i>6</i>
<i>Au niveau de l'hôpital.....</i>	<i>8</i>
La coordination des parcours : un enjeu majeur dans l'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer	10
<i>Des changements dans les types de prises en charge</i>	<i>10</i>
Coordination des parcours des patients atteints de cancer : un enjeu organisationnel	14
<i>Quel est l'impact sur les patients ?.....</i>	<i>15</i>
SECTION 2. COORDINATION ET METIERS DEDIES	17
Les métiers de la coordination à l'international.....	17
Les métiers de la coordination en France	20
SECTION 3. LA COORDINATION, CONCEPT CENTRAL DE LA THESE... 22	
Concevoir et implémenter le travail : la place des mécanismes formels de coordination dans la synchronisation des tâches.....	23
Vers une intégration de la conception et de l'implémentation du travail.....	25
De la coordination stratégique à l'activité de coordination	29
SECTION 4. FORMULATION DE LA PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE 32	
Questions et problématique de recherche	32
<i>Les NCs et le besoin de construire un cadre d'analyse de leur activité.....</i>	<i>32</i>
<i>Contenu de l'activité réelle des NCs : analyse du rôle et de la place des NCs dans les HCOs</i>	<i>34</i>
Annonce du plan.....	36

DESIGN DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE	37
Cheminement méthodologique	38
<i>Raisonnement abductif.....</i>	<i>41</i>
<i>Définition de l'abduction</i>	<i>41</i>
Méthodes utilisées pour le recueil de données	42
Observations.....	43
Entretiens.....	43
Collecte de documents secondaires.....	44
Revue de la littérature	44
CONTRIBUTIONS ATTENDUES DE LA THESE.....	46
<i>Contributions théoriques : pour les sciences de gestion et la santé publique</i>	<i>46</i>
<i>Contributions pratiques : pour les managers, décideurs publics et acteurs</i> <i>de terrain.....</i>	<i>46</i>
PREMIER CHAPITRE	48
Contexte	49
Contributions	50
Communication et processus de publication.....	51
ABSTRACT	54
1. INTRODUCTION.....	55
2. METHODOLOGY.....	57
2.1 First study phase	57
<i>a. Development of a preliminary conceptual framework</i>	<i>57</i>
<i>b. Empirical fieldwork in two HealthCare Organizations (HCOs)</i>	<i>58</i>
2.2 Second study phase.....	60
3. RESULTS.....	62
3.1 First phase	62
<i>a. From a preliminary conceptual framework to fieldwork analysis</i>	<i>62</i>

<i>b. Enriching preliminary concepts and developing the first analysis category</i>	62
<i>c. New categories from empirical fieldwork</i>	63
Second phase: from empirical fieldwork analysis to theoretical knowledge	64
<i>a. Enriching existing categories</i>	65
<i>b. A new sub-category completes the micro-level, and three new categories illustrate organiza-tional strategies (meso-level).</i>	66
4. DISCUSSION	67
Implications	68
Study limitations	69
CONCLUSION	69
LES INFIRMIERS DE COORDINATION FONT-ILS VRAIMENT DE LA COORDINATION DU PARCOURS DES PATIENTS ? UNE COMPARAISON D'ETUDES DE CAS EN ONCOLOGIE	71
DEUXIEME CHAPITRE	71
PRESENTATION DU DEUXIEME CHAPITRE	72
Contexte	72
Méthodologie	73
Contributions	74
Recommandations	75
Communication et processus de publication	75
1. INTRODUCTION	78
2. METHODS	80
2.1. Field Selection.....	80
2.2. Data Collection.....	80
2.3. Data Analysis.....	83
Coding observations for NC: Activity Unit (AU) definition.....	84
Individual analysis.....	84

Comparing data between NCs	84
2.4. Research Ethics	85
3. RESULTS	85
3.1. Role and Job Title Heterogeneity	85
3.2. NC Non-Coordination Activities.....	86
3.3. Supporting Coordination Activities	87
3.3.1. Supporting NC Coordination Work	87
3.3.2. Supporting Physicians' Coordination Work	88
3.4. PPC Activities: NCs in Inpatient and Outpatient Wards versus NCs in Centralized Structures	88
3.4.2. Centralized Structures Facilitate External Coordination Activity	89
4. DISCUSSION.....	91
4.1. NC Work Content: Time Dedicated to Coordination	91
4.2. Activity Differences according to NC Location	92
Study Limitations.....	93
5. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS.....	93
TROISIEME CHAPITRE.....	95
Analyse organisationnelle des structures centralisées à travers les trois dernières catégories du cadre APANCO :	95
Quels enjeux pour leur implémentation ?.....	95
CONTEXTE	96
METHODOLOGIE	96
RESULTATS.....	97
<i>L'influence de la clarté des rôles sur les relations entre les acteurs du parcours patient</i>	<i>98</i>
<i>La place de la définition et de la standardisation des processus dans les relations et l'organisation du travail entre les NCs et les médecins.....</i>	<i>99</i>
<i>Les technologies de l'information : des outils d'organisation du travail qui demandent un effort de conception.....</i>	<i>102</i>

Le rôle support des secrétaires des structures centralisées dans l'activité de coordination du parcours du patient.....	103
<i>La standardisation des compétences et la définition du rôle de NC et de ses frontières : un élément central dans l'organisation du travail</i>	<i>104</i>
DISCUSSION	106
SYNTHESE DES RESULTATS	109
DISCUSSION GENERALE	115
Synthèse des discussions des chapitres	116
SECTION 1. ORGANISATION DU TRAVAIL, DEFINITION ET PERCEPTION DU ROLE ET DES FRONTIERES DES NCS : UNE PERSPECTIVE INTERACTIONNISTE ET SYSTEMIQUE	118
Division du travail entre médecins et infirmiers	119
<i>Une division verticale historiquement forte</i>	<i>119</i>
<i>Un changement de frontière influencé par l'avancée scientifique</i>	<i>120</i>
<i>Un changement de frontière influencé par le contexte financier et politique</i>	<i>121</i>
Spécialisation ou délégation ? Entre l'acquisition de nouvelles compétences cliniques et de nouvelles tâches administratives	122
L'influence de la perception du métier sur l'activité organisationnelle des infirmiers.....	123
SECTION 2. LES NCS ET LEUR ROLE CLE DANS LA COORDINATION ET LA PERSONNALISATION DU PARCOURS DES PATIENTS.....	124
La catégorisation des patients, une étape essentielle vers la personnalisation des parcours	125
<i>La prise en compte des demandes non-cliniques : un réel besoin des patients atteints de cancer</i>	<i>126</i>
<i>La prise en compte des demandes non-cliniques : une activité majeure dans le travail des NCS.....</i>	<i>127</i>
L'utilisation des technologies de l'information, un outil pour coordonner et personnaliser le parcours	128

L’empowerment des patients et le développement de compétences des NCs : des facteurs clés dans la prestation de services personnalisés et coordonnés	131
<i>La place du développement des compétences des NCs dans l’empowerment des patients.....</i>	<i>132</i>
<i>Le développement des compétences non-cliniques, un facteur clé pour parvenir à la coordination et à la personnalisation des parcours</i>	<i>133</i>
LIMITES ET PERSPECTIVES	134
CONCLUSION.....	136
Contributions et recommandations.....	137
Contributions théoriques pour les sciences de gestion et la santé publique.....	137
Contributions pratiques pour les managers, décideurs publics et acteurs de terrain	139
Recommandations pour les managers, décideurs publics et acteurs de terrain.....	139
BIBLIOGRAPHIE	142
SOMMAIRE : ENCADRES, FIGURES ET TABLEAUX.....	176
Encadrés	176
Figures	176
Tableaux.....	177

AVANT-PROPOS

Mon travail doctoral s'inscrit dans la continuité d'une démarche d'analyse de l'activité des infirmiers menée au sein de l'Equipe Accueil en Management des Organisations de Santé (EA-MOS) à l'EHESP. Sur l'impulsion d'Etienne Minvielle (directeur du laboratoire), une équipe de chercheurs coordonnée par Mathias Waelli s'est lancée dans la compréhension du travail de *back office* des infirmiers. Une activité mal connue de support aux activités cliniques qui peut être tantôt bien intégrée ou perçue uniquement comme « administrative »¹. Cette équipe de chercheurs a développé le programme QUARTS (QUalité Activité de Reporting et Travail de Soins), financé par la MSHB, puis par l'ANFH dans le cadre d'une thèse de doctorat. Le programme QUARTS souligne l'importance du contexte organisationnel dans l'intégration du travail administratif infirmier (Michel et al., 2017). Les auteurs nous expliquent également qu'en fonction d'où l'infirmier travaille, cette activité peut être perçue différemment : soit comme un fardeau (en soins gériatriques de longue durée), soit comme une activité essentielle qui accroît la sécurité et la qualité des soins du patient (en soins intensifs).

L'activité administrative (Michel et al., 2017), l'activité liée aux démarches qualité (Salma & Waelli, 2022), l'activité de recherche (Met et al., 2022; Met & Waelli, 2020) ou encore de coordination sont **toutes invisibles aux yeux du patient dans l'organisation du travail** (et, par extension, de la recherche en *nursing sciences*). Ces activités viennent non seulement questionner l'organisation du travail au sein des organisations de santé, mais également le mandat infirmier. Ces travaux s'inscrivent également dans la continuité et en complémentarité de ceux de Davina Allen (2014b) sur le mandat infirmier. Allen (2008, 2014b, 2014a) interroge le contenu de l'activité infirmière dans une perspective sociologique et soulève les tensions vécues par les infirmiers du fait du décalage entre leur pratique et leur mandat. Toutes ces questions sont non seulement liées à l'incursion des infirmiers dans de nouveaux rôles, mais également à la **difficulté de définir la nature de leur travail**.

En 2015, les travaux sur l'activité infirmière se sont poursuivis dans le cadre du projet NOMEKO (NOuveaux METiers de Coordination en Oncologie) financé par la Fondation de l'Avenir. Ces nouveaux métiers, dont le contenu est encore mal

¹ La traçabilité des échanges et des constantes du patient ou la coordination avec les équipes

connu, constituent alors un théâtre privilégié d'observation du travail invisible opéré par les infirmiers. C'est dans le cadre de ce projet que j'ai rejoint l'effort collectif de recherche sur l'activité invisible des infirmiers. Il s'agissait d'appliquer la même méthodologie (observation de type *shadowing* et *time and motion studies*) pour décrypter le contenu de l'activité réalisée par les coordinateurs en oncologie.

Dans mon cas, la définition de l'activité de coordination n'est pas évidente. La définition du contenu du travail s'avère épineuse lorsque ses objectifs ne sont pas clairs. Schultz and McDonald (2014) ont recensé dans leur revue de la littérature plus de 50 définitions différentes de la coordination des soins.

Actuellement, il n'existe pas de définition ni d'analyse du contenu réel du travail des métiers dédiés à la coordination du parcours patient. Cantril et al., (2019) et McMurray & Cooper (2017) ont proposé des définitions de tâches, mais se sont seulement intéressés à l'aspect clinique. Or, pour saisir l'activité de coordination, **il est non seulement nécessaire d'identifier les activités cliniques, mais également toutes les autres activités dites « invisibles »** qui composent le travail des infirmiers de coordination.

Dans cette recherche, je m'interroge plus précisément sur le contenu du travail des infirmiers qui jouent un rôle de coordination du parcours patient en oncologie (NC¹).

Afin d'apporter un éclairage, il me paraît à présent important de préciser le contexte dans lequel ces postes se sont développés. Ainsi, ce manuscrit est structuré de manière à fournir une introduction générale qui expose les différents enjeux de la coordination du parcours des patients.

Dans cette optique, le premier volet de cette introduction générale aborde en détail les différentes problématiques liées à la coordination des parcours des patients².

Ensuite, l'introduction générale se concentre sur le développement des NCs à l'international et en France. Enfin, nous nous sommes attachés à mettre

¹ Tout au long du manuscrit, nous allons utiliser l'acronyme NC (*Nurse Coordinator*) comme nom générique pour désigner les infirmiers qui jouent un rôle de coordination du parcours patient en oncologie : infirmier de coordination, infirmier pivot, ou encore infirmier de liaison.

²Le parcours du patient dans ce manuscrit est conçu comme un processus de production qui implique des étapes de conception et mise en œuvre des soins ou d'autres activités en relation avec la santé du patient. Les types de parcours seront définis dans la section 1 de l'introduction générale.

en perspective l'évolution de la coordination des parcours en tant que processus de production, en le comparant avec les processus de production dans le secteur des biens et des services. Cette introduction générale aboutit à la formulation de la problématique centrale de cette thèse et aux questions de recherche.

La partie suivante de ce manuscrit traitera des questions méthodologiques de la thèse, où nous détaillerons l'approche et les méthodes utilisées pour mener cette recherche. Trois chapitres et une discussion générale viendront ensuite approfondir et analyser les résultats obtenus.

INTRODUCTION GENERALE

SECTION 1. CONTEXTE DE LA THESE

La coordination du parcours patient constitue un enjeu majeur pour les organisations de santé (*HealthCare Organizations*, HCO) et les systèmes de santé (K. M. McDonald et al., 2014; Ministère des solidarités et de la santé, 2018). Les lacunes de coordination entre les HCOs, les professionnels et le patient (ou sa famille), entraînent diverses conséquences. Ces défauts peuvent résulter d'un manque de continuité de l'information du patient, d'une mauvaise communication entre les acteurs (professionnels, patient), de doublons sur la réalisation d'un même acte ou, au contraire, de l'absence de la réalisation de ce dernier (Bodenheimer, 2008; Gardner et al., 2014).

La coordination des parcours : un enjeu majeur pour le système de santé et l'hôpital

Les lacunes dans cette coordination entraînent des conséquences significatives à deux niveaux.

Au niveau du système de santé

Les défauts de coordination du parcours du patient ont des répercussions substantielles sur les systèmes de santé, comme l'ont démontré diverses études (Allred et al., 1995; Berwick & Hackbarth, 2012; Radwin et al., 2016; Shrank et al., 2019). Aux États-Unis, certaines études estiment le coût des dysfonctionnements de la coordination entre 27,2 et 78,2 milliards de dollars¹ (Shrank et al., 2019). Ces coûts sont liés à différents facteurs tels que la prolongations des séjours hospitaliers ou l'augmentation du nombre d'interventions. Lorsque le flux d'informations concernant le patient n'est pas assuré entre les différents intervenants, il arrive de réaliser à deux reprises le même examen ou d'attendre les résultats d'une intervention déjà effectuée. De plus, les coûts peuvent être aggravés par des ré-hospitalisations ou des retours aux urgences provoqués par une dégradation de l'état fonctionnel du patient qui résulte d'un défaut de coordination. Les problèmes de coordination peuvent également entraîner une perte d'autonomie chez le patient, ce qui alourdit davantage sa prise en charge (Berwick & Hackbarth, 2012).

Le système de santé français (Encadré 1) est vulnérable aux défauts de coordination en raison de la construction des parcours des patients dans un

¹ Les dépenses de santé aux Etats-Unis correspondent à 15% du PIB (22 996,10 milliards /an).

système cloisonné (Minvielle, 2018; Pierru & Rolland, 2016). Les surcoûts entraînés par la non-coordination des parcours des patients sont ainsi assumés par la sécurité sociale¹.

Comme dans d'autres pays européens, le système de santé en France se caractérise par la séparation des prises en charge sanitaires, sociales et médico-sociales, ainsi que par la segmentation des parcours entre les soins de ville et les soins hospitaliers (Sebai, 2016). Ces séparations bien distinctes se traduisent par des prises en charges fragmentées entre les HCOs de chaque secteur, chacun ayant sa propre culture organisationnelle.

L'architecture du système n'est pas seulement segmentée d'un point de vue organisationnel et géographique, mais l'est également sur le plan médical. L'augmentation du nombre de spécialisations des professionnels de santé a amené à une fragmentation supplémentaire, avec une prise en charge du patient découpée par organe. En France, il existe aujourd'hui plus de 50 spécialités en médecine et en chirurgie (Légifrance, 2017).

On constate également une division de la production des soins elle-même : les professionnels médicaux se positionnent davantage sur des activités de conception, tandis que les professionnels paramédicaux se concentrent sur la

Contexte du financement du système de santé français

Le système de santé français est régi par des principes universels et solidaires, fondés sur le concept de sécurité sociale. Il est Universel car il vise à offrir une couverture de santé à l'ensemble de la population (citoyens français et les résidents réguliers). Il est solidaire car les coûts de santé sont répartis entre l'ensemble de la population.

Le financement du système de santé repose principalement sur les cotisations sociales, prélevées sur les revenus des travailleurs, ainsi que sur les contributions fiscales. D'autres sources contribuent également au financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), telles que les participations forfaitaires et les franchises, les mutuelles et assurances complémentaires, ainsi que les taxes spécifiques (78,2% sécurité sociale, 13,4% mutuelles, 6,9% ménages et 1.5% Etat*)

Le financement et plus précisément les dépenses du système sont encadrés par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui est défini chaque année par la loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), votée par le Parlement.

*données 2020

Encadré 1. Synthèse du financement du système de santé français à partir des références de (Cash, 2018; DREES, 2020; Hassenteufel, 2014; Minvielle, 2018)

¹ Plus précisément, ces coûts sont couverts par l'assurance maladie une de 5 branches de la sécurité sociale.

mise en œuvre (Minvielle, 2018). Ainsi, ce sont en effet les médecins qui réalisent les étapes de conception du diagnostic et de la stratégie thérapeutique. Les professionnels paramédicaux, quant à eux, vont mettre en place les actions nécessaires à l'implémentation de ces stratégies. La superposition de l'ensemble des éléments précités accroît dès lors les besoins de coordination.

Cette organisation en silos est adaptée au traitement d'une seule maladie aiguë à la fois, mais pas aux besoins globaux des personnes vieillissantes qui sont souvent atteintes de plusieurs pathologies. Dans un contexte de vieillissement de la population (Marois et al., 2020) et de transformation des prises en charge (Kokorelias et al., 2019), l'augmentation des situations de chronicité met le système de santé, et notamment l'hôpital, sous tension.

Au niveau de l'hôpital

A l'hôpital, ces transformations ont engendré de nouveaux défis en termes de coordination entre les différentes étapes du parcours des patients. Les patients font face à des parcours de plus en plus complexes¹, avec des allers-retours entre différentes HCOs et la participation d'un grand nombre de professionnels de santé (Bodenheimer, 2008). Dans ce contexte, les enjeux liés à la coordination englobent non seulement le financement des actes, mais aussi l'organisation du travail et le maintien de la continuité d'informations entre les différents acteurs. Ces deux derniers aspects seront approfondis dans les sous-sections suivantes.

D'abord, les différents régimes de financement des HCOs et des professionnels favorisent une logique de fonctionnement en silos. Les professionnels de santé exerçant en ville sont rémunérés à l'acte, les établissements médico-sociaux le sont par dotation annuelle de financement (DAF)², et depuis 2004 les hôpitaux sont soumis à une tarification à l'activité (T2A).

Pour les hôpitaux, la T2A a amené des contraintes budgétaires et rendu difficile le financement des actes liés à la coordination des parcours. En effet, ce système

¹ A partir des travaux d'Anderson (1999) et Turner & Baker (2019), la complexité ou les phénomènes complexes pourraient être définis comme : « les phénomènes qui présentent multiples interactions avec d'autres entités. Ces interactions ne sont pas linéaires et les résultats sont difficiles à prédire en étudiant simplement les comportements individuels des parties constitutives. »

² « La DAF est une dotation forfaitaire rémunérant la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation et/ou de psychiatrie des établissements de santé publics ou des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, dispensés au profit des patients assurés sociaux. La somme des DAF est déterminée par l'objectif de dépenses d'assurance-maladie (ODAM). Elle est calculée a priori, et non pas à partir, des données de coûts des établissements. » (Ministère de la Santé)

de tarification privilégie principalement les actes médicaux réalisés lors d'un séjour hospitalier en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCOO) (Hirtzlin, 2017). Bien qu'elle vise à améliorer l'efficacité des soins au sein des HCOs, elle ne prend pas suffisamment en compte les activités de coordination nécessaires pour assurer les transitions entre l'hôpital et la médecine de ville (Grimaldi, 2013).

Récemment, des initiatives ont émergé en France afin de financer spécifiquement le travail de coordination (voir Tableau 1), en réponse à l'impact négatif de la non-coordination sur la qualité et l'efficacité des soins (Girault et al., 2018).

Tableau 1. Nouveaux modes de financement des acteurs de santé dans le parcours des patients.

Type de financement	Acteurs bénéficiaires
Forfait structure : une aide financière pour les cabinets médicaux	Il s'agit d'une aide financière allouée aux cabinets médicaux, pour lesquels les médecins sont engagés dans des structures telles que : <ul style="list-style-type: none"> • Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) • Les équipes de soins primaires (ESP) • Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) réseaux de santé, les équipes de soins primaires, etc. Ce forfait vise à soutenir les activités de coordination, la gestion des parcours de soins et la collaboration entre les professionnels de santé. (Ameli-Assurance Maladie, 2023)
Financement d'expérimentations innovantes en santé	Ce financement est destiné à soutenir de nouvelles organisations des soins, y compris les expérimentations innovantes en coordination du parcours. Il a été mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, plus précisément dans son article 51 (Ministère des solidarités et de la santé, 2021).
Financement complémentaires dans le cadre de la loi « Ma santé 2022 » (Ministère de la santé et de la prévention, 2023)	<u>Paiement au suivi du patient :</u> Ce mode de financement prend la forme de forfaits de prise en charge, notamment pour les pathologies chroniques. Il vise à soutenir les professionnels de santé et les HCOs impliqués dans la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques. <u>Paiement à la séquence de soins :</u> Il s'agit d'un paiement groupé aux HCOs qui interviennent dans une séquence de soins nécessitant la coordination entre différents HCOs.

Ces nouveaux modes de financement sont susceptibles de favoriser une meilleure coordination entre les différentes étapes des parcours de soins.

La coordination des parcours : un enjeu majeur dans l'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer

Les besoins de coordination sont particulièrement présents dans le domaine de l'oncologie dans la mesure où la complexité des parcours des patients y est élevée (Sheinfeld Gorin & Haggstrom, 2018). Cette complexité est alimentée par plusieurs facteurs : 1) **l'allongement de l'espérance de vie** et la durée des prises en charge; 2) **les changements dans les modalités de prise en charge des patients**, tels que le virage ambulatoire ou l'augmentation du flux de patients à l'hôpital ; et 3) **l'évolution du rôle du patient dans son parcours** vers une médecine plus centrée sur le patient (Minvielle, 2018). Ces éléments influent sur la conception et la mise en œuvre des parcours en oncologie, en multipliant le nombre et la diversité des intervenants impliqués, leur interdépendance ainsi que le nombre de données qu'ils génèrent.

Des changements dans les types de prises en charge

La prolongation de l'espérance de vie des personnes atteintes d'un cancer a accru la durée des prises en charge. Les avancées dans le dépistage des cancers et les traitements plus précis, tels que les thérapies orales et ciblées (génétiques), ont amélioré la survie des patients (Gorin et al., 2017; Levit et al., 2013, pp. 49-55). Parallèlement, la transition d'un parcours de soins à un parcours de santé, voire à un parcours de vie, a également impacté la durée des prises en charge (voir Encadré 2).

- **le parcours de soins** : prise en charge clinique et thérapeutique du patient dans laquelle interviennent les acteurs du système sanitaire hospitalier et ambulatoire. Parmi les intervenants, on compte par exemple avec le médecin référent qui gère les stratégies diagnostiques et thérapeutiques depuis l'hôpital, le médecin traitant du patient, les infirmiers libéraux ou le pharmacien depuis la ville etc.
- **le parcours de santé** : englobe le parcours de soins et apporte une réponse aux besoins de prévention, sociaux et médico-sociaux. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé. Parmi les intervenants, on compte en plus avec l'équipe de soins support comme le nutritionniste, le médecin de la douleur, l'assistante sociale ou le psychologue au sein de l'hôpital ou dans un autre HCO.
- **le parcours de vie** : intègre les parcours de soins et de santé. C'est une réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Il intègre l'ensemble des acteurs de la sphère sociétale et notamment, les interactions avec l'éducation et l'emploi.

Encadré 2. Définitions des 3 niveaux de prise en charge selon le Lexique des parcours de A à Z (2016, p. 60-65)

Face à ce changement de paradigme dans la prise en charge des patients atteints de cancer, une évolution s'est opérée d'un traitement exclusivement médical et chirurgical vers une approche globale tout au long de l'évolution de la maladie (Encadré 2). Par exemple, dans le cadre des parcours de vie, l'accompagnement du patient et de sa famille après le cancer fait appel à de nouveaux professionnels pour favoriser sa reconstruction, l'aider dans sa réinsertion professionnelle et lui apporter un soutien psychologique (Recklitis & Syrjala, 2017). Par ailleurs, ces évolutions demandent aux HCOs un réaménagement de l'organisation du travail pour intégrer ces nouveaux acteurs. Parallèlement, elles obligent le système de santé à réfléchir à la mise en place de dispositifs de communication afin d'assurer la continuité des informations, tant sur le plan médical (clinique) que non-médical (non-clinique), entre les HCOs impliqués.

Les transitions vers des prises en charge plus complexes, que ce soit dans le cadre d'un parcours de soins, de santé ou de vie, nécessitent également l'implémentation de moyens de suivi et d'orientation du patient, en particulier lors des transitions entre l'hôpital et la ville.

Parallèlement, l'évolution d'autres éléments du contexte des prises en charge en oncologie, en raison des avancées médicales, a conduit à des changements organisationnels tels que la réduction de la durée des séjours hospitaliers et le virage ambulatoire (Guerreschi, 2019, p. 38). Parmi ces évolutions, on peut notamment citer le développement des chimiothérapies orales, qui permettent aux patients de suivre leur traitement depuis leur domicile. De la même manière, l'amélioration de la sécurité de certains types de chimiothérapies a rendu possible leur administration en hôpital de jour (HdJ). Pour ces chimiothérapies, le patient est pris en charge en HdJ pendant quelques heures, le temps d'injection du médicament, puis retourne à son domicile. Ces changements dans l'organisation des parcours soulèvent des questions de suivi de l'état de santé du patient à son domicile. En effet, lorsque le patient se trouve à domicile, il devient nécessaire qu'un professionnel de santé évalue sa tolérance aux médicaments et, dans le cas des chimiothérapies orales, vérifie son observance. Ainsi, la réduction de la durée de séjour à l'hôpital et l'essor du virage ambulatoire soulèvent des enjeux de coordination entre l'hôpital et le suivi du patient à domicile.

Un changement de la place du patient dans son parcours

L'évolution de la place du patient dans son parcours (et dans le système) ainsi que la prise en compte de nouveaux besoins introduisent un facteur supplémentaire de complexité, générant ainsi des enjeux de coordination significatifs. En effet, les patients sont désormais invités à devenir des « acteurs » dans la conception ou adaptation de leur parcours, et se placent ainsi au centre du système. Cette approche remet en question la conception traditionnelle selon laquelle les médecins sont les seuls détenteurs du savoir médical. Une complémentarité s'établit donc entre les connaissances scientifiques des professionnels de santé et l'expérience des patients. Cette complémentarité est particulièrement mise en évidence dans les institutions qui adoptent une approche axée sur le patient (« *patient-centered care* ») (Epstein & Street, 2011). Ces institutions accordent une attention particulière à la compréhension des besoins des patients et les impliquent, ainsi que leurs familles, dans le processus de prise de décision. Pour les professionnels de santé, cette démarche demande un changement de leur pratique qui consiste à mieux écouter les patients et à favoriser leur participation active. Minvielle (2018, pp. 108–116) décrit le savoir empathique comme un moyen de communication efficace avec les patients, favorisant ainsi leur engagement dans l'organisation de leur parcours. Il définit ce savoir comme : « *la capacité des professionnels d'adapter leur comportement lors de cette relation (avec les patients et leur entourage)[...] souvent rattaché à une compétence de communication ou un savoir-être* » (Minvielle, 2018). Dans le contexte d'une approche centrée sur le patient, la coordination de son parcours s'étend au-delà de la collaboration entre les professionnels de santé. Elle englobe également la collaboration entre les professionnels de santé, le patient lui-même et sa famille.

De plus, ces évolutions reflètent les attentes croissantes des patients sur leur prise en charge, qui comptent désormais des attentes allant au-delà des aspects cliniques. Une étude menée par Waelli et al., (2021) a examiné l'importance accordée par les patients à leurs demandes et leur perception quant à leur prise en compte par les professionnels de santé au sein de deux HCOs. Les résultats ont révélé des lacunes dans la prise en charge des demandes non cliniques (demandes cliniques = 5.65 VS demandes non-cliniques = 4.02) (voir Figure 1).

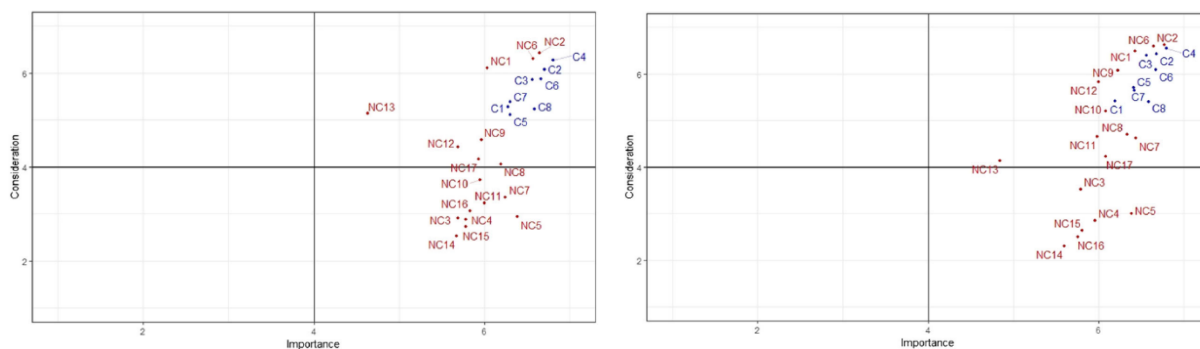


Figure 1. Résultats de l'importance donnée par les patients et de la prise en compte de leurs demandes perçue dans le premier HCO (à gauche) et deuxième HCO (à droite) (Waelli et al., 2021)

Waelli et al., (2021) classifient ces demandes non-cliniques en 5 catégories : 1) celles liées au mode de vie pendant la période de traitement, 2) aux besoins en médecine alternative et à l'amélioration du bien-être, 3) à l'aspect organisationnel du parcours, 4) à l'assistance administrative et logistique, 5) à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (Tableau 2).

Tableau 2. Besoins non cliniques des patients (Waelli et al., 2021)

Catégories	Besoins
Catégorie 1. Demandes liées au mode de vie pendant la période de traitement	D'aides à la maison
	De trouver de nouvelles formes d'exercice physique adaptées à la pathologie
	D'une aide pour la garde des animaux de compagnie pendant les séjours hospitaliers
	D'un logement temporaire pour leur accompagnant lorsqu'ils sont hospitalisés
	D'un divertissement pendant leur séjour hospitalier
	De moyens de transports proches du centre hospitalier
Catégorie 2. Demandes liées à l'accès aux thérapies alternatives / complémentaires	D'un traitement de la douleur via des médecines alternatives (acupuncture, magnétothérapie, etc.)
Catégorie 3. Demandes liées à l'organisation du parcours	De faire correspondre les rendez-vous aux contraintes des patients
	D'orientation dans les HCO
	D'avoir une personne de contact
	D'interventions qui s'enchaînent bien
	D'un assistant social

Catégorie 4. Demandes liées à l'assistance administrative et logistique	D'une aide dans les démarches administratives et légales
	D'information concernant le remboursement des soins
	De prothèses ou d'équipement médical
Catégorie 5. Demandes liées à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication	D'une aide pour l'utilisation de ressources numériques
	D'une aide pour apprendre à communiquer avec les professionnels à travers les portails Internet
	D'accéder à la télémédecine

La prise en compte de ces demandes invite nécessairement de nouveaux intervenants dans le parcours. Cette multiplication d'intervenants dans les parcours soulève des questions autour du partage et de la continuité d'information entre tous les intervenants.

Coordination des parcours des patients atteints de cancer : un enjeu organisationnel

Les parcours des patients atteints de cancer nécessitent une collaboration entre des professionnels provenant de différentes sphères (Fennell et al., 2010). Ces professionnels se distinguent par leurs cultures organisationnelles distinctes (hospitaliers - ambulatoires), leurs localisations différentes (ville – hôpital), et par leurs modes de rémunération (salariés – libéraux). Dans ce contexte, le développement des mécanismes de coordination, principalement entre l'hôpital et la ville (ou d'autres HCOs), est devenu indispensable pour assurer la continuité et la fluidité des parcours ainsi que la sécurité des patients. Ces mécanismes incluent la gestion de la continuité des informations du parcours patient d'une part, et l'organisation du travail d'autre part. En effet, l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours des patients atteints de cancer produisent des données médicales et psychosociales qui sont pertinentes pour la conception, l'adaptation ou la mise en œuvre de leur parcours. La disponibilité de ces informations pour les professionnels concernés est donc d'une importance capitale pour la sécurité des patients.

La coordination du parcours patient en oncologie est d'autant plus cruciale étant donné l'interdépendance des professionnels impliqués tout au long du parcours. En reprenant la typologie de Thompson (2017) (voir Encadré 4), ces professionnels peuvent être interdépendants pour deux raisons. Premièrement,

les professionnels interviennent de manière séquentielle, ce qui signifie que le deuxième professionnel a besoin des données produites par le premier pour concevoir la stratégie diagnostique ou thérapeutique du patient (par exemple, le chirurgien a besoin des informations fournies par l'oncologue). Deuxièmement, leur interdépendance découle également du fait que ces professionnels réalisent des interventions simultanées sur le patient. Par conséquent, chaque professionnel doit tenir compte des actions entreprises par les autres pour adapter la prise en charge du patient (par exemple, le cardiologue doit prendre en considération les traitements oncologiques administrés) (Burns et al., 2019, p. 116).

Lorsque les besoins des patients ne sont pas pris en compte ou lorsque les informations relatives au patient ne sont pas accessibles pour les professionnels concernés, des lacunes dans la coordination surviennent.

Quel est l'impact sur les patients ?

En France, Minvielle (2018) montre qu'entre 40 et 70% des événements indésirables graves sont causés par des défauts de coordination. Une mauvaise coordination peut être à l'origine d'une diminution de l'efficacité du traitement du patient, d'interactions médicamenteuses, de réadmissions à l'hôpital (Russ-Jara et al., 2021), ou encore de conséquences plus graves telles que la dégradation de l'état fonctionnel ou le décès du patient (Berwick & Hackbarth, 2012). De façon similaire, la non-coordination peut nuire à la qualité de la prestation des soins et affecter considérablement l'expérience du patient. A titre d'exemple, le patient peut avoir l'impression de devoir répéter les mêmes informations à chaque nouveau professionnel rencontré ou de se sentir traité comme une « somme » d'organes, chaque professionnel de santé se concentrant sur une zone spécifique de son corps sans le prendre en compte sa globalité.

Une grande partie des événements indésirables serait notamment liée à un manque de coordination après une prise en charge hospitalière (Berwick & Hackbarth, 2012). Cette non-coordination entre l'équipe hospitalière et les professionnels libéraux peut s'expliquer par un manque de communication entre eux ou, à l'inverse, par une surcharge d'informations lors des échanges, ce qui peut parfois noyer les données les plus importantes dans la masse.

En France, le rôle de coordinateur du parcours patient revient au médecin traitant, qui est nommé « l'interlocuteur privilégié » (Assurance Maladie, 2022;

Service Public, 2023). Or, compte tenu de leur charge de travail et de l'organisation de leur pratique, les médecins traitants semblent peu équipés pour faire face à la complexité croissante des parcours de soins (Frattini & Naiditch, 2015).

De plus, un autre paramètre susceptible d'aggraver les défauts de coordination est la mauvaise compréhension des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques par le patient (ou sa famille). Le temps limité consacré aux explications de ces stratégies et l'absence d'espaces de reformulation constituent des obstacles à l'*empowerment* du patient face à sa maladie.

Toutefois, la place de la coordination dans le parcours patient est devenue essentielle non seulement pour le fluidifier, mais également pour en assurer la qualité, la continuité, et en optimiser les coûts.

Face à ces enjeux, de nouveaux postes émergent à l'interface entre la ville et l'hôpital, comme nous l'explorerons dans la section suivante. Ces nouveaux postes ont pour objectifs non seulement d'orienter et de soutenir les patients, mais aussi d'assurer la transmission continue des informations entre les différents intervenants du parcours.

Prémisse 1 : La coordination du parcours patient en oncologie représente un enjeu important pour le système et pour l'ensemble de ses acteurs. La coordination du parcours patient entre l'hôpital et la ville est indispensable pour assurer la fluidité et la continuité du parcours.

Prémisse 2 : Le changement de la place du patient dans le système de santé le positionne comme un nouvel acteur clé dans son parcours. La coordination du parcours se réalise entre professionnels, mais également entre les professionnels et le patient.

SECTION 2. COORDINATION ET METIERS DEDIES

Comme établi dans la section 1, les lacunes de coordination du parcours des patients peuvent avoir de graves conséquences tant pour les patients que pour les professionnels, ainsi que pour le système de santé dans son ensemble. Nous avons également exposé que les parcours des patients atteints de pathologies chroniques sont d'autant plus sensibles à la non-coordination du fait de la multiplicité d'intervenants impliqués et du volume d'information à gérer. De ce fait, afin de répondre aux besoins croissants de coordination des parcours, des métiers de coordination se sont développés dans de nombreux pays, et plus particulièrement aux Etats-Unis depuis la fin des années 1980 (Chen et al., 2000a).

Dans leur étude, Chen et al., (2000a) distinguent deux types de métiers en fonction de la population prise en charge. Les premiers appartiennent aux programmes centrés sur la prise en charge des patients vulnérables¹, souvent atteints de polyopathologies, que les auteurs nomment les programmes de gestion de cas (« *case management programs* »). Ces programmes de gestion de cas ont pour objectif d'accompagner les patients dans leur parcours en leur proposant des réponses individuelles. Ces programmes ne sont pas centrés sur une pathologie en comparaison des programmes de gestion des maladies chroniques (« *disease management programs* »). En effet, les programmes de gestion des maladies chroniques se construisent autour des parcours d'une pathologie en particulière, telle que le cancer, bien que les patients pris en charge dans ces programmes puissent également présenter d'autres pathologies concomitantes.

Les métiers de la coordination à l'international

Dans le cadre des programmes de gestion des maladies chroniques aux Etats-Unis, de nouveaux métiers se sont développés tels que les « patients navigateurs », les « infirmiers de coordination », les « infirmiers de navigation » ou encore les « infirmiers pivot ». Plus largement, les missions des métiers dédiés à la coordination ne sont pas encore standardisées et ont évolué en fonction de divers éléments. Le type de système de santé (nationaux, d'assurance maladie ou libéral), les besoins des populations prises en charge (vulnérabilité, isolement, pathologies) ainsi que les ressources mises à leur

¹ Vulnérabilité liée à l'âge, à la condition sociale, ou à une condition physique ou psycho-sociale.

disposition (financement, formations) sont autant de facteurs qui ont influencé le développement de ces métiers.

A titre d'exemple, en Australie, les métiers de navigation et de coordination se sont développés en réponse aux enjeux spécifiques des populations rurales (Wakerman et al., 2008). Aux États-Unis, le système de santé non-universel et fondé sur le marché et la concurrence a donné naissance aux premiers patients navigateurs dans le but de réduire les disparités de prise en charge des patients vulnérables (American Cancer Society, 1989; Galvis-Narinos & Montélimard, 2009). En 1990, Freeman a créé ce premier programme au *Harlem Hospital Center*, à New York City, avec pour objectif de diminuer la mortalité liée au cancer au sein d'une population vulnérable. Le rôle de patients navigateurs a pu être réalisé par des assistantes sociales, des infirmiers ou des anciens patients. Le déploiement des patients navigateurs, accompagné également de dépistages moins chers, a permis d'augmenter la survie des patients à 5 ans de 39% à 70% (Freeman, 2013). Par la suite, le programme s'est élargi afin d'aider un plus grand nombre de patients atteints de pathologies chroniques (Freeman, 2013).

