

# LA COORDINATION EN SANTÉ : D'UNE FONCTION À UN MÉTIER ?

**Isabelle AUBERT**

Centre de Gestion Scientifique  
Mines ParisTech  
(France)

**Frédéric KLETZ**

Centre de Gestion Scientifique  
Mines ParisTech  
(France)

**Jean-Claude SARDAS**

Centre de Gestion Scientifique  
Mines ParisTech  
(France)

## RÉSUMÉ:

L'apparition de nouvelles figures d'acteurs dédiées à la coordination des prises en charge de patients constitue l'un des faits caractéristiques contemporains du système de santé. Elle recouvre des formes multiples d'exercice professionnel et de rôles, qui rendent ce phénomène parfois peu lisible. Notre recherche vise à mieux connaître le contenu des activités de coordination et la manière dont elles sont exercées, afin de caractériser la dynamique de ce champ professionnel en cours de construction. L'analyse de ces questions repose sur un cadre théorique situé au croisement de la littérature en sciences de gestion sur la coordination, celle en management de la santé sur les métiers de la coordination et la sociologie des professions. Obtenus à partir d'une méthodologie de recherche de nature qualitative, nos résultats proposent une analyse comparative des profils de différents acteurs de coordination, qui fonde l'élaboration d'une typologie, de leurs identités professionnelles.

**Mots-clés:** Acteurs de coordination - activité - identité - métier - profession

## INTRODUCTION

Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge figure parmi les enjeux majeurs du système de santé (Bloch et al., 2011). Bien que largement partagé, cet objectif se heurte souvent au cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social, et au manque de coordination des intervenants. Pour pallier ce constat, les pouvoirs publics et les acteurs de terrain ont construit de nombreux dispositifs ayant des missions de coordination ou identifié des fonctions de coordination au sein d'établissements accueillant des patients (Jaeger, 2010). Dans les deux cas de figure, ces missions et fonctions ont été confiées à des acteurs dédiés, contribuant ainsi à l'émergence d'un nouveau rôle de coordonnateur (Bloch et Hénaut, 2014), dont le caractère professionnel reste à explorer.

Derrière cette appellation générique, se mêlent des activités variées (identification de situations, évaluation des besoins, mise en relation avec des professionnels de santé ou des acteurs sociaux, suivi des interventions...) et des positionnements professionnels différents. L'univers des acteurs de la coordination apparaît ainsi foisonnant, et parfois peu lisible, pour les usagers comme pour les observateurs.

Cette diversité renvoie à une double problématique. D'une part, elle met en lumière la difficulté à définir ce qu'est la coordination, le contenu des tâches réalisées dans ce cadre et la manière dont les acteurs les réalisent. D'autre part, elle soulève la question de la nature et de la spécificité des connaissances et compétences mobilisées à l'occasion de l'exercice d'une telle activité. Face à ces interrogations, la présente communication vise à explorer la question de recherche suivante ; en quoi les activités liées à la coordination sont-elles constitutives d'un nouveau métier dans le champ de la santé ?

Pour répondre à cette question, notre analyse mobilise les apports de la littérature en sciences de gestion sur la coordination, des études en management de la santé et de la sociologie des professions. La coordination est un champ largement exploré par le courant du design organisationnel (Mintzberg, 1982) et par les travaux s'intéressant à la gestion des frontières de connaissances et de pratiques inter-organisationnelles (Carlile, 2002, 2004, Levina et Vaast, 2005). Ces analyses permettent de cerner la nature, les mécanismes et les conditions de la coordination, et donc de mieux comprendre l'étendue des missions dévolues aux coordonnateurs, ainsi que les leviers dont ils disposent. La littérature en management de la santé enrichit cette approche, grâce à des études centrées sur la coordination dédiée en santé (Couturier et Belzile, 2016) et sur ses acteurs (Bloch et al., 2011, Yatim et Sebai, 2020, Bartoli et al., 2020). En complément de ces analyses ciblées, nous souhaitons proposer une approche comparative de différents acteurs de la coordination, en dégagant les points communs et les spécificités de leur exercice. Enfin, en mobilisant la sociologie des professions (Dubar, 1992), nous tentons de caractériser l'identité professionnelle de ces acteurs.

Notre méthode est qualitative, et mobilise, en regard de l'analyse de la littérature et de l'identification d'un cadre théorique, trois types de matériaux, collectés sur le terrain de deux territoires de la région francilienne. Nous avons mené des entretiens avec des professionnels exerçant dans des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou dans des configurations partagées, en l'occurrence entre un hôpital et une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), et participé à des réunions d'un groupe de travail consacré à la coordination ville-hôpital. Nous complétons ces données par l'analyse de l'activité des professionnels des DAC « en situation », sur la base de l'étude d'interventions réelles menées auprès de patients de leur territoire.

Nos résultats nous conduisent à nous écarter de l'hypothèse de regroupement de ces acteurs dans un seul et nouveau métier, pour proposer de manière alternative une caractérisation comparative de leurs profils, couplée à une typologie relative à leurs identités professionnelles. Nos analyses complètent ainsi la littérature sur les spécificités de cette activité et sur le mode de professionnalisation des acteurs de coordination en santé.

Nous présentons dans un premier temps le cadre théorique et la méthodologie que nous mobilisons. Nous détaillons et discutons ensuite nos résultats, avant de proposer en conclusion quelques pistes de prolongement de nos travaux.

## **CADRE THÉORIQUE**

Notre analyse s'appuie sur le cadre général de l'analyse gestionnaire des mécanismes de coordination (section 1), avant d'aborder l'étude plus spécifique des acteurs dédiés à la coordination en santé (section 2).

### **Section 1 : Les approches de la coordination en sciences de gestion : gérer les interdépendances**

- **Mécanismes de coordination et liens latéraux**

Parmi les nombreuses définitions de la coordination en sciences de gestion, nous retenons celle proposée par Malone et Crowston (1994), qui pose que la coordination est « le fait de piloter des inter-dépendances entre des activités réalisées en vue d'atteindre un objectif ». Cette définition large présente l'avantage de s'appliquer tant à la coordination intra-organisationnelle qu'inter-organisationnelle, qui constitue l'un des enjeux du système de santé. La coordination renvoie ainsi au besoin d'articuler des tâches que la division du travail conduit à distribuer entre différents acteurs, cette articulation étant nécessaire à l'accomplissement d'un objectif commun.

Mintzberg (1982) identifie cinq mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédures, la standardisation des résultats et la standardisation des qualifications. Chacun de ces mécanismes est plus particulièrement adapté à un type de configuration organisationnelle et à la complexité des situations à traiter. Ainsi, dans une bureaucratie professionnelle, configuration qui va nous intéresser plus particulièrement par la suite, le centre opérationnel, composé des professionnels, est dominant et dispose d'une large autonomie dans la réalisation et le contrôle de ses tâches ; le mode de coordination privilégié est alors la standardisation des qualifications : « *Chacun sait ce qu'il peut attendre des autres parce qu'il l'a appris* » (Mintzberg, 1982), au cours de son parcours de formation et par la socialisation avec les pairs. Dominant dans le système de santé, le fait professionnel induit le recours privilégié à ce mode de coordination (Bourgueil, 2015).

Sa mise en œuvre laisse toutefois subsister des interdépendances lacunaires ou mal prises en charge, inorganisées. Face à cette difficulté, les organisations ont institutionnalisé des mécanismes de liaison, en les incorporant à leur structure formelle, avec comme objectif de faciliter les échanges entre des acteurs liés par des objectifs ou des projets communs. Mintzberg en distingue quatre types : les postes de liaison, les « task forces » et comités permanents, les intégrateurs et la structure matricielle. Si cette dernière a une vocation purement interne, les autres mécanismes peuvent s'appliquer à la structuration des liens inter-organisationnels entre des entités engagées dans des sujets communs, dont le traitement nécessite des contacts réguliers, comme c'est le cas dans le secteur de la santé, notamment lorsque les professionnels sont confrontés à des situations de patients complexes et instables (Contandriopoulos et al., 2001).

- **La gestion des interdépendances aux frontières**

En complément de ces approches, d'autres courants de recherche ont approfondi les modalités de gestion des interdépendances qui se situent aux frontières des connaissances et des pratiques des acteurs.

Carlile (2002, 2004) distingue trois types de frontières de connaissances, de complexité croissante, - syntaxique, sémantique et pragmatique -, auxquels il associe trois types de processus de coordination : transférer, traduire et transformer des connaissances. Face à une frontière syntaxique, la coordination repose sur la création d'un lexique commun permettant de transférer de l'information de part et d'autre de la frontière. Franchir une frontière sémantique, caractérisée par des interprétations différentes de la situation, nécessite non seulement de disposer d'un langage commun, mais aussi de significations partagées, qui peuvent être portées par des acteurs-frontières ou des équipes inter-domaines ; on retrouve ici les mécanismes de liaison évoqués par le courant du design organisationnel. Enfin, face à une frontière politique ou pragmatique, où coexistent des intérêts divergents, l'activité de coordination doit non seulement mobiliser les techniques précédentes, mais aussi transformer les savoirs pour créer des intérêts communs ; ce résultat peut être obtenu à l'aide d'objets-frontière (Star et Griesemer, 1989), qui servent de support à la discussion. Dans la suite de l'article, nous tenterons d'évaluer si - et comment - les acteurs de coordination dans le monde de la santé remplissent effectivement ces fonctions de transfert, traduction et transformation de connaissances.