Si à l'origine des fonctions de coordination du parcours patient ont pu être réalisées par différents acteurs, ce sont bien les infirmiers qui se sont le plus investis dans ce nouveau rôle. Ils ont ainsi apporté des compétences cliniques dans la construction du métier. Par exemple, les infirmiers de navigation sont des infirmiers qui possèdent généralement une vaste expérience dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques (Baileys et al., 2018). À la différence des premiers patients navigateurs, les infirmiers de navigation ne font pas seulement de l'accompagnement et de l'orientation du patient. Selon l'*Oncology Nursing Society* (ONS-USA), les principales activités des infirmiers de navigation comprennent le soutien émotionnel du patient, l'orientation dans le système de soins, la promotion de son autonomisation, l'éducation et l'information sur sa maladie, ainsi que la collaboration avec d'autres professionnels de santé (voir Tableau 3). Ces missions ont été établies à partir d'une enquête réalisée auprès de 330 infirmiers exerçant la fonction de navigation du patient en oncologie¹.

¹ Cette étude menée par Brown et al., (2012) s'est basée sur des questionnaires auto-administrés. La majorité des *infirmiers de navigation* travaillait dans des hôpitaux en périphérie des villes.

Tableau 3. Connaissances et compétences des infirmiers de navigation d'après l'(Oncology Nursing Society, 2017)

Connaissances et compétences initiales pour les infirmiers de navigation en oncologie	
Savoir	Solides connaissances en oncologie Connaissance des systèmes de remboursement et de la couverture des soins Connaissance des ressources disponibles au niveau national, régional et communautaire Connaissance des stratégies et des ressources en matière d'auto-soins (« <i>self-care</i> »)
Savoir faire	Capacité de réflexion critique Fortes compétences organisationnelles Capacité à établir des priorités et à les redéfinir rapidement Compétences en communication orale et écrite Compétences informatiques de base
Savoir être	Leadership Compétences interpersonnelles Capacité à développer des relations de collaboration en interne et en externe Capacité à travailler en équipe Capacité à travailler de manière autonome

Cependant, malgré les efforts déployés, les missions des *infirmiers de navigation* ne sont toujours pas standardisées et varient même au sein d'un même territoire (Cantril et al., 2019). Par exemple, certains auteurs suggèrent que leurs missions incluent l'éducation, l'évaluation et le suivi de l'état de santé du patient (Baileys et al., 2018; Monterosso et al., 2011), tandis que d'autres soulignent leur rôle dans la recherche d'efficacité et de continuité de son parcours (McMurray & Cooper, 2017). Cette importante hétérogénéité des métiers contribue à la confusion et au chevauchement des tâches entre les différents métiers qui participent à la coordination du parcours. Par exemple, les infirmiers pivots au Canada ont des missions très similaires aux missions des infirmiers de navigation aux Etats-Unis. Leurs missions comprennent à la fois l'évaluation des besoins et la coordination du parcours du patient, tout comme l'éducation et l'information sur la maladie, le soutien émotionnel et l'identification des ressources dont le patient dispose (Pedersen & Hack, 2011; Skrutkowski et al., 2011).

De plus, cette absence de consensus se retrouve également dans les appellations des différents métiers. La Figure 2 synthétise les multiples appellations utilisées pour désigner ces métiers (Cantril et al., 2019; Fillion et al., 2012; McMurray & Cooper, 2017). Malgré les nombreuses initiatives internationales, la difficulté à définir clairement le contenu de leur travail, tant du point de vue clinique qu'organisationnel, persiste.

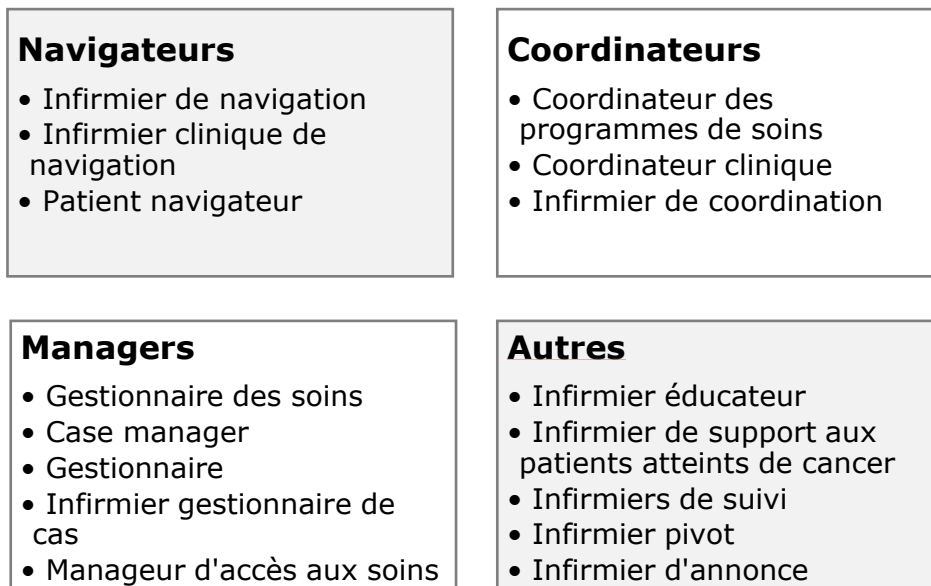


Figure 2 . Résumé des appellations des métiers dédiés à la coordination du parcours. Synthèse réalisée à partir des travaux de Cantril et al (2019) , Fillion et al., (2012) et McMurray & Cooper, (2017)

Les métiers de la coordination en France

Dans la continuité des expériences américaines, la France a commencé à adopter des programmes de gestion des maladies chroniques en se reposant également sur des infirmiers. En 2009, le Plan cancer II (2009-2013) a financé la création de 35 dispositifs hospitaliers¹, auxquels se sont ajoutées 10 équipes issues des soins primaires dans le cadre du plan Cancer III (2014-2019) (Institut national du cancer, 2014). Ces dispositifs reposent sur la création de postes² d'infirmiers de coordination à l'hôpital ou en ville. L'INCa souhaitait développer ces postes dans l'objectif de « *faciliter l'articulation entre les professionnels des soins de ville, les professionnels hospitaliers, les patients et leur entourage* » (Institut National du Cancer (INCa), 2014). La naissance des premiers postes de coordination découle ainsi d'initiatives locales soutenues par des organismes tels que l'INCa, la ligue contre le cancer ou des associations à but non-lucratif. Cependant, en dépit de l'existence de référentiels pour la pratique infirmière en France, il n'existe pas de référentiels spécifiques pour les nouveaux métiers tels que les NCs. En conséquence, chaque institution a géré la conception et la mise en œuvre des dispositifs, donnant lieu à une diversité de structures organisationnelles au sein des HCOs.

¹ 49 ETP d'infirmiers de coordination ont été financés.

² Définition du poste selon Tourmen, (2007) : « Ensemble de tâches enchaînées en une logique de production [...] qui donne à l'individu un rôle socio-productif »

Des études françaises ont initié la définition du contenu du travail des postes dédiés à la coordination du parcours patient (Yatim et al., 2017; Yatim & Sebai, 2020). Yatim & Sebai (2020) proposent une étude de cas dans un établissement de référence en oncologie. Ils ont identifié 6 catégories d'activités chez les infirmiers de coordination. Ces travaux mettent en lumière la dualité du poste entre les tâches cliniques d'une part, et les tâches administratives et d'organisation du parcours d'autre part.

Des études complémentaires dans d'autres établissements de santé, qui interrogent à la fois le contenu de l'activité ainsi que la place de ces postes dans les HCOs, sont ainsi encore nécessaires. En effet, le dernier rapport de l'INCa sur la question rend compte de la nécessité de présenter une définition nationale de l'activité des métiers¹ de coordination (INCa, 2021, p. 140).

Par ailleurs, la définition de l'activité de ces postes passe également par la compréhension de leur tâche principale : « *la coordination du parcours patient* ». Concrètement, **qu'est-ce que la coordination ? A quoi renvoie précisément cette notion dans le champ de la santé, et plus précisément dans le parcours du patient ? Que peut-on apprendre de la coordination réalisée dans d'autres secteurs d'activité ?**

Afin de répondre à ces questions et de mieux comprendre l'activité de coordination ainsi que ses évolutions dans le domaine de la santé, nous proposons dans la section suivante de décrypter et d'apprendre de ses évolutions dans le secteur de la production de biens et de services plus généralement.

¹ Selon les travaux de Tourmen, (2007) et des auteurs dont elle s'est inspirée (Ashforth & Kreiner, 1999; Dubar et al., 2015; Héran, 1982), la transition d'un poste vers un métier se produit lorsque des formations spécifiques lui sont attribuées, engendrant ainsi l'acquisition d'un savoir-faire propre (Héran, 1982). De plus, ce passage s'effectue lorsque ce poste acquiert une identité propre et gagne en reconnaissance auprès des autres (Ashforth & Kreiner, 1999; Dubar et al., 2015, p. 320).

SECTION 3. LA COORDINATION, CONCEPT CENTRAL DE LA THESE

Au sein de la discipline des sciences de gestion, la coordination est une notion étudiée depuis plusieurs décennies. La plupart des auteurs s'entendent sur son importance dans tout processus de production qui implique différents acteurs (services, professionnels...) et qui poursuivent un objectif commun.

Ce processus de production peut être abordé depuis trois niveaux d'analyse (voir Encadré 3 pour une définition de ces niveaux appliqués à la santé) : depuis le niveau de l'activité des acteurs (niveau **micro**), depuis le niveau des stratégies d'organisation du travail (niveau **méso**), ou encore depuis le niveau de la stratégie générale de l'organisation et de son environnement (niveau **macro**).

En Santé

Niveau micro

Analyse de l'activité des acteurs de première ligne qui mettent en place les mécanismes de coordination des parcours de patients.

Niveau méso

Analyse de la conception et de l'adoption institutionnelle des mécanismes de coordination (e.g. conception de diagrammes de flux de processus, protocoles ou fiches de postes, réunions de soins multidisciplinaires).

Niveau macro

Analyse des politiques publiques et des modes de financement et de régulation qui influencent les stratégies de coordination à développer dans les autres niveaux.

Encadré 3. Niveaux d'analyse de la coordination en santé.

Divers théoriciens en sciences de gestion ont défini la coordination à partir de ces différents niveaux. Les premiers se sont intéressés au niveau stratégique (niveau méso) en distinguant les étapes et les acteurs impliqués dans la conception de ceux impliqués dans l'implémentation du travail. Des théories sur la conception de stratégies d'organisation et/ou de contrôle du travail ont été proposées. Nous allons présenter succinctement les travaux de Taylor, Ford et Fayol pour exemplifier ce niveau d'analyse. Nous exposerons ensuite les travaux de Mitzberg et Van de Ven, qui tiennent compte à la fois du niveau stratégique mais également de l'environnement des organisations (niveau macro). Enfin, nous présenterons les travaux de Jazarboski et Okhunson & Bechy pour qui la coordination doit s'appréhender depuis le niveau d'activité duquel elle est réalisée (niveau micro).

Concevoir et implémenter le travail : la place des mécanismes formels de coordination dans la synchronisation des tâches

La recherche d'efficacité dans un contexte de production mécanisée à grande échelle a mis en évidence l'importance des mécanismes de coordination. À l'ère de la révolution industrielle, où le travail était tangible et séquentiel, les premières théories de coordination visaient à concevoir l'organisation du travail pour réduire les coûts et accroître l'efficacité dans les usines. Cela se traduisait par la formalisation et la planification méticuleuse des activités et des relations hiérarchiques (Pichault & Nizet, 2012).

Un pionnier dans ce domaine était Frederick Winslow Taylor, ingénieur mécanique, qui a développé des méthodes de travail novatrices pour l'époque grâce à l'organisation scientifique du travail. Cette approche consiste à définir et organiser très précisément les tâches et les rôles dans une organisation, à la recherche du *best way* et de la « bonne personne au bon poste ». A cette division horizontale du travail s'ajoute une division verticale, qui se manifeste à travers la séparation claire des postes dédiés au travail de conception et de planification des tâches de ceux qui les mettent en œuvre (Meier, 2017; Plane, 2017, pp. 10–13). La coordination chez Taylor se traduisait dès lors par des mécanismes formels, standardisés et génériques.

Dans le domaine de la santé, on observe également une forte division verticale du travail. Alors que les médecins sont responsables de la conception des stratégies diagnostiques et thérapeutiques pour les patients, leur mise en œuvre est confiée aux professionnels paramédicaux, tels que les infirmiers. Cette répartition des rôles est ancrée dans la pratique et implique une coordination nécessaire entre les différents acteurs pour assurer la continuité des soins et le suivi du patient.

A l'instar de Taylor, l'industriel américain Henry Ford a adopté des mécanismes formels de coordination, notamment la standardisation des procédés, afin de **synchroniser les flux** et de développer une production à grande échelle. D'autres auteurs du début du XX^{ème} siècle, comme Urwick ou Gulick, ont également souligné l'importance des mécanismes de coordination pour synchroniser le travail entre les acteurs partageant des objectifs communs (Plane, 2017, pp. 35–40). Cette standardisation des processus et des postes de travail, adaptée à la nature tangible et séquentielle du travail, a réduit la

nécessité d'une coordination informelle entre les travailleurs d'un même atelier. En d'autres termes, les travailleurs au sein d'un même atelier avaient moins besoin de communiquer entre eux pour se répartir les tâches.

Dans le cadre des travaux sur l'organisation administrative du travail, selon Fayol, la coordination se cristallise via la ligne hiérarchique. Fayol a décrit la coordination comme le processus qui permet de : « *relier, unir, harmoniser tous les actes et tous les efforts afin de synchroniser l'ensemble des actions de l'entreprise et d'en garantir **la cohérence et l'efficacité*** » (Tahar, 2013, p. 49). Cette approche repose sur des mécanismes formels tels que la prévision, la planification, le contrôle du travail et la supervision étroite des employés par les cadres (Golden Pryor & Taneja, 2010).

Dans le domaine de la santé, nous avons également assisté à l'essor des mécanismes formels de coordination visant à synchroniser le travail entre les professionnels de santé. Des mécanismes comme les protocoles de soins ou les diagrammes de flux se sont largement développés au sein des hôpitaux à la fin du XX^{ème} et au début du XXI^{ème} siècle. De manière similaire au domaine de la gestion, l'analyse de la coordination dans le domaine de la santé se concentre principalement sur le niveau méso. L'un des travaux les plus cités est celui de McDonald et al., (2007) réalisé pour l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, US). Les auteurs définissent la coordination comme « *l'organisation délibérée des activités de soins entre deux ou plusieurs participants (y compris le patient) impliqués dans le parcours d'un patient* ». A l'instar de McDonald et al., (2007, p. 5) Young et al., (1998) ainsi que Weaver & Jacobsen (2018) soulignent également le caractère conscient de la coordination en la définissant comme une activité qui vise à rassembler et à synchroniser des efforts de travail différenciés.

Dans le contexte hospitalier, la conception de stratégies de coordination implique souvent la mise en place de protocoles définissant les responsabilités de chaque acteur. Les calendriers et les horaires de travail peuvent également être utilisés comme des outils d'organisation pour planifier les activités en fonction des ressources disponibles.

A travers ces premières approches de la coordination, on constate donc que les mécanismes de coordination constituent un moyen de **synchroniser les tâches** à travers la conception et la planification du travail et des relations fonctionnelles.

Chez Taylor et Ford, ces mécanismes se manifestent à travers la standardisation des tâches et des compétences. D'une manière similaire, selon Fayol, la coordination passe par la bonne formalisation d'une ligne hiérarchique qui implique la transmission d'ordres via une ligne prédéfinie ainsi que par le contrôle et la planification. Cependant, ces mécanismes formels s'avèrent insuffisants, aussi bien dans le domaine de la santé que dans l'industrie, lorsque le contexte est moins prévisible ou lorsque la production se déroule en différents locaux.

Prémisse 3 : En gestion, à partir de la différenciation taylorienne du travail entre les travailleurs, il existe une tension forte entre les étapes de conception (design du processus) et de mise en œuvre (exécution des tâches) d'un processus de production, et plus particulièrement entre les acteurs qui participent à cette division verticale du travail.

Vers une intégration de la conception et de l'implémentation du travail

Différents auteurs, tels que Mintzberg, Thompson (2017) et Van de Ven et al., (1976), ont adopté une approche plus flexible en matière d'organisation du travail. Ils ont formalisé des concepts essentiels permettant de définir les mécanismes de coordination à utiliser en fonction des caractéristiques et de l'environnement des organisations. Selon leur vision, la coordination ne se limite pas à la simple synchronisation du travail, mais elle constitue un **pilier fondamental de la structure organisationnelle**.

Thompson a notamment défini le concept d'interdépendance entre les tâches (voir Encadré 4). Mintzberg, quant à lui, tient compte des « *attributs* » qui influencent la configuration de la structure organisationnelle et les mécanismes de coordination du travail (Barabel, 2017, pp. 129–150; Plane, 2017, pp. 123–133). Van de Ven et al., (1976) proposent d'étudier la coordination au sein des unités de travail des organisations en fonction des « *dimensions de l'organisation* ». Ces dimensions et attributs des organisations sont décrits dans l'Encadré 4.

Dans le contexte de la santé, l'analyse de ces dimensions et attributs des organisations permet également de mieux comprendre les enjeux de la coordination au sein des HCOs. En intégrant la conception et l'implémentation de

la division du travail, des parcours types ont été développés pour optimiser les coûts et améliorer la qualité des soins fournis aux patients atteints de maladies chroniques.

Dimensions et attributs des organisations selon Mintzberg, Thompson et Ven Van :

Interdépendance

L'interdépendance entre les tâches se réfère à la « *mesure dans laquelle les membres de l'unité dépendent les uns des autres pour accomplir leurs tâches individuelles* » (Ven Van De et al., 1976). Van de Ven propose un quatrième niveau supplémentaire par rapport aux trois déjà identifiés par Thompson, à savoir l'interdépendance d'équipe. Celle-ci fait référence à des situations où tous les éléments du travail sont interreliés simultanément, sans qu'il n'y ait nécessairement un ordre de dépendance entre les différents éléments. Les trois premiers niveaux d'interdépendance proposés par Thompson (2017) sont les suivants :

1. Mutualisée : les éléments du travail sont interreliés seulement parce qu'ils contribuent à l'objectif global de l'organisation.
2. Séquentielle : certaines activités doivent être réalisées préalablement pour permettre la réalisation des activités suivante.
3. Réciproque : les activités sont liées les unes aux autres au long du processus de production.

Incertitude de la tâche

L'incertitude de la tâche fait référence à « *la variabilité des éléments ou à la mesure dans laquelle il est possible de prédire comment le travail va être effectué à l'avance* » (1976)

Taille de l'unité

Van de Ven et al., (1976) la définissent comme « *le nombre total de personnes employées dans une unité de travail* ». Selon Mintzberg, la taille de l'unité est l'un des facteurs de contingence.

Coalitions internes

Les coalitions internes, telles que décrites par Mintzberg, comprennent le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, le support logistique et l'idéologie de l'organisation

Coalitions externes

Les coalitions externes font référence aux parties prenantes externes à l'organisation, telles que les propriétaires de l'entreprise, les partenaires de l'organisation, les associations de salariés, les pouvoirs publics et les mouvements citoyens

Facteurs de contingence

Selon Mintzberg, les facteurs de contingence incluent le type d'environnement de l'organisation (stable/dynamique, simple/complex, accueillant/hostile), l'âge de la structure, le système technique et le contrôle externe (pouvoir).

Encadré 4. Les caractéristiques de la tâche selon Ven Van De et al., (1976) et des ouvrages Barabel, (2017, pp. 129–150) et Plane (2017, pp. 123–133)

En s'appuyant sur les recherches de March & Simon, de Van de Ven et al., ainsi que sur celles de Mintzberg, Stoelwinder et Charns (1981) proposent une

nouvelle typologie des mécanismes de coordination en y intégrant les caractéristiques de la tâche (voir Tableau 4). Ceux-ci proposent d'employer les mécanismes de coordination en **fonction du degré d'incertitude de la tâche**.

Tableau 4. Mécanismes de coordination selon (Stoelwinder et Charns, (1981) ; p. 753)¹

March & Simon 1958	Van de Ven et al., 1976	Mintzberg 1976	Stoelwinder et Charns 1981	
<i>Programmé</i>	<i>Coordination impersonnelle</i> comme les règles, procédures, plans et calendriers	<i>Standardisation du travail</i> qui détermine à l'avance comment il doit être exécuté. <i>Standardisation des compétences</i> qui permet la connaissance de son propre travail, du travail de l'autre, et qui permet de répondre aux attendus de l'organisation <i>Standardisation des résultats</i> qui définit les objectifs à atteindre	<i>Standardisation du travail</i> <i>Standardisation des compétences</i> <i>Standardisation des résultats</i>	Incertitude de la tâche : Basse
<i>FeedBack</i>	<i>Coordination personnelle</i> , comme la mise en place de canaux de communication verticaux et horizontaux Coordination de groupe, tels que les réunions programmées et les réunions non programmées.	<i>Supervision directe</i> réalisée par un responsable qui donne des instructions et contrôle le travail <i>Ajustement Mutuel</i> , tels que les échanges informels des informations entre acteurs	<i>Supervision</i> <i>Ajustement Mutuel</i> <i>Coordination de groupe</i>	Incertitude de la tâche : Haute

Bien que les premiers mécanismes requièrent peu de contact entre les différents acteurs, la quantité d'information traitée peut être limitée. A l'inverse, les derniers mécanismes nécessitent un investissement bien supérieur en temps de

¹ Définitions complétées à l'aide de : (plane, 2017, pp. 123-133; tolksdorf, 2000)

la part des acteurs, mais la quantité et la complexité de l'information échangée y est considérable.

Ces mécanismes sont mobilisés dans un degré différent selon le type de structure des organisations. A titre d'exemple, les mécanismes de coordination les plus souvent utilisés au sein des services d'hospitalisation (hors unité de soins intensifs) d'un HCO de taille moyenne sont l'ajustement mutuel et la standardisation des compétences (Glouberman & Mintzberg, 2001; Makhloufi et al., 2012). Il est fréquent qu'un changement de prise en charge du patient se produise à la suite d'un échange informel entre le médecin et l'infirmier du service, avant même la formalisation écrite de la demande. En revanche, dans un HCO spécialisé en cancer, ce sont la standardisation des tâches et la standardisation des compétences qui sont les mécanismes de coordination le plus mobilisés. La standardisation des tâches est cristallisée par les protocoles des soins, (e.g., comment administrer une poche de chimiothérapie), tandis que la standardisation des compétences s'opère via les formations et par l'expérience du personnel en oncologie.

Dans le domaine des sciences de gestion, les mécanismes de conception et d'implantation du travail se sont intégrés dans la structure des organisations. Les organisations ont ajusté l'usage d'un ou plusieurs types de ces mécanismes en fonction de facteurs internes et externes (dimensions et attributs). Cependant, vers la fin XX^{ème} siècle, le secteur de production des biens a fait face à de nouvelles transformations. Le passage de la production de biens tangibles à la production de services (non physiques) ainsi que la disparition des frontières physiques des organisations ont représenté un défi pour les managers de l'époque (Burke & Ng, 2006; Otley, 1994). Il a ensuite fallu répondre à des besoins de flexibilité en confiant aux acteurs sur le terrain la responsabilité des ajustements des protocoles, ce qui a transformé le sens même du travail de coordination.

Au début du XXI^{ème} siècle, de nouvelles définitions et de nouveaux facteurs clés de coordination ont été proposés par des auteurs comme Jarzabkowski et al., (2012a) et Okhuysen & Bechky (2009).

De la coordination stratégique à l'activité de coordination

Au XXI^{ème} siècle, la coordination joue un rôle fondamental dans les organisations. Celle-ci n'est plus conçue comme une structure statique mais plutôt comme un processus dynamique qui évolue en fonction des besoins (interdépendance, prédictibilité, environnement changeant) propres à chaque organisation. Jarzabkowski et al., (2012a) insistent sur la nécessité d'appréhender la coordination comme une construction en continuum et comme une pratique sociale dynamique. En effet, pour qu'il y ait coordination, Jarzabkowski et al., (2012a) proposent que les acteurs aient assez de flexibilité pour pallier aux imprévus, s'adapter aux innovations, et faire face aux problèmes complexes de l'organisation des activités. Selon eux, la coordination consiste donc davantage en une façon d'adapter le travail des divers acteurs dans une organisation plutôt qu'en un strict cadre à suivre.

A l'instar des travaux de Jarzabkowski et al., (2012a), en santé, les auteurs s'accordent également sur le caractère collectif de l'activité de coordination. Elle peut se réaliser entre les professionnels de santé ou avec le patient. Certains auteurs estiment que le caractère interactionniste est le principal facteur clé de réussite de la coordination (Allred et al., 1995; Reid et al., 2002). Les travaux de Gittel (2011) débouchent sur un constat similaire. Ses travaux ont montré que **la communication, le partage d'objectifs et la connaissance de son propre rôle et du rôle des autres** ont un impact sur la performance des activités de coordination (Gittel, 2002, 2006). Toujours selon Gittel, la coordination se manifeste « *à travers un réseau de liens relationnels et de communication entre les participants dans le cadre d'un processus de travail... c'est-à-dire un ensemble de tâches interdépendantes qui transforment les inputs en résultats ayant une valeur pour l'organisation* ». McDonald et al., (2007, 2014) ont repris ensuite ces éléments, soulignant l'importance du partage d'un objectif commun, de la connaissance des ressources disponibles et des rôles des autres intervenants pour une coordination satisfaisante.

Dans leur article « *la coordination dans les organisations* », Okhuysen & Bechky (2009) en proposent une perspective intégrative. Leur cadre conceptuel distingue l'activité de coordination des mécanismes des conditions intégratives nécessaires à sa réalisation. En partant des théories classiques de gestion sur la coordination et de travaux plus récents, ils proposent trois conditions pour parvenir à la

coordination : 1) la logique de rendre compte (« *accountability* »), 2) la prédictibilité du travail et 3) le climat d'entente mutuelle. La première condition fait référence à la capacité des acteurs à identifier la personne responsable de l'accomplissement de la tâche et de sa traçabilité. La seconde désigne la faculté des acteurs à anticiper et identifier les résultats ainsi que leur place dans l'organisation. Enfin, la troisième condition insiste sur le consentement de l'ensemble des acteurs à développer et partager des objectifs et à en assumer collectivement les résultats.

Par ailleurs, l'Institute of Medicine (1996), aux Etats-Unis, intègre également la notion de **continuité des informations** dans le concept de coordination. Selon eux, la coordination vise à assurer la prestation des services de santé et la continuité des informations pour répondre aux besoins du patient. L'accent est mis sur les interactions avec le patient et sa famille, ainsi que sur la clarification des décisions en matière de soins cliniques et le soutien face aux implications sociales et émotionnelles de la maladie. D'autres auteurs soulignent l'importance de **l'identification, du partage et du suivi des informations du patient**. Par exemple, Starfield et al., conçoivent la coordination comme « *l'identification et le suivi des informations (problèmes, thérapies, interventions, visites et tests) concernant les patients, d'une consultation à une visite de suivi* » (Starfield et al., 1979).

Faraj & Xiao (2006) définissent quant à eux la coordination comme un processus de régulation des entrées et de l'articulation des interactions qui se déploie dans une temporalité donnée pour réaliser une performance collective dans un contexte spécifique. Ils soutiennent que la coordination concerne l'intégration du travail organisationnel dans des conditions d'interdépendance et d'incertitude des tâches. Ces travaux soulignent l'importance des protocoles et des lignes directrices dans le bon déroulement de la prise en charge. Ces outils de standardisation permettent de partager un objectif commun, de connaître les étapes à suivre, de partager la connaissance des rôles de chacun et d'avoir une vision claire des résultats attendus. Néanmoins, les auteurs mettent principalement l'accent sur l'importance de **laisser des espaces d'ajustement mutuel** afin d'adapter les prises en charge en fonction des caractéristiques des patients

Ces définitions hétérogènes de la coordination illustrent la complexité de ce concept et la diversité des approches selon les contextes. Néanmoins, elles mettent toutes en évidence l'importance de rassembler les acteurs, de partager des informations, d'identifier des responsabilités et de développer des objectifs communs pour assurer une coordination efficace dans les HCOs.

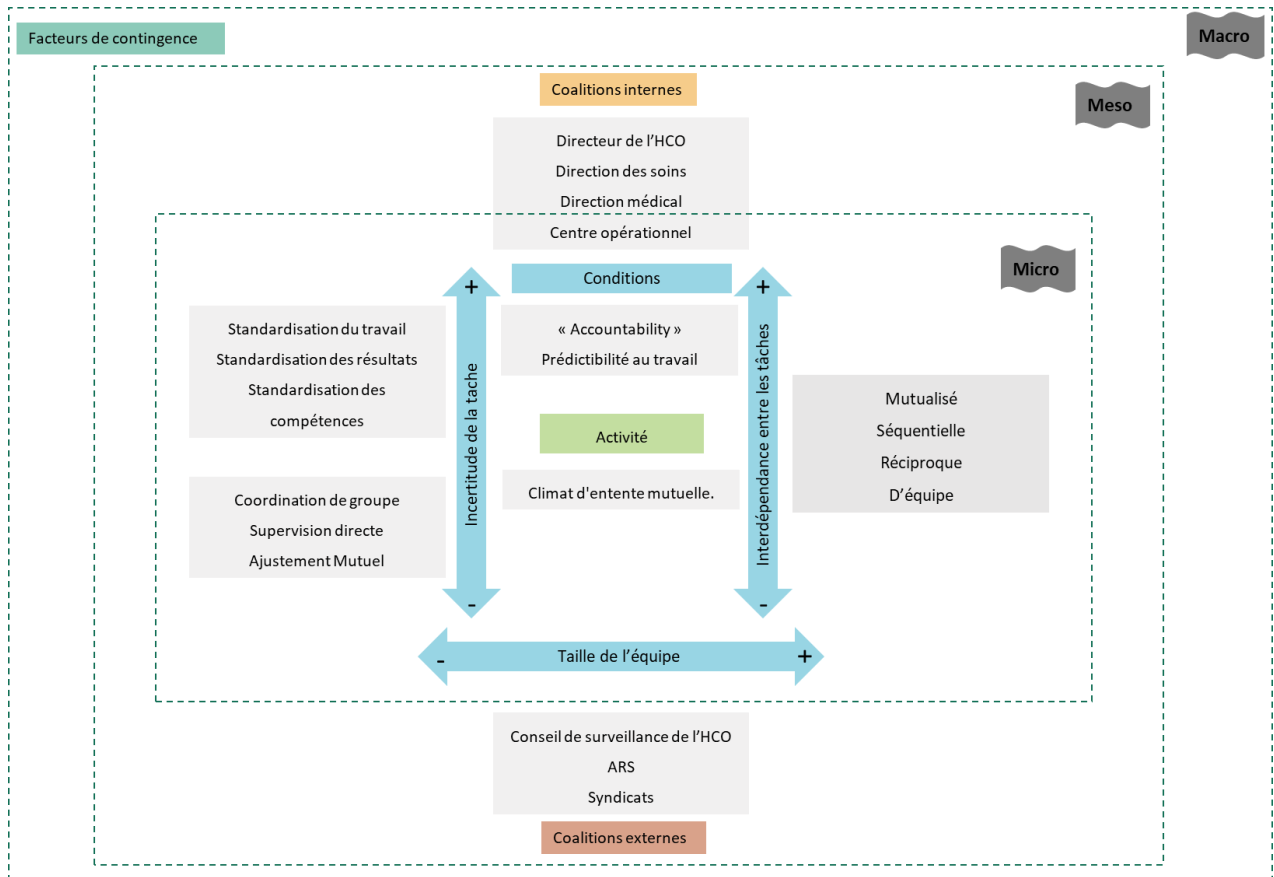


Figure 3. Stratégies de coordination au sein des HCOs

De ce fait, la conception des stratégies de coordination dans un HCO est influencée non seulement par l'interdépendance entre les acteurs, mais également par le degré d'incertitude des actes réalisés et du volume de l'activité (Figure 3). En d'autres termes, les mécanismes de coordination à mobiliser ne seront pas les mêmes dans un service d'oncologie que dans service d'urgences ou de chirurgie ambulatoire. Dans certains cas, les mécanismes de coordination programmés seront plus pertinents que les mécanismes de *feedback*.

SECTION 4. FORMULATION DE LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

L'objectif de cette thèse est donc de saisir le contenu des métiers dédiés à la coordination du parcours patient (*Patient Pathway Coordination*, PPC), plus précisément ceux incarnés par des infirmiers (*Nurses coordinators* - NC) dans un contexte organisationnel hospitalier. Cette recherche se focalise particulièrement sur le rôle des NCs dans le domaine de l'oncologie. En France, ce domaine a connu des financements importants, notamment à travers les plans cancer II et III (voir section 1), lesquels ont grandement contribué à l'essor de ces professions au sein HCOs.

Dans cette quatrième section, nous allons exposer les questions et problématiques de recherche qui guident notre étude, ainsi que les contributions anticipées et la structure du présent manuscrit.

Questions et problématique de recherche

Les métiers de la coordination, et plus précisément les NCs, ont été créés pour assurer la continuité du parcours patient, fluidifier les prises en charges entre la ville et l'hôpital ainsi que pour accompagner le patient tout au long de son parcours (Chen et al., 2000a; Dohan & Schrag, 2005; Freeman, 2013). Or, malgré l'existence de nombreuses initiatives, le contenu précis de leur activité ne fait pas consensus. En effet, les pratiques des NCs varient considérablement et peuvent parfois s'éloigner des objectifs initiaux de la coordination du parcours du patient (Cantril et al., 2019; Fillion et al., 2012; McMurray & Cooper, 2017). Dans ce contexte, il devient crucial de construire un cadre d'analyse pour comprendre l'activité réelle des NCs, la mesurer et identifier quels sont les enjeux d'implémentation de ces métiers au sein des HCOs.

Les NCs et le besoin de construire un cadre d'analyse de leur activité

Comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, le concept de coordination des soins est très hétérogène. Schultz et McDonald (2014) ont identifié pas moins de 57 définitions différentes. La question de la définition du contenu de l'activité d'un métier devient épineuse lorsque ses objectifs ne sont pas clairs.

Différentes initiatives ont été déployées pour étudier la coordination dans le domaine de la santé. Les modèles existants, tels que le modèle SELFIE et le *care coordination ATLAS*, fournissent des éléments sur la dimension stratégique de la

coordination en santé mais ne permettent pas de saisir l'activité concrète des NCs. Par exemple, bien que le modèle SELFIE (Leijten et al., 2018) soit centré sur le service rendu au patient et prenne en compte les caractéristiques du patient et de son environnement, il ne fournit pas d'éléments pour l'analyse de l'organisation de l'activité de coordination au niveau micro. En effet, ce modèle se concentre principalement sur l'analyse du système de santé plutôt que sur les organisations de santé elles-mêmes. Ainsi, au niveau micro, nous sommes confrontés à des stratégies de soins à mettre en place plutôt qu'à des activités concrètes et réelles liées au travail de coordination.

D'autres modèles, tels que le *care coordination* ATLAS (K. M. McDonald et al., 2014) et le modèle EPOCK (Colombani et al., 2022) fournissent des éléments sur les activités de coordination. Certains des éléments décrits dans ces modèles peuvent être traduits en tâches concrètes, tandis que d'autres relèvent davantage de stratégies sur lesquelles doivent se construire les programmes de coordination. Cependant, bien que ces derniers modèles abordent l'activité de coordination, leur analyse se concentre principalement sur le point de vue clinique et le service rendu au patient.

Comme nous l'avons souligné précédemment, la coordination soulève des enjeux d'organisation et de division du travail entre les acteurs (Jarzabkowski et al., 2012b; Ven Van De et al., 1976). La division classique du travail dans la production du parcours, où les médecins jouent un rôle de concepteurs, peut être remise en question avec l'émergence de nouveaux métiers dotés d'une expertise clinique. Dans une approche interactionniste, la définition du rôle et de la place des NCs nécessite également une compréhension de la répartition du travail entre les principaux acteurs impliqués dans la production du parcours des patients (E. C. Hughes, 1956).

Similairement, avec le changement de rôle du patient comme partenaire dans la production de son parcours de soins, il est nécessaire de distinguer les actions réalisées avec les professionnels de celles réalisées avec les patients. La littérature a démontré que pour favoriser l'engagement des patients, le développement de compétences autres que cliniques est nécessaire (Crawford et al., 2014; Minvielle, 2018).

Enfin, afin de répondre aux enjeux politiques tels que la coordination entre l'hôpital et la ville (INCa, 2021), il est essentiel de construire un cadre prenant en compte ces éléments.

Ainsi, tous ces éléments nous amènent à poser la question de recherche suivante :

Question 1. Quels sont les éléments qui composent l'activité de coordination du parcours patient en oncologie en vue d'en améliorer sa compréhension depuis une perspective managériale ?

Contenu de l'activité réelle des NCs : analyse du rôle et de la place des NCs dans les HCOs

La littérature en sciences infirmières, mentionnée dans la section 2, offre des pistes sur le contenu de l'activité des NCs (Brown et al., 2012; Cantril et al., 2019; McMullen, 2013; McMurray & Cooper, 2017). Toutefois, ces travaux, tout comme les modèles sur la coordination des soins, se focalisent principalement sur des approches du service rendu au patient. Or, pour analyser l'activité réelle des NCs, il est nécessaire de prendre en compte non seulement les tâches liées aux patients, mais également l'ensemble des activités qu'ils réalisent, y compris celles effectuées en *back office*. Cela nous conduit à formuler la question de recherche suivante :

Question 2. Quelle est l'activité réelle des NCs travaillant dans des HCOs en oncologie, en termes de :

- La part de temps de travail effectivement consacrée à l'activité de coordination du parcours patient ?
- Le degré de leur participation à la conception et à l'adaptation du parcours patient ?
- La proportion d'activités relevant de la coordination externe ?
- La préférence accordée aux relations avec les patients ou avec les professionnels ?

Implémentation des NCs au sein des HCOs : quels en sont les enjeux ?

En France, à la suite des financements visant à développer les infirmiers de coordination en oncologie, certains infirmiers qui occupaient auparavant des postes d'infirmiers principaux ou de faisant fonction cadres ont été amenés à assumer des rôles de coordinateurs du parcours patient (Institut National du Cancer (INCa), 2014). Selon les HCOs, certains de ces nouveaux rôles sont demeurés au sein des services d'hospitalisation, tandis que d'autres ont intégré des structures centralisant les efforts de coordination, telles que les départements de parcours (Yatim et al., 2017). Toutefois, l'analyse de l'interaction entre le travail des NCs et l'organisation du travail des structures auxquelles ils appartiennent présente encore des lacunes. Afin de saisir l'activité réelle des NCs, une approche interactionniste est nécessaire, impliquant une compréhension approfondie du contexte organisationnel des HCOs dans lesquels ils exercent. Ces éléments nous conduisent à poser la question suivante :

Question 3. Quels sont les enjeux d'implémentation des NCs au sein des HCOs ?

Cette problématique et les trois questions formulées précédemment donnent la structure des chapitres du manuscrit de thèse et nous permettent d'établir les cinq objectifs suivants :

- Objectif 1 : Saisir le concept de coordination du parcours patient en oncologie.
- Objectif 2 : Élaborer un cadre d'analyse du contenu réel de l'activité des NCs (niveau micro), en tenant compte le contexte organisationnel dans lequel ils évoluent (niveau méso).
- Objectif 3 : Saisir les différents types d'activités menées par les NCs et identifier la part d'activité qui est dédiée à la coordination des soins.
- Objectif 4 : Comprendre l'impact de la place des NCs dans les HCOs sur les types d'activités réalisées par les NCs.
- Objectif 5 : Comprendre le contexte organisationnel et relationnel des NCs en analysant les enjeux d'implémentation de ces métiers dans les HCOs.

Annnonce du plan

A travers ce travail de thèse, nous cherchons répondre à la question suivante : quel est le rôle des NCs et quel est l'impact de leur place dans les HCO sur le contenu de leur activité ?

Pour cela, nous avons organisé ce manuscrit en une introduction et méthodologie générale ainsi que trois chapitres et une discussion générale.

La méthodologie générale de la thèse suit l'introduction générale. Tenant compte le caractère par article de cette thèse, les précisions sur les méthodes utilisées seront présentées au sein des trois chapitres de résultats.

Le premier chapitre de résultats expose la démarche de la construction d'un cadre d'analyse de l'activité des NCs en oncologie à travers un article publié dans la revue *Health Policy*. Le deuxième chapitre explicite les analyses et la compréhension du contenu du travail des NCs observés en oncologie via un article publié dans la revue *HealthCare*. Le troisième chapitre traite la question des enjeux d'implémentation de ces métiers dans les HCOs. A la fin des chapitres des résultats, une synthèse des principaux résultats est présentée sous forme de tableaux.

Enfin, nous présenterons une discussion générale de nos résultats qui commence par une synthèse des discussions des trois chapitres des résultats. Etant donné que nos analyses ont principalement été effectuées au niveau micro, nous avons cherché dans la discussion à les mettre en perspective par des approches plus transversales.

DESIGN DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

L'objectif de cette thèse est donc de saisir le contenu des métiers dédiés à la coordination du parcours patient (*Patient Pathway Coordination*, PPC), plus précisément ceux incarnés par des infirmiers (*Nurses coordinators* - NC) dans un contexte organisationnel hospitalier. Cette recherche se focalise particulièrement sur le rôle des NCs dans le domaine de l'oncologie.

L'approche épistémologique adoptée est ancrée dans le réalisme critique (Allard-Poesi, 2019; Dumez, 2010, 2016; Gavard-Perret et al., 2012), ce qui nous a conduit à étudier l'activité réelle des NCs sans partir d'a priori concernant leur travail prescrit. Cette approche a ainsi incité à considérer que la réalité existe indépendamment de nos perceptions et interprétations, à différence des approches constructivistes ou interprétativistes. Néanmoins, en tenant compte de la multiplicité de paramètres de cette réalité, nous reconnaissons que cette compréhension est influencée par un contexte socioculturel.

Dans ce chapitre, nous commencerons par exposer notre cheminement méthodologique et faire une synthèse des définitions des méthodes utilisées. Etant donné que cette thèse est une thèse par article, le détail de la méthodologie (design des études, définition de l'échantillon, collecte et analyse des données) sera présenté au sein de chaque article.

Cheminement méthodologique

En congruence avec notre approche épistémologique, nous avons adopté une démarche compréhensive (Dumez, 2016) et suivi un raisonnement abductif pour répondre à nos questions de recherche. Cette approche nous a permis de construire des connaissances en reliant les données empiriques à la littérature existante à travers d'un travail itératif. En prenant comme appui les recherches d'Aliseda (2006a) ou de Dubois and Gadde (2002, 2014) sur l'abduction, nos travaux sont partis d'un cadre préliminaire qui mobilisait certains concepts importants pour orienter notre recherche. A différence des démarches hypothético-déductives, cette recherche n'a pas débuté par la formulation d'hypothèses initiales. Au contraire, nous avons mobilisé de prémisses sur les points qui nous ont semblé importants pour orienter notre recueil et analyse de données.

Ce cheminement s'est déroulé en plusieurs phases, comme illustré dans la Figure 4 :

- 1.a. La construction d'un cadre préliminaire et sa confrontation avec le terrain, aboutissant à la mise à jour du cadre.
- 1.b La confrontation du cadre actualisé avec la théorie, permettant ainsi l'établissement d'un cadre final appelé APANCO.
2. L'analyse du travail sur le terrain à travers le cadre APANCO.
3. L'analyse des enjeux d'implémentation des NCs à travers le cadre APANCO.

Question 1. Quels sont les éléments qui composent l'activité de coordination du parcours patient en oncologie en vue d'en améliorer sa compréhension depuis une perspective managériale ?

Objectif 1. Saisir le concept de coordination du parcours patient en oncologie.

Objectif 2. Élaborer un cadre d'analyse du contenu réel de l'activité des NCs (niveau micro), en tenant compte du contexte organisationnel dans lequel ils évoluent (niveau méso).

Question 2. Quelle est l'activité réelle des NCs travaillant dans des HCOs en oncologie, en termes de :

- La part de temps de travail effectivement consacrée à l'activité de coordination du parcours patient ?
- Le degré de leur participation à la conception et à l'adaptation ?
- La proportion d'activités relevant de la coordination externe ?
- La préférence accordée aux relations avec les patients ou avec les professionnels ?

Objectif 3. Saisir les différents types d'activités menées par les NCs et identifier la part d'activité qui est dédiée à la coordination des soins.

Objectif 4. Comprendre l'impact de la place des NCs dans les organisations de santé sur les types d'activités réalisées par les NCs.

Question 3. Quels sont les enjeux d'implémentation des NCs au sein des HCOs ?

Objectif 5. Comprendre le contexte organisationnel et relationnel des NCs en analysant les enjeux d'implémentation de ces métiers dans les HCOs

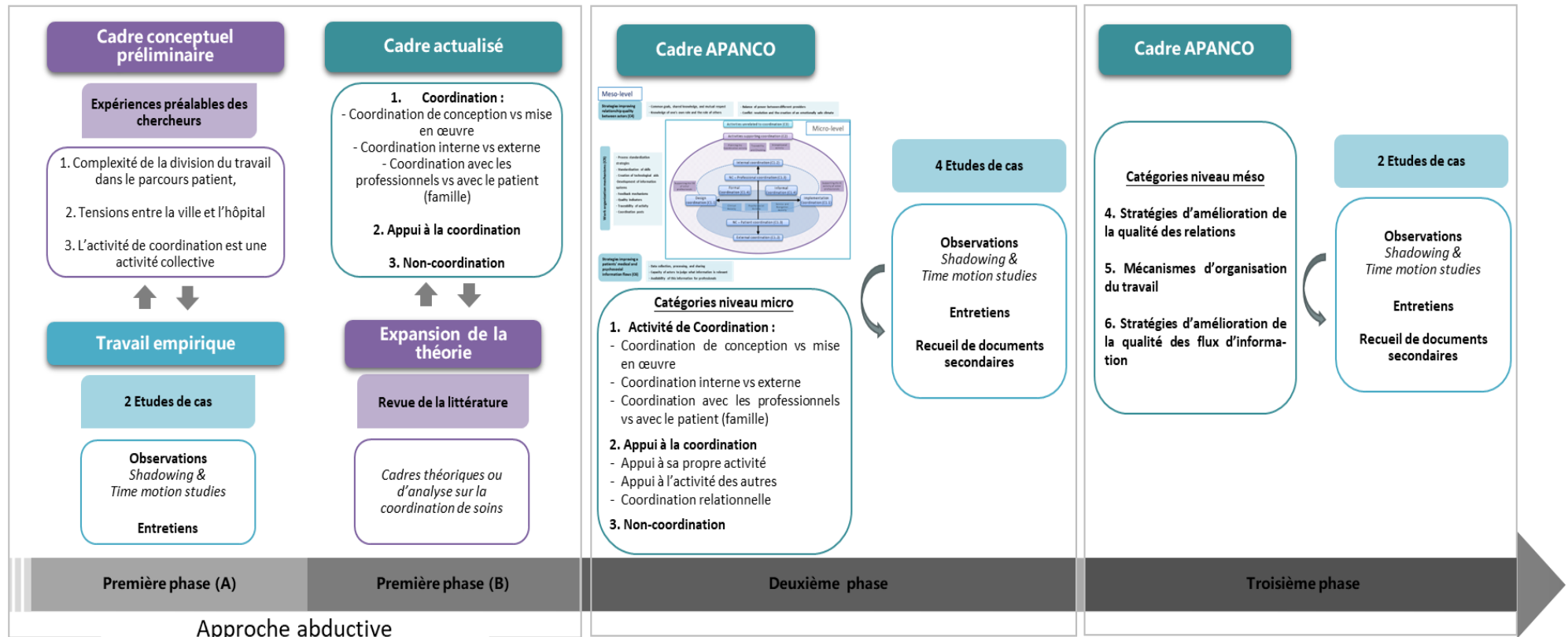


Figure 4. Synthèse de la méthodologie.

Raisonnement abductif

Notre démarche de recherche s'est appuyée sur un raisonnement abductif, qui s'est caractérisé par deux boucles successives permettant de mettre en relation les éléments empiriques et théoriques.

Définition de l'abduction

Selon Peirce, l'abduction est la seule opération logique qui introduit « une idée nouvelle » (Peirce et al., 1965, p. 106). A travers ces écrits synthétisés dans « *The Collected Papers of Charles Sanders Peirce* », il a proposé plusieurs définitions au terme d'abduction. L'une de ces définitions suggère que « *L'abduction ... consiste à examiner une série de données et laisser ces données proposer une théorie* » (1935). Cette définition a notamment été utilisée par Glaser & Strauss (2017) dans leur proposition d'une théorie enracinée (« *Grounded theory* »). Cependant, étant donné notre intérêt à analyser le contenu du travail des NCs dans son contexte organisationnel, nous avons jugé cette approche moins adaptée, car il était important pour nous d'établir certains concepts préliminaires avant de nous rendre sur le terrain.

D'autre part, Aliseda (2006b, p. 46) propose une autre définition pour le raisonnement abductif : « *l'Inférence ... qui prend une théorie de fond et une observation donnée comme entrées, et produit une explication abductive comme résultat* ». C'est sur cette définition que nous nous sommes appuyés pour développer notre méthodologie.

Construction d'un cadre préliminaire

La théorie de fond mentionnée par Aliseda dans sa définition peut être traduite comme un cadre conceptuel préliminaire. Similairement, Dubois and Gade (2002) proposent l'utilisation d'un cadre préliminaire pour orienter les travaux empiriques. Ce cadre peut être élargi, rétréci, resserré ou révisé, afin de tenir compte des données empiriques (Aliseda, 2006b, p. 43). Huberman & Miles (2003, pp. 40–49), décrivent les cadres initiaux comme des outils qui aident à focaliser l'attention sur un ou plusieurs éléments spécifiques : « *Ils sont une version momentanée de la carte du territoire exploré par le chercheur* ». Huberman & Miles distinguent deux types de cadres initiaux, l'un étant très structuré et rigoureux, tandis que l'autre est plus souple et évolutif (2003, pp. 40–49). Dubois & Gade (2002) proposent un troisième type : structuré, rigoureux mais évolutif. C'est précisément ce type de cadre qui nous permet

d'analyser le contenu du travail des NCs à travers une perspective d'organisation du travail.

Ainsi le point de départ de ma thèse a été un cadre préliminaire qui nous a permis d'exprimer un certain nombre de concepts théoriques sur la coordination. Ces concepts relèvent de la théorie mais sont modulés par l'expérience des chercheurs sur le sujet, ce qui leur confère une ancrage empirique (Dumez, 2016, pp. 147–177). Ce cadre préliminaire a permis « *d'orienter la recherche plutôt que de l'enfermer dans un seul chemin* » (Dubois & Gadde, 2002).

Première boucle et faits surprenants

Lors de la première boucle de notre raisonnement abductif, nous avons confronté le cadre conceptuel préliminaire aux données empiriques, et avons constaté que certaines données ne pouvaient pas être entièrement expliquées par ce cadre initial. Aliseda précise que ce type de données correspond à la catégorie des « *nouveaux faits surprenants* »¹⁴ (2006b, p. 41). Selon Aliseda, « *les faits qui sont complètement cohérents et expliqués par la théorie, ne peuvent pas être étudiés via le raisonnement abductif* » (Aliseda, 2006b, p. 41). Toutefois, lorsque les données observées présentent des caractéristiques inattendues et ne peuvent être entièrement expliquées par le cadre conceptuel préliminaire, elles ouvrent la voie à la nouveauté abductive. Ces données nous ont incités à mettre à jour notre cadre préliminaire et à réexaminer la théorie à la lumière d'une revue de la littérature.

Deuxième boucle et construction d'un cadre d'analyse de l'activité des NCs

Dans notre deuxième boucle, nous avons confronté le cadre actualisé à la littérature scientifique existante sur la coordination des parcours. Cette deuxième boucle a été essentielle pour affiner notre compréhension de l'activité des NCs et nous a permis de développer le cadre final.

Méthodes utilisées pour le recueil de données

Nous avons réalisé le recueil des données via des observations et l'avons complété par des entretiens et des documents secondaires tels que les fiches de poste ou des statistiques des HCOs.

¹⁴ En d'autres termes, ce sont des faits qui sont cohérents avec la théorie mais que celle-ci ne peut pas expliquer complètement.

Observations

Les observations ont été effectuées en utilisant la méthode *shadowing* (S. McDonald, 2005), une approche qui implique une immersion étroite dans la vie professionnelle du sujet observé. Selon McDonald (2005) ce type d'observation « *est une technique de recherche qui consiste à suivre de près un membre d'une organisation pendant une période prolongée* ». Cette approche avait déjà été employée dans des études antérieures portant sur le contenu du travail des infirmiers (Met et al., 2022; Salma & Waelli, 2022).

L'objectif central des observations de type *shadowing* était de recueillir des données détaillées et approfondies sur l'activité du sujet observé. Cette approche permet ainsi d'obtenir "*une image directe et multidimensionnelle du rôle, de la philosophie et des tâches de la personne étudiée*", en l'occurrence les NCs (S. McDonald, 2005). Dans le cadre de cette collecte de données, il était primordial de saisir les objectifs poursuivis par les NCs, de repérer les différents acteurs impliqués et de décrire leurs relations, afin de capturer le contenu réel de leur activité (S. McDonald, 2005; Tsoukas, 1989).

En ce qui concerne la durée des observations, McDonald (2005) souligne que celles-ci « *peuvent être réalisées sur des jours consécutifs ou non consécutifs, allant d'une seule journée à un mois entier* ». Dans le cadre de notre étude, les observations ont été menées sur plusieurs journées consécutives de travail. La durée prolongée de ces observations du travail des NCs a été déterminante pour atténuer le biais comportemental d'ajustement typique de cette méthode (Gavard-Perret et al., 2012, pp. 140–171). De plus, une attention particulière a été portée à l'établissement d'un climat de confiance avec les infirmiers avant et pendant les temps d'observation.

En complément, la méthode des *time and motion studies* (Lopetegui et al., 2014) a été appliquée simultanément. Cette méthode implique le chronométrage minutieux de toutes les activités exécutées par les NCs.

Entretiens

Afin d'élargir et d'approfondir les données obtenues par les observations, nous avons opté pour la réalisation d'entretiens exploratoires (Van Rekom et al., 2006). Ces entretiens ont été élaborés sur la base des observations préalablement effectuées, et les questions du guide d'entretien se sont articulées autour de 3 objectifs principaux :

- 1) Comprendre la structure organisationnelle à laquelle les NCs étaient rattachés. Nous avons cherché à explorer la manière dont le rôle des NCs s'intègre au sein d'un service d'hospitalisation ou au cœur des structures qui centralisent les efforts de coordination.
- 2) Connaître les types de patients pris en charge par les NCs afin de préciser à quel moment du parcours les NCs interviennent ainsi que la durée de leur suivi.
- 3) Recueillir les perceptions des NCs sur leurs relations avec le reste de l'équipe de soins afin de saisir la dynamique interprofessionnelle.

Collecte de documents secondaires

En parallèle, nous avons collecté des documents secondaires tels que des rapports, prescriptions, statistiques de seconde main et des fiches de postes. Ces documents ont fourni des éléments de contexte essentiels pour compléter et mettre en perspective les données issues des observations. Ils ont également permis de prendre en compte les éléments de contingence qui peuvent influencer l'activité des NCs (Tsoukas, 1989).

Revue de la littérature

Nous avons réalisé une revue de la littérature de type narrative. Ce type de revue est adapté à notre analyse face à un concept, la coordination appliquée aux soins, qui est peu structuré et abordé par différents courants de littérature (médecine, health service research, sciences infirmière, sciences de gestion). Par ailleurs, l'objectif était qualitatif afin de créer le cadre d'analyse le plus compréhensif et intégrer les différentes facettes relatives à l'activité de coordination, et non quantitatif comme dans le cas d'une *scoping review*. L'objectif a été de répertorier les cadres théoriques existants sur la coordination des soins, en distinguant ce qui relève des niveaux macro (système de santé), méso (institutionnel) et micro (activité proprement dite). Nous avons cherché toutes les références sur le sujet, indépendamment du fait que l'activité soit exercée par un nouveau métier, et en oncologie, afin d'être le plus exhaustif.

En adoptant les principes d'une démarche PRISMA (Moher et al., 2009), nous avons d'abord interrogé quatre bases de données (*Pub Med, Scopus, Web of sciences et Sciences direct*) en avril 2019. La requête a été construite à partir d'une stratégie d'identification des mots clés qui ont été associés. Nous avons limité les recherches aux articles de langue anglaise, française et espagnole

(dans ces deux derniers cas avec un abstract en anglais pour le repérage par mots-clés), sans limites de temps. Une revue manuelle effectuée sur les bibliographies des articles est venue compléter la sélection des articles par effet boule de neige (Badampudi et al., 2015; Greenhalgh & Peacock, 2005).

Les titres et les résumés ont été examinés par MXA puis les articles. A chaque étape, la sélection s'est établie sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion. Les désaccords sur l'inclusion d'abstracts et articles ont été résolus en commun entre les trois chercheurs.

CONTRIBUTIONS ATTENDUES DE LA THESE

Les contributions attendues de ce travail doctoral sont de deux ordres :

Contributions théoriques : pour les sciences de gestion et la santé publique

La littérature en sciences de gestion et en santé s'est largement intéressée à la coordination (K. M. McDonald et al., 2014; Okhuysen & Bechky, 2009) et aux métiers qui y sont dédiés (Brown et al., 2012; McMurray & Cooper, 2017). Or, l'hétérogénéité des modèles conceptuels et les frontières mal définies avec d'autres termes rendent difficile la définition du travail de coordination (Cantril et al., 2019). Similairement, ces modèles sont souvent construits sur un registre normatif, ce qui limite la compréhension de l'activité réelle des NCs. Ils se centrent sur les soins délivrés et ne considèrent pas les activités de *backoffice* ou la place des NCs dans l'HCO. Les NCs sont souvent étudiés comme des « professionnels isolés », sans considérer leur intégration dans l'organisation du travail de l'HCO.

Dans cette thèse, nous souhaitons contribuer à la littérature existante sur la coordination et le travail des NCs de deux manières. Tout d'abord, nous visons à apporter des éclaircissements en proposant une définition de l'activité de coordination du parcours patient ancrée au niveau micro. Cette perspective d'analyse au niveau micro prend en compte les interactions et les pratiques concrètes sur le terrain, comme l'ont souligné des auteurs tels que Faraj et Xiao (2006).

Ensuite, nous souhaitons proposer un cadre d'analyse du travail réel des NCs qui tient à la fois compte de la place des NCs, de leur rôle et de leur intégration dans l'organisation du travail dans les HCOs.

Enfin, cette thèse contribuera à une meilleure compréhension des facteurs organisationnels qui influencent les types d'activités réalisées par les NCs et des enjeux d'implémentation de ces métiers.

Contributions pratiques : pour les managers, décideurs publics et acteurs de terrain

En France, des initiatives ont été engagées pour développer les NCs, notamment en oncologie à travers les plans cancer et plus récemment la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Pourtant, il n'existe pas de cadre qui

permet d'analyser l'activité de ces métiers du point de vue de l'organisation du travail.

Mon travail de thèse pourra être utilisé par les managers de proximité et les décideurs publics dans l'évaluation du travail des NCs. Cette analyse du travail permettra de comprendre les missions des NCs et ainsi de pouvoir les articuler avec le travail d'autres membres de l'équipe au sein des HCOs. Cette compréhension pourra aider à structurer l'offre des métiers de coordination dans les territoires afin d'éviter les doublons et en améliorer l'efficacité.

PREMIER CHAPITRE

COMPRENDRE L'ACTIVITE DES INFIRMIERS
COORDINATEURS EN ONCOLOGIE :
ELABORATION D'UN CADRE BASE SUR UNE
APPROCHE ABDUCTIVE

PRESENTATION DU CHAPITRE

Ce chapitre a fait l'objet d'une publication (Acero et al., 2023b).

Contexte

Plusieurs modèles ont déjà été proposés pour analyser la coordination du point de vue du service rendu au patient dans une perspective clinique (Brown et al., 2012; Colombani et al., 2022; K. M. McDonald et al., 2014). Cette approche est essentielle pour déterminer les besoins de coordination et les compétences à développer. Cependant, elle ne suffit pas à rendre compte du travail réellement réalisé par les acteurs de la coordination et des ressources nécessaires pour le mettre en place. Pour comprendre le rôle des NCs en situation et pour évaluer leurs besoins dans l'organisation, **il est nécessaire de développer un cadre d'analyse intégrant les enjeux spécifiques d'organisation du travail et les activités sortant du cadre prédéfini de la coordination.**

Ce premier chapitre s'articule autour de la première question de recherche, et les objectifs 1 et 2 de la thèse qui visent à intégrer une perspective organisationnelle sur la coordination des parcours en oncologie :

- Question 1 : Quels sont les éléments qui composent l'activité de coordination du parcours patient en oncologie en vue d'en améliorer sa compréhension depuis une perspective managériale ?

Méthodologie

Pour élaborer notre cadre, nous avons adopté une démarche abductive. L'abduction, seule opération logique qui introduit « une idée nouvelle » (Peirce et al., 1965, p. 106), permet d'abord d'ancrer un certain nombre de concepts préliminaires à la réalité du terrain de recherche. Ensuite, elle permet de les élargir par la confrontation à la théorie (Dubois & Gadde, 2002). Afin de nous orienter dans cette démarche, nous nous sommes appuyés sur les travaux d'Aliseda (2006b), Huberman et Miles (2003) ainsi que sur les travaux de Dubois et Gadde (1999, 2002, 2014).

Nous avons réalisé des observations en *Shadowing* définies par McDonald comme une « *technique de recherche qui consiste à suivre de près un membre d'une organisation pendant une période prolongée* » (S. McDonald, 2005). A la différence d'autres méthodes qui se basent sur des données déclaratives,

l'observation directe via le *shadowing* nous a permis de mieux saisir l'activité réelle des NCs étudiés. La longue durée d'observation du travail des NCs (175 heures), permet de limiter le biais comportemental d'ajustement classique pour ce type de méthode (Gavard-Perret et al., 2012, pp. 140–171) et ainsi d'instaurer un climat de confiance avec les infirmiers. En complément, nous avons réalisé des entretiens exploratoires pour obtenir des données de contexte sur les pratiques des NCs, leur perception, ainsi que les interactions avec le reste de l'équipe de soin (Tsoukas, 1989).

Contributions

Ce premier chapitre propose donc un cadre d'analyse du travail des NCs (Activity of Patient Pathway Nurse Coordinators in Oncology, APANCO). Par rapport à la littérature sur le sujet, notre cadre apporte des contributions à la fois théoriques et pratiques.

Au niveau de la littérature en sciences de gestion et en santé publique, ce cadre vient approfondir les recherches sur la coordination sous un niveau d'analyse micro, qui n'a pas fait l'objet de suffisamment de recherches jusqu'ici. Des auteurs comme Faraj et Xiao (2006) soulignent justement l'importance d'approfondir les travaux sur la coordination depuis le niveau d'activité des acteurs de la coordination. Cette analyse détaillée de l'activité permet notamment de connaître le travail réel des NCs. En conséquence, l'utilisation du cadre APANCO peut favoriser l'organisation et la répartition de l'activité de coordination entre les acteurs du parcours.

Par rapport à la littérature en sciences infirmières, APANCO questionne la division historique du travail entre médecins et infirmiers. Ce cadre permet d'analyser l'activité de coordination de conception du parcours patient effectuée par les NCs. De même, à travers sa deuxième catégorie, APANCO analyse le travail délégué par les médecins aux infirmiers.

Le cadre APANCO a deux implications pratiques. D'abord, il peut être utilisé par les managers de proximité comme un outil d'évaluation du travail des NCs. Les trois catégories du niveau micro¹⁵ permettent de distinguer ce qui relève du cœur d'activité des NCs des autres activités de support ou de non-coordination. De ce

¹⁵ 1) Activité de coordination
2) Activités de support à la coordination
3) Activités de non-coordination

fait, il pourrait prévenir la mobilisation des NCs pour pallier les défauts d'organisation interne dans les HCOs. De même, les trois dernières catégories¹⁶, au niveau méso, peuvent être utilisées comme un instrument d'analyse de l'intégration du travail des NCs au sein des HCOs.

APANCO peut également être utilisé par les décideurs, au cours de la planification des parcours, comme un outil de réorganisation de l'offre des métiers de la coordination dans un territoire. Les connaissances détaillées du travail effectué par chaque NC viendraient diminuer les possibles doublons du travail entre les NCs d'un même territoire. Des lors, APANCO favorise une meilleure organisation de l'offre de soins en coordination en prévenant les doublons ou les ruptures dans la prise en charge des patients par les NCs.

Communication et processus de publication

Cet article a été publié dans la revue *Health Policy* IF : 3.255 (rang A dans la classification HCERES 2020) :

Acero, M.-X., Minvielle, E., & Waelli, M. (2023b). **Understanding the activity of oncology nurse coordinators: An elaboration of a framework based on an abductive approach.** *Health Policy*, 130, 104737. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104737>

Cet article a également été présenté dans le cadre de colloques avec publications d'actes :

Acero, M-X. **L'activité de coordination de parcours patient : présentation d'une revue de littérature.** 7^{ème} colloque ARAMOS « Mieux coordonner pour mieux soigner ? Le système de santé mis au défi de la coordination ». Lyon, 21 et 22 novembre 2019

Acero, M-X. **La place et le rôle des métiers de la coordination : un exemple du parcours patient en oncologie.** Colloque doctoral ARAMOS. Rennes, 15 mars 2019

¹⁶ 4) Analyse des relations

5) Analyse des mécanismes d'organisation du travail

6) Analyse des flux d'information

Ce travail a aussi fait l'objet d'interventions dans des séminaires professionnels et dans des évènements auprès du grand public :

Acero, M-X. **Contenu du travail des nouveaux métiers de la coordination : présentation d'une étude de cas en oncologie.**

« 22ème R.I.O. 2019 ». Paris, 23 mars 2019

Acero, M-X ; Minvielle, E ; Waelli, M. **Présentation des résultats de l'étude sur la coordination en oncologie.** « 1ère journée de rencontre des infirmiers spécialisés cliniciens en Epilepsies ». Lyon, 31 mai 2018



Volume 130
April 2023

Health policy 130 (2023) 104737



Contents lists available at ScienceDirect

Health policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



Understanding the activity of oncology nurse coordinators: An elaboration of a framework based on an abductive approach

Maria-Ximena Acero^{a,*}, Etienne Minvielle^{b,c}, Mathias Waelli^{a,d}

^a ARENES – UMR 6051, CNRS, EHESP (French School of Public Health), Univ Rennes, 15 Avenue du Professeur Lé on Bernard, Rennes 35043, France

^b i3-CRG Ecole Polytechnique, Route de Saclay, Palaiseau 91120, France

^c Gustave Roussy, 114 Rue Edouard Vaillant, Villejuif 94800, France

^d Global Health Institute, University of Geneva, 24 rue du Général-Dufour 1211 Genève 4, Switzerland

ARTICLE INFO

Keywords:

Care coordination
Implementation
Framework
Patient pathway coordination roles
Abductive approach

ABSTRACT

Care coordination is a major health system issue, in particular for cancer patients where a lack of coordination may impact quality of care, lived experiences, and care costs. Consequently, new roles facilitating Patient Pathway Coordination (PPC) have been created (nurse coordinators, NC). However, despite their importance, core PPC activities remain unclear. Practices are often heterogeneous and may be far removed from coordination roles, thus posing issues for implementation of PPC policies.

To address this, we generated an analytical framework to investigate the Activity of PATient PATHway Nurse Coordinators in Oncology (APANCO) from an organizational perspective. We adopted an abductive approach, characterized by two phases: the first involved a preliminary theoretical framework confronted with empirical data from two ethnographic fieldwork scenarios. In the second, we confronted the updated framework with data from a care coordination literature review.

The final APANCO framework comprised three main categories at micro-level and three at meso-level. The first categories were used to analyze real NC activity at the micro-level and accounted for activities related (or not) to PPC. Meso-level categories considered organizational contexts that might have influenced NC work content.

APANCO provided invaluable information on NCs activities. The framework may be used for clinical and managerial skills training and for standardizing job descriptions. These elements are key for decision-makers and managers who implement PPC programs.

ABSTRACT

Care coordination is a major health system issue, in particular for cancer patients where a lack of coordination may impact quality of care, lived experiences, and care costs. Consequently, new roles facilitating Patient Pathway Coordination (PPC) have been created (nurse coordinators, NC). However, despite their importance, core PPC activities remain unclear. Practices are often heterogeneous and may be far removed from coordination roles, thus posing issues for implementation of PPC policies.

To address this, we generated an analytical framework to investigate the Activity of Patient Pathway Nurse Coordinators in Oncology (APANCO) from an organizational perspective. We adopted an abductive approach, characterized by two phases: the first involved a preliminary theoretical framework confronted with empirical data from two ethnographic fieldwork scenarios. In the second, we confronted the updated framework with data from a care coordination literature review.

The final APANCO framework comprised three main categories at micro-level and three at meso-level. The first categories were used to analyze real NC activity at the micro-level and accounted for activities related (or not) to PPC. Meso-level categories considered organizational contexts that might have influenced NC work content.

APANCO provided invaluable information on NCs activities. The framework may be used for clinical and managerial skills training and for standardizing job descriptions. These elements are key for decision-makers and managers who implement PPC programs.

Keywords

Care coordination, Implementation, Framework, Patient Pathway Coordination roles, Abductive approach

1. INTRODUCTION

Improving care coordination between professionals, patients, and their families, throughout the healthcare pathway, is a major challenge for healthcare systems, particularly for chronic disease management (Bodenheimer, 2008; Lega, 2007). Within the development of ambulatory care and labor division complexity along the patient pathway, better care coordination has been shown to promote patient pathway quality and efficiency (Press, 2014).

Cancer patients are particularly affected by coordination requirements, especially during transition between ambulatory and in-patient care (Yatim et al., 2017). Limited coordination is associated with medical errors, poor remedial toxicity and side effect control from chemotherapy, poor compliance, and high costs (Gorin et al., 2017). Importantly, significant numbers of such complications occur during transition from hospital to home care (Shrank et al., 2019).

Faced with an increased incidence of cancer and cancer survivors (Mattiuzzi & Lippi, 2020), and in response to coordination requirements, several countries initiated national plans prioritizing and improving Patient Pathway Coordination (PPC) (Gorin et al., 2017). As part of these plans, a major action initiative has been to create PPC roles (Chen et al., 2000b; Kemper, 1988). These roles initially emerged in

the United States of America in the late 1980s, then in several European countries to cover oncology and other clinical specialties (Institut National du Cancer, 2021; NHS, 2017). PPC roles are generally occupied by nurses (Dohan & Schrag, 2005) who are often called nurse coordinators, pivot nurses, liaison nurses, or coordination support nurses (Cantril et al., 2019). For simplicity, we used the "NC" acronym throughout this article. NCs have demonstrated their inherent value; they better manage resources, handle medical errors, manage and prevent unnecessary hospitalization, and overall, improve patient experiences (Hunnibell et al., 2012; K. M. McDonald et al., 2014; McMurray & Cooper, 2017).

However, as initiatives increase, little consensus exists on the precise activity of NCs. Nurse activity should reflect a set of practices involving care coordination between health professionals, patients, and their families during in-patient and ambulatory care. However, practices are often heterogeneous, with deviations occurring when activities have little to do with PPC (Cantril et al., 2019). Therefore, a better understanding of these activities is a shared challenge for decision-makers and institutional health-policy makers. A framework analyzing NC activities could help managers and decision-makers standardize practices, as recommended by the European

Department of the Rand Corporation (RAND Europe et al., 2012).

Our objective was to formulate a descriptive framework to analyze the real Activity of PATient PATHway Nurse Coordinators in Oncology (APANCO) and focus on content coordination using an organizational approach. Definitions from key agencies have helped clarify care coordination concepts. The Agency for Healthcare Research and Quality proposed: “*Care coordination is the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health care services. Organizing care involves the marshalling of personnel and other resources needed to carry out all required patient care activities and is often managed by the exchange of information among participants responsible for different aspects of care*” (K. M. McDonald et al., 2007). As such, for this study we defined PPC as a collective activity between NCs, other professionals (medical, paramedical, or social), and cancer patients or their families. This collective activity involved sharing patient-related information (e.g., clinical, psychosocial, and service information) between pathway actors, regardless of their location (ambulatory/hospital), to ensure a smooth and continuous pathway.

Different care coordination oncology models have been proposed

(Gorin et al., 2017; K. M. McDonald et al., 2014), distinguishing care coordination from integration (2002), continuity (2008), collaboration (Minvielle, 2018) or cooperation concepts (K. M. McDonald et al., 2014). These models generally identify three analytical levels (Gardner et al., 2014; Schultz & McDonald, 2014): (i) macro-level accounts for how public policies and financing and regulation modes influences coordination strategies developed at other levels (Curry & Ham, 2010; Lega, 2007); (ii) meso-level models account for organizational design and the institutional adoption of coordination mechanisms within the organization (e.g., designing process flows, protocols or job descriptions, and multidisciplinary care meetings) (Okhuysen & Bechky, 2009; Weaver et al., 2018); and (iii) micro-level models describe the activities and practices of front-line actors involved in patient care pathways (Colombani et al., 2022). While the first two levels have been widely reported, the micro-level remains unclear (Faraj & Xiao, 2006). A recent French initiative (Colombani et al., 2022) sought to differentiate “activities (practices), actors, tools, and effects” in care coordination. The model provided a set of useful tools for care coordination-program operationalization. Therefore, to advance our knowledge in this area, NC activities should be investigated as they are performed in real time work situations. Additionally, to improve the implementation of these roles, it is important to analyze NC activity in an

organizational work context, i.e., we must consider not only the micro-level where activities are performed, but also the meso-level where work organization strategies are adopted.

Within this context, we developed a framework to analyze the activity of NCs in oncology and to capture their real activity in an organizational environment. Such framework development is two-fold. At a theoretical level, it complements existing knowledge on care coordination by enriching experiences at the micro-level and framing them within organizational strategies at the meso-level. In this analysis, coordination is viewed as a core concept of management science, which includes organizational perspective in our framework. From an operational standpoint, the APANCO framework helps managers and decision-makers develop oncology NC roles and evaluate their activities, while strictly focusing on PPC activities.

2. METHODOLOGY

We adopted an abductive approach (Aliseda, 2006b; Peirce, 1931) where "research issues and the analytical framework are successively reoriented when they are confronted with the empirical world" (Dubois & Gadde, 2002, 2014). This method was appropriate because: 1) coordination activity analysis cannot be dissociated from an organizational context (Tsoukas, 1989), 2) the abductive

approach permits the creation of new concepts (Peirce, 1935), and 3) the abductive approach facilitates the development of a framework which captures real NC activity thanks to confrontation between empirical and theoretical data.

Therefore, our abductive approach was characterized by two phases where we related empirical with theoretical data (Figure 6).

2.1 First study phase

The first phase involved constructing a preliminary conceptual framework (Dubois & Gadde, 2002), and its confrontation with an empirical analysis based on an ethnographic methodology. This confrontation allowed the initial framework to evolve (Dubois & Gadde, 2002; Dumez, 2012).

a. Development of a preliminary conceptual framework

We started by defining a preliminary theoretical framework (Aliseda, 2006b; Dubois & Gadde, 2002) based on the experience and management science knowledge of the study researchers (EM and MW). This framework was "a tight and evolving framework" (Dubois & Gadde, 2002) and meant it defined several concepts to structure the field, but simultaneously provided enough flexibility for its expansion and adaptation in the field. From this, three concepts were defined: 1) design/implementation coordination activities; 2) internal/external

coordination activities; and 3) professional/patient coordination.

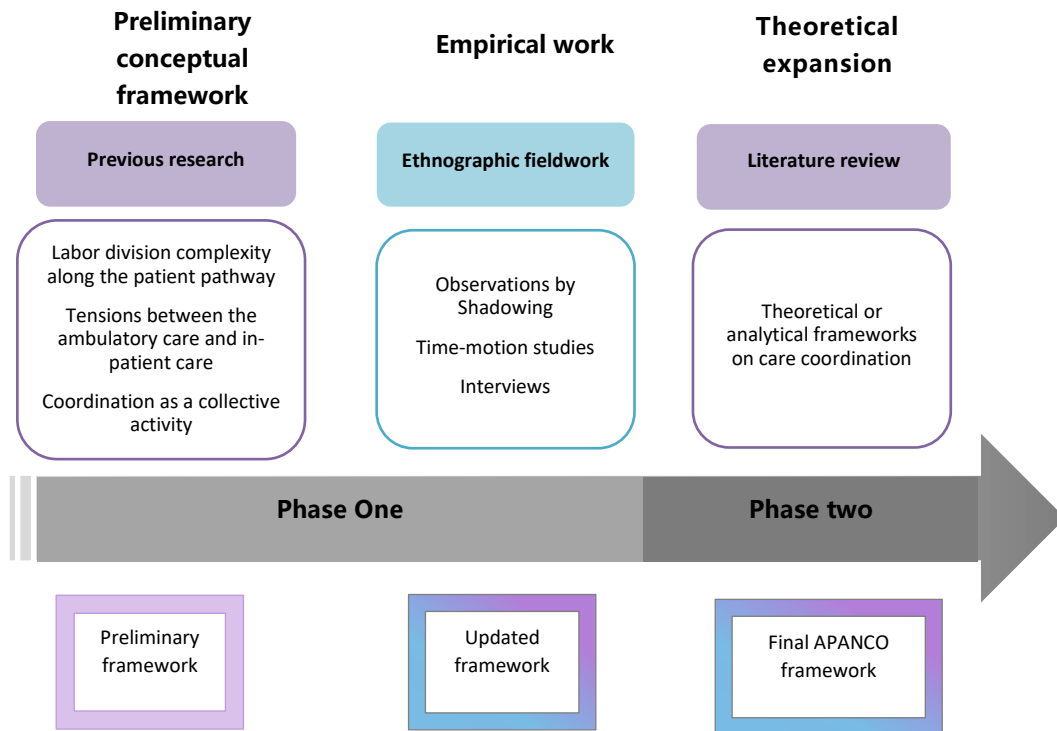


Figure 6. Phases in developing the APANCO* framework

*APANCO: Activities of the Patient Pathway Nurse Coordinators in Oncology

b. Empirical fieldwork in two HealthCare Organizations (HCOs)

To conduct empirical fieldwork, data were collected according to qualitative ethnographic study principles (S. McDonald, 2005; Tsoukas, 1989) at two HCOs specializing in oncology. HCOs were

selected using several criteria (Tsoukas, 1989) to observe and characterize different NC roles (Tableau 5). Observed NCs belonged to in-/out-patient wards or centralized structures (these structures are coordination platforms outside in-patient wards, but part of HCO work organizations).

Tableau 5. General characteristics of two oncology HealthCare Organizations (HCO1 and HCO2)

	Not-for-profit hospital (HCO1)	Public university establishment with a reference center in oncology (HCO2)	
Numbers			
Number of beds	140	59	
Day-patient places	26	49	
Days of care H ¹	8425	1843	
Days of care DH ²	6693	753	
Average length of stay	5.2	10.3	
Link to	Gynecology Department	Centralized structure	In/out-patient wards

Hierarchical chain	Gynecology ward nurse manager	Centralized structure nurse manager	Ward nurse manager
Mission	Ensuring hospital-to-home transitions and home follow-up for breast cancer patients	Supporting and coordinating patients care across the entire care pathway	Ensuring hospital-home-transition or transfer to another HCO. Ensuring patient care coordination in the hospital
Role design	Professional design (between the nurse and the surgeon)	Institutional design	
Human resources	One coordination support nurse	Five pivot nurses One secretary	Two liaison nurses Two coordinating nurses Secretaries
Other available resources	None	Coordination software (not connected to the hospital software) Premises	
Observed role NC	One coordination support nurse	Three pivots' nurses	One liaison nurse One coordinating nurse

¹H: Hospitalization; ²DH: Day Hospitalization

Data were collected by a researcher (MXA) at HCO1 and HCO2 for 1 and 3 months, respectively. Observations were conducted by shadowing (S. McDonald, 2005) and timing activities based on time-motion studies principles (Lopetegui et al., 2014). We observed one NC at HCO1 and five at HCO2 (20 and 129.5 observation hours at HCO1 and HCO2, respectively). Shadowing was composed of: i) observing, describing, and timing NC activities, ii) describing NC perceptions of their activities, and iii) identifying different actors liaising with NCs and describing their relationships. Detailed notes on activity and objective content were taken. Often, to clarify activity objectives, questions were posed during observations. In parallel, the researcher conducted eight exploratory interviews: five at HCO1 (one each with the NC, healthcare director, the healthcare manager of the gynecology

department, and two registered nurses), and three at HCO2 (one each with the healthcare manager, the secretary of the centralized structure, and a NC). To ensure participant anonymity, observations and interviews were sequentially numbered at each site using the NC acronym. Our research was based on human and social sciences methods and does not require institutional review board authorization in France (Salma & Waelli, 2022; Toulouse et al., 2018). Finally, secondary data sources were collected (reports, prescriptions, archival records, and job descriptions).