Levina et Vaast (2005) prolongent cette analyse en interrogeant la manière dont la compétence à franchir les frontières se construit. Elles émettent l'hypothèse que l'émergence d'une telle compétence est associée à la structuration d'un nouveau champ de connaissances et d'actions commun aux acteurs engagés dans un projet. Si leur approche mobilise également les notions d'acteur et d'objet-frontière, elles les analysent non pas de manière théorique - ce qu'ils sont censés faire -, mais de manière pratique, - comment ils émergent, se structurent et ce qu'ils font réellement -. L'objectif est de comprendre les dynamiques par lesquelles des agents et des artefacts deviennent des acteurs-frontière en pratique et des objets frontière par leur usage, et d'analyser leur rôle dans l'émergence de champs communs à plusieurs mondes. Elles identifient ainsi trois conditions pour qu'un agent devienne un acteur-frontière en pratique : être un participant légitime, même avec un rôle périphérique, aux pratiques des différents champs ; être reconnu comme un négociateur légitime par toutes les parties ; avoir une inclinaison pour ce type de missions. Les acteurs-frontières produisent et utilisent des objets-frontières en démontrant leur utilité dans le champ commun. Nous verrons si ce type de processus peut être observé dans le champ de la coordination en santé. Nous chercherons également à étudier si ces acteurs-frontières ne sont pas essentiellement positionnés sur une seule frontière, à l'articulation entre deux champs ou deux acteurs, plutôt que comme coordonnateurs d'un nombre élevé de professionnels différents, situation hautement complexe caractérisant les problématiques de coordination dans le champ de la santé.

## **Section 2 : L'émergence des acteurs dédiés à la coordination en santé**

- **La coordination dédiée : objet et acteurs**

Depuis quelques dizaines d'années, de nouveaux métiers de la coordination des prises en charge ont vu le jour dans le champ de la santé. Cette coordination « dédiée » ne se substitue ni à la coordination « ordinaire », assurée par le patient et ses proches, ni à celle, souvent informelle, entre les intervenants professionnels, mais a vocation à les compléter et à remédier à leurs failles (Couturier et Belzile, 2016). Ces dernières découlent de la complexité des actions requises pour pallier les problèmes multi-dimensionnels et dynamiques des patients. L'objectif de la coordination dédiée est d'apporter une réponse globale et concertée à ces problèmes, trop souvent abordés de manière fragmentée et partielle par les professionnels, au nom d'une logique disciplinaire ou sectorielle (Bloch et Hénaut, 2014), ou en raison d'un nombre d'interactions tellement élevé pour certaines situations complexes, qu'il dépasse les ressources de l'organisation (Minvielle, 2018).

De manière concrète, cette approche repose sur la désignation d'un intervenant-coordonnateur responsable de l'articulation des actions et des intervenants auprès des patients. Deux évolutions structurelles ont contribué à l'essor des coordonnateurs. D'une part, le mouvement de « désinstitutionnalisation » des personnes âgées (Couturier et Salles, 2014) et des usagers en santé mentale (Bartoli et al., 2020), commun à de nombreux pays occidentaux, a ré-orienté vers leur domicile des personnes historiquement accueillies dans des institutions dédiées, et soulevé des problématiques nouvelles de mise en cohérence d'intervenants issus de services ou d'organisations divers. D'autre part, le besoin de coordination pour des patients atteints d'une pathologie chronique aux multiples retentissements somatiques, psychiques, fonctionnels et sociaux a conduit les pouvoirs publics à proposer l'expérimentation d'acteurs dédiés à la coordination de leur parcours, comme l'illustre l'exemple des infirmiers de coordination en cancérologie (Yatim et Sebai, 2020).

- **La coordination dédiée : des activités fondatrices d'une identité professionnelle ?**

Le paysage de la coordination dédiée apparaît ainsi foisonnant (Minvielle, 2018). Ce constat est renforcé par l'étude de la distribution de leurs activités, qui s'articule autour de deux axes (Belzile et al., 2012). Le premier décrit les fonctions exercées, et se présente sous la forme d'un continuum allant des fonctions de courtier de services à un rôle de clinicien référent. Le courtier de services se consacre à l'identification et à l'appui au déploiement des soins et services les plus adaptés à l'état du patient. A l'autre bout du spectre, le clinicien référent privilégie la relation thérapeutique et la réalisation de gestes professionnels disciplinaires ; son activité est alors centrée sur la réalisation du programme de prise en charge disciplinaire des patients, mais inclut une dimension de coordination des intervenants. Le second continuum s'organise autour de l'objet de la coordination, selon qu'elle traite du cas dans sa globalité (gestion de cas) ou de la maladie plus spécifiquement (disease management). C'est le caractère multi-dimensionnel plus ou moins marqué des problématiques à traiter qui oriente vers l'une ou l'autre de ces modalités.