For data analysis, we used thematic analyses. Observation data were analyzed based on three concepts of a preliminary framework. First, the study authors individually conducted data coding exercises in Excel spreadsheets (one Excel sheet /concept) using preliminary framework items as a grid. Afterwards, points of

contention were discussed at meetings. This approach: 1) confirmed initial framework concepts where empirical data helped develop concepts as analysis categories by enriching definitions, or 2) created new categories where empirical data were used to define these categories. Interviews were exploratory, partially transcribed, and were used in combination with secondary data sources as contextual information to consider contingency elements (Tsoukas, 1989).

Confrontation between the preliminary framework and empirical data created a “need” (Dubois & Gadde, 2002) to expand our framework. To understand real, contextual NC activity, it was not only necessary to capture micro-level insights, but also integrate the analysis of organizational strategies where these roles were developed.

2.2 Second study phase

The second phase commenced with an updated framework, addressing questions from the first phase, and was followed by a theoretical analysis based on a

literature review. This second confrontation led to the final APANCO framework.

To define the final framework, we conducted a narrative literature review. This type of review is adapted to concept analysis, i.e., care coordination is not a very structured concept and it has been addressed by different disciplines in the literature (e.g., medicine, health service research, nursing science, and management science, amongst others). In addition, our objectives were qualitative in nature; we wanted to create the most comprehensive framework and integrate different facets relating to coordination activities; importantly, they were not quantitative as for scoping reviews. Our objective was to review all theoretical care coordination frameworks and distinguish between macro- (health system), meso- (institutional), and micro-levels (coordination activity). We comprehensively sought all references on the subject, irrespective if activities were performed by a PPC role or within oncology.

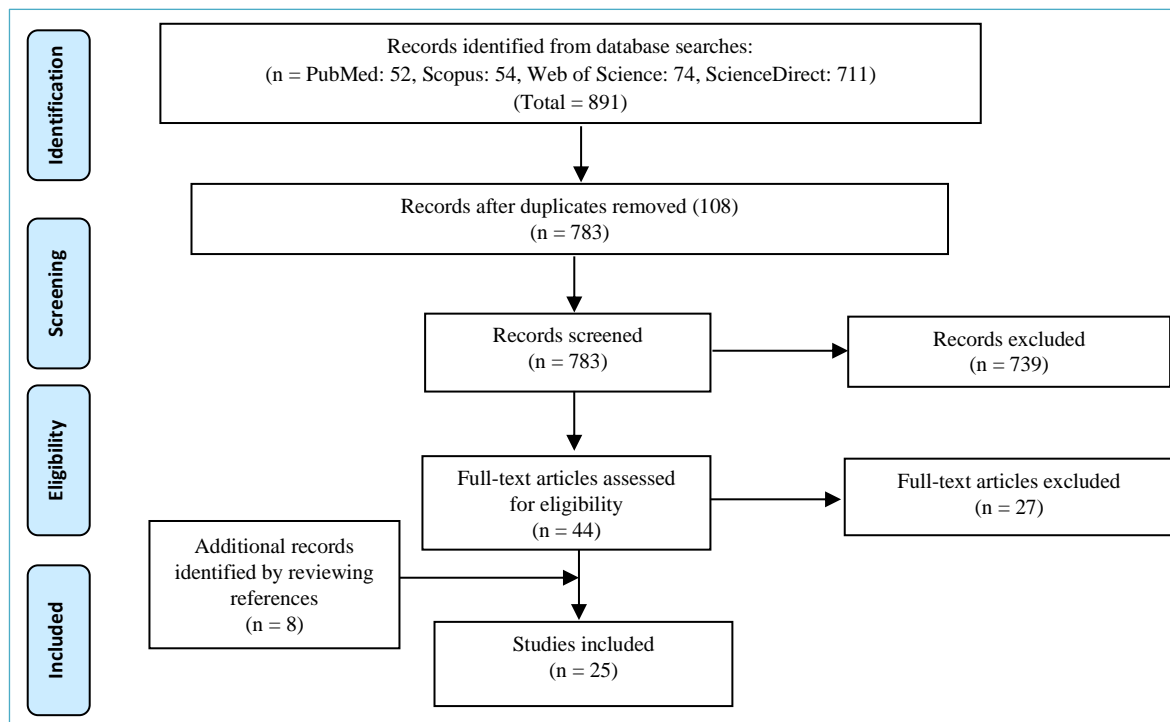


Figure 7. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses principles flow diagram outlining the care coordination literature review

In April 2019, for data collection, we queried four databases (PubMed, Scopus, Web of Science, and ScienceDirect) using Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses principles (Moher et al., 2009). Searches were performed using the following keyword combinations: 1) ("Care Coordination" OR "Coordination of Care") AND 2) (Management OR Organization), AND 3) (Theoretical Framework OR Theoretical Analysis). We limited our search to articles in English, French, and Spanish (the latter languages required an English abstract for keyword research), without time limits. A manual review of bibliographies using the snowball effect (Badampudi et al., 2015; Greenhalgh & Peacock, 2005) completed article selection.

Titles, abstracts, and articles were reviewed (MXA). At each stage, selections were made according to the following inclusion criteria: i) the full text was available; ii) the title or abstract included: "care coordination" or "coordination of care" or "care management"; and iii) the summary defined care coordination or theoretical elements related to categories from our updated framework. Articles and abstracts were excluded if: i) no definition or theoretical coordination framework was present and ii) only a "care model" or "care plan" was evaluated. Disagreements over abstract and article inclusion/exclusion were jointly resolved.

We processed articles as follows: 1) we analyzed the literature in relation to updated framework categories. In this instance, literature review

confirmed (possibly enriching the content) or invalidated updated framework categories or 2) we enriched the updated framework by integrating new categories.

In total, 891 articles were identified, with 25 ultimately selected (Figure 7).

3. RESULTS

The results are presented, based on two phases, leading to the final APANCO framework.

3.1 First phase

a. From a preliminary conceptual framework to fieldwork analysis

Based on our previous experience/research (Minvielle, 2018; Yatim et al., 2017), we defined three concepts relating to coordination activities:

- 1) *Design coordination versus implementation coordination:* From this concept, we explored the distinction between "coordination conducted during the development and updating of diagnostic and therapeutic patient strategies" (**design coordination**) and "acts related to diagnostic and therapeutic patient strategies" (**implementation coordination**) (Minvielle, 2018).
- 2) *Internal coordination versus external coordination:* We differentiated coordination

activities which facilitated patient care in HCOs (**internal coordination**) and coordination activities ensuring a transition between HCOs and primary care (**external coordination**).

- 3) *NC - professional coordination versus NC - patient coordination:* We distinguished coordination activities by healthcare professionals and NCs, and coordination activities by NCs and patients.

b. Enriching preliminary concepts and developing the first analysis category

Empirical fieldwork analysis, via the framework prism, confirmed concept relevance and helped us group concepts into the first category: coordination activity.

- 1.1. *Design and implementation coordination.* Coordination activities are related to not only diagnostic and therapeutic strategies for patients, but also services and supports.
- 1.2. *Internal coordination versus external coordination.* Coordination activities extending beyond the transition between primary care and the HCO.
- 1.3. *NC - professional coordination versus NC - patient coordination.* Different

relational forms were favored depending on the NC.

c. *New categories from empirical fieldwork*

Empirical fieldwork analysis generated new categories not previously addressed by the preliminary framework.

Activities supporting coordination: Many tasks purported to improve care coordination but did not directly improve continuity in patient pathways, e.g.:

- Systematically sending letters to attending physicians announcing NC contact information for patient pathways. Many doctors do not respond to such letters.
- Supporting actions reducing the administrative burden on medical professionals, e.g., filling out hospitalization files. These support actions allowed coordination activities be conducted in a timely manner.
- Work support and verification actions, e.g., most NC activities in HCO2 were characterized by: 1) checking medical consultation reports before chemotherapy and producing summaries to help nurses on wards and 2) scheduling chemotherapy sessions, patient visits to the day hospital, and managing time slots. These activities did not directly influence patient pathway fluidity but were

necessary for its smooth running.

Non-coordination activities: NCs did not just coordinate but often performed adjustment roles in departments; they supported departmental management, e.g., quality monitoring.

Our preliminary framework, after confrontation with empirical fieldwork, defined three main categories: **1) Coordination activity**, **2) Activities supporting coordination**, and **3) Non-coordination activities**. Coordination activity comprised three sub-categories: 1.1) Design coordination versus implementation coordination, 1.2) Internal coordination versus external coordination, and 1.3) NC – professional coordination versus NC – patient coordination. Additionally, empirical data analysis encouraged us to formalize interactions between NCs coordination activities and organizational strategies (meso-level). For example, fieldwork showed that some organizational mechanisms, such as the degree of formalization of coordination programs, may influence the type of coordination performed by these roles. Likewise, the presence or absence of ward nurse managers at NC workplaces impacted the time dedicated to coordination activities. Therefore, we referred to our literature review to understand how organizational strategies impacted PPC activities by NCs.

Second phase: from empirical fieldwork analysis to theoretical knowledge

As described, to better integrate organizational strategies into our analytical framework, we conducted a

literature review, which allowed us to comprehensively explore updated framework categories and identify three new categories. Therefore, the final APANCO framework was composed of three main micro- and three meso-level categories (Figure 8).

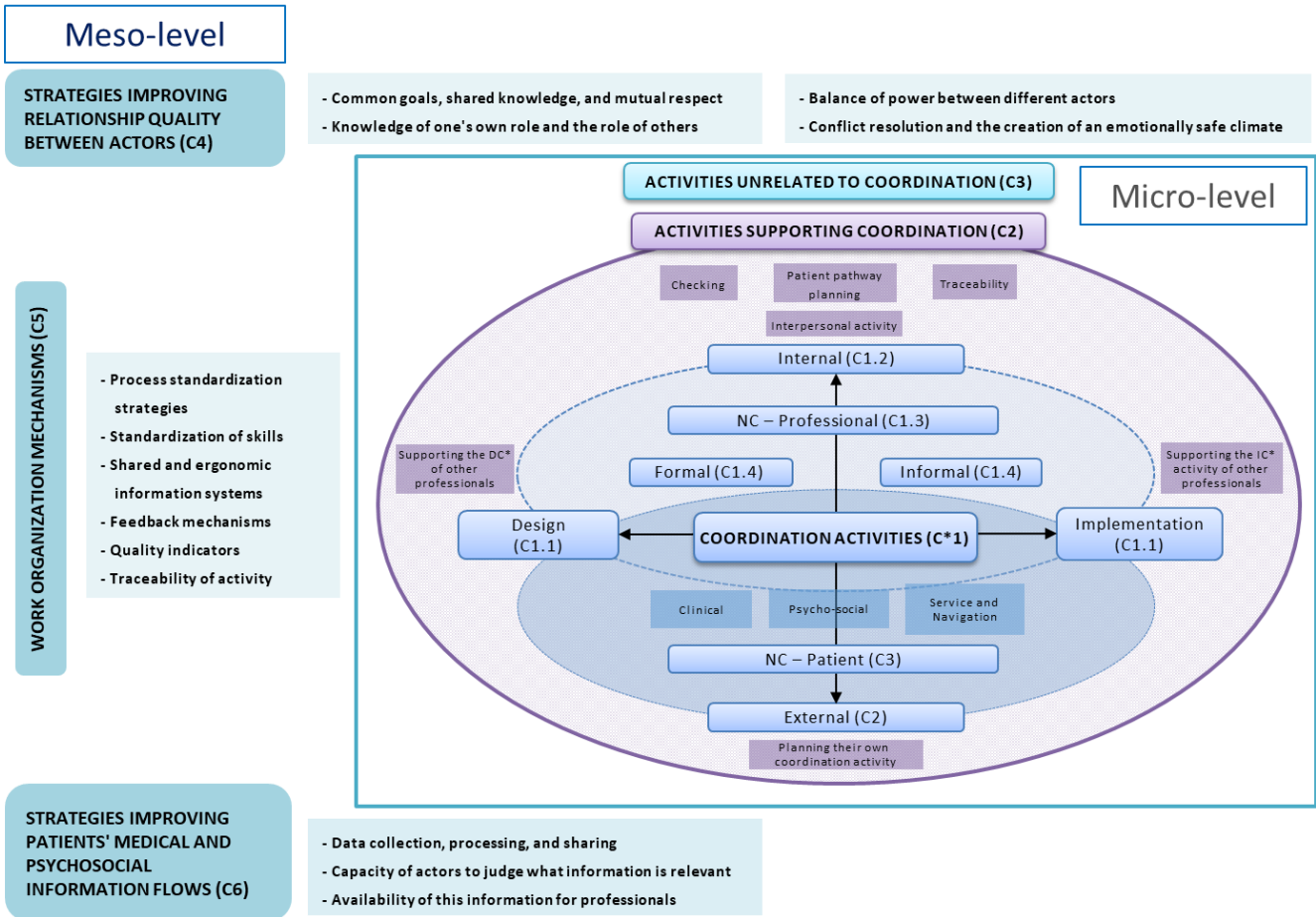


Figure 8. The final framework used to analyze the Activities of the Patient Pathway Nurse Coordinators in Oncology (APANCO)

*C: Category

*DC: Design Coordination

*IC: Implementation Coordination

a. *Enriching existing categories*

Coordination activities are related to patient diagnostic and therapeutic strategies, and also psycho-social support and services activities. Our observations showed that different coordination activities coexisted, e.g., coordinating clinical actions, psychosocial assistance actions, or personal services. Hannigan *et al.* (2018) and Gardner *et al.* (2014) confirmed our observations by describing coordination activities as clinical actions, but in particular, those related to patient assistance, support, and navigation through the health system. Therefore, we defined three activity types:

- Clinical coordination activities are linked to actions performed during the development, updating, and implementation of diagnostic and therapeutic strategies.
- Psycho-social support coordination activities are linked to the design or implementation of psychological assistance actions to support patient recovery.
- Services coordination activities are actions which design, implement, and adapt service dimension care at home or other HCOs (e.g., patient comfort and financial help). These activities also aid patient navigation in the health system.

The NC has an essential role in external coordination. In a systematic literature review by Karam *et al.* (2018), several common key factors were identified between the conceptual frameworks of inter-professional coordination (internal coordination) and inter-organizational coordination (external coordination). However, the authors (Karam *et al.*, 2018) recommended to facilitate communications between different departments, organize meetings, and drive inter-institutional programs which NC can focus on external coordination as an "integration coordinator".

Coordination activities between NCs and professionals require different skills when compared with NCs and patient activities. In their theoretical framework, Radwin *et al.* (2016) confirmed coordination activity distinctions between health professionals, and between health professionals and patients, by identifying individual responsibilities which meant that transitions ran as smooth as possible.

Preparation time is required for coordination activities. McDonald *et al.* (2007) introduced the term "Plan for Coordination Challenges" to highlight activities supporting coordination, e.g., seeking additional information before a patient appointment or preparing educational or informative material for a therapeutic education session. The Plan for Coordination principle also applied to

implementation and design phases. Beringer *et al.* (2006) identified coordination design planning activity as a time for reflection where NCs assessed work situations and proposed solutions according to their own knowledge and an understanding of one another's work.

NCs perform other tasks, which fall outside patient pathways, to compensate for organizational shortcomings. Hannigan *et al.* (Hannigan *et al.*, 2018) highlighted the gap between coordination roles (by policy makers) and actual NC work. Indeed, they confirmed our observations; NCs performed other tasks that fell outside patient pathways to compensate for staff shortages.

b. A new sub-category completes the micro-level, and three new categories illustrate organizational strategies (meso-level).

Our literature review helped define a new sub-category which complemented coordination analyses at the micro-level, and three categories which integrated organizational strategies at the meso-level.

Distinctions between formal coordination activity versus informal coordination activity. Professionals coordinate activities in different ways:

- Standardized exchange methods such as team meetings, rounds, charting, and operating procedures

(Brousselle *et al.*, 2007; Faraj & Xiao, 2006; Fiscella *et al.*, 2017; Karam *et al.*, 2018; Van Houdt *et al.*, 2013a; Weaver *et al.*, 2018).

- Informal mechanisms such as hallway conversations and e-mail exchanges (Brousselle *et al.*, 2007; Faraj & Xiao, 2006; Gittel, 2002; Karam *et al.*, 2018; Khosla *et al.*, 2016).

Strategies improving the relationship quality between actors.

This category analyzed strategies which facilitated the smooth running of coordination activities. The literature provided ways of evaluating these strategies: establishing common goals (Gittel, 2002, 2011), mutual knowledge among PPC actors (Beringer *et al.*, 2006; Fiscella *et al.*, 2017; Gittel, 2011; Karam *et al.*, 2018; Van Houdt *et al.*, 2014), balance of power (Hage *et al.*, 1971; Karam *et al.*, 2018), and implementing emotionally safe environments (Fiscella *et al.*, 2017). This category encompassed these interactions and allowed us assess relationship quality between actors in an institutional context.

Work organization mechanisms.

This category analyzed mechanisms which facilitated and ensured coordination activities between professionals:

- Strategy standardization to organize pathways, e.g., guideline development for a typical pathway (Bickell &

Young, 2001; Curry & Ham, 2010; Kodner, 2002).

- Competency standardization for actors in PPC (Vázquez Navarrete et al., 2005).
- Organizational structures providing the necessary tools to ensure that all actors in PPC could communicate with each other (Van Houdt et al., 2013a, 2013b, 2014), including those in ambulatory care and shared and ergonomic information systems (Bickell & Young, 2001; Grace & Gleasure, 2015).
- The design of feedback mechanisms/exchanges between pathway participants (Fiscella et al., 2017; Karam et al., 2018)
- Quality indicators and procedures are designed and anchor activity traceability in institutional culture processes (Vázquez Navarrete et al., 2005).
- Roles dedicated to PPC are created (Breton et al., 2017; Hannigan et al., 2018; Karam et al., 2018; Levula et al., 2013)

Strategies improving the quality of a patient's medical and psychosocial information flow. This category analyzed strategies improving the quality of a patient's medical and psychosocial information flow at institutional level. This flow (from the patient, between professionals, or with

the patient) was described as a key coordination activity lever. Information flow refers to collecting, processing, and sharing data between the patient's care team, the ambulatory care, and HCOs. Similarly, information flow implies a capacity to judge which information should be collected and shared with actors in the pathway (Gardner et al., 2014; Grace & Gleasure, 2015; Grembowski et al., 2002; Levula et al., 2013; Vázquez Navarrete et al., 2005).

4. DISCUSSION

The APANCO framework provides insights on how oncology patient pathways are coordinated by NCs from an organizational perspective. The framework comprised six main categories, three at the micro- and three at the meso-level. The first categories analyzed real NC activity and accounted for activities related (or not) to PPC from a micro-level perspective. Meso-level categories considered the organizational context and how work organization strategies impacted NC work.

Our framework provides new knowledge in two areas. Firstly, it enriches concepts associated with care coordination. Current frameworks by Leijten *et al.* (Leijten et al., 2018) and Colombani *et al.* (Colombani et al., 2022) adequately identify care coordination components at the three macro-, meso-, and micro-levels. However, within this context, the

APANCO framework specifically enriches the micro-level (Faraj & Xiao, 2006) by describing coordination practices and analyzing activities from organizational perspectives. Our framework articulates the actions underpinning PPC design and implementation (sub-category 1.1), and how pathway dynamics transition both inside and outside HCOs (sub-category 1.2). APANCO also distinguishes coordination activities performed between NCs and other actors (sub-category 3), via formal or informal mechanisms (sub-category 4). Colombani *et al.* (Colombani et al., 2022) also focused on the micro-level; They centered on care coordination activities (tools and effects) and activities related to patient services. Our framework is complementary and encompasses coordination and non-coordination activities. It highlights coordination activity by distinguishing between proper and support activities (Category 2). Additionally, category 3 highlights non-coordination activities which identify flaws in work organization strategies.

Secondly, apart from considering real NC activities, APANCO analyzes the influence of organizational strategies at the meso-level by analyzing strategies which improve relationship quality between actors (category 4), work organization mechanisms (category 5), and strategies improving the quality of a patient's medical and psycho-social information flow (category 6). This

facilitates a comprehensive description of NC activities, without passing normative judgment and analyzing the place of the NC in organizations. Thus, activities as real-time experiences are considered.

Implications

In terms of developing PPC oncology roles and policies, the operational contribution of the APANCO framework is two-fold. Firstly, it orients skills required for NCs as it provides an overall view of their real work content. While different actions require clinical skills (e.g., understanding therapeutic strategies and analyzing toxicity effects), other actions require more organizational skills (e.g., helping coordinate the activities of other professionals). Thus, considering these observations is highly relevant as these organizational skills are often invisible but essential in patient pathways (Allen, 2014b). Similarly, APANCO recognizes the importance of NCs in transition from in-patient to ambulatory care. Therefore, it emphasizes the need for NCs to develop communication and organizational skills, to identify and collaborate with all professionals involved in patient pathways. This is critical because a lack of coordination between in-patient and ambulatory care compromises patient safety and increases healthcare spending (Shrank et al., 2019).

Secondly, the APANCO framework may be used as a tool for

care team managers to evaluate and understand how oncology patient pathways are coordinated by NCs. In considering these elements, duplicated PPC roles between different HCOs can be avoided, and patient pathway fluidity improved. While PPC roles are being developed in hospital and ambulatory settings, poorly defined NC activities can cause overlap between different roles (McMurray & Cooper, 2017).

Study limitations

Our study had several limitations. Firstly, empirical data were gathered from only two HCOs. To generate a more comprehensive view of coordination activities in patient pathways, a more in-depth analysis of several institutions is warranted, e.g., ambulatory care. Also, the study was conducted within an oncology context, therefore, we encourage more studies in other clinical contexts. In both instances, confrontation of empirical data with a literature review provided a general scope for the proposed

framework. Secondly, the literature review was applied to the coordination concept without reference to PPC roles. Consequently, specific NC activities may have been overlooked, however, our empirical study data, which specifically focused on NC activity, reduced possible bias. Finally, despite our broad objectives, some articles dealing with general coordination activities were possibly not selected, therefore additional information was not gathered.

CONCLUSION

Despite these minor limitations, APANCO provides useful knowledge for health policy actors who develop and manage oncology care coordination. Due to the highly complex nature of cancer and associated clinical requirements, oncology patient pathways are multifaceted, therefore frameworks such as APANCO are required to analyze and evaluate real-time roles and how they impact care coordination.

DEUXIEME CHAPITRE

LES INFIRMIERS DE COORDINATION FONT-ILS
VRAIMENT DE LA COORDINATION DU PARCOURS
DES PATIENTS ? UNE COMPARAISON D'ETUDES DE
CAS EN ONCOLOGIE

PRESENTATION DU DEUXIEME CHAPITRE

Ce deuxième chapitre a fait l'objet d'une publication (Acero et al., 2023a).

Contexte

En France, dans le domaine de l'oncologie, le développement des métiers de coordination du parcours patient (*Nurse coordinator*, NC) a été favorisé par les plans Cancer successifs (Institut national du cancer, 2014). Seulement, malgré les efforts, nous ne sommes pas réellement parvenus à définir le rôle et les missions exactes des NCs. Récemment, leur définition est devenue une vraie priorité politique (INCa, 2021).

Lors du précédent chapitre nous avons construit un cadre qui permet d'analyser l'activité réelle des NCs (cadre APANCO). Le processus de construction d'APANCO a démontré la nécessité de ne pas seulement inclure les activités de coordination du parcours patient dans les analyses afin de comprendre l'activité réelle des NCs.

Les objectifs de cet article sont donc de saisir les différents types d'activités menées par les NCs et identifier la part d'activité qui est dédiée à la coordination des soins, ainsi que comprendre l'impact de la place des NCs dans les HCOs sur les types d'activités réalisées par les NCs.

Ce deuxième chapitre s'articule autour des questionnements suivants :

Etant donné que le rôle des NCs n'est pas standardisé en France, nous nous demandons dans quelle mesure les NCs sont mobilisés pour réaliser d'autres activités qui **ne relèvent pas de la coordination** du parcours patient.

Dans le chapitre précédent, nous avons défini l'activité de coordination des parcours comme **l'ensemble des activités réalisées par le NC qui sont en relation avec la stratégie diagnostique et thérapeutique du parcours patient, et qui ont pour objectif d'assurer la continuité et la fluidité de la prise en charge à l'intérieur ou à l'extérieur de l'HCO**. Cette activité peut être effectuée avec d'autres professionnels de santé ou avec les patients (ou leur famille). En tenant compte de cette définition, nous avons formulé ainsi la question suivante :

- Quelle est la part de temps de travail des NCs réellement dédiée à l'activité de coordination du parcours patient ?

En sciences de gestion, il existe habituellement dans un processus de production une tension entre la conception et la mise en œuvre. Cette tension est notamment liée aux questions de division du travail entre les professionnels. En santé, la conception des parcours est associée aux professionnels médicaux (Minvielle, 2018), tandis que la mise en œuvre des stratégies thérapeutiques est confiée aux infirmiers. Pourtant, avec l'évolution de la profession infirmière et plus particulièrement avec la création des nouveaux métiers, ainsi qu'avec l'adoption d'approches centrées sur les patients, les modalités de cette division du travail peuvent désormais être partiellement remises en question. Dans ce contexte, nous avons pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- Dans quelle mesure les NCs participent-ils à la conception et à l'adaptation du parcours patient ?
- Dans le cadre de l'activité de coordination, les NCs privilégient-ils les relations avec les patients ou bien avec les professionnels ?

Des auteurs comme Hannan-Jones et al., (2021) décrivent le rôle des NCs comme des *Boundary spanners*, ou « intermédiaires », c'est-à-dire les acteurs qui facilitent les liens et les relations entre différentes équipes, départements ou institutions. La stratégie décennale souligne également le rôle important des NCs dans la fluidification des transitions entre la ville et l'hôpital et le maintien à domicile des patients (coordination externe). C'est dans ce cadre que nous avons soulevé cette dernière question :

- Dans quelle proportion l'activité des NCs relève-t-elle de la coordination externe ?

Méthodologie

De façon identique à la construction du cadre APANCO, nous avons utilisé la méthode d'observation de type *Shadowing*, telle que définie par McDonald (2005), pour le recueil des données. Nous l'avons complétée par un chronométrage précis des différentes activités réalisées en respectant les principes des *time and motion studies* (Lopetegui et al., 2014). La combinaison de ces deux approches nous a permis de capturer de façon la plus précise possible l'activité réelle des NCs. Comme dans le travail réalisé pour APANCO, les longues périodes d'observation du travail des NCs (325 heures) nous ont permis d'atténuer au maximum un biais d'ajustement de la part des NCs (Gavard-Perret

et al., 2012, pp. 140–171). Nous avons en complément réalisé des entretiens exploratoires pour obtenir des données de contexte sur la pratique des NCs et les interactions avec le reste de l'équipe de soin. Nous avons enfin recueilli des documents secondaires tels que les fiches de poste ou des statistiques de seconde main qui, comme les entretiens, ont permis d'apporter des données de contexte et des clés de compréhension (Tsoukas, 1989).

Contributions

Ce deuxième chapitre expose les résultats de 325h d'observation auprès de 14 NCs et de 13 entretiens auprès de membres des équipes de soins observées. Le cadre APANCO, exposé au Chapitre 1, a été mobilisé pour l'analyse des données et la restitution des résultats. Les résultats de ces analyses ont des implications théoriques et pratiques.

Notre travail montre que les NCs ne réalisent pas seulement des activités de coordination du parcours patient. De même, celui-ci montre que le positionnement des NCs dans l'HCO (dans les services ou dans les structures centralisées) influence la répartition de leur activité et le temps passé à effectuer d'autres tâches non liées à la coordination. Plus précisément, ce travail suggère que :

- La structure centralisée, comme mode d'organisation du travail, favorise l'activité de coordination du parcours du patient des NCs qui y travaillent.
 - o En comparaison avec les NCs dans les services, les NCs dans les structures centralisées réalisent plus d'activités de conception et d'adaptation du parcours aux besoins du patient.
 - o Les NCs dans les structures centralisées passent en proportion plus de temps à assurer les transitions entre la ville et l'hôpital ou le maintien à domicile (coordination externe) en comparaison des NCs dans les services.
- En revanche, l'organisation en structure centralisée peut constituer un frein dans la qualité des relations entre les membres de l'équipe de soins, si les rôles des NCs ne sont pas clairement définis ni bien sociabilisés avec les autres professionnels.
- Enfin, lorsqu'il existe un manque de personnel dans les services, les NCs peuvent jouer un rôle de variable d'ajustement. Certains NCs font du

support au travail administratif des médecins et/ou aident les cadres de santé au management du service.

Recommandations

Nos analyses du travail des NCs nous invitent à proposer les recommandations suivantes :

Standardiser les missions des NCs au niveau national afin de favoriser une meilleure prise en charge et une optimisation des ressources, et ainsi éviter les doublons.

En effet, si l'objectif des NCs, établi par les autorités pertinentes, est de promouvoir l'adaptation du parcours aux besoins du patient, d'assurer les transitions entre la médecine de ville et l'hôpital et le maintien à domicile, alors les **structures centralisées représentent le type d'organisation à favoriser.**

Au contraire, si leur rôle souhaité est de supporter l'activité d'autres professionnels, tels que les médecins ou les cadres de santé, c'est alors le maintien des NCs dans les services d'hospitalisation qui est à privilégier.

Dans le premier cas, il s'avère nécessaire de proposer des formations aux NCs qui incluent non seulement le développement de compétences techniques (savoir clinique) mais également d'autres compétences liées au soutien psychologique et à l'orientation du patient dans le système de santé.

Dans le deuxième cas, il serait plutôt souhaitable de leur proposer des formations en management et administration qui leur permettrait de mieux aider les cadres de santé ou les médecins.

Communication et processus de publication

Cet article a été publié dans le *HealthCare Journal* (facteur d'impact 3.160) :

Acerio, M.-X., Minvielle, E., & Waelli, M. (2023a). **Are Nurse Coordinators Really Performing Coordination Pathway Activities? A Comparative Analysis of Case Studies in Oncology.** *Healthcare*, 11(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081090>

Cet article a été également présenté dans le cadre de colloques avec publications d'actes :

Aceró, M-X. **Les infirmiers de coordination font-ils de la coordination du parcours patient ? Etudes de cas en oncologie.** 10^{ème} colloque ARAMOS « Les organisations de santé face au défi de la personnalisation ». Genève, 23 et 24 novembre 2022

Aceró, M-X. **Analyser l'activité de coordination : Une étude ethnographique des métiers de la coordination en oncologie.** 4^{ème} colloque doctoral EDGE. Session I-2 SANTÉ. Nantes, 19 mai 2022

Nous sommes également intervenus lors de séminaires de recherche :

Aceró, M-X. **Les coordinateurs font-ils de la coordination ? Etude de l'organisation des parcours de santé en oncologie.** Colloque de l'Institut de Santé Global (ISG). Genève, 21 mars 2023



Article

Are Nurse Coordinators Really Performing Coordination Pathway Activities? A Comparative Analysis of Case Studies in Oncology

Maria-Ximena Acero ^{1,*} , Etienne Minvielle ^{2,3} and Mathias Waelli ^{1,4}

¹ ARENES—UMR 6051, EHESP, French School of Public Health, University of Rennes, 15 Avenue du Professeur Léon Bernard, 35043 Rennes, France

² I3-CRG Ecole Polytechnique, CNRS, Institut Polytechnique de Paris, Route de Saclay, 91120 Palaiseau, France

³ Gustave Roussy, 114 Rue Edouard Vaillant, 94800 Villejuif, France

⁴ Global Health Institute, University of Geneva, 24 rue du Général-Dufour, 1211 Geneva, Switzerland

* Correspondence: maria.acero@ehesp.fr

Abstract: Patient Pathway Coordination (PPC) improves patient care quality and safety, particularly in oncology. PPC roles, such as nurse coordinators (NCs), have positively impacted the quality of patient care and reduced financial costs. However, NCs and their real activities in Health Care Organizations (HCOs) are unclear. Our aim was to identify, quantify, and compare all activities performed by NCs in oncology care settings from an organizational approach. **Methods:** We used qualitative and quantitative approaches based on case study principles. We accumulated 325 observation hours by shadowing and timing the activities of 14 NCs in four French HCO in oncology. Data analysis was conducted using an analytical framework to investigate the Activity of Patient Pathway Nurse Coordinators in Oncology (APANCO). **Results:** Our research generated important findings: (1) NC roles and job titles are not standardized. (2) Non-coordination related activities are important in NC work content. Non-coordination times were consistent with distribution times between ward NCs and NCs in centralized structures. Ward NCs had higher non-coordination activities when compared with NCs in centralized structures. (3) PPC times varied for both ward NCs and NCs in centralized structures. Ward NCs performed less design coordination when compared with NCs in centralized structures, and this latter group also performed more external coordination than ward NCs. **Conclusions:** NCs do not just perform PPC activities. Their position in HCO structures, wards, or centralized structures, influence their work content. Centralized structures allow NCs to focus on their PPC roles. We also highlight different dimensions of NC work and training requirements. Our study could help managers and decision-makers develop PPC roles in oncology.

Keywords: nurse coordinator; activity; care coordination; non-coordination; activity of the patient pathway nurse coordinators in oncology



Citation: Acero, M.-X.; Minvielle, E.; Waelli, M. Are Nurse Coordinators Really Performing Coordination Pathway Activities? A Comparative Analysis of Case Studies in Oncology. *Healthcare* **2023**, *11*, 1090. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081090>

Academic Editor: Yoshiharu Motoo

Received: 21 February 2023

Revised: 29 March 2023

Accepted: 7 April 2023

Published: 11 April 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Coordination is a key factor in improving patient pathways for chronic disease management [1], particularly in oncology [2]. Cancer patients are particularly affected by pathway fragmentation and coordination requirements, especially during the transition between ambulatory and inpatient care [2,3]. Failures in Patient Pathway Coordination (PPC) can lead to detrimental consequences in care quality (medical errors, poor remedial control of toxicity, and side effects from chemotherapy) [3,4], patient experiences [5,6], and unwarranted care spending [4].

Since the late 1980s, faced with an increased incidence of cancer and cancer survivors [7], and in response to coordination needs, new PPC roles were developed [8]. Primarily performed by nurses [9], some roles are now performed by former patients [10] or other demographic groups (social workers or physicians). These roles can be performed

1. INTRODUCTION

Coordination is a key factor in improving patient pathways for chronic disease management (Bodenheimer, 2008), particularly in oncology (Yatim et al., 2017). Cancer patients are particularly affected by pathway fragmentation and coordination requirements, especially during the transition between ambulatory and inpatient care (Gorin et al., 2017; Yatim et al., 2017). Failures in Patient Pathway Coordination (PPC) can lead to detrimental consequences in care quality (medical errors, poor remedial control of toxicity, and side effects from chemotherapy) (Gorin et al., 2017; Shrank et al., 2019), patient experiences (Gardner et al., 2014; Levula et al., 2013), and unwarranted care spending (Shrank et al., 2019).

Since the late 1980s, faced with an increased incidence of cancer and cancer survivors (Mattiuzzi & Lippi, 2020), and in response to coordination needs, new PPC roles were developed (Chen et al., 2000b). Primarily performed by nurses (Dohan & Schrag, 2005), some roles are now performed by former patients (Freeman, 2013) or other demographic groups (social workers or physicians). These roles can be performed in a Health Care

Organization (HCO) setting or in ambulatory care as part of disease management programs (Chen et al., 2000b; Ellrodt et al., 1997).

Different models have been proposed from a clinical perspective (Baileys et al., 2018; Wells et al., 2008), defining the scope of practice for professionals seeking PPC roles in oncology. Similarly, the literature have described positive outcomes in terms of pathway quality (Byrne et al., 2020; Conway et al., 2019; McMullen, 2013) and financial savings (Manderson et al., 2012; Wagner et al., 2014) for these PPC nursing roles. However, as initiatives increase, little consensus exists on the real activity performed by these roles in an organizational environment.

PPC nursing roles are often characterized by heterogeneous practices and functions, which are reflected in diverse job titles (Figure 9) (Cantril et al., 2019; Fillion et al., 2012; McMurray & Cooper, 2017), discrepancies in role definitions in HCOs across similar jurisdictions (Cantril et al., 2019), overlaps between different roles (McMurray & Cooper, 2017), and limited training for coordination or navigation (Wells et al., 2008). Given the multiplicity of job titles, we used the term nurse

coordinator (NC) as a generic term for all jobs with a PPC nursing role.

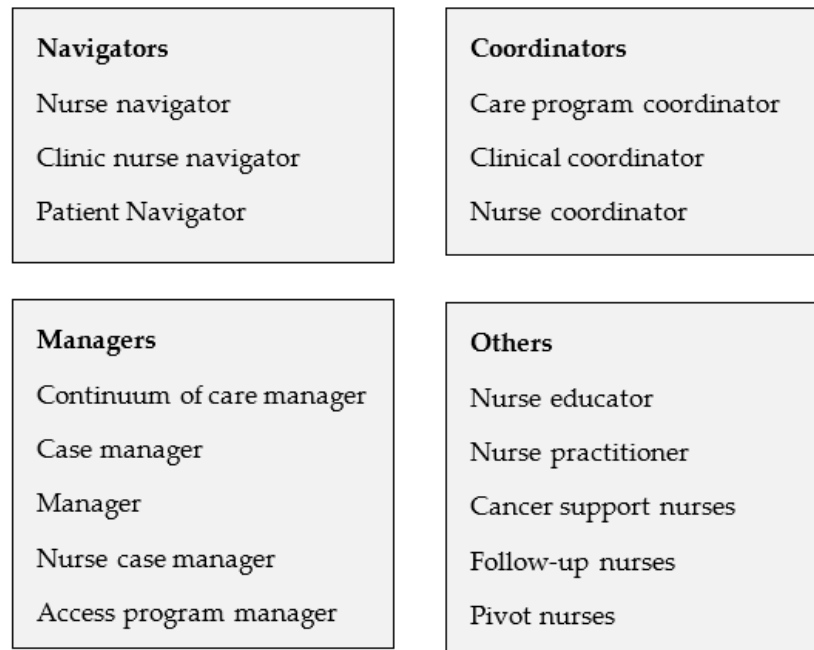


Figure 9. Diversity in nurse coordinator titles (Cantril et al., 2019; Fillion et al., 2012; McMurray & Cooper, 2017).

Therefore, to advance our knowledge in this area and to capture NCs real activity in an organizational environment, NC activities should be investigated as they are performed in real-time work situations, i.e., for NCs in hospital contexts, their work content may be influenced by the organizational structure of the HCO (Acero et al., 2023b).

Within this context, our aim was to identify and quantify all activities performed by NCs in oncology care settings. Rather than a clinical analysis, our goal was to propose an organizational analysis of NC activity (Acero et al., 2023b). Oncology is a good field to observe NCs; firstly, PPC

requirements are numerous, especially during transitions between ambulatory and inpatient care (Gorin et al., 2017; Yatim et al., 2017). Secondly, in several countries, government strategies have promoted NCs in oncology. In France, the 2009–2013 and 2014–2019 cancer plans funded NC programs in hospital and primary care settings (Institut national du cancer, 2014).

Such analysis complements existing knowledge about the NC practice. In addition, at operational levels, such investigations can help managers and decision-makers develop PPC roles in oncology and other specialties.

2. METHODS

A qualitative and quantitative approach were used based on comparative case study principles (Tsoukas, 1989).

2.1. Field Selection

At four French HCOs, we identified NCs undertaking PPC roles for cancer patients.

HCOs were selected to include different forms of work organization (e.g., funding, size, type of coordination structure), a diversity of NCs and NC activities, and possible field access. HCO descriptions are shown in Tableau 6.

In terms of field access, we contacted the directors of the four HCOs and the professionals likely to be observed. We explained our study and obtained their consent to participate. We received no refusals.

2.2. Data Collection

The principal investigator (MXA) observed 14 NCs by shadowing (S. McDonald, 2005) and timing activities based on time motion study principles (Lopetegui et al., 2014). To comprehensively investigate NCs at

HCOs, MXA was present for 2–8 weeks. The observational work consisted of: (A) observing, describing, and timing NC activities during NC workdays; (B) identifying different actors who liaised with NCs and describing their relationship; and (C) collecting NC activity perceptions via informal exchanges. MXA maintained detailed notes on the content of activities and their objectives (S. McDonald, 2005; Tsoukas, 1989).

Exploratory interviews with NCs were conducted by MXA, proximity managers, and ward physicians to: (i) understand how NCs centralized structures and how wards functioned; (ii) identify which patients were being cared for, their position in the pathway, and for how long; and (iii) identify actor perceptions of NC relationships with care teams (Tsoukas, 1989).

We also collected secondary sources such as reports, prescriptions, statistics, and job descriptions, which provided contextual information for our observations and accounted for contingency elements (Tsoukas, 1989).

Tableau 6. Health Care Organization (HCO) information.

	Not-Profit Hospital (HCO-1)	Public Academic Oncology Center (HCO-2)	Public Teaching Hospital (HCO-3)	Not-Profit Research Institute and International Cancer Center (HCO-4)				
Information								
Beds	140	59	898	365				
Day-patient capacity	26	49	147	94				
Care days In-P †	8425	1843	120,667	19,807				
Care days DH ‡	6693	1753	-	7221				
Average length of stay	5.2	10.3	7.7	6.7				
Link to	Inpatient ward	Centralized structure	In- and Out-patient ward	Inpatient ward	Centralized structure	Centralized structure	Inpatient ward	
Hierarchical chain	Gynecology ward nurse manager	Centralized Structure nurse manager	Ward nurse manager	Ward nurse manager	Centralized Structure nurse manager	Centralized Structure nurse manager	Ward nurse manager	
Cancer type	Breast cancer only	All types	All cancer types except hematology	All cancer types in the elderly. Respiratory system only	Patients on oral therapy	All types	All types	
Formalized since Role design	Not yet formalized	2010	2017	2013	2015	2008	2016	
	Professional (between the NC and the surgeon)	Institutional	Institutional	Professional design, which was institutionalized		Institutional		
Human resources	1 Coordination Support Nurse 3 Nurses 3 Secretaries	5 Nurse Pivots 1 Pivot technical radiology assistant 1 Secretary 1 Advanced Practice Nurse	2 Liaison nurses 2 Nurse coordinators 2 Secretaries	2 Nurse coordinators 2 Scheduling nurses 2 Secretaries	2 Nurse coordinators 1 Research assistant 1 Secretary	5 Nurse coordinators 1 secretary 1 nurse's aide	1 Nurse coordinator by ward 2 Secretaries	
Other resources	-	Coordination software (not	-	Coordination software (unconnected to HCO software)	-	Internet portal Scaling algorithms: Evaluate	-	Inter-professional coordination forms

- connected to HCO software) Premises
- Patient assessment forms
- and rate event severity. Orientation algorithms
- to HCO software)

Funding	HCO	Government funding Associative funding HCO	Government funding	Government funding/HCO	HCO	HCO	
Study NCs	NC1: Coordination Support Nurse	NC2: Pivot Nurse NC3: Pivot Nurse NC4: Pivot Nurse	NC5: Liaison nurse H [†] NC6: Nurse coordinator DH [‡]	NC7: Nurse geriatric coordinator NC8: Nurse pneumology coordinator	NC9: Nurse coordinator NC10: Nurse coordinator	NC11: Nurse coordinator NC12: Nurse coordinator	NC13: Nurse medicine coordinator NC14: Nurse surgical coordinator

† In-P: Inpatient ward; ‡ DH: Outpatient ward (Day Hospitalization)

2.3. Data Analysis

Data analyses were performed using our previously developed Activity of Patient Pathway Nurse Coordinators in Oncology (APANCO) framework (Acero et al., 2023b). Unlike other NC work models, APANCO

not only accounts for NC activity but also highlights the influence of organizational strategies in an institutional context. APANCO allowed us to analyze the work content of NCs (Tableau 7).

Tableau 7. APANCO framework categories.

	Categories	Definitions
	Coordination activity	PPC is a collective activity between NCs, other professionals (medical, paramedical, or social), and cancer patients or their families. This collective activity involved sharing patient-related information (e.g., clinical, psychosocial, and service information) between pathway actors, regardless of their location (ambulatory/hospital), to ensure a smooth and continuous pathway.
Sub- Categories	<i>Design coordination activity</i>	coordination conducted during the development and updating of diagnostic and therapeutic strategies
	<i>Implementation coordination activity</i>	activities related to the diagnostic and therapeutic strategy, which depends on understanding work situations and defining corrective actions
	<i>Internal coordination activity</i>	coordination activities facilitating inpatient care
	<i>External coordination activity</i>	coordination activities ensuring continuity and smooth transitions between the hospital and primary care or outpatient care
	<i>Coordination activity between NCs and patients (families)</i>	coordination activities with patients, face-to-face or by telephone, or applications
	<i>Coordination activity between professionals and NCs</i>	coordination activity is conducted with healthcare professionals involved in the patient pathway, in person, by telephone, or through applications
	<i>Formal coordination activity</i>	coordination between professionals through standardized procedures
	<i>Informal coordination activity</i>	coordination between professionals through informal coordination mechanisms
	Activities supporting Coordination	these activities do not directly influence patient pathway fluidity but are required for the smooth running of coordination actions. We categorized them into three types:

Sub- Categories

Supporting NC coordination

activities supporting NC coordination activities

Supporting other coordination

activities supporting the coordination activities of other professionals

Relational coordination

activities that promoted links and good understanding between the coordinator and other professionals

Non-coordination activities actions that do not coordinate the patient pathway. E.g.,

Clinical activity, time visiting patients, training/expertise, ward management, and journey planning

Data analyses were conducted by MXA and discussed among the three researchers. Analyses were conducted in three steps:

Coding observations for NC: Activity Unit (AU) definition

To code observations, we defined Activity Units (AUs) as a collective action in a unique relational form with a shared purpose. The action could be performed between the NC and a professional or the NC and a patient (or their family). Its boundaries were determined by the extent of the NCs activity without interruption.

Individual analysis

After dividing NC observations into AUs, MXA coded information in Excel spreadsheets (one Excel

sheet/category) using APANCO items as a grid. Standardizing coding analyses were performed in our preliminary research (Acero et al., 2023b).

Comparing data between NCs

NCs had variable observation times; therefore, to compare observations between NCs, the AU time was divided by the total observation time. We quantified NC tasks as percentages, which provided a quantitative analysis of the volume of NC work. Considering the size of our sample for each HCO and the differences between them, we performed no other statistical analyses.

Interviews were complementary; they provided contextual data and perspectives on observational data. They were analyzed thematically using APANCO framework categories. Data/result interpretations were discussed during meetings between the study authors.

2.4. Research Ethics

According to the “Jarde Law”, the following types of research do not require an Institutional Review Board (IRB) (Salma & Waelli, 2022; Toulouse et al., 2018):

1. Research based on surveys and interviews with health professionals but not on the health of said professionals (e.g., burnout, addictions, etc.). In these cases, professionals are considered patients;
- Research on teaching practices, particularly in health students, including simulations (as long as they do not involve the registration of any physiological parameters);
- Research based on human and social science methods.

Our research was based on human and social science methods and involved health professionals. Nevertheless, we respected the five ethical principles (autonomy, justice, nonmaleficence, beneficence, and accountability). NCs were free to

participate or withdraw from the study. To ensure participant anonymity, observations and interviews at sites were numbered consecutively using the NC acronym.

3. RESULTS

The four HCOs were located in three French cities. We amassed 325 observation hours with 14 NCs. We also conducted 13 exploratory interviews with the following personnel: a gynecology department manager and three NCs (HCO-1); a coordination platform manager and three NCs (HCO-2); two NCs (HCO-3); and three NCs (HCO-4).

The majority of NCs were women (13/14), with an average age of 39 years. All 14 NCs who were shadowed had RN training. They also had prior experience in the oncology field before becoming NCs. Two NC career profiles were identified: before becoming NCs, ten individuals had care function roles in oncology wards (NCs 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, and 12) and four had department management roles (NCs 5, 6, 13, and 14).

3.1. Role and Job Title Heterogeneity

Roles were not standardized, and job titles differed from one HCO to another (Tableau 6). NCs worked in a



EHESP

single oncology specialty or across several specialties.

NCs had different roles in HCO work organizations. NCs 1, 5, 6, 7, 8, 13, and 14 belonged to inpatient or outpatient (e.g., day hospitalization) wards, while the remainder belonged to centralized structures (these structures are coordination structures outside inpatient wards, but they are part of HCO work organizations). NCs in centralized structures were organized by cancer type or treatment type.

In HCO-2, NCs 2, 3, and 4 belonged to a centralized structure that included a proximity manager, its own premises, and internal computer software. Each NC oversaw one or more oncology subspecialties, while the team covered all cancer types. In HCO-4, two centralized structures were apparent. In the first, NCs 9 and 10 followed-up patients on oral chemotherapy or targeted therapy with no patient distribution between NCs. The second structure coordinated transitions between hospital and ambulatory care; NCs 11 and 12 worked here, and patients were distributed according to cancer type. Both centralized structures shared premises, a secretary, and a proximity manager.

3.2. NC Non-Coordination

Activities

In terms of work content, NCs also performed activities not related to their PPC roles. Depending on the context, the proportion of non-coordination activities varied from 9.3–47.8% of total NC work content. These activities involved clinical tasks, ward or staff management, and NC training or research projects.

NC career profiles influenced the type of non-coordination activity, e.g., NCs 5 and 6 at HCO-2 and NCs 13 and 14 at HCO-4, who previously held management positions in inpatient and outpatient wards, performed non-coordination activities related to ward management: scheduling, supply management, supervision, inpatient admissions, and bed management. NC1 at HCO-1, who previously had a role as a nurse anesthetist, performed significant clinical activity.

In other cases, non-coordination activities were linked to institutional demands. At HCO-3, the main non-coordination activities for NCs 7 and 8 involved regional NC training and participation in oncology PPC expert groups. For NC9 and NC10 at HCO-4, non-coordination activities were mostly related to NC training or research projects. For NC12 and NC11 at HCO-4 and NCs 2, 3, and 4 at HCO-

2, non-coordination activity times were divided between institutional

requests and walking from their premises to the wards to see patients.

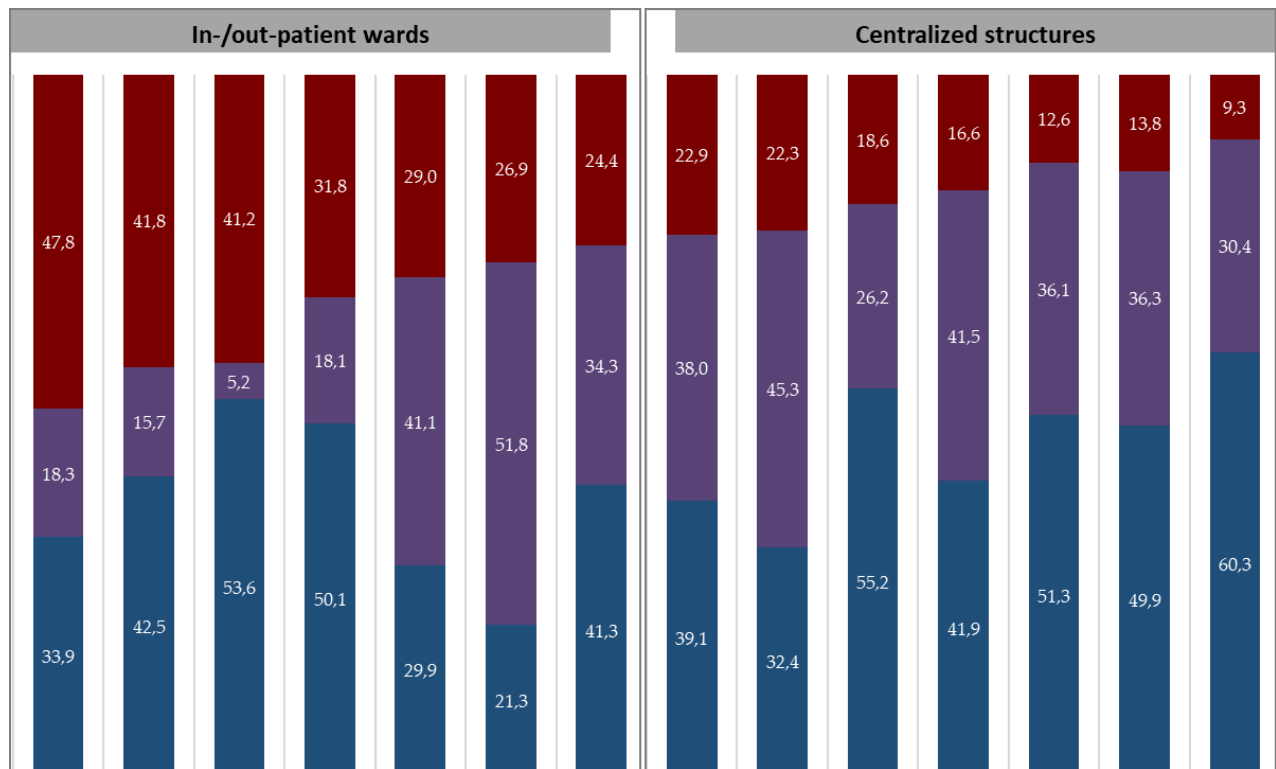


Figure 10. Comparative analysis of NC work content using the APANCO framework.

■ Coordination activities ■ Activities supporting coordination ■ Non-coordination activities

Strikingly, when we compared the proportion of non-coordination pathway activities between NCs, one factor was obvious: the distribution of non-coordination activities (percentages) corresponded perfectly with NCs working on inpatient and outpatient wards and those working in centralized structures (Figure 10).

We associated the proportion of non-coordination activity for each NC with the other variables presented in Tableau 6, but did not identify a connection.

3.3. Supporting Coordination Activities

The time dedicated to supporting coordination activities varied between 5.2% and 51.8% for NCs in inpatient and outpatient wards, and 26.2% and 45.3% for NCs in centralized structures (Tableau 8)

3.3.1. Supporting NC Coordination Work

For NCs 1, 13, and 14 (inpatient and outpatient wards), and NCs 2, 3, 4, 9, and 10 (centralized structures), most of the time in this category



EHESP

involved activities supporting their own coordination work. For example, for NCs in centralized structures, preliminary work was performed before consultations or patient visits: NCs familiarized themselves with patient backgrounds, consulted medical reports and the latest check-ups, and prepared brochures or appointment schedules for patients. After patient consultations or professional discussions/meetings, NCs recorded these on internal centralized structure software and/or hospital software. Supporting NC coordination work represented 3.5–13.4% of NC activities in inpatient and outpatient wards and 19.5–28.7% of NC work in centralized structures.

3.3.2. Supporting Physicians' Coordination Work

NCs 6, 7, and 8 (inpatient and outpatient wards), and NCs 11 and 12 (centralized structures), supported physicians' coordination work. For example, NCs pre-filled patient medical records before physician consultations, helped physicians fill in admission records, or pre-filled medical prescriptions for patients at discharge. These tasks represented 17.7–37.7% of NC activities in wards and 17–23.6% of NC activities in centralized structures.

3.4. PPC Activities: NCs in Inpatient and Outpatient Wards versus NCs in Centralized Structures

The proportion of time allocated to effective/true PPC was 21.3–53.6% for NCs in inpatient and outpatient wards and 32.4–60.3% for NCs in centralized structures (Tableau 8). These activities were performed with patients (or their families) or professionals. Four of the seven NCs in inpatient and outpatient wards (NCs 14, 5, 13, and 6) conducted coordination activities primarily with professionals. Five of the seven NCs in centralized structures (NCs 9, 10, 3, 4, and 2) mainly conducted coordination activities with patients.

3.4.1. Centralized Structures Facilitate PPC Design or Patient Pathway Customization

In terms of patient pathway phases (design or implementation) where NCs were involved, differences were observed between NCs in inpatient and outpatient wards and centralized structures. The former group did not participate much in designing patient pathways (0–30.4% of coordination time; median: 2.2%), but they mostly implemented patient pathways. In contrast, NCs in centralized structures helped design or adapt pathways to meet patient needs

(7.6–40% of coordination time; median: 20.4%). An example of such design coordination with other professionals (e.g., physicians) is shown in the following abridged field note:

Patient 21 is hospitalized at HCO-3 and is going to be discharged. The doctor prescribes him an intravenous medication three times a day to be administered at home. The NC suggests changing to a medication that can be given twice a day. The NC knows the patient lives in a village with limited access to home care nurses, so it will be difficult for a home care nurse to visit three times a day (NC3; field notes).

3.4.2. Centralized Structures Facilitate External Coordination Activity

NCs in inpatient and outpatient wards primarily coordinated patient pathways in the hospital (external coordination; 11.7–35.3% of coordination time; median: 22.7%). In contrast, NCs in centralized structures had more external coordination activities (22.6–94% of coordination time; median: 71.6%), particularly for NCs in HCO-4 who coordinated ambulatory-hospital transitions (NCs 12 and 11) or provided follow-up at home for patients on oral chemotherapy (NCs 9 and 10).

Tableau 8 Comparative analysis of NC activity in centralized structures versus NC activity in inpatient and outpatient wards. The APANCO framework was used to analyze NC work content.

		<i>Inpatient and Outpatient Wards</i>						<i>Centralized Structures</i>							
		HCO4	HCO2	HCO1	HCO4	HCO2	HCO3	HCO3	HCO4	HCO4	HCO4	HCO4	HCO2	HCO2	HCO2
		NC14 (%) * ¹⁷	NC5 (%)	NC1 (%)	NC13 (%)	NC6 (%)	NC7 (%)	NC8 (%)	NC12 (%)	NC11 (%)	NC9 (%)	NC10 (%)	NC3 (%)	NC4 (%)	NC2 (%)
Category 1. Coordination		33.9	42.5	53.6	50.1	29.9	21.3	41.3	39.1	32.4	55.2	41.9	51.3	49.9	60.3
1.1	Design/	0.40	1.0	0.0	1.6	0.0	6.5	10.3	3.0	3.8	7.9	8.5	20.5	15.4	20.1
	Implementation	33.6	41.6	53.6	48.6	29.9	14.8	30.9	36.1	28.6	47.3	33.3	30.8	34.6	40.2
1.2	Internal/	30.0	28.4	35.5	38.8	24.0	16.7	26.7	2.3	4.5	14.0	11.9	39.7	38.4	37.4
	External	4.0	14.1	18.1	11.4	5.9	4.5	14.5	36.7	27.8	41.2	30.0	11.6	11.6	22.9
1.3	Professional/	33.6	38.4	5.1	40.8	23.6	8.9	11.4	21.4	18.1	16.9	15.2	18.7	17.4	25.3
	Patient	0.4	4.2	48.4	9.3	6.3	12.4	29.9	17.6	14.2	38.3	26.6	32.6	32.5	35.0
1.4	Formal/	15.2	12.1	0.0	15.2	11.4	0.4	0.1	0.0	0.1	0.5	2.7	4.5	10.7	3.4
	Informal	18.4	26.3	5.1	25.6	12.3	8.5	11.2	21.4	18.0	16.4	12.5	14.2	6.7	22.0
Category 2. Supporting coordination		18.3	15.7	5.2	18.1	41.1	51.8	34.3	38.0	45.3	26.2	41.5	36.1	36.3	30.4
2.1	Supporting NC coordination	8.3	3.5	3.5	13.4	16.8	10.0	10.4	15.9	13.6	21.7	28.0	28.2	28.7	19.5
2.2	Supporting other coordination	5.6	2.6	0.2	2.8	17.7	37.7	18.8	17.0	23.6	1.6	9.7	1.1	0.6	5.3
2.3	Relational coordination	4.4	9.6	1.5	1.8	6.5	4.1	5.2	5.1	8.2	2.9	3.9	6.8	7.0	5.6
Category 3. Non-coordination		47.8	41.8	41.2	31.8	29.0	26.9	24.4	22.9	22.3	18.6	16.6	12.6	13.8	9.3
	Clinical activity	11.4	10.1	20.8	6.5	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0
	Time spent visiting patients	0.1	1.6	6.7	4.4	0.0	0.0	2.8	5.7	2.7	2.4	0.6	4.2	3.1	8.1
	Training/Expertise	0.0	1.7	2.4	0.0	0.3	17.4	12.0	0.0	0.0	10.7	13.2	0.0	0.3	0.0
	Ward management	26.9	20.4	5.6	12.9	25.5	0.2	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Journey planning	2.1	0.3	5.6	8.0	1.5	1.6	3.4	1.5	1.9	2.9	2.5	2.5	3.7	0.0
	Institutional requests	7.3	7.6	0.0	0.0	1.6	7.7	5.0	15.7	15.5	2.5	0.3	5.3	6.7	1.2

¹⁷ * The percentages are calculated by dividing the category value (minutes) by the total time of NC observation and then multiplying the result by 100

4. DISCUSSION

Our research generated important findings in two areas: NC work content and activity type distribution according to NC location.

4.1. NC Work Content: Time Dedicated to Coordination

Consistent with other studies (Cantril et al., 2019; McMurray & Cooper, 2017), NCs performed, at different proportions, assessments, orientation, follow-up, and patient support. However, the proportion of NC activities dedicated to PPC varied considerably and did not represent the entire NC work content. Moreover, times ensuring smooth pathway transition between inpatient care and ambulatory care and pathways continuity outside the HCO (external coordination) were lower for some NCs. Our study suggested that many NCs had to address shortcomings or a lack of internal organization on HCO wards.

Allen (2014a) described factors (clinical or organizational) impacting on transitions between the sequence of care and external coordination; organizational factors include: (1) proximity and familiarity between wards or professionals, (2) the potential for boundary crossing to be supported by social interactions, (3)

the degree of interpretative work demanded of practitioners in fabricating identities for the work purposes of others, and (4) the ease with which pertinent information was accessed (Allen, 2014a). Our study suggested that external coordination, despite barriers to its implementation, is indispensable as it provides continuity and fluidity in cancer patient pathways. In a systematic review on inter-professional and inter-organizational coordination, Karam et al. (2018) recommended that NC roles should focus on external coordination to facilitate communications between different HCOs in patient pathways. Therefore, NCs must build and maintain links with professionals outside hospitals. Hanan-Jones et al. (2021) described NCs roles as boundary spanners; their main function was to process external HCO information, which included gathering external information, filtering it based on relevance and priority, translating it into understandable terms for HCO members, and delivering it to relevant personnel (Aldrich & Herker, 1977; Hannan-Jones et al., 2021).

PPC activities required time for preparation, verification, and downstream reporting. Some NCs supported the coordination activities of medical professionals (NCs 7 and 8 at

HCO-3 and NCs 11 and 12 at HCO-4).

Allen (2008) reported that nurses chose to undertake or not work delegated by doctors in order to maintain patient care and treatment. Consistent with these findings, NCs at HCO-4 undertook work delegated by doctors and implemented “go faster” approaches for their patients. Nevertheless, NCs at HCO-3 on inpatient or outpatient wards perceived these tasks as acknowledgement or trust by physicians because they had delegated part of their activities. These differences were possibly explained by the fact that these NCs were performing relatively new jobs at this particular HCO and that funding was not permanent. These factors increased the need for professional acknowledgement, thus, sharing the work of physicians may have increased the NCs sense of legitimacy.

We previously showed (Michel et al., 2017) that professional perceptions and activity integration could be very different depending on ward organization. Similarly, our current findings also highlight important differences related to NC location.

4.2. Activity Differences according to NC Location

NCs in inpatient or outpatient wards spend more time on non-coordination activities (24.4–47.8%) when compared with NCs in centralized structures (9.3–22.9%), e.g., tasks related to ward management (12.9–26.9% for NCs 14, 5, 13, and 6). Similar findings were identified in 18 trauma networks in the UK (Crouch et al., 2015). NC administrative tasks included managing staff and ward rosters, ordering stock, answering telephones, attending meetings, and typing minutes. Spooner et al. (2019) also highlighted that a portion of NCs work was dedicated to administrative tasks; the authors grouped tasks into a system support domain, which accounted for 19% of NC activity. Similar to NCs 14, 5, 13, and 6, NCs in the studies by Spooner (2019) and Crouch (2015) worked on inpatient and outpatient wards. The presence of NCs on wards may have influenced a higher proportion of administrative tasks in their daily work.

We suggest that NCs in centralized structures had an increased focus on PPC activities. These NCs spent more time designing or adapting pathways to meet the needs of patients compared to ward NCs. NCs in

centralized structures also performed more external coordination activities when compared with NCs on inpatient and outpatient wards, whose coordination activities were mainly internal (65–88% of coordination time).

Nevertheless, such centralized structures in HCOs faced implementation issues related to historical work divisions. Indeed, division by ward is historically recognized in HCOs, which makes it difficult to implement centralized structures for mutualizing human resources in the HCO. Consequently, NCs working in centralized structures may receive little recognition, and their work may be poorly acknowledged by other ward professionals (Cantril et al., 2019; Valaitis et al., 2017).

Study Limitations

Our study had some limitations. We developed an in-depth view of PPC activity content in HCOs and identified several organizational issues related to NC implementation. However, we had limited samples of both NCs and HCOs. Future, larger studies should be conducted to confirm our findings. We also focused on oncology, a field that has benefited considerably from many initiatives and significant PPC funding. Thus, to broaden the scope of our

findings, further investigations must be conducted for other clinical conditions, e.g., NC roles in cardiology, and other organizational structures, e.g., NCs in ambulatory care.

5. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Our results help us better understand NC work content and the boundaries affecting these activities. We showed that: (1) NC roles and job titles are not standardized, even within similar jurisdictions. (2) NCs do not only perform coordination activities, non-coordination activities are more important for NCs in inpatient and outpatient wards when compared with NCs in centralized structures. (3) NCs support the coordination work of other medical professionals. (4) NCs in centralized structures performed more PPC design/adaption activities and more external coordination activities when compared with NCs in inpatient and outpatient wards.

Our findings require us to consider the place of NCs in organizations. Our recommendations suggest to the managers that they promote centralized structures if the goal is to ensure a smooth transition between HCO and ambulatory care and also to promote actions to adapt care pathways to patient needs. Critically,

we identified a risk of NCs straying from PPC activities; therefore, job descriptions must clearly identify tasks related to PPC.

Further studies should be undertaken to compare NC roles and their place in organizations in different countries. Similarly, these studies could be complemented by an¹ organizational analysis of work and division of labor among professionals performing PPC roles.

Lastly, we highlighted different dimensions of NC activities and resultant training needs. To foster improved relationships between care team members, interdisciplinary training must be developed to deal with care coordination issues.

Author Contributions: M.-X.A.: Conceptualization, Methodology, Investigation, Formal analysis, Writing—Original Draft, and Funding acquisition; E.M.: Conceptualization, Methodology, and Formal analysis; M.W.: Conceptualization, Methodology, Formal analysis, and Funding acquisition. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was supported by the “Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH)” and the “Association Nationale Recherche Technologie” (ANRT), dispositive CIFRE.

2. **Institutional Review Board Statement:** Not applicable.

3. **Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

4. **Data Availability Statement:** Due to confidentiality, datasets are not publicly available.

5. **Acknowledgments:** We acknowledge the support of all participating HCOs and healthcare professionals. We also acknowledge the editorial assistance of John P Phelan.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest

TROISIEME CHAPITRE

Analyse organisationnelle des structures centralisées à travers les trois dernières catégories du cadre APANCO :

Quels enjeux pour leur implémentation ?

Les résultats présentés dans le deuxième chapitre ont montré que ce sont les **NCs dans les structures centralisées**, en comparaison des NCs dans les services, qui réalisent le **plus d'activités pour coordonner le parcours du patient**, assurer les transitions entre la ville et l'hôpital, ainsi que pour adapter le parcours aux besoins du patient.

En France, l'implantation des NCs au sein des HCOs s'est effectuée principalement de deux façons

- Soit le poste de NC a évolué depuis un poste déjà existant dans un service d'hospitalisation (complète ou de jour). Ces infirmiers occupaient ainsi un rôle d'infirmier principal, infirmier responsable, ou faisant-fonction cadre.

- Soit le poste de NC a été créé « *ex nihilo* » au sein d'une nouvelle structure hospitalière à l'extérieur des services afin de centraliser les efforts de coordination du parcours patient. En général, ces structures centralisées disposent d'une organisation du travail indépendante des services - i.e., manager de proximité (cadre de santé), locaux propres, logiciel interne à la structure et des professionnels administratifs (secrétaires ou des aides-soignants) - mais en restant toujours rattachées à l'hôpital.

Les résultats de notre deuxième article ont également montré que la mise en place de ces nouvelles structures organisationnelles, au sein de la structure fermée des HCOs peut amener des difficultés.

METHODOLOGIE

L'objectif de ce troisième chapitre est de comprendre le contexte organisationnel et relationnel des NCs au sein des structures centralisées en analysant les enjeux d'implantation de ces métiers dans les HCOs. Nous nous concentrons sur l'analyse organisationnelle des structures de coordination à travers les trois dernières catégories du cadre APANCO : **analyse de la qualité des relations entre les acteurs (catégorie 4), analyse des mécanismes d'organisation du travail (catégorie 5) et analyse des stratégies d'amélioration des flux d'informations médicales et psychosociales du patient (catégorie 6).**

Tenant compte de l'imbrication entre celles-ci, nous allons réaliser une analyse transversale en mobilisant des éléments des trois catégories.

RESULTATS

Sept des 14 NCs observés faisaient partie de trois structures centralisées, le Tableau 9 décrit les caractéristiques principales de ces structures.

Tableau 9. Description des structures centralisées

	Structure centralisée A (HCO-2)	Structure centralisée B (HCO-4)	Structure centralisée C (HCO-4)
Missions	<i>Devenir les référents des patients atteints de cancer tout au long de leur parcours</i>	<i>Réaliser un suivi des patients atteints de cancer sous thérapie orale</i>	<i>Coordonner la sortie d'hospitalisation et le retour à la maison</i>
Manager de proximité	Cadre de santé de la structure	Cadre de santé du département des parcours	
Type de cancer pris en charge	Tous	Patients sous thérapies orales	Tous à la sortie d'hospitalisation
Formalisée depuis	2010	2015	2008
Conçue par	L'HCO	L'HCO	L'HCO
Ressources humaines au sein de la structure	5 infirmiers Pivots 1 Manipulatrice radio Pivot 1 Secrétaire 1 IPA	2 Infirmiers de coordination 1 Assistante de recherche 1 Secrétaire 1 Aide-soignante	5 Infirmiers de coordination
Ressources matérielles	Logiciel de coordination interne à la structure	Portail d'internet pour les patients Logarithmes d'évaluation et de gradation des patients	Logiciel de coordination interne à la structure
Financement	INCa – Liga contre le cancer	INCa – HCO	HCO
NC observé	NC2 NC3 NC4	NC9 NC10	NC11 NC12

Dans notre cadre d'analyse APANCO, nous avons identifié des éléments importants pour l'analyse de la qualité des relations entre les acteurs, tels que l'existence et le partage d'objectifs communs, le partage des connaissances, la compréhension des rôles et des responsabilités, l'équilibre des pouvoirs entre les acteurs et le respect mutuel, ou encore la présence d'un climat de sécurité émotionnelle et de résolution des conflits.

L'influence de la clarté des rôles sur les relations entre les acteurs du parcours patient

Les relations entre les NCs et les médecins sont influencées par la clarté des rôles et des responsabilités. Les extraits d'entretiens avec le NC-4 et le cadre de santé de l'HCO-2 mettent en évidence des défis et des tensions liés à ce niveau de clarté.

Selon les propos du NC-4, il semble y avoir une confusion quant au rôle et aux responsabilités des NCs dans l'HCO-2 et plus largement en France. Lors des réunions avec la cadre de santé, de nouvelles consignes sont régulièrement données, ce qui entraîne une incertitude des attentes et des tâches à accomplir :

- *Notre rôle n'est pas clair, à chaque réunion [avec la cadre de santé] il y a de nouvelles consignes. Des fois, on nous dit de suivre tous les patients, d'autres jours qu'il faut suivre seulement les patients les plus complexes »*
- (NC4, HCO-2, interview)

Cette situation peut engendrer non seulement de la frustration chez les NCs mais également rendre difficile la reconnaissance de leur rôle par d'autres professionnels. En effet, lors de l'entretien avec la cadre de santé de l'HCO-2, des difficultés ont été mentionnées dans les relations entre les NCs et les oncologues :

- *« ... deux des oncologues ne souhaitent pas que leurs patients soient suivis par nos infirmiers [NCs]... Ils ne nous appellent pas lorsqu'ils ont un nouveau patient »* - (cadre de santé, HCO-2, interview)

Nos observations confirment ces difficultés, notamment entre les NCs de la structure centralisée A et certains médecins de l'HCO-2. Les nombreuses relances et les réponses tardives aux mails ou le temps d'attente à l'extérieur des salles de consultations, nous ont paru plus importants par rapport à ce que nous avons observé dans la structure centralisée B (HCO-4).

L'absence d'objectifs communs clairement définis pour les NCs et le manque de clarté quant à leur rôle ont un impact sur la perception des autres professionnels à leur égard.

La différence perçue des relations entre les NCs des structures centralisées A et B et les médecins des HCO-2 et HCO-4, peut être expliquée par les mécanismes

et stratégies d'organisation du travail des NCs conçus par la structure centralisée B.

La place de la définition et de la standardisation des processus dans les relations et l'organisation du travail entre les NCs et les médecins

Au sein de la structure centralisée B, nous avons observé la mise en place d'algorithmes d'évaluation et d'orientation des patients, utilisés par les NCs 9 et 10 dans leur prise en charge (voir Photo 1). Ces algorithmes de gradation, développés à partir d'une démarche qui a identifié les événements indésirables les plus récurrents en cancérologie (36 événements), permettent d'évaluer la gravité des symptômes et des signes d'alarme du patient. En fonction du score obtenu (grade 1, 2 ou 3), les NCs disposent de trois scénarios d'actions à implémenter. Les algorithmes déterminent ainsi à la fois la granularité du suivi et de la réévaluation du patient ainsi que le besoin d'informer immédiatement ou pas le médecin.

Cette standardisation des processus de prise en charge, ainsi que la démarche collaborative utilisée pour leur création, semblent jouer un rôle essentiel dans l'organisation du travail et les relations entre les NCs et les médecins. D'une part, la conception de ces algorithmes a été réalisée conjointement par les médecins et les infirmiers. Cette collaboration dans le processus de conception a offert une opportunité aux professionnels de mieux se connaître, d'identifier le rôle et la place de chacun dans le parcours patient et de créer des liens de confiance mutuelle. D'autre part, cette approche structurée, qui implique une clarification formelle des situations où les NCs et médecins vont se solliciter mutuellement, favorisent une prise en charge plus cohérente et facilitent la communication entre les NCs et les médecins.

Lors de nos échanges, les NCs 9 et 10 nous ont précisé que lorsqu'ils détectent des symptômes d'alarme ou des changements importants dans l'état de santé du patient, ils contactent le médecin par mail. Les verbatims suivants rendent compte de cette démarche :

« On essaie d'être le plus synthétiques possible

[Chercheur : c'est-à-dire ?]

Par exemple, on met en gras les données ou les questions plus importantes et on formule les questions de façon à obtenir une réponse fermée. Tu sais, les médecins ont que trois secondes pour regarder nos mails »

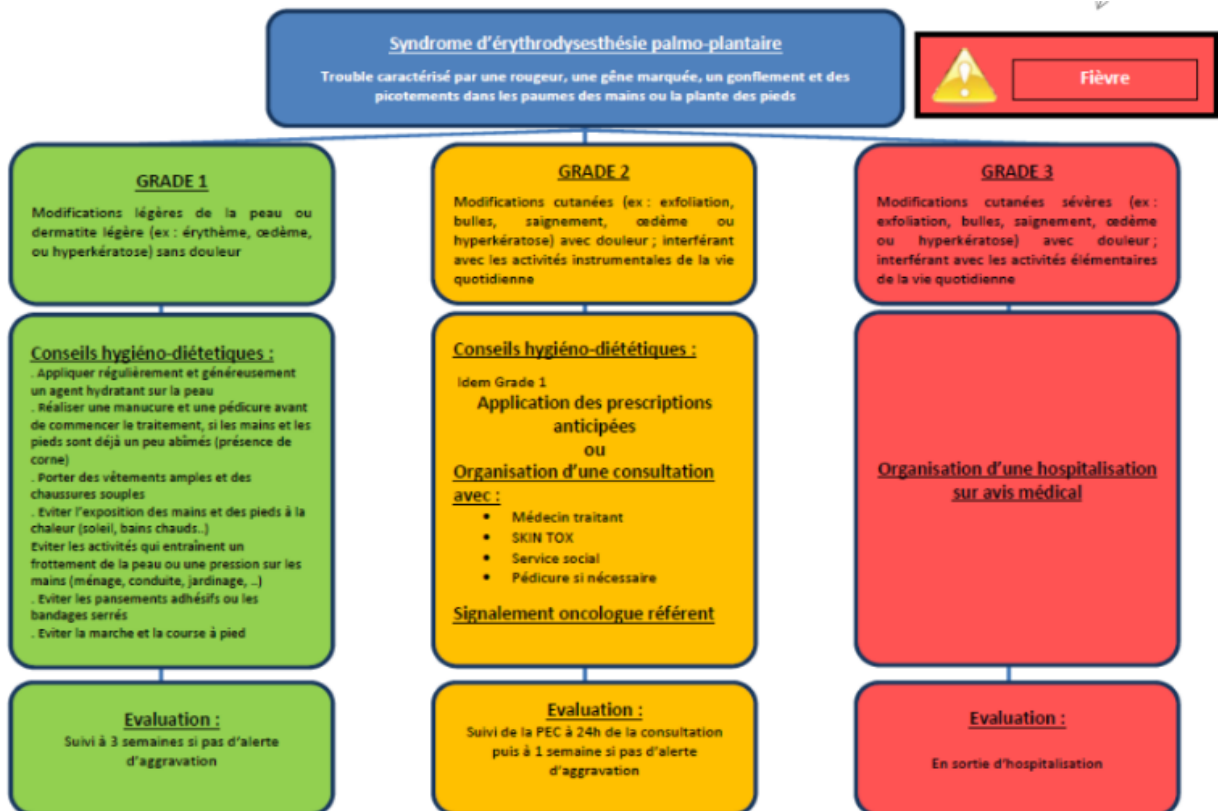
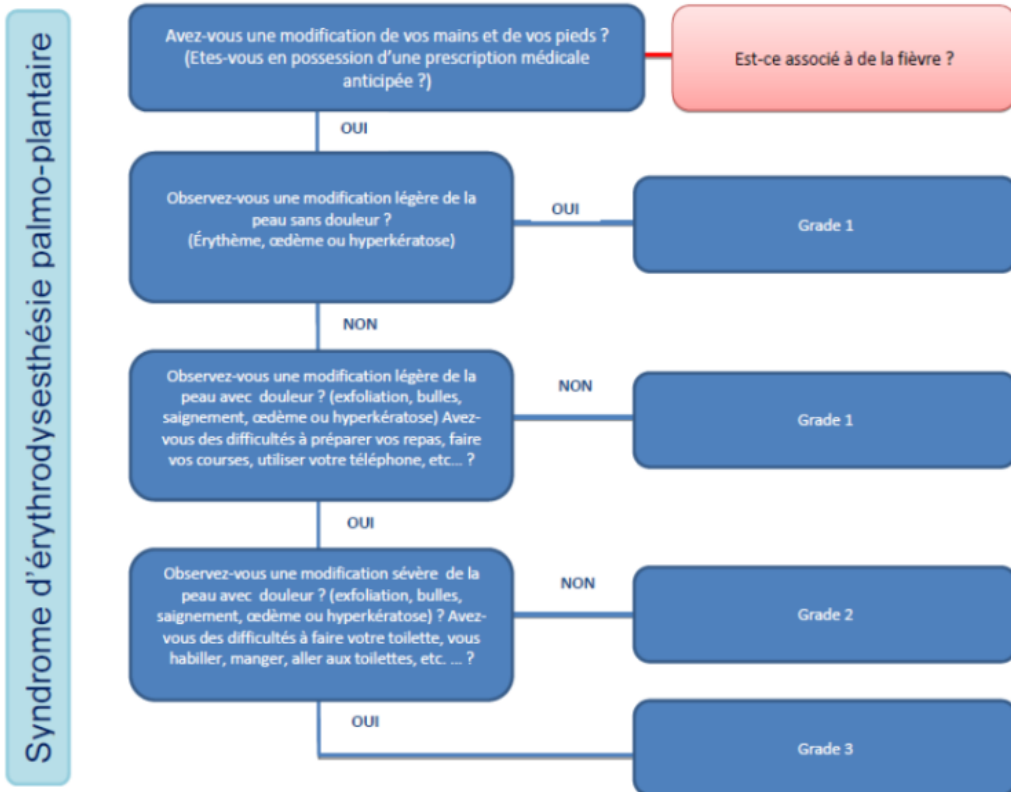


Photo 1. Exemple des logarithmes d'évaluation et d'orientation du patient pour un syndrome d'érythrodysesthésie (source présentation NCs 9 – 10)

En outre, la structure centralisée A a mis en place d'autres types de procédures pour standardiser la prise en charge mais qui ne concernent que le patient et les NCs (voir Encadré 5). Au cours du processus de création des algorithmes dans la structure B, des fiches d'évaluation ont été créées par les NCs et la cadre de santé de la structure sans la participation des médecins de l'HCO-2.

Ces fiches sont utilisées dans le cadre du Temps d'Accompagnement Soignant (TAS). Cette consultation cherche à évaluer de façon globale les besoins (cliniques, sociaux, psychologiques et de service) du patient, la compréhension de sa maladie et à identifier son équipe de soins (Encadré 5).

TEMPS D'ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT

Etiquette Patient Date consultation médicale : Médecin Référent :
 Date consultation IDE + nom: Médecin traitant :
 Durée : Chirurgien :
 Adresse : Radiothérapeute :
 Tél. : IDE Libéraux :
 Personne à prévenir : Pharmacien :

Diagnostic :

ATCD : Médicaux (Allergies)	Chirurgicaux
-----------------------------	--------------

Décision RCP :

Motif de la consultation d'annonce : 1ere prise en charge récidive Entretien : Seul Accompagné
 Autre localisation

VIE SOCIALE

Situation familiale : Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Enfants : Petits enfants : Entourage familial et social Isolé(e) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (isolement géographique, social...)	Profession : Couverture sociale : Mutuelle : Mesure de protection :
--	--

Habitat : <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Ascenseur <input type="checkbox"/> Animaux <input type="checkbox"/> Autres :	Loisirs / Activités :
---	------------------------------

Etat émotionnel : <input type="checkbox"/> Anxieux <input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Sidération <input type="checkbox"/> Colère <input type="checkbox"/> Mutisme <input type="checkbox"/> Euphorie <input type="checkbox"/> Réaction adaptée	Visite : <input type="checkbox"/> Service de jour <input type="checkbox"/> Hospit N1/N2 <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Secteur stérile <input type="checkbox"/> ERI
--	---

Le patient parle de :	Informations données : <u>Le traitement :</u> <input type="checkbox"/> chimiothérapie <input type="checkbox"/> radiothérapie <input type="checkbox"/> curie <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> hormonothérapie <input type="checkbox"/> thérapie ciblée <u>Les effets secondaires :</u> <input type="checkbox"/> nausées/vomissements <input type="checkbox"/> mucite/aptes <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> alopecie <input type="checkbox"/> asthénie <input type="checkbox"/> sensibilité au froid <input type="checkbox"/> digestif <input type="checkbox"/> paresthésies <input type="checkbox"/> ongles <input type="checkbox"/> atteinte cutanée <u>Matériels :</u> <input type="checkbox"/> CIP <input type="checkbox"/> Hickman <input type="checkbox"/> Périphérie <input type="checkbox"/> Emla <input type="checkbox"/> Picc Line
------------------------------	---

Compréhension de la maladie :

Temps d'Accompagnement Soignant (TAS)

L'objectif de cette consultation est la réalisation d'une évaluation globale des besoins du patient ainsi que l'identification des ressources dont il dispose pour y répondre.

Le TAS cherche aussi à créer un lien de confiance avec le patient. Plusieurs temps sont prévus dans la consultation :

- 1) Identification du patient et de son équipe des soins.
- 2) Evaluation de la compréhension de la maladie et reformulation si nécessaire par l'infirmier
- 3) Evaluation des besoins et demandes du patient. E.g., suivi plus rapproché pour favoriser une meilleure observance, mise en place des aides ménagères ou portage de repas, aide avec les démarches administratives.
- 4) Orientation vers d'autres professionnels. E.g., psychologue, médecin de la douleur, assistant social, ou vers des groupes d'entre-aide des patients.
- 5) Explication des étapes à venir.

Encadré 5. Fiche et définition du Temps d'Accompagnement Soignant (TAS)

En outre, dans la catégorie 5 du cadre APANCO, nous avons identifié d'autres éléments essentiels dans l'analyse des mécanismes et stratégies d'organisation du travail dans les HCOs. Parmi ces éléments, nous avons également souligné l'analyse d'outils technologiques et le développement de systèmes d'information.

Les technologies de l'information : des outils d'organisation du travail qui demandent un effort de conception

Dans le cadre de nos observations, nous avons identifié un manque de systèmes d'information partagés et ergonomiques au sein des structures centralisées. Bien que les structures aient développé des logiciels internes pour le recueil et le traitement des données des patients, nous avons constaté que ces outils ne sont pas toujours connectés au logiciel principal de l'HCO. Cette absence d'interopérabilité peut entraîner des difficultés dans le partage et l'accès aux informations des patients ainsi que dans la coordination des actions entre les différents acteurs de soins.

De plus, nous avons relevé des problèmes liés à l'utilisation de ces outils. Par exemple, l'extrait d'entretien du NC-4 témoigne de ces difficultés rencontrées par les NCs au sein de l'HCO-2 :

- *"Des fois je trouve que la traçabilité est lourde... on perd beaucoup de temps à écrire sur les deux logiciels... Si jamais vous voulez faire un truc pareil [implémenter un dispositif de coordination], appelez un bon informaticien" - (NC-4, HCO-2, interview)*

Cet extrait souligne les frustrations liées à la double saisie d'informations sur des logiciels distincts. Des difficultés similaires ont été rencontrées par les NCs de l'HCO-4, qui ont décrit les logiciels comme étant « *chronophages* ». Ces difficultés entraînent un sentiment de perte de temps et de charge de travail supplémentaire pour les NCs.

Ces problèmes sont d'autant plus importants lorsqu'il s'agit de partager des informations entre les professionnels de l'HCO et d'autres organisations de santé ou professionnels libéraux.

Bien que la structure centralisée B ait développé un portail internet spécifique pour faciliter cette communication entre l'HCO-4, les professionnels libéraux et les patients, nous avons dans les faits constaté que peu de patients l'utilisaient. Les NCs expliquent pourtant le fonctionnement de ce portail patient lors de la

consultation initiale mais, selon les NC-9 et NC-10, les patients préfèrent toujours les appeler pour partager de nouvelles informations, des problèmes de santé ou des difficultés.

Par ailleurs, nous avons analysé d'autres éléments d'organisation du travail, tels que la standardisation des compétences et la répartition du travail entre les professionnels des structures centralisées, qui influencent également la coordination du parcours patient.

Le rôle support des secrétaires des structures centralisées dans l'activité de coordination du parcours du patient

La répartition du travail entre les différents professionnels de santé au sein des structures centralisées est également un élément crucial pour assurer une coordination efficace des soins. Au cours de nos observations, nous avons constaté que d'autres professionnels au sein des structures centralisées contribuent à la coordination du parcours patient et sont un appui à l'activité des NCs.

La présence d'une aide-soignante dans les structures B et C fait qu'une partie du travail de suivi des patients est réalisée par celle-ci et non par les NCs. Nous avons observé l'aide-soignante faire les suivis téléphoniques à la suite d'une sortie d'hospitalisation, notamment lorsque les patients sont pris en charge à domicile par un prestataire. L'aide-soignante vérifie que le patient ne présente pas de signes ou de symptômes d'alarme et, s'il y a un problème, elle redirigera le patient vers le NC. Au contraire, dans la structure A, toutes les activités de suivi et évaluation des patients sont réalisées par les NCs.

Les secrétaires participent également à la répartition des tâches au sein des structures au-delà du support administratif aux NCs. Selon la cadre de santé de la structure A, l'objectif du rôle de secrétariat est de :

- « ...dispatcher les appels aux professionnels pertinents, soit au sein de notre plateforme [la structure centralisée] soit les diriger vers le professionnel à l'hôpital [...] l'idée est que nos NCs ne soient pas dérangés pendant leurs activités notamment pendant le TAS » - (Cadre de santé, HCO-2, interview)

Pendant nos observations nous avons pu constater le rôle pivot de la secrétaire dans les structures centralisées. Néanmoins, ce rôle de pivot n'est pas systé-

matique car certains patients et professionnels appellent directement les NCs. Dans la structure centralisée C, nous avons observé que la secrétaire téléphonait aux patients et effectuait le suivi à la suite d'une sortie d'hospitalisation. Normalement, cette tâche relève pourtant de la responsabilité des NCs et de l'aide-soignante mais la secrétaire la fait aussi lorsque les NCs et l'aide-soignante sont très occupés.

La standardisation des compétences et la définition du rôle de NC et de ses frontières : un élément central dans l'organisation du travail

Au cours de nos observations au sein des structures centralisées, nous avons constaté que les compétences requises pour le poste de NC sont bien définies dans leur fiche de poste. Ces compétences comprennent des connaissances techniques solides dans le domaine de l'oncologie, évaluées par l'expérience professionnelle (généralement plus de trois ans) et les formations suivies. Les compétences relationnelles et de communication sont également demandées afin d'établir des liens efficaces et des relations de confiance avec les patients. Or, sur cette compétence précise, nous n'avons pas constaté de détails sur le type de formations ou missions pour favoriser l'empowerment / l'autonomie des patients, par exemple.

De plus, la maîtrise des outils technologiques est également une des compétences essentielles, notamment pour les NC-9 et 10 qui doivent expliquer le fonctionnement du portail internet aux patients. Une aptitude à participer activement au développement du rôle de NC ou à des projets de recherche est aussi mentionnée dans les fiches de postes, en particulier pour les structures centralisées A et B. Compte tenu des types de financements de ces structures (INCa, ligue contre le cancer), des évaluations de leurs postes ou la participation à d'autres projets de recherche en lien avec les patients suivis sont souvent demandées. Par ailleurs, des formations préalables peuvent également être requises dans des domaines tels que la conduite d'entretiens, la gestion de la douleur ou encore les soins en fin de vie.

En revanche, nos observations ont révélé que l'activité des NCs ne se limite pas aux seules tâches d'évaluation, de suivi et d'éducation thérapeutique des patients. En réalité, d'autres responsabilités liées à l'orientation des patients vers d'autres professionnels de santé, à la navigation dans le système de santé ou

encore à la mise en place de services d'aide à domicile peuvent représenter une part importante du travail des NC.

De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, malgré ces définitions de compétences et des missions des NC, leur rôle n'est pas toujours clairement défini, et ce tant pour les NC eux-mêmes que pour les autres professionnels. Bien qu'ils soient tous d'accord de se positionner comme les référents des patients, d'autres points comme l'organisation de leur travail sont moins clairs. A titre d'exemple, nous avons demandé aux NCs de la structure centralisée A s'ils devaient voir tous leurs patients ou seulement les cas les plus complexes. Les réponses ont été partagées, certains NCs mentionnant qu'ils devaient suivre tous les patients (2/3 NCs), tandis que l'un d'entre eux a indiqué ne s'occuper que des cas les plus complexes. Lors de l'entretien avec la cadre de santé, elle nous a précisé que « *l'objectif de la plateforme [structure centralisée A] est de prendre en charge les patients les plus complexes* ».

Ces difficultés dans la définition des frontières de leur rôle deviennent d'autant plus compliquées lorsque différents postes de NC co-existent dans le même HCO. C'est le cas des HCO-2 et HCO-4, où d'autres NCs sont présents dans les services d'hospitalisation. Selon le NC-2 de l'HCO-4, il peut y avoir des redondances entre les différents métiers dédiés à la coordination, tant à l'intérieur et qu'à l'extérieur de l'HCO. Cela peut entraîner des difficultés, comme en témoigne l'extrait des notes d'observation (voir Encadré 6) où Isabelle, une NC, se retrouve à contacter plusieurs professionnels de l'hôpital pour trouver une place en hospitalisation pour la patiente Catherine, mais finit par être renvoyée d'un professionnel à un autre. Ces situations mettent par ailleurs en évidence les défis liés à la coordination des différentes professions impliquées dans le parcours du patient.

Catherine, 53 ans, est atteinte d'un cancer des voies digestives. Elle est de retour à son domicile après un séjour à l'hôpital. Depuis, une infirmière libérale passe 2 fois par semaine pour faire le suivi de sa nouvelle poche de stomie.

A l'hôpital, et depuis l'annonce de sa maladie, Catherine est suivie par Isabelle, une des infirmières de coordination (NCs) de la plateforme de coordination de l'HCO (une structure qui centralise les efforts de coordination à l'extérieur des services). Les NCs de la plateforme se positionnent comme les professionnels référents du patient au long de son parcours de soins et une de leurs missions est de programmer les séjours hospitaliers et d'éviter ainsi les passages aux urgences.

Vendredi 3 novembre matin, l’infirmière libérale appelle l’IDEC Isabelle pour lui dire qu’elle pense que Catherine est en train de faire une obstruction intestinale. L’infirmière libérale lui demande de l’aider à trouver une place en hospitalisation.

Entre 11h27 et 11h42, Isabelle va donc contacter de multiples professionnels de l’hôpital : l’interne de l’hôpital de jour, l’infirmier de coordination du service d’hospitalisation et enfin le médecin chef du service d’hospitalisation. Chacun la renvoie à un autre professionnel pour obtenir le feu vert d’hospitalisation. Le dernier, le médecin chef du service, va lui conseiller de dire à la patiente d’aller voir son médecin traitant.

Entre 11h43 et 15h55, alors qu’Isabelle organise la prise en charge à domicile à la suite de la visite de la patiente chez son médecin traitant, elle gère également certaines difficultés entre les professionnels libéraux (IDE libérale, prestataire, pharmacien) liés à un problème de disponibilité d’un médicament en pharmacie. Pendant cette période, elle contacte également trois fois la patiente pour la tenir au courant des décisions et pour évaluer son état de santé par téléphone.

Lundi 6 novembre, c’est le médecin traitant de Catherine qui appelle Isabelle pour demander en urgence une place en hospitalisation parce que l’état de santé de Catherine s’est sérieusement détérioré durant le week-end.

Encadré 6. Notes d’observation.

***Les noms ont été changés afin de veiller à l’anonymat du NC observé**

DISCUSSION

Les analyses effectuées à travers les trois dernières catégories du cadre APANCO soulèvent des enjeux importants sur l’implémentation des NCs travaillant au sein des structures centralisées des HCOs.

Etant donné que la coordination du parcours patient est une activité collective (Jarzabkowski et al., 2012b), il est essentiel de maintenir un climat de collaboration et de confiance mutuelle entre les acteurs de la coordination. Or, la création d’un tel cadre n’est pas toujours évidente lorsque les professionnels du parcours patient ne font pas partie du même service, ou lorsque la coordination implique des professionnels dont leur rôle n’est pas pleinement connu. En effet, au cours de nos observations au sein des structures centralisées, nous avons constaté que le rôle et les frontières de travail des NCs n’étaient pas toujours clairement définis. De plus, nous avons remarqué que lorsque de telles lacunes existaient, les NCs avaient des relations moins fluides avec certains oncologues.

De nombreux auteurs soulignent l'importance de la connaissance mutuelle entre les membres de l'équipe de soins pour établir des relations de confiance (Beringer et al., 2006; Fiscella et al., 2017; Gittel, 2011; Karam et al., 2018; Van Houdt et al., 2014). Plus particulièrement, les travaux de Gitell (2002, 2006, 2011) mettent en évidence que la qualité des relations entre les acteurs est au cœur des facteurs de réussite de la coordination.

Cette qualité des relations est influencée non seulement par la clarté des rôles et des frontières entre les acteurs de la coordination, mais aussi par la définition de l'organisation et de la division du travail entre eux. Dans le cadre de nos observations, la structure centralisée B bénéficiait d'un processus de prise en charge des patients bien défini. Ces algorithmes d'évaluation et d'orientation avaient également été élaborés en collaboration avec les médecins. L'utilisation de ces stratégies de standardisation de l'organisation des parcours est décrite par plusieurs auteurs comme un facteur essentiel dans le processus de coordination des parcours (Bickell & Young, 2001; Curry & Ham, 2010; Kodner, 2002). Ces approches de standardisation permettent de clarifier les responsabilités de chaque acteur, de faciliter la communication entre les membres de l'équipe et d'assurer une cohérence dans les décisions prises tout au long du parcours du patient.

SYNTHESE DES RESULTATS

Les figures Figure 11 , Figure 12 et Figure 13 résument les objectifs, les méthodes et les principaux résultats des trois chapitres de cette thèse.

La première figure présente l'approche utilisée pour la construction du cadre d'analyse APANCO. La partie 11.a synthétise les définitions de la première catégorie du cadre APANCO, à savoir l'activité de coordination du parcours patient et les quatre sous-catégories de la PPC. La partie 11.b présente les définitions des deux autres catégories du niveau micro et les trois catégories du niveau méso.

La deuxième figure présente les principaux résultats issus de l'analyse des 325 heures d'observation à travers le cadre APANCO.

Enfin, la dernière figure résume les résultats des analyses des trois structures centralisées observées à travers les trois dernières catégories du cadre APANCO.



Figure 11.a Synthèse des résultats du premier chapitre



Figure 11.b Synthèse des résultats du premier chapitre (continuation)



Figure 12. Synthèse des résultats du deuxième chapitre

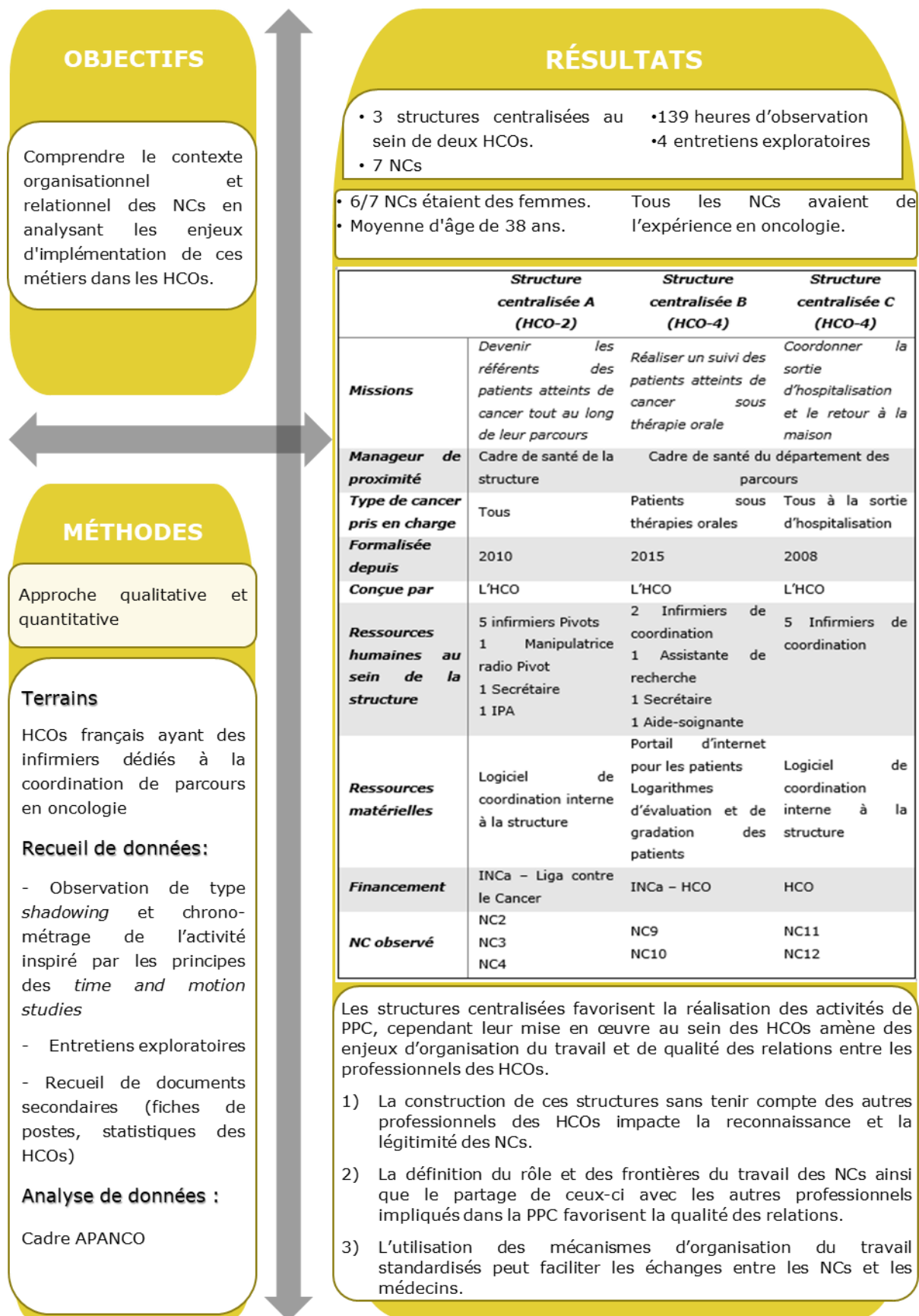


Figure 13. Synthèse des résultats du troisième chapitre

DISCUSSION GENERALE

Synthèse des discussions des chapitres

L'objectif général de cette thèse était de saisir le contenu des métiers dédiés à la coordination du parcours patient (*Patient Pathway Coordination*, PPC), plus précisément ceux incarnés par des infirmiers (*Nurses coordinators* - NC) dans un contexte organisationnel hospitalier. Cette recherche s'est focalisée particulièrement sur le rôle des NCs dans le domaine de l'oncologie. Pour atteindre cet objectif, nous avons proposé un déroulement en trois phases qui a abouti à la publication de deux articles et la rédaction d'un troisième chapitre.

Le premier article visait à proposer un cadre d'analyse du travail des métiers dédiés à la coordination du parcours patient, et plus précisément ceux incarnés par des NCs, le cadre APANCO.

APANCO nous a permis de saisir l'activité réelle réalisée par ces métiers dans le contexte des Organisations de santé (*HealthCare Organisations*, HCOs) en oncologie. En comparaison des modèles présentés dans la littérature en santé e.g., EPOCK (Colombani et al., 2022), SELFIE (Leijten et al., 2018) ou ATLAS (K. M. McDonald et al., 2014) et ceux présentés par la littérature en sciences infirmières (Baileys et al., 2018; Brown et al., 2012; Cantril et al., 2019), APANCO apporte une vision organisationnelle à l'analyse du contenu du travail des NCs.

SELFIE et ATLAS proposent des modèles théoriques sur la coordination des soins. Ceux-ci nous éclairent sur les stratégies politiques ou d'organisation du système de santé qui permettent d'aboutir à une bonne coordination via une analyse aux niveaux macro et méso. APANCO se positionne en complément de ces derniers en proposant un cadre qui permet d'analyser plus en détail ce qu'il se passe au niveau micro (Cat. 1 – 3) sous une perspective managériale. A la différence des autres cadres, APANCO prête une attention particulière à l'analyse « du cœur de métier » des NCs, c'est à dire l'activité de coordination elle-même (sous-cat. 1.1 à 1.4¹⁸).

¹⁸ Les sous-catégories 1.1 à 1.4 :

(1.1) Cette sous-catégorie questionne la division du travail dans le processus de production d'un service. Dans notre cas, le processus de coordination du parcours patient ;
(1.2) Cette sous-catégorie distingue l'organisation du travail au sein d'un même HCO de l'organisation du travail entre acteurs de différentes organisations ;
(1.3) Celle-ci reconnaît que le travail entre professionnels de santé mobilise différentes compétences de savoir-faire et de savoir-être vis-à-vis du travail réalisé auprès des patients (ou de leurs familles) ;
(1.4) Celle-ci distingue la manière dont les actions de coordination sont réalisées et la formalisation ou non de mécanismes de coordination.

A l'instar d'EPOCK et ATLAS, les cadres mis en avant par Baileys et al., Brown et al., ainsi que Cantril et al., (2018; 2012; 2019) définissent les missions des métiers de coordination sous l'angle du service rendu au patient. Notre cadre complète cette vision en y intégrant la dimension des ressources organisationnelles. APANCO vise en effet une meilleure compréhension des conditions de l'activité réelle des NCs. Cette meilleure compréhension se manifeste notamment par l'analyse du travail réalisé en backoffice (Cat. 2) et la prise en compte de toutes les autres activités qui peuvent être effectuées par les NCs, mais qui ne relèvent pas « du cœur de métier » (Cat. 3).

Enfin, SELFIE, ATLAS ou les modèles en sciences infirmières s'inscrivent dans un contexte plus large du système de santé ou de la profession infirmière. APANCO, quant à lui, se positionne depuis le point de vue des HCOs et intègre, par ses trois catégories du niveau méso (Cat. 4 – 6)¹⁹, l'analyse de l'organisation du travail des HCOs et de l'activité des NCs. Ainsi notre cadre, via une approche managériale, permet de mieux anticiper les ressources nécessaires à l'implémentation du métier dans l'organisation du travail.

Une fois ce cadre défini et formalisé, nous l'avons utilisé pour analyser les activités réalisées par les NCs dans quatre HCOs dans le domaine de l'oncologie. Ce travail a été l'objet du deuxième article.

En cohérence avec d'autres études (Cantril et al., 2019; McMurray & Cooper, 2017), les NCs étudiés effectuent, à des degrés divers, l'orientation, le suivi et un support pour les patients. Toutefois, le recueil et l'analyse de données par le prisme d'APANCO nous a amené à souligner l'influence de la structure organisationnelle des HCOs sur le contenu de l'activité de ces nouveaux métiers. Nos observations ont révélé que la configuration des services où exercent les NCs, que ce soit au sein d'un service d'hospitalisation ou au sein d'une structure centralisée dédiée à la coordination, influence la nature de leurs activités. Par exemple, les NCs au sein de structures centralisées sont davantage impliqués dans l'adaptation du parcours aux besoins des patients, ainsi que dans les transitions entre les milieux hospitalier, la médecine de ville et le maintien à domicile. Des chercheurs comme Allen (2014a) ont précisément mis en avant les

¹⁹ Catégories niveau méso :

Cat. (4) Qualité des relations entre les professionnels

Cat. (5) Démarches de standardisation du travail

Cat. (6) Qualité des informations partagées

défis auxquels les infirmiers sont confrontés lorsqu'ils doivent collaborer avec des professionnels externes à leur équipe. Or, plusieurs auteurs (Aldrich & Herker, 1977; Hannan-Jones et al., 2021; Karam et al., 2018) recommandent que les rôles de coordination des parcours patients, tels que ceux tenus par les NCs, se concentrent sur les activités de coordination externe.

En revanche, nos analyses ont également montré que ces nouvelles structures centralisées peuvent amener des difficultés supplémentaires, notamment liées à leur implémentation. En effet, lorsque la construction de ces structures n'intègre pas l'ensemble des professionnels des HCOs, les rapports entre les NCs et les autres professionnels sont moins fluides et un sentiment de manque de reconnaissance et de légitimité peut être ressenti par les NCs (Cantril et al., 2019; Valaitis et al., 2017).

Au-delà des analyses descriptives de l'activité, notre sujet de thèse et nos résultats suscitent des questions sur des enjeux transversaux. Ils questionnent notamment **les frontières de ces rôles par rapport aux autres professionnels également impliqués dans la PPC. De même, ils interrogent les limites de l'activité des NCs quant aux tâches qui ne sont pas directement associées à la PPC.**

Ces différents questionnements mettent en lumière des enjeux majeurs que nous allons examiner dans les sections à venir, à savoir : (1) Les tensions liées à l'organisation du travail, et plus particulièrement la division entre la conception et la mise en œuvre entre le corps médical et le corps soignant ; (2) Le lien entre les activités de coordination effectuées par les NCs et la personnalisation du parcours, pour laquelle la prise en compte des besoins des patients a d'ailleurs fait partie des travaux préparatoires de cette thèse.

SECTION 1. ORGANISATION DU TRAVAIL, DEFINITION ET PERCEPTION DU ROLE ET DES FRONTIERES DES NCS : UNE PERSPECTIVE INTERACTIONNISTE ET SYSTEMIQUE

En santé, les définitions des rôles entre les médecins (concepteurs) et infirmiers (exécutants) sont à la fois soumises à un important poids historique, au contexte financier et aux avancées scientifiques. Dès lors, la construction du rôle des NCs est impactée non seulement par la définition de leur activité, mais également par leur environnement. Certains éléments de leur environnement peuvent en effet

amener les frontières de la division du travail entre les différentes professions à évoluer, tout comme la légitimité de ces nouveaux métiers.

Division du travail entre médecins et infirmiers

Selon Hughes (1956), la division du travail implique de tenir compte des interactions entre les différentes professions qui interviennent dans le continuum des soins. Dès lors, la définition du rôle d'un professionnel n'est pas seulement liée à l'activité qu'il accomplit mais également à l'intégration/interaction de son activité dans le travail collectif.

Dans le cas des professionnels médicaux et soignants, la division du travail de soins des patients est fortement ancrée dans l'inconscient collectif. Le schéma présenté par la cadre de santé de l'HCO-1 sur le parcours des patients, en est un bon exemple. D'après celui-ci, les grandes étapes du parcours sont marquées par l'intervention des médecins : oncologue – chirurgien. Les infirmiers interviennent donc entre chaque point de conception pour : 1) annoncer la maladie, 2) coordonner, 3) faire le suivi après la chirurgie.

Une division verticale historiquement forte

Nous avons pu constater au cours de nos observations différents types de relation entre le corps médical et les NCs. La facilité des échanges entre médecins et NCs ainsi que la répartition du travail de coordination témoignaient de la qualité de leurs rapports. Lorsque surviennent un manque de confiance entre professionnels ou une méconnaissance du rôle des NCs par les médecins, les relations entre les NCs et médecins s'en retrouvent détériorées. Nous avons observé de nombreux exemples où certains oncologues n'appréciaient pas que leurs patients soient suivis par les NCs. D'abord, ils ne percevaient pas clairement la plus-value de l'intervention des NCs. De plus, ils entretenaient de la méfiance vis-à-vis de leurs compétences cliniques²⁰. Cette difficulté à collaborer avec les NCs peut en partie être expliquée par l'image que certains médecins entretiennent vis-à-vis de la profession infirmière. Image particulière de la profession infirmière héritée notamment d'un temps où les infirmiers n'avaient qu'un rôle d'exécutants.

Alors que le rôle des infirmiers était surtout limité à l'hygiène et aux soins du patient au XIXème siècle, celui des médecins portait sur tous les autres actes

²⁰ Le suivi par les NCs implique l'évaluation de la tolérance des médicaments. De même lorsqu'un problème survient, c'est le NC qui aura d'abord le patient au téléphone.

effectués auprès du patient : l'évaluation, le suivi, l'éducation thérapeutique (sur le style de vie) et les visites à domicile (J. J. Hughes, 1996). En effet, la répartition de tâches dans le processus de production de soins a historiquement donné aux médecins le rôle de concepteurs car ils posent le diagnostic et définissent le traitement. Les infirmiers, quant à eux, ont bien souvent endossé la mise en œuvre du plan thérapeutique. Ce décalage de savoirs théoriques et techniques, tout comme les rapports de force liés au genre²¹, ont modelé les rapports entre les deux professions (Allen, 2014c).

Dès lors, pour certains médecins, il est parfois encore difficile de déléguer ces tâches d'évaluation et de suivi des patients aux infirmiers, car elles impliquent la maîtrise de connaissances théoriques sur le corps humain que leurs représentations n'attribuent pas aux infirmiers.

Les changements des frontières de la division du travail entre médecins et infirmiers ont été influencés par plusieurs facteurs, notamment par une prise en charge qui s'est complexifiée (plus rapide, plus d'acteurs, et pas seulement liée à l'hôpital), ainsi que le contexte financier et politique (Minvielle, 2018).

Un changement de frontière influencé par l'avancée scientifique

Aujourd'hui, nos données témoignent du basculement progressif de la place des infirmiers dans le processus de production du parcours. Les NCs prennent davantage de place qu'avant dans l'étape de conception du parcours du patient, empiétant désormais sur une partie des tâches historiques des médecins (Allen, 2008; E. C. Hughes, 1962).

Parallèlement, la pratique infirmière a connu une transformation substantielle évoluant pour devenir une discipline autonome (McCrae, 2012; Watson, 1997). Cette évolution a entraîné une meilleure compréhension de la prise en charge des patients, la formulation de protocoles de soins ancrés dans des données probantes, ainsi que l'établissement de diagnostics infirmiers²². Néanmoins, cette transformation demeure principalement confinée aux sphères académiques. En pratique, son application au quotidien se heurte à diverses contraintes au sein des HCOs (Zamanzadeh et al., 2015).

²¹ i.e. La profession infirmière était/est principalement féminine, tandis que la profession médicale était principalement masculine.

²² Un des ouvrages qui a regroupé et standardisé les diagnostics infirmier est la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (NANDA International, Inc | Maison, 2018)

Le développement scientifique qui a donné lieu à de nouvelles spécialités médicales (Allen & Pilnick, 2005) et des changements dans la prise en charge des patients, a également contribué à remodeler les dynamiques et les partages de responsabilités entre médecins et infirmiers. Les progrès dans les sciences médicales (e.g., médecine personnalisée, thérapies ciblées en oncologie, ou encore les nouveaux moyens de détection en radiologie) ont favorisé l'apparition de nouvelles spécialités. En conséquence, le déploiement de nouveaux concepteurs de parcours incite également à la spécialisation d'une main d'œuvre pour leur implémentation.

La vision interactionniste de Hughes (1956) n'interroge pas seulement les frontières entre les professions. Elle possède aussi une composante organisationnelle. Un contexte marqué par des contraintes budgétaires et par un mouvement de rationalisation des ressources humaines au sein des HCOs (Chambaud, 2016; Winckler, 2009) constitue un terrain fertile pour la perméabilisation des frontières entre les professions.

Un changement de frontière influencé par le contexte financier et politique

L'élargissement des missions des infirmiers, parmi lesquelles figure leur participation à la conception du parcours, est devenu également un enjeu politique. Cette transition de perception de la division du travail entre médecins et infirmiers a été également influencée par des changements dans le contexte des professions de santé. A titre d'exemple, en France, le *numerus clausus*²³ comme politique de régulation des flux de formation a exercé une grande influence sur le développement de la profession infirmière. Alors que le *numerus clausus* a essayé de contenir/retenir les dépenses de santé en diminuant l'offre, le nombre de plus en plus limité des médecins a fini par se traduire en pénurie nationale (Millien, 2018)²⁴. Ce manque de main d'œuvre dans les HCO (également en ville) a laissé un espace inoccupé dans le processus de production des soins, ce qui a constitué une fenêtre d'opportunité pour le développement de la profession infirmière.

Les Plans Cancer en France ou le rapport de l'institut de médecine des Etats-Unis publié en (2011) sont autant d'exemples de politiques qui, en changeant le contexte du système de santé, ont eu une incidence sur l'organisation du travail

²³ Politique de restriction de places en études de médecine en vigueur entre 1971 et 2020 en France.

²⁴ En France, ceci a été constaté dans un rapport de la DREES qui estime que le nombre d'infirmiers a progressé de « 70 % entre 2000 et 2017 alors que celui des médecins a augmenté de 17 % ».

dans les HCOs. En effet, ces politiques mettent en avant le rôle des infirmiers et le développement de nouveaux métiers comme un des leviers possibles pour répondre aux besoins actuels d'efficacité des systèmes de santé et d'une prise en charge centrée sur le patient.

Spécialisation ou délégation ? Entre l'acquisition de nouvelles compétences cliniques et de nouvelles tâches administratives

Les évolutions de paradigme des soins vers des approches centrées sur les patients ont également eu un impact sur l'organisation du travail entre médecins (de conception) et infirmiers (de mise en œuvre) (Hannigan & Allen, 2013). Ainsi, les prises en charge des patients incluent désormais une composante psychologique, sociale et des services à la personne.

Nous avons constaté que les NCs participent à l'adaptation des stratégies médicales et à la prise en compte des besoins globaux des patients. En revanche, la délégation de tâches entre médecins et infirmiers ne se limite pas aux tâches cliniques²⁵. Nos observations ont montré qu'une partie du travail des infirmiers de coordination était dédiée au support de l'activité de coordination des médecins, avec des tâches comme le pré-remplissage des dossiers d'hospitalisation ou des ordonnances de sortie.

Hughes (1956) décrit le rôle des infirmiers dans la division du travail des soins comme « **celle qui fait, de manière responsable, tout ce qui est nécessaire et qui risque de ne pas être fait du tout** ». Nous avons retrouvé cet élément dans les discours de plusieurs NCs. Lors de nos entretiens, certains NCs nous ont confié qu'ils étaient prêts à entreprendre certaines de ces tâches administratives pour « *gagner du temps* », « *m'assurer de faire au mieux pour le patient* » ou parce que « *les médecins ont moins de temps, ils ne vont pas le faire tout de suite* ». Les NCs n'étaient pas nécessairement d'accord pour effectuer initialement le travail administratif des médecins, mais ils le faisaient dans l'intérêt des patients. Ce sentiment de responsabilité est ainsi encore présent, même quelques décennies après les observations de Hughes, et malgré les évolutions et les transformations de la profession infirmière.

²⁵Evaluation clinique et psychosociale du patient, suivi de l'observance et contrôle des effets secondaires, orientation, coordination, éducation thérapeutique

Ces affirmations sont néanmoins nuancées par deux des infirmiers observés. Les NC 7 et 8 (HCO-2) ont convenu d'entreprendre le travail administratif des médecins car ils y voyaient un signe de confiance de leur part. Cette différence de perception par rapport aux autres NCs peut s'expliquer par plusieurs éléments liés au contexte de l'HCO-2. Tout d'abord, le travail administratif des médecins leur avait été plutôt « formellement » délégué. Deuxièmement, comme nous l'avons retrouvé lors de l'entretien avec le médecin adjoint, la relation entre le NC et le médecin semblait bien se passer car le NC réduisait son temps de travail administratif. Troisièmement, les raisons de leur perception positive du travail délégué par les médecins peuvent être liées à un sentiment de « légitimité du travail accompli ». En réalisant des tâches qui étaient auparavant effectuées par les médecins, cela légitime en quelque sorte l'importance de leur poste. Enfin, un élément très lié au précédent, les modalités de financement des NCs de l'HCO-2 n'étaient pas encore pérennes.

La perception du travail réalisé est également fortement influencée par la structure de l'organisation dans laquelle les NCs travaillent.

L'influence de la perception du métier sur l'activité organisationnelle des infirmiers

Le contexte organisationnel a un fort impact sur la construction des représentations du travail infirmier (Michel et al. 2017). En fonction du service où l'infirmier travaille, l'activité administrative (e.g., traçabilité des échanges et des constantes du patient), peut être perçue de façon différente.

Nos travaux rejoignent ceux de Michel et al., (2017) et mettent en évidence que le contexte et la structure organisationnelle dans les HCOs influencent bien les perceptions des infirmiers sur le contenu de leur travail. De plus, nos observations ont également souligné que la structure organisationnelle du service dans lequel les NCs travaillent impacte le **type d'activité de coordination** réalisée.

Dans notre deuxième article nous avons en effet discuté le fait que les infirmiers dans les services d'hospitalisation étaient davantage mobilisés pour pallier des failles dans l'organisation des services et pour, parfois, couvrir des insuffisances en personnel dans le service. Les NCs dans les services réalisent donc plus d'actions liées à la gestion des plannings infirmiers, de fournitures ou d'appui à

l'encadrement des autres infirmiers plutôt que d'actions de coordination du parcours patient.

Si l'on se place sous une perspective interactionniste (E. C. Hughes, 1956), ces résultats peuvent s'expliquer de plusieurs manières. La première est liée au passé professionnel des NCs dans les services. En effet, ces nouveaux métiers de NCs dans les services ont évolué à partir des rôles d'infirmier principal ou de faisant fonction cadre. Les tâches administratives liées au management des services sont ainsi en continuité avec leur ancien métier. Allen & Pilnick (2005) expliquent que les transitions dans les métiers demandent la création de nouvelles formes de légitimité. Cette affirmation justifie la tendance des NCs à se rattacher aux anciennes tâches dans lesquelles ils avaient déjà une légitimité construite. Deuxièmement, le manque de définition du rôle et des frontières des NCs se traduit par un sentiment d'incertitude dans leur nouveau rôle (MacLellan et al., 2015). Enfin, du point de vue de l'organisation du travail dans les services, il n'y a pas eu de changement significatif. Lors de la transition d'infirmier principal vers NC, on n'observe pas de redistribution des tâches. Ainsi, ils continuent à réaliser une partie de leur ancienne activité (e.g., gestion des plannings infirmiers).

Au contraire, les structures centralisées favorisent les activités d'adaptation du parcours aux besoins des patients ainsi que la coordination externe. C'est dans ce contexte qu'ils prennent le rôle le plus actif dans la personnalisation des parcours de patients atteints de cancer.

SECTION 2. LES NCS ET LEUR RÔLE CLÉ DANS LA COORDINATION ET LA PERSONNALISATION DU PARCOURS DES PATIENTS

Nos observations ont montré que les infirmiers dédiés à la coordination du parcours patient sont des acteurs clés dans l'adaptation du parcours aux besoins des patients. En effet, les NCs dans les structures centralisées jouent un rôle important dans la **coordination de conception** et **d'adaptation du parcours**. L'ensemble des activités qui permettent aux NCs de concevoir et d'adapter le parcours sont en lien étroit avec les démarches de personnalisation des parcours.

Dans les travaux de Minvielle et al., (2014) autour des facteurs clés de personnalisation des parcours des patients, la personnalisation est décrite

comme la démarche qui vise « à gérer le caractère unique de chaque processus de soins, tout en les adaptant à une gestion à grande échelle. » (Minvielle et al., 2014). Ces démarches de personnalisation visent à répondre autant aux demandes des patients de meilleurs résultats cliniques et d'un service plus adapté, qu'à faire face aux contraintes budgétaires du système de santé. Pour ce faire, cette démarche se base sur les principes de standardisation des processus de production (Introduction) ainsi que sur les principes de *patient-centered-care*.

Les auteurs ont décrit 6 facteurs clés dans la customisation des parcours des patients (voir, Figure 14).

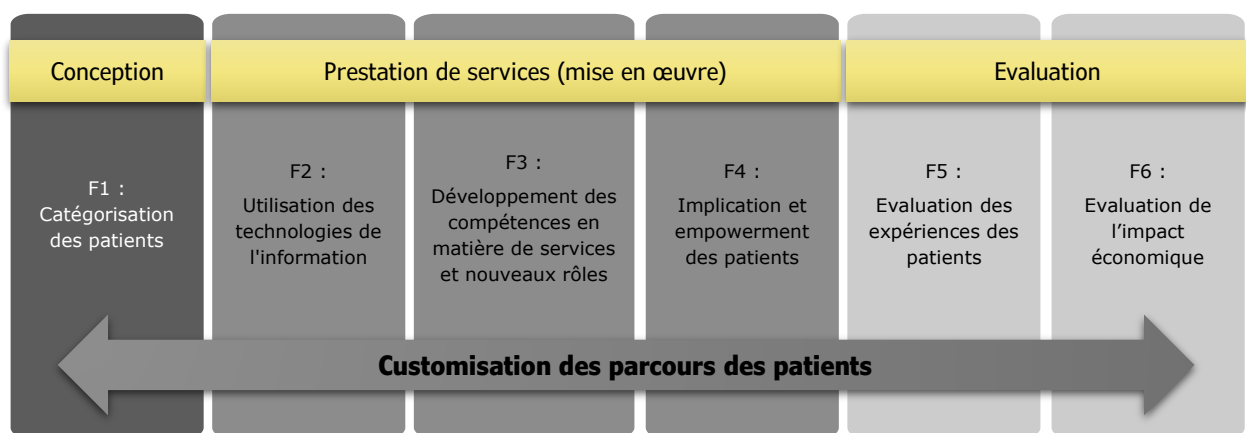


Figure 14. Customisation des parcours des patients (Minvielle et al., 2014)

Si nous analysons l'activité des NCs observés sous le prisme du cadre proposé par Minvielle et al., (2014), nous constatons que l'activité de ceux-ci pourrait²⁶ tout à fait s'imbriquer dans le processus de customisation du parcours des patients atteints de cancer. Cette imbrication pourrait s'opérer non seulement lors de la prestation de services mais bien tout au long des 3 étapes (conception – prestation de services - évaluation).

La catégorisation des patients, une étape essentielle vers la personnalisation des parcours

A l'instar de la coordination, la personnalisation du parcours patient nécessite la prise en compte des besoins et de l'ensemble des demandes, cliniques et non-cliniques²⁷. Etant donné qu'une partie de l'activité des NCs est dédiée à

²⁶ L'usage du conditionnel est important car, par principe, leur activité est très imbriquée. Pour autant, en réalité, les parcours ne sont pas toujours personnalisés.

²⁷ Les demandes non-cliniques peuvent concerner aussi bien les services à la personne (garde de chien, aide-ménagère), les valeurs personnelles (prise en compte du mode de vie religieux ou culturel), ou encore les relations interpersonnelles avec les professionnels de santé.

l'identification et à l'évaluation des besoins et des demandes des patients, les NCs pourraient tout à fait jouer un rôle clé dans le processus de catégorisation des patients.

A travers ce premier facteur, Minvielle et al., (2014) décrivent la nécessité d'aussi bien tenir compte des données cliniques que des caractéristiques psychologiques, sociales et économiques pour personnaliser le parcours des patients. L'évaluation de la prise en compte de ces dernières a précisément fait l'objet d'une recherche dans laquelle nous avons participé en 2018 dans le domaine de l'oncologie. Cette étude, réalisée par Waelli et al., (2021), souligne que les patients accordaient une importance équivalente entre la satisfaction de leurs demandes cliniques et non-cliniques (voir Tableau 2). De même, nous avons pu montrer que les patients percevaient des lacunes dans la prise en charge de leurs demandes non-cliniques par les professionnels de santé (voir Figure 1).

La prise en compte des demandes non-cliniques : un réel besoin des patients atteints de cancer

A propos de l'importance accordée par les patients aux demandes cliniques et non-cliniques, nos recherches se rejoignent sur le point suivant : nos observations auprès des NCs ont également révélé qu'une partie des appels ou mails des patients portaient effectivement sur ces demandes non cliniques. Plus précisément, nos observations ont mis en évidence qu'un nombre substantiel de demandes concernaient particulièrement trois des cinq catégories non-cliniques (voir Tableau 2) décrites par Waelli et al., (2021), à savoir : **(a) les demandes liées au mode de vie pendant la période des soins** (catégorie 1), par exemple lorsque le NC propose au patient des aides ménagères ou le portage des repas ; **(b) les demandes liées à l'organisation du parcours** (catégorie 3), telles que le changement de date de rendez-vous avec l'oncologue pour permettre au patient de partir en vacances; **(c) les demandes liées à l'assistance administrative et logistique** (catégorie 4), comme l'aide pour les transports ou l'obtention d'un devis pour une prothèse de sein.

Par ailleurs, ces sollicitations ont été quantifiées dans un rapport sur le travail des NCs réalisé par le HCO-2 en 2011. En analysant les données de 116 patients²⁸, l'HCO-2 a identifié que 67 % des appels reçus par les NCs étaient liés

²⁸ Les pourcentages cumulés ne sont pas égaux à 100% car un même appel peut contenir plusieurs demandes.

à des problèmes d'ordre psychologique tels que l'angoisse, la dépression et les problèmes familiaux, 69 % des appels étaient liés à l'organisation du parcours de soins, ou encore 7 % des appels concernaient des demandes d'orientation vers des soins esthétiques.

Alors que notre recherche antérieure a révélé que **les patients estiment que leurs demandes non cliniques sont moins bien prises en compte que leurs demandes cliniques**, notre travail doctoral démontre que les NCs pourraient répondre en partie à ces besoins. En effet, nos observations indiquent que les NCs sont impliqués dans la gestion de ces demandes non-cliniques, et qu'ils valorisent d'ailleurs leur participation. Ces activités d'accompagnement global du patient sont fortement valorisées par les NCs, soulignant leur rôle crucial dans la prise en compte globale des besoins des patients atteints de cancer.

La prise en compte des demandes non-cliniques : une activité majeure dans le travail des NCs

En moyenne, les NCs passent 22% (voir Tableau 8) de leur temps total de travail en contact avec les patients, dont une partie est dédiée à l'évaluation globale de ces derniers. A titre d'exemple, nous avons observé le déploiement de consultations infirmières, ou des Temps Accompagnement Soignant par les NCs (voir Encadré 5). Lors de ces entretiens, le NC aborde aussi bien des questions liées à la maladie du patient (e.g., évaluation de l'observance au traitement, présence d'effets secondaires), que des questions liées à leur état émotionnel et/ou encore des questions d'ordre logistique et d'organisation du parcours (e.g., aides dans les démarches administratives auprès de la sécurité sociale). Ces entretiens avec les patients et/ou leur famille permettent aux NCs de comprendre les besoins spécifiques du patient, ce qui est important pour lui, et en même temps d'évaluer les ressources dont il dispose pour y répondre. A partir des représentations professionnelles des NCs, ces éléments d'évaluation et d'identification des besoins et demandes non-cliniques sont également valorisés dans leur pratique.

Enfin, la comparaison de nos résultats avec le travail de Waelli et al., (2021) montre que les NCs, notamment ceux dans les structures centralisées, contribuent à identifier et répondre aux demandes cliniques et non-cliniques des

patients. A l'instar de Waelli et al., nos résultats suggèrent également que les NCs peuvent participer à la catégorisation des patients.

Tout comme pour la personnalisation, l'étape d'identification des besoins et de catégorisation des patients est essentielle pour la coordination. Néanmoins, pour l'une comme pour l'autre, la simple collecte de données ne suffit pas. L'usage des algorithmes et les systèmes d'intelligence artificielle peuvent aider à traiter les caractéristiques des patients identifiées dans l'étape précédente. En revanche, la coordination et la personnalisation exigent que les informations du patient soient disponibles pour les professionnels concernés. De nombreux auteurs insistent sur le rôle clé d'un flux d'informations de qualité entre les professionnels de santé dans le cadre de la coordination des parcours de soins (Gardner et al., 2014; Grace & Gleasure, 2015; Grembowski et al., 2002; Levula et al., 2013; Vázquez Navarrete et al., 2005). Dans les deux cas, cela repose en grande partie sur **l'utilisation des technologies de l'information**, le deuxième facteur clé décrit par Minvielle et al., (2014).

L'utilisation des technologies de l'information, un outil pour coordonner et personnaliser le parcours

La télésurveillance a apporté des évidences de leur valeur ajoutée dans le suivi des patients lorsqu'elle est combinée avec des NCs (Mir et al., 2022). Néanmoins, l'utilisation des technologies de l'information dans la coordination et la personnalisation des parcours des patients peut être confrontée à plusieurs obstacles et difficultés (Konttila et al., 2019; Lluch, 2011; Yutong et al., 2023; Zakerabasali et al., 2021). Au même titre que Carayon et al., (2019) et Gleason (2015), nous avons constaté que la non-pertinence du design et le manque d'ergonomie des outils sont souvent mentionnés comme freins à l'utilisation des technologies. Nous avons également constaté que les pratiques des professionnels dans l'usage de ces outils peuvent tout autant constituer un obstacle aux démarches de personnalisation.

Design, contraintes organisationnelles ou préférences personnelles : freins dans l'usage d'outils technologiques par les professionnels

Dans notre recherche, nous avons observé que les NCs rencontraient des difficultés liées à l'ergonomie et à la non-interopérabilité des logiciels utilisés dans les structures centralisées. Par exemple, les logiciels de traçabilité développés au

sein des structures centralisées ne sont pas connectés aux logiciels utilisés par les HCOs. Ceci oblige les NCs à saisir à deux reprises les informations liées aux échanges avec les patients ou avec les professionnels.

De surcroît, certains logiciels utilisés par les HCOs ne prévoient pas non plus d'espace dédié aux informations recueillies par les NCs lors des consultations de suivi ou des TAS. Pour pallier ces lacunes, les NCs sont contraints d'écrire leurs notes dans des cases à commentaires libres, ce qui peut perturber la visibilité des données par les autres professionnels qui interviennent dans le parcours. Au-delà de la frustration personnelle ressentie par les NCs de ne pas disposer d'outils fonctionnels et en adéquation avec leurs besoins, ces pratiques de contournement peuvent s'avérer problématiques car elles sont susceptibles de perturber la visibilité des données, et finalement empêcher une catégorisation pertinente des patients.

Ces lacunes en termes de pertinence et d'adaptabilité des outils technologiques entraînent des conséquences sur la fluidité du processus de coordination, et peuvent également avoir un impact sur la personnalisation des parcours des patients. Une réponse possible à ces enjeux d'ergonomie et de pertinence du design des outils technologiques peut se trouver dans l'« *ingénierie des besoins* »²⁹ (Cysneiros, 2002; Garde & Knaup, 2006). Cette approche, inspirée de l'abduction, propose la construction itérative de prototypes d'outils technologiques qui répondent davantage aux besoins et aux usages des professionnels. L'objectif se situe donc dans la construction de technologies plus adaptées aux besoins et aux usages des professionnels. Pour ce faire, les auteurs mettent en avant le processus de modélisation du flux de travail ainsi que la description explicite des usages des outils (Cysneiros, 2002). Modéliser le flux de travail consiste à cartographier l'ensemble des usagers de l'outil. La description de l'usage, quant à elle, aide à comprendre comment les professionnels utilisent ces outils et dans quel but. Ces éléments sont essentiels dans les processus de coordination et de personnalisation des parcours, afin de garantir que les bonnes informations soient disponibles pour les professionnels concernés.

Bien que l'usage de l'ingénierie des besoins puisse être une réponse aux difficultés de design des outils au sein des HCOs, des questions importantes

²⁹ 'Requirements engineering'

subsistent concernant l'accès et le partage des données en dehors des HCOs. Ces questions sont particulièrement cruciales lorsqu'il s'agit de partager des informations entre différents HCOs ou entre un HCO et des professionnels de santé libéraux (coordination externe), notamment à la suite d'un passage aux urgences ou d'une hospitalisation. Au cours de nos observations, nous avons constaté la mise en place d'outils pour faciliter cette coordination externe, tels que l'envoi de lettres aux médecins traitants à la sortie d'une hospitalisation. Or, les NCs de l'HCO-2 ont indiqué que les médecins traitants ne répondaient généralement pas à ces lettres. D'autres outils existent tel que l'utilisation d'un logiciel d'aide à l'orientation et au transfert des patients entre les HCOs. Cependant, cet outil n'est disponible que si la suite du parcours du patient se déroule dans une unité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), alors qu'il devrait l'être pour l'ensemble des suites de parcours. Ces exemples soulignent les défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé pour assurer un partage efficace des informations et une coordination fluide entre les différents acteurs impliqués dans le parcours des patients (coordination externe). Malgré la disponibilité de certains outils, leur adoption et leur utilisation efficace peuvent être entravées par des préférences personnelles, des contraintes organisationnelles ou des problèmes de communication.

Appropriation et préférences des patients lors de l'utilisation des outils technologiques

Alors que l'usage des technologies par les professionnels comme outils de coordination et personnalisation ont suscité des problèmes principalement liés à leur conception, leur utilisation par les patient soulève à son tour des enjeux d'appropriation (Abelson et al., 2017).

Une des structures centralisées (structure B, HCO-4) s'est développée précisément autour de l'utilisation des portails internet pour les professionnels et les patients. Le patient peut donc y renseigner ses symptômes et le NC recevoir des alertes lorsque les données renseignées indiquent par exemple un symptôme d'alarme (fièvre), des effets secondaires, etc. Le suivi des patients repose également sur des procédures conçues conjointement par les médecins et les NCs pour l'évaluation du patient. Cependant, les NC-11 et NC-12 ont partagé que les patients préféraient les appeler pour leur faire part de leurs problèmes plutôt

que de les renseigner sur le portail. Nous avons constaté le même phénomène tout au long de nos observations, où seulement une minorité des interactions avec les patients passait par le portail internet prévu à cet effet.

Des études comme celle d'Alexander et al., (2021) soulignent également les difficultés d'adhésion des patients à de nouveaux dispositifs technologiques. Les auteurs suggèrent que pour faciliter l'utilisation des technologies par les patients, celles-ci ne doivent pas leur être complètement étrangères. En d'autres termes, les patients qui utilisent déjà des outils technologiques pour leur santé (par exemple, prendre rendez-vous en ligne, télé-consulter, utiliser des applications de santé sur leur smartphone) seront moins réticents à adopter de nouveaux outils pour l'évaluation et le suivi de leur santé.

Cependant, la difficulté d'adhésion des patients aux outils technologiques ne s'explique pas uniquement par leur éventuelle familiarité préalable avec ces outils. Le degré d'investissement des patients dans la co-crédation de leur propre parcours joue un rôle encore plus important dans l'utilisation de technologies telles qu'un portail de suivi. Le niveau d'investissement des patients constitue donc une information cruciale à recueillir lors de l'étape de catégorisation des besoins.

L'empowerment des patients et le développement de compétences des NCs : des facteurs clés dans la prestation de services personnalisés et coordonnés

Bien que la coordination des parcours s'appuie sur les efforts des professionnels à travailler ensemble (Gittell, 2006), la personnalisation du parcours dépend en bonne partie du degré de participation du patient dans le processus de production de son parcours (McColl-Kennedy et al., 2017). Cette capacité d'investissement, « **l'empowerment des patients** », facteur clé 4 décrit par Minvielle et al., (2014), est elle-même influencée par divers éléments intrinsèques³⁰ et extrinsèques³¹ aux patients.

³⁰ Facteurs intrinsèques : ressources dont le patient dispose, son niveau d'éducation (capacités cognitives), la sévérité de sa maladie, son autonomie.

³¹ Facteurs extrinsèques : le contexte socio-culturel (Osei-Frimpong et al., 2020) ainsi que les facteurs sur lesquels les professionnels de santé peuvent avoir une influence. E.g., connaissances sur la maladie.

La place du développement des compétences des NCs dans l'empowerment des patients

Même si nos observations n'ont pas été menées directement auprès des patients, notre approche compréhensive nous permet d'avancer certains éléments liés à ce facteur clé. Plus précisément, nous pouvons analyser comment les NCs, par le biais de la relation qu'ils établissent, peuvent influencer l'investissement des patients. Les relations interpersonnelles avec les patients sont étroitement liées au **développement des compétences des NCs**, qui représente le troisième facteur clé de personnalisation décrit par Minvielle.

Ouschan et al., (2006) et Osei-Frimpong et al., (2020) offrent quelques pistes supplémentaires dans la compréhension des éléments qui influencent l'investissement des patients. Alors que Ouschan et al., (2006) soulignent le style de communication des NCs envers les patients comme un élément clé, Osei-Frimpong et al., (2020) mettent en évidence l'importance de développer des relations dans lesquelles le rôle et les besoins du patient sont clarifiés. Dans les deux cas, cela implique pour les professionnels de développer des connaissances et des compétences au-delà de leurs rôles habituels, les faisant ainsi parfois sortir de leur zone de confort.

A l'instar d'Ouschan et al., (2006), nous avons eu l'impression pendant nos observations que le style de communication des NCs (paternaliste vs partenaire) influençait le degré d'investissement des patients. Les différences dans les sollicitations des patients envers les NCs de la structure centralisée A de l'HCO-2 et B de l'HCO-4 pourraient être la conséquence d'un mode de communication plus paternaliste qui influence l'autonomisation des patients. En effet, dans la structure centralisée A, une plus grande proportion d'appels et de mails des patients concernait des questions d'orientation et de rappel de rendez-vous, malgré le fait que les NCs fournissaient déjà aux patients un calendrier précisant les dates des prochaines consultations/examens. En parallèle, nos observations au sein de la structure centralisée B ont montré que les patients étaient plus investis lorsqu'ils étaient traités comme des partenaires dans le processus de production de leur parcours.

En revanche, ces démarches d'autonomisation des patients doivent tenir compte des capacités de chaque individu. En d'autres termes, en fonction des

caractéristiques des patients préalablement identifiées par le processus de catégorisation, les NCs pourraient déterminer dans quelle mesure ils peuvent mobiliser les patients et leur famille au processus de co-création du parcours. Une participation accrue des patients dans leur parcours favorisera la prise en compte de leurs besoins ainsi que la qualité et la sécurité des soins (Ouschan et al., 2006).

Le développement des compétences non-cliniques, un facteur clé pour parvenir à la coordination et à la personnalisation des parcours

Le **développement des compétences** des NCs, au-delà de leurs compétences cliniques, constitue également un facteur clé pour assurer la coordination et la personnalisation des parcours. Au cours de ce manuscrit, nous avons mis en évidence l'importance de ces compétences pour les NCs qui sont impliqués dans diverses activités, allant de l'évaluation des patients à leur orientation vers les professionnels et services appropriés, en passant par leur accompagnement émotionnel et leur soutien dans les démarches administratives.

D'autres compétences qui englobent des aspects tels que la communication assertive, les réponses empathiques (Minvielle, 2018), la gestion des demandes émotionnelles (Vogus et al., 2021) et la collaboration interprofessionnelle (Karam et al., 2018) sont mises en avant par plusieurs auteurs comme des éléments de succès dans la mise en place des démarches centrées sur le patient comme la coordination ou la personnalisation des parcours (Crawford et al., 2014; Minvielle, 2018; Osei-Frimpong et al., 2020; Vogus et al., 2021). Minvielle (2018) met en avant des compétences relationnelles telles que la compassion et l'empathie, qui favorisent une communication centrée sur le patient. Une communication empathique et une écoute active contribuent à instaurer un climat de confiance propice à l'expression des besoins et des demandes des patients. La création d'un climat de confiance est également soulignée par Fiscella et al.,(2017) comme un élément clé dans la coordination du parcours de patients.

Par ailleurs, le développement de compétences en communication claire et participative a une importance primordiale pour établir une relation non paternaliste avec les patients et favoriser leur autonomie (Dive, 2017; Timmermans, 2020).

En outre, le développement de compétences/connaissances non-cliniques inclut également celles en relation avec la navigation dans le système de santé et les services à la personne. En tenant compte des activités des NCs observées, il serait essentiel de fournir aux NCs une formation qui non seulement renforce leur expertise clinique, mais qui leur offre également des connaissances approfondies sur le fonctionnement du système de santé, y compris son organisation et son financement. Similairement, la mise à disposition de formations sur l'utilisation de nouvelles technologies ainsi que sur la prise en charge psychologique des patients apparaissent nécessaires au regard des points explicités auparavant.

Participation des NCs dans la troisième étape de personnalisation : l'évaluation

L'évaluation des expériences des patients permet d'adapter les prochaines prises en charge. Mobiliser également les NCs dans le recueil d'informations à la suite de la prise en charge pourrait favoriser la personnalisation des suivantes interventions et avoir un impact supplémentaire sur la diminution du gaspillage de ressources.

Lors de nos entretiens avec les cadres de santé des structures centralisées, ceux-ci nous ont fait part que les coûts avaient augmenté à la suite de l'implémentation des NCs dans les HCOs. En effet, la présence des NCs a favorisé l'orientation des patients vers le médecin de la douleur, le kinésithérapeute, le diététicien (soins support) ou encore l'orientation de leurs proches vers le psychologue. De même, les NCs ont permis à un plus grand nombre de patients d'accéder à des services d'aides à la personne, comme des aides ménagères ou le portage de repas.

Parallèlement, au niveau des territoires, il serait nécessaire de développer des cartographies des professionnels de santé et de l'offre de soins afin de soutenir le travail des NCs dans la coordination et la personnalisation des parcours. Ces informations permettraient aux NCs de mieux orienter les patients vers les ressources et les services appropriés, en tenant compte des spécificités de chaque territoire.

LIMITES ET PERSPECTIVES

La portée de notre recherche révèle de limites, dont certaines ont déjà été abordées dans les trois chapitres de résultats. Notre champ d'étude a été circonscrit à quatre HCOs spécialisées en oncologie, avec la participation de 14

NCs. Notre approche qualitative, plutôt que quantitative, visait à mener une étude approfondie du contenu du travail des NCs en oncologie plutôt qu'à généraliser ces résultats à l'ensemble des domaines médicaux. Afin d'extrapoler nos résultats, il serait judicieux d'étendre nos analyses à un éventail plus large de HCOs et à un plus grand nombre de NCs. Cette perspective nous incite à encourager la réalisation d'autres études dans divers contextes cliniques, comme les services ambulatoires. Similairement, afin de mieux saisir le caractère collectif de la coordination nous encourageons les prochaines recherches à réaliser une collecte de données auprès des acteurs hospitaliers et de médecine de ville, ainsi qu'à approfondir les questions de la perception propre du rôle des NCs.

Toutefois, les nombreuses heures d'observation et de présence dans les HCOs, renforcées par une triangulation avec d'autres sources telles que les entretiens et les documents secondaires, ainsi que l'ancrage de notre analyse dans la littérature existante, ont contribué à notre compréhension de l'activité réelle des NCs dans le contexte de l'oncologie. En effet, le domaine de l'oncologie s'est avéré propice au développement de nos recherches, en raison des initiatives nationales visant à développer le rôle des NCs dans ce domaine.

Par ailleurs, compte tenu de la nature abductive de la conception du cadre APANCO, en particulier de sa deuxième phase impliquant une revue de littérature non spécifiquement orientée vers la coordination, il serait envisageable de l'adapter afin d'analyser le contenu du travail d'autres infirmiers. Ce cadre a déjà été modifié pour une étude en cours portant sur le contenu du travail des infirmiers de recherche en anesthésiologie.

De plus, étant donné que les méthodes que nous avons employées tout au long de cette thèse ont déjà été appliquées dans des recherches antérieures portant sur le travail infirmier, notre méthodologie pourrait continuer à être employée dans d'autres études explorant le contenu du travail de nouveaux métiers infirmier.

Enfin, bien que notre analyse se soit principalement concentrée sur le niveau micro, nous avons tenté, à travers la discussion générale, d'adopter une approche plus systémique et interactionniste. Toutefois, il convient de noter que notre étude n'a pas exploré en profondeur tous les aspects de ces approches, ce qui offre des perspectives intéressantes pour de futures recherches dans ce domaine. Une étude plus approfondie de toutes les dimensions macro, méso et

micro de la coordination du parcours patient permettrait de mieux comprendre les enjeux organisationnels et les interactions entre les différents acteurs impliqués.

CONCLUSION

Notre thèse a permis de développer un cadre d'analyse qui permet de comprendre en profondeur le travail réel des NCs ainsi que leur intégration dans l'organisation des HCOs. À travers l'application du cadre APANCO, nous avons pu constater des **différences importantes dans le volume et le type d'activités** réalisées par les NCs travaillant dans les **services d'hospitalisation** et ceux travaillant dans les **structures centralisées**. Une des principales conclusions de notre recherche est ainsi que les NCs des structures centralisées jouent un rôle crucial dans la coordination du parcours patient, en particulier dans les activités de conception et de coordination externe.

Néanmoins, l'intégration de ces structures centralisées au sein des HCOs soulève des défis importants liés à la reconnaissance et la légitimité des NCs qui y travaillent par les autres professionnels.

De plus, nos analyses ont révélé que les NCs au sein de ces structures peuvent jouer un rôle dans la personnalisation des parcours des patients. En effet, la catégorisation des besoins globaux des patients et la promotion de leur engagement dans leur parcours sont régulièrement soulignées par divers auteurs comme des éléments clés de la personnalisation. Ces activités font déjà partie du travail des NCs lors des consultations infirmières (TAS) avec les patients et leurs familles.

Nos analyses mettent également en évidence l'importance du développement de compétences non-cliniques chez les NCs, notamment en matière de communication empathique et d'écoute active, ainsi que le développement des connaissances en navigation dans le système de santé et des services à la personne. Ces compétences et connaissances sont essentielles pour établir une relation de confiance avec les patients et les impliquer activement dans la coordination et la personnalisation de leur parcours.

Par ailleurs, l'utilisation des technologies joue également un rôle déterminant dans la coordination et la personnalisation des parcours des patients. Toutefois, nos observations ont mis en évidence l'importance cruciale de l'adaptation

(ergonomie) de ces outils aux utilisateurs et de leur capacité à permettre le partage des données entre l'équipe de soins de l'hôpital et les services ambulatoires ou la médecine de ville (interopérabilité). Similairement, notre étude a montré le rôle déterminant des NCs dans l'usage et l'appropriation de ces technologies par les patients.

Enfin, notre travail de thèse a souligné non seulement le développement des compétences non-cliniques des NCs et le développement d'outils technologiques ergonomique et interopérables, mais également l'importance de la prise en compte des besoins globaux des patients dans la coordination et la personnalisation de leurs parcours. Ces dimensions, combinées à une approche interactionniste et systémique intégrant les aspects cliniques, organisationnels, relationnels et technologiques, sont essentielles pour garantir la coordination et la personnalisation des parcours des patients atteints de cancer.

Contributions et recommandations

Contributions théoriques pour les sciences de gestion et la santé publique

La coordination a été un sujet d'intérêt majeur dans la littérature en sciences de gestion et en santé, (K. M. McDonald et al., 2014; Okhuysen & Bechky, 2009) abordant également les métiers qui y sont dédiés (Brown et al., 2012; McMurray & Cooper, 2017). Cependant, cette abondante littérature a souvent souffert de l'hétérogénéité des modèles conceptuels et des délimitations floues avec d'autres termes connexes, entravant parfois la précision dans la définition du travail de coordination (Cantril et al., 2019; Schaller & Gaspoz, 2008). Similairement, ces modèles se sont généralement centrés sur des approches normatives, limitant ainsi la compréhension de la réalité de l'activité des NCs. En effet, ces modèles se sont souvent focalisés sur la prestation de soins directs au patient, négligeant ainsi les tâches *backoffice* ou le positionnement des NCs dans l'HCO. En conséquence, les NCs sont parfois étudiés en tant que « professionnels isolés », sans véritable prise en compte de leur intégration dans l'ensemble de l'organisation du travail au sein de l'HCO.

Notre cadre APANCO³² vient combler une lacune en proposant une vision approfondie du niveau micro d'analyse de la coordination, un niveau qui

³² APANCO: Activity of PATient PATHway Nurse Coordinators in Oncology

n'a pas encore été suffisamment exploré. En effet, des chercheurs comme Faraj et Xiao (2006) soulignent l'importance de plonger davantage dans le niveau de l'activité des acteurs pour une meilleure compréhension de la coordination. Cette approche détaillée permet notamment de dévoiler la réalité concrète du travail des NCs et des dynamiques qui le façonnent.

En parallèle des sciences de gestion, APANCO questionne les délimitations traditionnelles des rôles entre médecins et infirmiers, qui ont fait l'objet de débats dans la littérature en sciences infirmières (Cantril et al., 2019; Crouch et al., 2015; Spooner et al., 2019). APANCO contribue ainsi à une analyse approfondie du contenu du travail des NCs, englobant à la fois leur activité propre « l'activité de PPC » et la délégation des tâches médicales à ces derniers. Cette question de la délégation des tâches des médecins aux infirmiers est également au cœur des préoccupations de sociologues comme Davina Allen (2008) ainsi qu'E. C. Hughes (1956).

De plus, les résultats issus de l'analyse avec APANCO contribuent à montrer que les NCs ne réalisent pas seulement des activités de coordination du parcours patient. Ces analyses mettent en évidence que la position des NCs au sein de l'HCO (en service ou en structure centralisée) influe sur la répartition de leurs activités et le temps alloué à des tâches non directement liées à la coordination. Plus spécifiquement, notre travail suggère que la structure centralisée en tant que mode d'organisation favorise l'activité de coordination des NCs qui y travaillent.

En revanche, cette organisation en structure centralisée peut potentiellement compromettre la qualité des relations interprofessionnelles, si les rôles des NCs ne sont pas clairement définis et intégrés dans les dynamiques d'équipe. Gittel (2006) souligne dans ses travaux, sur la coordination relationnelle, l'importance des liens et de la qualité des relations entre les différents intervenants du parcours pour une bonne coordination.

Enfin, les résultats de cette thèse ont montré qu'en situation de pénurie de personnel dans les services, les NCs peuvent devenir une variable d'ajustement. Certains NCs assument des tâches administratives pour les médecins et/ou soutiennent la gestion opérationnelle des services,

renvoyant à la description de Hughes (1956) selon laquelle les infirmiers accomplissent « *de manière responsable, tout ce qui est nécessaire et qui risque de ne pas être fait du tout* ».

Contributions pratiques pour les managers, décideurs publics et acteurs de terrain

En France, malgré les initiatives entreprises pour développer les NCs, notamment dans le domaine de l'oncologie³³, il subsiste un manque de cadre d'analyse de l'organisation du travail de ces métiers.

Le cadre APANCO apporte deux contributions pratiques significatives. Tout d'abord, il peut être adopté par les managers de proximité comme un outil d'évaluation du travail des NCs. Les trois catégories du niveau micro³⁴ permettent de distinguer ce qui relève du cœur d'activité des NCs des autres activités de support ou de non-coordination. De ce fait, il pourrait contribuer à limiter le recours aux NCs pour pallier les déficiences au sein de l'organisation interne des HCOs. De même, les trois dernières catégories³⁵, au niveau méso, peuvent servir d'instrument d'analyse de l'intégration du travail des NCs au sein des HCOs.

APANCO peut également être utilisé par les décideurs lors de la planification des parcours de soins, en tant qu'outil de réorganisation de l'offre de coordination au niveau territorial. La connaissance approfondie de l'activité réelle de chaque NC permettrait de réduire les éventuels doublons de travail entre les NCs d'une même région. En conséquence, APANCO pourrait contribuer à une meilleure organisation de l'offre de soins en coordination, prévenant ainsi les redondances et les interruptions dans les parcours des patients.

En outre, les analyses à travers du cadre APANCO pourraient favoriser la reconnaissance et la valorisation du rôle des NCs au sein des équipes de soins, contribuant ainsi à renforcer la collaboration interprofessionnelle et la qualité des soins aux patients atteints de cancer.

³³ Plans cancer et plus récemment à la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

³⁴ Trois catégories du niveau micro :

- 1) Activité de coordination
- 2) Activités de support à la coordination
- 3) Activités de non-coordination

³⁵ Trois catégories niveau méso :

- 4) Analyse des relations
- 5) Analyse des mécanismes d'organisation du travail
- 6) Analyse des flux d'information

Recommandations pour les managers, décideurs publics et acteurs de terrain

Les analyses de l'activité des NCs nous conduisent à formuler les recommandations suivantes, qui pourraient améliorer la coordination des parcours de soins, optimiser l'utilisation des ressources et améliorer la satisfaction des patients et des NCs.

En accord avec les préconisations de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, il paraît crucial de mettre en place un cahier des charges national pour une définition des missions des NCs. Une telle initiative aurait le double avantage de minimiser les redondances et de standardiser les pratiques à travers les différentes structures de soins. De plus, elle renforcerait la reconnaissance de ce nouveau métier à la fois au sein des équipes de soins et sur le plan de la rémunération au sein des HCOs.

À la lumière de l'objectif des autorités compétentes³⁶, les structures centralisées semblent être le mode d'organisation à privilégier pour les NCs. En revanche, si soutenir d'autres professionnels tels que les médecins ou les cadres de santé est décidé comme une mission qui fait partie de leur rôle, il serait plus judicieux de les maintenir au sein des services d'hospitalisation.

Dans le premier scénario, il devient essentiel de proposer des formations aux NCs qui englobent non seulement le développement de compétences techniques, y compris les connaissances cliniques, mais également d'autres compétences comme le soutien psychologique et l'orientation du patient au sein du système de santé. Ces formations devraient également mettre l'accent sur l'utilisation des technologies de l'information pour améliorer la coordination et la communication entre acteurs. Cette approche renforcerait la qualité des parcours et l'expérience des patients atteints de cancer.

Dans le deuxième cas, il serait opportun de proposer des formations en gestion et en administration hospitalière aux NCs. Ces compétences leur permettraient de mieux assister les cadres de santé ou les médecins dans des tâches telles que la gestion opérationnelle des services.

³⁶ A savoir, de renforcer l'adaptation des parcours de soins aux besoins des patients, de faciliter les transitions entre les soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que de favoriser le maintien à domicile.

Cette démarche favoriserait une utilisation plus efficace des ressources disponibles au sein des HCOs.

Enfin, il s'avère crucial d'impliquer activement les NCs dans le processus de réflexion et de décision concernant leur propre rôle et leurs missions. De plus, il serait bénéfique d'intégrer les théories et les connaissances des sciences infirmières sur la prise en charge des patients dans la définition de leur rôle.

L'expertise et la connaissance du terrain des NCs sont des atouts majeurs pour élaborer des directives et des politiques alignées sur leur réalité quotidienne. En les incluant dans ces discussions, les gestionnaires et les décideurs publics pourraient créer un environnement propice à l'amélioration tant de l'efficacité des soins que du bien-être des professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

A

- Abelson, J. S., Kaufman, E., Symer, M., Peters, A., Charlson, M., & Yeo, H. (2017). Barriers and benefits to using mobile health technology after operation: A qualitative study. *Surgery, 162*(3), 605–611. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.05.007>
- Acero, M.-X., Minvielle, E., & Waelli, M. (2023a). Are Nurse Coordinators Really Performing Coordination Pathway Activities? A Comparative Analysis of Case Studies in Oncology. *Healthcare, 11*(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/healthcare11081090>
- Acero, M.-X., Minvielle, E., & Waelli, M. (2023b). Understanding the activity of oncology nurse coordinators: An elaboration of a framework based on an abductive approach. *Health Policy, 130*, 104737. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104737>
- Aldrich, H., & Herker, D. (1977). Boundary Spanning Roles and Organization Structure. *The Academy of Management Review, 2*(2), 217–230. <https://doi.org/10.2307/257905>
- Alexander, K. E., Ogle, T., Hoberg, H., Linley, L., & Bradford, N. (2021). Patient preferences for using technology in communication about symptoms post hospital discharge. *BMC Health Services Research, 21*(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06119-7>
- Aliseda, A. (Ed.). (2006a). Abduction as logical inference. In A. Aliseda, *Abductive reasoning: Logical investigations into discovery and explanation* (pp. 53–94). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/1-4020-3907-7_3
- Aliseda, A. (2006b). What is abduction? Overview and proposal for investigation. In A. Aliseda (Ed.), *Abductive reasoning: Logical investigations into discovery and explanation* (pp. 27–50). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/1-4020-3907-7_2
- Allard-Poesi, F. (2019). Chapitre 2. Des méthodes qualitatives dans la recherche en management. Voies principales, tournants et nouveaux itinéraires. In *Recherche*

- qualitative en sciences sociales* (pp. 25–44). EMS Editions.
<https://doi.org/10.3917/ems.mori.2019.01.0025>
- Allen, D. (2008). The nursing-medical boundary: A negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498–520. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00415.x>
- Allen, D. (2014a). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social Science & Medicine*, 119, 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.036>
- Allen, D. (2014b). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisation and Healthcare*. Routledge.
- Allen, D. (2014c). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisation and Healthcare*. Routledge.
- Allen, D., & Pilnick, A. (2005). Making connections: Healthcare as a case study in the social organisation of work. *Sociology of Health & Illness*, 27, 683–700. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00469.x>
- Allred, C. A., Arford, P. H., & Michel, Y. (1995). Coordination as a critical element of managed care. *The Journal of Nursing Administration*, 25(12), 21–28. <http://europepmc.org/abstract/med/8523140>
- Ameli-Assurance Maladie. (2023, juin). *Modernisation du cabinet: Forfait structure* [Gouvernement]. Ameli.fr : L'assurance maladie. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
- American Cancer Society. (1989). A summary of the american cancer society report to the nation. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 39(5), 263–265. <https://doi.org/10.3322/canjclin.39.5.263>
- Anderson, P. (1999). Complexity Theory and Organization Science. *Organization Science*, 10(3), 216–232. <https://www.jstor.org/stable/2640328>

Ashforth, B. E., & Kreiner, G. E. (1999). "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity. *The Academy of Management Review*, 24(3), 413–434. <https://doi.org/10.2307/259134>

Assurance Maladie, A. (2022, March 29). *Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés* [Gouvernemental]. Ameli.fr : L'assurance maladie. <https://www.ameli.fr/charente-maritime/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

B

- Badampudi, D., Wohlin, C., & Petersen, K. (2015). Experiences from using snowballing and database searches in systematic literature studies. *Proceedings of the 19th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering*, 1–10. <https://doi.org/10.1145/2745802.2745818>
- Baileys, K., McMullen, L., Lubejko, B., Christensen, D., Haylock, P., Rose, T., Sellers, J., & Srdanovic, D. (2018). Nurse Navigator Core Competencies: An Update to Reflect the Evolution of the Role. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(3), 272–281. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.272-281>
- Barabel, M. (2017). IX. Henry Mintzberg – Les configurations organisationnelles. In S. Charreire Petit & I. Huault, *IX. Henry Mintzberg – Les configurations organisationnelles* (3rd ed., pp. 129–150). EMS Editions. <https://www.cairn.info/les-grands-auteurs-en-management--9782376870432-page-129.htm>
- Beringer, A. J., Fletcher, M. E., & Taket, A. R. (2006). Rules and resources: A structuration approach to understanding the coordination of children’s inpatient health care. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 325–335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04023.x>
- Berwick, D. M., & Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*, 307(14), 1513–1516. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.362>
- Bickell, N. A., & Young, G. J. (2001). Coordination of care for early-stage breast cancer patients. *Journal of General Internal Medicine*, 16(11), 737–742. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.10130.x>
- Bodenheimer, T. (2008). Coordinating Care—A Perilous Journey through the Health Care System. *New England Journal of Medicine*, 358(10), 1064–1071. <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr0706165>

- Breton, M., Gray, C. S., Sheridan, N., Shaw, J., Parsons, J., Wankah, P., Kenealy, T., Baker, R., Belzile, L., Couturier, Y., Denis, J.-L., & Wodchis, W. P. (2017). Implementing Community Based Primary Healthcare for Older Adults with Complex Needs in Quebec, Ontario and New-Zealand: Describing Nine Cases. *International Journal of Integrated Care*, *17*(2), UNSP 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.2506>
- Brousselle, A., Lamothe, L., Mercier, C., & Perreault, M. (2007). Beyond the limitations of best practices: How logic analysis helped reinterpret dual diagnosis guidelines. *Evaluation and Program Planning*, *30*(1), 94–104. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2006.10.005>
- Brown, C. G., Cantril, C., McMullen, L., Barkley, D. L., Dietz, M., Murphy, C. M., & Fabrey, L. J. (2012). Oncology Nurse Navigator Role Delineation Study: An Oncology Nursing Society Report. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *16*(6), 581–585. <https://doi.org/10.1188/12.CJON.581-585>
- Burke, R. J., & Ng, E. (2006). The changing nature of work and organizations: Implications for human resource management. *Human Resource Management Review*, *16*(2), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2006.03.006>
- Burns, L., Bradley, E., & Weiner, B. (2019). *Shortell & Kaluzny's Health Care Management: Organization Design and Behavior* (7th edition). Cengage Learning.
- Byrne, A.-L., Hegney, D., Harvey, C., Baldwin, A., Willis, E., Heard, D., Judd, J., Palmer, J., Brown, J., Heritage, B., Thompson, S., & Ferguson, B. (2020). Exploring the nurse navigator role: A thematic analysis. *Journal of Nursing Management*, *28*(4), 814–821. Scopus. <https://doi.org/10.1111/jonm.12997>

C

- Cantril, C., Christensen, D., & Moore, E. (2019). Standardizing Roles: Evaluating Oncology Nurse Navigator Clarity, Educational Preparation, and Scope of Work Within Two Healthcare Systems. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(1), 52–59.
<https://doi.org/10.1188/19.CJON.52-59>
- Carayon, P., Hundt, A. S., & Hoonakker, P. (2019). Technology barriers and strategies in coordinating care for chronically ill patients. *Applied Ergonomics*, 78, 240–247.
<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.03.009>
- Chambaud, L. (2016). Le système de santé français à l'épreuve des transitions. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 6, Article 6. <https://doi.org/10.4000/socio.2300>
- Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. D. (2000a). *Best Practices in Coordinated Care* (p. 188). Health Care Financing Administration.
- Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S., & Fox, P. D. (2000b). *Best Practices in Coordinated Care*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc, 188.
- Colombani, F., Encrenaz, G., Sibé, M., Quintard, B., Ravaud, A., & Saillour-Glénisson, F. (2022). Development of an evidence-based reference framework for care coordination with a focus on the micro level of integrated care: A mixed method design study combining scoping review of reviews and nominal group technique. *Health Policy*.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.003>
- Conway, A., O'Donnell, C., & Yates, P. (2019). The Effectiveness of the Nurse Care Coordinator Role on Patient-Reported and Health Service Outcomes: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 42(3), 263–296.
<https://doi.org/10.1177/0163278717734610>
- Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., & Gilbert, P. (2014). The design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3589–3599.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12632>

- Crouch, R., McHale, H., Palfrey, R., & Curtis, K. (2015). The trauma nurse coordinator in England: A survey of demographics, roles and resources. *International Emergency Nursing, 23*(1), 8–12. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.05.003>
- Curry, N., & Ham, C. (2010). *Clinical and service integration. The route to improved outcomes*. The King's Fund 2010. <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1065/>
- Cysneiros, L. M. (2002). Requirements engineering in the health care domain. *Proceedings IEEE Joint International Conference on Requirements Engineering, 350–356*. <https://doi.org/10.1109/ICRE.2002.1048548>

D

- Dive, L. (2017). Autonomy, Information, and Paternalism in Clinical Communication. *The American Journal of Bioethics*, 17(11), 50–52.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2017.1378769>
- Dohan, D., & Schrag, D. (2005). Using navigators to improve care of underserved patients: Current practices and approaches. *Cancer*, 104(4), 848–855.
<https://doi.org/10.1002/cncr.21214>
- Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). Chapitre 13—La question des identités professionnelles. In A. Colin (Ed.), *Sociologie des professions* (pp. 301–326). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.dubar.2015.01.0301>
- Dubois, A., & Gadde, L. (1999). *Case Studies In Business Market Research: An Abductive Approach*. 15, 20. <https://www.escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:2n797>
- Dubois, A., & Gadde, L.-E. (2002). Systematic combining: An abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, 55(7), 553–560.
[https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(00\)00195-8](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(00)00195-8)
- Dubois, A., & Gadde, L.-E. (2014). “Systematic combining”—A decade later. *Journal of Business Research*, 67(6), 1277–1284. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2013.03.036>
- Dumez, H. (2010). *Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion. Ou que répondre à la question: « quelle est votre posture épistémologique? »*. 6(4), 3–16.
- Dumez, H. (2012). *Qu’est-ce que l’abduction, et en quoi peut-elle avoir un rapport avec la recherche qualitative ?* 8(3), 3–9. <http://lelibellio.com/wp-content/uploads/2013/02/DOSSIER-Abduction.pdf>
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative—Les questions clés de la démarche compréhensive* (2e édition). VUIBERT.

E

Ellrodt, G., Cook, D. J., Lee, J., Cho, M., Hunt, D., & Weingarten, S. (1997). Evidence-Based Disease Management. *JAMA*, *278*(20), 1687–1692.

<https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550200063033>

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*, *9*(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

F

Faraj, S., & Xiao, Y. (2006). Coordination in Fast-Response Organizations. *Management Science*, *52*(8), 1155–1169. <https://doi.org/10.1287/mnsc.1060.0526>

Fennell, M. L., Prabhu Das, I., Clauser, S., Petrelli, N., & Salner, A. (2010). The Organization of Multidisciplinary Care Teams: Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. *JNCI Monographs*, *2010*(40), 72–80.

<https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgq010>

Fillion, L., Cook, S., Veillette, A.-M., Aubin, M., de Serres, M., Rainville, F., Fitch, M., & Doll, R. (2012). Professional Navigation Framework: Elaboration and Validation in a Canadian Context. *Oncology Nursing Forum*, *39*(1), E58–E69.

<https://doi.org/10.1188/12.ONF.E58-E69>

- Fiscella, K., Mauksch, L., Bodenheimer, T., & Salas, E. (2017). Improving Care Teams' Functioning: Recommendations from Team Science. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 43(7), 361–368. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.03.009>
- Frattini, M.-O., & Naiditch, M. (2015). Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients. *Santé Publique*, S1(HS), 87–94. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0087>
- Freeman, H. P. (2013). The History, Principles, and Future of Patient Navigation: Commentary. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(2), 72–75. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.002>

G

- Galvis-Narinos, F., & Montélimard, A. (2009). Le système de santé des États-Unis. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(4), 309–315. <https://doi.org/10.3917/pos.404.0309>
- Garde, S., & Knaup, P. (2006). Requirements engineering in health care: The example of chemotherapy planning in paediatric oncology. *Requirements Engineering*, 11(4), 265–278. <https://doi.org/10.1007/s00766-006-0029-6>
- Gardner, K., Banfield, M., McRae, I., Gillespie, J., & Yen, L. (2014). Improving coordination through information continuity: A framework for translational research. *BMC Health Services Research*, 14(1), 590. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0590-5>

- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion* (3rd ed.). Pearson France.
- Girault, A., Lalloué, B., Gervès-Pinquier, C., & Moisdon, J.-C. (2018). 7. Réformer la tarification à l'activité: Les nouveaux modes de paiement et leurs usages dans les établissements de santé. In E. Minvielle (Ed.), *Manager une organisation de santé* (p. 139 à 155). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/manager-une-organisation-de-sante--9782810907205-page-139.htm>
- Gittel, J. H. (2002). Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48(11), 1408–1426. <https://doi.org/10.1287/mnsc.48.11.1408.268>
- Gittel, J. H. (2006). Relational Coordination: Coordinating Work through Relationships of Shared Goals, Shared Knowledge and Mutual Respect. In O. Kyriakidou & M. Özbilgin, *Relational Perspectives in Organizational Studies* (p. 3667). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781781950548.00011>
- Gittel, J. H. (2011). *New Directions for Relational Coordination Theory*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199734610.013.0030>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (1st Edition). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203793206>
- Gleason, A. W. (2015). mHealth—Opportunities for Transforming Global Health Care and Barriers to Adoption. *Journal of Electronic Resources in Medical Libraries*, 12(2), 114–125. <https://doi.org/10.1080/15424065.2015.1035565>
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70–84. <https://www.jstor.org/stable/44951311>

- Golden Pryor, M., & Taneja, S. (2010). Henri Fayol, practitioner and theoretician – revered and reviled. *Journal of Management History*, 16(4), 489–503.
<https://doi.org/10.1108/17511341011073960>
- Gorin, S. S., Haggstrom, D., Han, P. K. J., Fairfield, K. M., Krebs, P., & Clauser, S. B. (2017). Cancer Care Coordination: A Systematic Review and Meta-Analysis of Over 30 Years of Empirical Studies. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4), 532–546.
<https://doi.org/10.1007/s12160-017-9876-2>
- Grace, A., & Gleasure, R. (2015). Health and Social Care – Towards an Understanding of Wellness Management and the Role of IS. *Procedia Computer Science*, 64, 248–256.
<https://doi.org/10.1016/j.procs.2015.08.487>
- Greenhalgh, T., & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: Audit of primary sources. *BMJ*, 331(7524), 1064–1065. <https://doi.org/10.1136/bmj.38636.593461.68>
- Grembowski, D. E., Cook, K. S., Patrick, D. L., & Roussel, A. E. (2002). Managed care and the US health care system: A social exchange perspective. *Social Science & Medicine*, 54(8), 1167–1180. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00087-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00087-9)
- Grimaldi, A. (2013). *La T2A : plus qu'un mode de financement, plus qu'une politique, une culture ! XVII(10), 2.*
- Guerreschi, C. (2019). *Le virage ambulatoire des anticancéreux: Les enjeux, les expérimentations en cours et les difficultés de la coordination ville/hôpital/ville dans la prise en charge des patients* (p. NNT : 2019LORR2044) [Other, Université de Lorraine].
<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297913>

H

- Hage, J., Aiken, M., & Marrett, C. B. (1971). Organization Structure and Communications. *American Sociological Review*, 36(5), 860–871. <https://doi.org/10.2307/2093672>
- Hannan-Jones, C. M., Mitchell, G. K., & Mutch, A. J. (2021). The nurse navigator: Broker, boundary spanner and problem solver. *Collegian*, 28(6), 622–627. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.09.006>
- Hannigan, B., & Allen, D. (2013). Complex Caring Trajectories in Community Mental Health: Contingencies, Divisions of Labor and Care Coordination. *Community Mental Health Journal*, 49(4), 380–388. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9467-9>
- Hannigan, B., Simpson, A., Coffey, M., Barlow, S., & Jones, A. (2018). Care Coordination as Imagined, Care Coordination as Done: Findings from a Cross-national Mental Health Systems Study. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3978>
- Héran, F. (1982). Latreille Geneviève — La naissance des métiers en France: 1950- 1975. Etude psycho-sociale. *Population*, 37(3), 683–685. https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1982_num_37_3_17380
- Hirtzlin, I. (2017). Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité: Impasses et pistes de solutions. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(2), 81–92. <https://doi.org/10.3917/jgem.172.0081>
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2e édition). De Boeck Université.
- Hughes, E. C. (1956). Social Role and the Division of Labor. *The Midwest Sociologist*, 18(2), 3–7. <https://www.jstor.org/stable/25514945>
- Hughes, E. C. (1962). Good People and Dirty Work. *Social Problems*, 10(1), 3–11. <https://doi.org/10.2307/799402>

Hughes, J. J. (1996). *MANAGED CARE, UNIVERSITY HOSPITALS AND THE DOCTOR-NURSE DIVISION OF LABOR*. 63–94.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/78386876/1995_Res_in_Soc_of_HC_paper-libre.pdf?1641683119=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DManaged_Care_University_Hospitals_and_th.pdf&Expires=1683309616&Signature=NaJZEIN8bP7DU-JhlcFfydBG78w6NDqwbpezbwm60YBe3K52h~MEPSc1YBBctY7eFfngaWqaKsZjF~r2NhVRr7wFjtGe-AzhM1MFMKcd7Ag-RmW5d0kR0p9jHvplwwkh53HHfP3PKxruVfEouAlhfHMj8hmlRTauU6xZLYCsHNp5bf8NMdsZdOWXA9LHdk3NDmuiSMck47fYyw~wHD6mECzgzmgUBdqsGOT1J~mGqBLIKJ9T5xKN67QITSD1heEZwgS3I5CdUmWiCkIB7LYNYhiAGWxW7oin71F3nG5g4yJuII3J93BdvCPBBW4iYuCzuzTdoVMM4BMeh3SoJVK8lw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Hunnibell, L. S., Rose, M. G., Connery, D. M., Grens, C. E., Hampel, J. M., Rosa, M., & Vogel, D. C. (2012). Using nurse navigation to improve timeliness of lung cancer care at a veterans hospital. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(1), 29–36.
<https://doi.org/10.1188/12.CJON.29-36>

I

INCa, I. N. du C. (Ed.). (2021). *La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030—Stratégie de lutte contre les cancers en France*. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>

Institut national du cancer. (2014). *Plan cancer 2014-2019: Guérir et prévenir les cancers: Donnons les mêmes chances à tous, partout en France* (p. 210).

Institut National du Cancer. (2021). *La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030—Stratégie de lutte contre les cancers en France* (ISBN : 978-2-37219-782-3; p. 127). Ministère des solidarités et de la santé. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>

Institut National du Cancer (INCa). (2014, March 10). *Expérimentation du parcours—Parcours personnalisé du patient pendant et après le cancer*. Institut National du Cancer. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Experimentation-du-parcours>

Institute of Medicine (US). (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era* (M. S. Donaldson, K. D. Yordy, K. N. Lohr, & N. A. Vanselow, Eds.). National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232643/>

Institute of Medicine (US). (2011). Transforming Leadership. In *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health* (National Academies Press (US), Vol. 5). National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209867/>

J

Jarzabkowski, P. A., Lê, J. K., & Feldman, M. S. (2012a). Toward a Theory of Coordinating:

Creating Coordinating Mechanisms in Practice. *Organization Science*, 23(4), 907–927.

<https://doi.org/10.1287/orsc.1110.0693>

Jarzabkowski, P. A., Lê, J. K., & Feldman, M. S. (2012b). Toward a Theory of Coordinating:

Creating Coordinating Mechanisms in Practice. *Organization Science*, 23(4), 907–927.

<https://doi.org/10.1287/orsc.1110.0693>

K

Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies, 79*, 70–83.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002>

Kemper, P. (1988). The Evaluation of the National Long Term Care Demonstration. *Health Services Research, 23*(1), 161–174.

Khosla, N., Marsteller, J. A., Hsu, Y. J., & Elliott, D. L. (2016). Analysing collaboration among HIV agencies through combining network theory and relational coordination. *Social Science & Medicine, 150*, 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.006>

Kodner, D. L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research, 14*(4), 307–313.

<https://doi.org/10.1007/BF03324455>

Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research, 19*(1), 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>

Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., Kaakinen, P., Oikarinen, A., Yamakawa, M., Fukui, S., Utsumi, M., Higami, Y., Higuchi, A., & Mikkonen, K.

(2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing, 28*(5–6), 745–761. <https://doi.org/10.1111/jocn.14710>

L

- Lega, F. (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: Theory and practice. *Health Policy*, 81(2), 258–279.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.06.006>
- Légifrance. (2017, avril). *Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine—Légifrance* [Gouvernement]. Legifrance.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881>
- Leijten, F. R. M., Struckmann, V., van Ginneken, E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Tsiachristas, A., Boland, M., de Bont, A., Bal, R., Busse, R., & Rutten-van Mölken, M. (2018). The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy*, 122(1), 12–22.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>
- Levit, L., Balogh, E., Nass, S., Ganz, P. A., Population, C. on I. the Q. of C. C. A. the C. of an A., Services, B. on H. C., & Medicine, I. of. (2013). Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis. In *Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis*. National Academies Press (US).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202150/>
- Levula, A. V., Chung, K. S. K., Young, J., & White, K. (2013). Envisioning complexity in healthcare systems through social networks. *Proceedings of the 2013 IEEE/ACM International Conference on Advances in Social Networks Analysis and Mining - ASONAM '13*, 931–936. <https://doi.org/10.1145/2492517.2500313>
- Lluch, M. (2011). Healthcare professionals' organisational barriers to health information technologies—A literature review. *International Journal of Medical Informatics*, 80(12), 849–862. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.09.005>

Lopetegui, M., Yen, P.-Y., Lai, A., Jeffries, J., Embi, P., & Payne, P. (2014). Time motion studies in healthcare: What are we talking about? *Journal of Biomedical Informatics*, 49, 292–299. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2014.02.017>

M

- MacLellan, L., Levett-Jones, T., & Higgins, I. (2015). Nurse practitioner role transition: A concept analysis. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *27*(7), 389–397. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12165>
- Makhloufi, I., Saadi, J., Hiki, L. E., & El Hassani, A. (2012). Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg: Cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid. *Santé Publique*, *24*(6), 573–585. <https://doi.org/10.3917/spub.126.0573>
- Manderson, B., McMurray, J., Piraino, E., & Stolee, P. (2012). Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: A systematic review of the literature: Navigation roles: review of literature. *Health & Social Care in the Community*, *20*(2), 113–127. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01032.x>
- Marois, G., Bélanger, A., & Lutz, W. (2020). Population aging, migration, and productivity in Europe. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *117*(14), 7690–7695. <https://doi.org/10.1073/pnas.1918988117>
- Mattiuzzi, C., & Lippi, G. (2020). Cancer statistics: A comparison between World Health Organization (WHO) and Global Burden of Disease (GBD). *European Journal of Public Health*, *30*(5), 1026–1027. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz216>
- McColl-Kennedy, J. R., Hogan, S. J., Witell, L., & Snyder, H. (2017). Cocreative customer practices: Effects of health care customer value cocreation practices on well-being. *Journal of Business Research*, *70*, 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.07.006>
- McCrae, N. (2012). Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(1), 222–229. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x>
- McDonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., & Sundaram, V. (2014). *Care Coordination Atlas Version 4* (AHRQ Pub. No. 14-0037-EF; p. 385). AgePrepared by

- Stanford University under subcontract to American Institutes for Research on Contract No. HHS290-2010-00005 for Healthcare Research and Quality.
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., McKinnon, M., Paguntalan, H., & Owens, D. K. (2007). *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination)*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
- McDonald, S. (2005). *Studying actions in context: A qualitative shadowing method for organizational research—*. 5(4), 455–473. <https://doi.org/10.1177/1468794105056923>
- McMullen, L. (2013). Oncology Nurse Navigators and the Continuum of Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(2), 105–117. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.005>
- McMurray, A., & Cooper, H. (2017). The nurse navigator: An evolving model of care. *Collegian*, 24(2), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.01.002>
- Meier, O. (2017). V. Frederick Winslow Taylor – Le management scientifique des entreprises. In S. Charreire Petit & I. Huault, *Les Grands Auteurs en Management* (3rd ed., pp. 67–79). EMS Editions; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/ems.charr.2017.01.0067>
- Met, N., Dupuis, M., & Waelli, M. (2022). Nurses and the doctorate: A mixed study in French health care organizations. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4430–4441. <https://doi.org/10.1111/jonm.13870>
- Met, N., & Waelli, M. (2020). Entre le médecin et le supérieur hiérarchique: Être infirmier(e) docteur(e) ou doctorant(e) dans les organisations de santé en France. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 5–6(5–6), 370–390. <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-5-6-page-370.htm>
- Michel, L., Waelli, M., Allen, D., & Minvielle, E. (2017). The content and meaning of administrative work: A qualitative study of nursing practices. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2179–2190. <https://doi.org/10.1111/jan.13294>
- Millien, C. (2018). *53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des*

statistiques (1062; Etudes et Résultats, p. 6). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/53-dinfirmiers-en-plus-entre-2014-et-2040-une-forte-hausse-qui>

Ministère de la santé et de la prévention. (2023, June 25). *Ma santé 2022: Un engagement collectif*. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>

Ministère des solidarités et de la santé. (2018, September 18). *Ma santé 2022: Un engagement collectif—Ministère de la Santé et de la Prévention* [Site web gouvernement]. Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

Ministère des solidarités et de la santé. (2021, March 11). *Le dispositif des expérimentations innovantes en santé: Article 51* [Gouvernement]. ARS-SANTé. <https://www.ars.sante.fr/le-dispositif-des-experimentations-innovantes-en-sante>

Minvielle, E. (2018). *Le patient et le système: En quête d'une organisation sur mesure—Approches innovantes du parcours de santé* (1re édition).

Minvielle, E., Waelli, M., Sicotte, C., & Kimberly, J. R. (2014). Managing customization in health care: A framework derived from the services sector literature. *Health Policy, 117*(2), 216–227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.04.005>

Mir, O., Ferrua, M., Fourcade, A., Mathivon, D., Duflot-Boukobza, A., Dumont, S., Baudin, E., Delalogue, S., Malka, D., Albiges, L., Pautier, P., Robert, C., Planchard, D., de Botton, S., Scotté, F., Lemare, F., Abbas, M., Guillet, M., Puglisi, V., ... Minvielle, E. (2022). Digital remote monitoring plus usual care versus usual care in patients treated with oral anticancer agents: The randomized phase 3 CAPRI trial. *Nature Medicine, 28*(6), Article 6. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01788-1>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Reprint--preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Physical Therapy, 89*(9), 873–880.

Monterosso, L., Krishnasamy, M., Yates, P., Platt, V., & Berg, M. (2011). Evaluation of the Western Australian Cancer Nurse Coordinator Role. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, 7*, 102. <https://doi.org/10.1111/j.1743-7563.2011.01477.x>

N

NANDA International, Inc | Maison. (2018, April 23). [Académique]. NANDA International. <https://nanda.org/>

NHS. (2017). *Cancer workforce plan: Phase 1: Delivering the cancer strategy to 2021* (p. 53). Health Education England. <https://www.hee.nhs.uk/our-work/cancer-workforce-plan>

O

- Okhuysen, G. A., & Bechky, B. A. (2009). 10 Coordination in Organizations: An Integrative Perspective. *The Academy of Management Annals*, 3(1), 463–502.
<https://doi.org/10.1080/19416520903047533>
- Oncology Nursing Society. (2017). *Oncology Nurse Navigator Competencies* (p. 12). ONS.
<https://www.ons.org/oncology-nurse-navigator-competencies>
- Osei-Frimpong, K., McLean, G., Wilson, A., & Lemke, F. (2020). Customer coproduction in healthcare service delivery: Examining the influencing effects of the social context. *Journal of Business Research*, 120, 82–93.
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.07.037>
- Otley, D. (1994). Management control in contemporary organizations: Towards a wider framework. *Management Accounting Research*, 5(3), 289–299.
<https://doi.org/10.1006/mare.1994.1018>
- Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 1068–1086. <https://doi.org/10.1108/03090560610681014>

P

- Pedersen, A. E., & Hack, T. F. (2011). The British Columbia Patient Navigation Model: A Critical Analysis. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 200–206.
<https://doi.org/10.1188/11.ONF.200-206>
- Peirce, C. S. (1931). *Collected Papers of Charles Sanders Peirce: Vol. I–VIII* (C. Hartshorne & P. Weiss, Eds.). Harvard Univ.
- Peirce, C. S. (1935). *Collected papers of Charles Sanders Peirce: Pragmatism and pragmatism* (C. Hartshorne & P. Weiss, Eds.; Harvard University Press, Vols. 5 & 6).
- Pichault, F., & Nizet, J. (2012). *Coordination du travail et théorie des organisations* (Dunod). Dunod.
- Pierru, F., & Rolland, C. (2016). Bringing the Health Care State Back in. Les embarras politiques d’une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé. *Revue française de science politique*, 66(3–4), 483–506.
<https://doi.org/10.3917/rfsp.663.0483>
- Plane, J.-M. (2017). *Théorie des organisations—5e éd.* Dunod.
- Press, M. J. (2014). Instant Replay—A Quarterback’s View of Care Coordination. *New England Journal of Medicine*, 371(6), 489–491. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1406033>

R

Radwin, L. E., Castonguay, D., Keenan, C. B., & Hermann, C. (2016). An Expanded Theoretical Framework of Care Coordination Across Transitions in Care Settings: *Journal of Nursing Care Quality*, 31(3), 269–274.

<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000165>

RAND Europe, Ernst, & Young LLP. (2012). National Evaluation of the DH Integrated Care Pilots. *Rand Health Quarterly*, 2(1), 8.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4945290/>

Recklitis, C. J., & Syrjala, K. L. (2017). Provision of integrated psychosocial services for cancer survivors post-treatment. *The Lancet Oncology*, 18(1), e39–e50.

[https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30659-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30659-3)

Reid, R., Haggerty, J., Mckendry, R., & University of British Columbia., C. for H. S. and P. Research. (2002). *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Health Care*. Vancouver, B.C. : Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia.

Russ-Jara, A. L., Luckhurst, C. L., Dismore, R. A., Arthur, K. J., Ifeakor, A. P., Militello, L. G., Glassman, P. A., Zillich, A. J., & Weiner, M. (2021). Care Coordination Strategies and Barriers during Medication Safety Incidents: A Qualitative, Cognitive Task Analysis.

Journal of General Internal Medicine, 36(8), 2212–2220.

<https://doi.org/10.1007/s11606-020-06386-w>

S

Salma, I., & Waelli, M. (2022). Assessing the Integrative Framework for the Implementation of Change in Nursing Practice: Comparative Case Studies in French Hospitals.

Healthcare, 10(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030417>

Schaller, P., & Gaspoz, J.-M. (2008). Continuité, coordination, intégration des soins: Entre théorie et pratique. *Revue Médicale Suisse*, 4(172), 2034–2039.

<https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-172/Continuite-coordination-integration-des-soins-entre-theorie-et-pratique>

Schultz, E. M., & McDonald, K. M. (2014). What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*, 17(1–2), 5–24. <https://doi.org/10.1177/2053435414540615>

Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins?:

Application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 28(2), 223.

<https://doi.org/10.3917/spub.162.0223>

Service Public. (2023, juillet). *Médecin traitant et parcours de soins coordonnés*

[Gouvernemental]. Service-public.fr, le site officiel de l'administration française.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>

Sheinfeld Gorin, S., & Haggstrom, D. (2018). The coordination of chronic care: An

introduction. *Translational Behavioral Medicine*, 8(3), 313–317.

<https://doi.org/10.1093/tbm/iby048>

Shrank, W. H., Rogstad, T. L., & Parekh, N. (2019). Waste in the US Health Care System:

Estimated Costs and Potential for Savings. *JAMA*, 322(15), 1501–1509.

<https://doi.org/10.1001/jama.2019.13978>

Skrutkowski, M., Saucier, A., Ritchie, J., Tran, N., & Smith, K. (2011). Intervention patterns of

pivot nurses in oncology. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne de*

Nursing Oncologique, 21, 218–227. <https://doi.org/10.5737/1181912x214218222>

Spooner, A. J., Booth, N., Downer, T.-R., Gordon, L., Hudson, A. P., Bradford, N. K., O'Donnell, C., Geary, A., Henderson, R., Franks, C., Conway, A., Yates, P., & Chan, R. J. (2019).

Advanced practice profiles and work activities of nurse navigators: An early-stage evaluation. *Collegian*, 26(1), 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.05.003>

Starfield, B., Steinwachs, D., Morris, I., Bause, G., Siebert, S., & Westin, C. (1979).

Concordance between Medical Records and Observations regarding Information on Coordination of Care. *Medical Care*, 17(7), 758–766. JSTOR.

<https://doi.org/10.1097/00005650-197907000-00006>

Stoelwinder, J. U., & Charns, M. P. (1981). The Task Field Model Of Organization Analysis and Design. *Human Relations*, 34(9), 743–762.

<https://doi.org/10.1177/001872678103400902>

T

- Tahar, M. B. (2013). Chapitre II. Les apports fayoliens et weberiens en management: Les approches managériales administratives. In *Management composants et processus*. Editions Publibook.
https://books.google.fr/books?id=Lj3D1wdmjzAC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=%C2%AB+relier,+unir,+harmoniser+tous+les+actes+et+tous+les+efforts+fayol&source=bl&ots=MCYWhzK-mF&sig=ACfU3U08aoShDX3h22xGMX09gMDE-oUeIw&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwiG2JDtjo_kAhULzhoKHdCeAEMQ6AEwBnoECAkQAQ#v=onepage&q=%C2%AB%20relier%2C%20unir%2C%20harmoniser%20tous%20les%20actes%20et%20tous%20les%20efforts%20fayol&f=false
- Thompson, J. D. (2017). *Organizations in action: Social science bases of administrative theory*. Taylor & Francis.
- Timmermans, S. (2020). The Engaged Patient: The Relevance of Patient–Physician Communication for Twenty-First-Century Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 61(3), 259–273. <https://doi.org/10.1177/0022146520943514>
- Toulouse, E., Masseguin, C., Lafont, B., McGurk, G., Harbonn, A., A Roberts, J., Granier, S., Dupeyron, A., & Bazin, J. E. (2018). French legal approach to clinical research. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 37(6), 607–614.
<https://doi.org/10.1016/j.accpm.2018.10.013>
- Tourmen, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession: Quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique*, 19(hs), 15–20. <https://doi.org/10.3917/spub.070.0015>
- Tsoukas, H. (1989). The Validity of Idiographic Research Explanations. *The Academy of Management Review*, 14(4), 551–561. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/258558>
- Turner, J. R., & Baker, R. M. (2019). Complexity Theory: An Overview with Potential Applications for the Social Sciences. *Systems*, 7(1), Article 1.
<https://doi.org/10.3390/systems7010004>

V

Valaitis, R. K., Carter, N., Lam, A., Nicholl, J., Feather, J., & Cleghorn, L. (2017).

Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: A scoping literature review. *BMC Health Services Research*, *17*, 116. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2046-1>

Van Houdt, S., Heyrman, J., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & De Lepeleire, J. (2013a). An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination.

International Journal of Integrated Care, *13*(2), e024–e024.

<https://doi.org/10.5334/ijic.1068>

Van Houdt, S., Heyrman, J., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & De Lepeleire, J. (2013b). Care pathways across the primary-hospital care continuum: Using the multi-level

framework in explaining care coordination. *BMC Health Services Research*, *13*(1), 296.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-296>

Van Houdt, S., Sermeus, W., Vanhaecht, K., & De Lepeleire, J. (2014). Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: Towards a theoretical

framework for the study of care coordination. *BMC Family Practice*, *15*(1), 177.

<https://doi.org/10.1186/s12875-014-0177-6>

Van Rekom, J., Van Riel, C. B. M., & Wierenga, B. (2006). A Methodology for Assessing Organizational Core Values*. *Journal of Management Studies*, *43*(2), 175–201.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2006.00587.x>

Vázquez Navarrete, M. L., Vargas Lorenzo, I., Farré Calpe, J., & Terraza Núñez, R. (2005).

[Integrated health care organizations: Guideline for analysis]. *Revista Espanola De Salud Publica*, *79*(6), 633–643.

Ven Van De, A. H., Delbecq, A. L., & Koenig, R. (1976). Determinants of Coordination Modes within Organizations. *American Sociological Review*, 41(2), 322.

<https://doi.org/10.2307/2094477>

Vogus, T. J., McClelland, L. E., Lee, Y. S. H., McFadden, K. L., & Hu, X. (2021). Creating a compassion system to achieve efficiency and quality in health care delivery. *Journal of Service Management*, 32(4), 560–580. <https://doi.org/10.1108/JOSM-05-2019-0132>

W

- Waelli, M., Minvielle, E., Acero, M. X., Ba, K., & Lalloué, B. (2021). What matters to patients? A mixed method study of the importance and consideration of oncology patient demands. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 256. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06247-0>
- Wagner, E. H., Ludman, E. J., Aiello Bowles, E. J., Penfold, R., Reid, R. J., Rutter, C. M., Chubak, J., & McCorkle, R. (2014). Nurse Navigators in Early Cancer Care: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, *32*(1), 12–18. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.7359>
- Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring: Retrospective and Prospective. *Nursing Science Quarterly*, *10*(1), 49–52. <https://doi.org/10.1177/089431849701000114>
- Weaver, S. J., Che, X. X., Petersen, L. A., & Hysong, S. J. (2018). Unpacking Care Coordination Through a Multiteam System Lens. *Medical Care*, *56*(3), 247–259. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000874>
- Weaver, S. J., & Jacobsen, P. B. (2018). Cancer care coordination: Opportunities for healthcare delivery research. *Translational Behavioral Medicine*, *8*(3), 503–508. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx079>
- Wells, K. J., Battaglia, T. A., Dudley, D. J., Garcia, R., Greene, A., Calhoun, E., Mandelblatt, J. S., Paskett, E. D., & Raich, P. C. (2008). Patient navigation: State of the art or is it science? *Cancer*, *113*(8), 1999–2010. <https://doi.org/10.1002/cncr.23815>
- Winckler, M. (2009). La crise de la médecine générale. *Les Tribunes de la santé*, *22*(1), 67–74. <https://doi.org/10.3917/seve.022.0067>

Y

- Yatim, F., Cristofalo, P., Ferrua, M., Girault, A., Lacaze, M., Di Palma, M., & Minvielle, E. (2017). Analysis of nurse navigators' activities for hospital discharge coordination: A mixed method study for the case of cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 25(3), 863–868. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3474-x>
- Yatim, F., & Sebai, J. (2020). Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. *Management Avenir Sante*, 6(1), 105–125. <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2020-1-page-105.htm>
- Young, G. J., Charns, M. P., Desai, K., Khuri, S. F., Forbes, M. G., Henderson, W., & Daley, J. (1998). Patterns of coordination and clinical outcomes: A study of surgical services. *Health Services Research*, 33(5 Pt 1), 1211–1236. <https://doi.org/10.5465/ambpp.1997.4981034>
- Yutong, T., Yan, Z., Qingyun, C., Lixue, M., Mengke, G., & Shanshan, W. (2023). Information and Communication Technology Based Integrated Care for Older Adults: A Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.6979>

Z

Zakerabasali, S., Ayyoubzadeh, S. M., Baniyasi, T., Yazdani, A., & Abhari, S. (2021). Mobile

Health Technology and Healthcare Providers: Systemic Barriers to Adoption.

Healthcare Informatics Research, 27(4), 267–278.

<https://doi.org/10.4258/hir.2021.27.4.267>

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Tabrizi, F. J., Behshid, M., & Lotfi, M. (2015). Challenges

associated with the implementation of the nursing process: A systematic review.

Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 20(4), 411–419.

<https://doi.org/10.4103/1735-9066.161002>

SOMMAIRE : ENCADRES, FIGURES ET TABLEAUX

Encadrés

<i>Encadré 1. Synthèse du financement du système de santé français à partir des références de (Cash, 2018; DREES, 2020; Hassenteufel, 2014; Minvielle, 2018)</i> -----	7
<i>Encadré 2. Définitions des 3 niveaux de prise en charge selon le Lexique des parcours de A à Z (2016, p. 60-65)</i> -----	10
<i>Encadré 3. Niveaux d'analyse de la coordination en santé.</i> -----	22
<i>Encadré 4. Les caractéristiques de la tâche selon Ven Van De et al., (1976) et des ouvrages Barabel, (2017, pp. 129–150) et Plane (2017, pp. 123–133)</i> -----	26
<i>Encadré 5. Fiche et définition du Temps d'Accompagnement Soignant (TAS)</i> -----	101
<i>Encadré 6. Notes d'observation. *Les noms ont été changés afin de veiller à l'anonymat du NC observé</i> -----	106

Figures

<i>Figure 1. Résultats de l'importance donnée par les patients et de la prise en compte de leurs demandes perçue dans le premier HCO (à gauche) et deuxième HCO (à droite) (Waelli et al., 2021) ...</i>	13
<i>Figure 2 . Résumé des appellations des métiers dédiés à la coordination du parcours. Synthèse réalisée à partir des travaux de Cantril et al (2019) , Fillion et al., , (2012) et McMurray & Cooper, (2017).....</i>	20
<i>Figure 3. Stratégies de coordination au sein des HCOs.....</i>	31
<i>Figure 4. Synthèse de la méthodologie.....</i>	40
<i>Figure 5. Synthèse du plan du manuscrit de thèse.....</i>	48
<i>Figure 6. Phases in developing the APANCO* framework.....</i>	58
<i>Figure 7. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses principles flow diagram outlining the care coordination literature review</i>	61
<i>Figure 8. The final framework used to analyze the Activities of the PATient PATHway Nurse Coordinators in Oncology (APANCO)</i>	64
<i>Figure 9. Diversity in nurse coordinator titles (Cantril et al., 2019; Fillion et al., 2012; McMurray & Cooper, 2017).</i>	79
<i>Figure 10. Comparative analysis of NC work content using the APANCO framework.</i>	87
<i>Figure 11.a Synthèse des résultats du premier chapitre.....</i>	110
<i>Figure 12. Synthèse des résultats du deuxième chapitre.....</i>	112
<i>Figure 13. Synthèse des résultats du troisième chapitre</i>	113
<i>Figure 14. Customisation des parcours des patients (Minvielle et al., 2014)</i>	125

Tableaux

<i>Tableau 1. Nouveaux modes de financement des acteurs de santé dans le parcours des patients. -----</i>	<i>9</i>
<i>Tableau 2. Besoins non cliniques des patients (Waelli et al., 2021)-----</i>	<i>13</i>
<i>Tableau 3. Connaissances et compétences des infirmiers de navigation d’après l’(Oncology Nursing Society, 2017) -----</i>	<i>19</i>
<i>Tableau 4. Mécanismes de coordination selon (Stoelwinder et Charns, (1981) ; p. 753) -----</i>	<i>27</i>
<i>Tableau 5. General characteristics of two oncology HealthCare Organizations (HCO1 and HCO2) -----</i>	<i>58</i>
<i>Tableau 6. Health Care Organization (HCO) information. -----</i>	<i>81</i>
<i>Tableau 7. APANCO framework categories.-----</i>	<i>83</i>
<i>Tableau 8 Comparative analysis of NC activity in centralized structures versus NC activity in inpatient and outpatient wards. The APANCO framework was used to analyze NC work content. -----</i>	<i>90</i>
<i>Tableau 9. Description des structures centralisées -----</i>	<i>97</i>