Dans un contexte d'éclosion de ces fonctions dans une multitude de lieux et de configurations, cette diversité de rôles et d'activités suscite des questions sur la nature du rôle de coordonnateur (dédié). S'agit-il d'un métier à part entière ou

d'une fonction additionnelle à un métier de base ? Tourmen (2007), s'appuyant sur les travaux de La Treille (1980), propose quatre critères pour caractériser l'existence d'un métier : la définition de savoirs-faire spécifiques ; la revendication et l'attribution d'une identité de métier ; le regroupement des pairs en réseau ; la structuration du marché du travail, tendant à sa fermeture. Il conviendra donc de cerner dans quelle mesure les acteurs de la coordination en santé, malgré leur diversité, répondent à ces critères et se reconnaissent eux-mêmes dans un métier spécifique. La coordination dédiée repose-t-elle effectivement sur des savoir-faire et des compétences spécifiques ? Comment les coordonnateurs construisent-ils leur identité professionnelle, celle-ci reposant selon Dubar (1992), sur une double transaction, biographique et relationnelle ? La première renvoie au processus temporel de construction d'une identité sociale, elle est marquée par une dynamique de rupture ou de continuité par rapport à l'histoire de la personne (au regard du contexte inter- et intra-générationnel) ; la seconde concerne les relations entre acteurs, et renvoie au processus de reconnaissance ou d'absence de reconnaissance de l'identité professionnelle et de ses évolutions par l'environnement. Y a-t-il enfin une socialisation des coordonnateurs entre eux et une tentative d'organiser et de protéger l'accès à ces fonctions ?

A l'issue de cet exposé du cadre théorique dans lequel nous inscrivons notre étude, nous formulons l'hypothèse, à vérifier, que la diversité des rôles et activités des coordonnateurs mise en avant par Belzile et al. (2012), qui s'appuie sur des compétences et savoir-faire distincts, entretient un lien avec le métier d'origine des coordonnateurs. Celui-ci resterait ainsi prégnant dans le contenu et les modalités d'exercice des fonctions de coordination, ainsi que dans l'identité professionnelle des coordonnateurs. Sous cette hypothèse, les fonctions de coordination ne seraient pas constitutives d'un nouveau métier, mais s'intégreraient dans un métier de base, sur lequel elles s'appuieraient tout en l'enrichissant. Nous exposons dans la suite de la communication la méthodologie retenue pour tester cette hypothèse.

## **MÉTHODOLOGIE**

Nous mobilisons une méthodologie qualitative dans le cadre d'une démarche de recherche-intervention, menée en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARSIF). Nous détaillons dans la section 1 le périmètre et les objectifs de notre étude, puis les modalités de collecte et d'analyse des données dans la section 2.

### **Section 1 : Périmètre et objectifs de l'étude**

- **Centrage initial et extension du périmètre de l'étude**

Début 2019, l'ARSIF a sollicité notre équipe de recherche afin qu'elle réalise une « étude d'impact » des DAC. L'un des objectifs consistait à comprendre en quoi et comment l'intervention d'un DAC améliore l'organisation des parcours individuels des patients. La demande s'inscrivait dans le cadre de la préparation de la politique de convergence des dispositifs d'appui et d'extension de leurs missions à tous types de parcours complexes, en ne les réservant plus à certains

profils de populations, mais en les élargissant à toutes les situations nécessitant un accompagnement, quels que soient l'âge et la pathologie des patients<sup>1</sup>.

Dans le cadre de notre mission, nous avons rencontré les professionnels et directions des DAC sur deux territoires franciliens, l'un urbain, l'autre rural. Afin d'élargir notre étude à des acteurs de coordination exerçant hors dispositif d'appui, nous avons également analysé l'activité et le rôle d'un médecin généraliste partagé entre un hôpital public et une MSP, chargé de préparer la sortie d'hospitalisation de patients âgés. La co-existence de ce type d'acteurs avec les professionnels des DAC soulève en effet des questions d'articulation des activités et de spécificités de rôles qu'il nous a semblé intéressant d'approfondir.

- **Objectifs de l'étude**

Notre étude vise à répondre à trois questions.

Nous souhaitons tout d'abord comprendre la nature de l'activité développée par ces acteurs, et appréhender sur cette base le type d'expertise mobilisée : quels savoirs et quelles relations ces acteurs utilisent-ils pour réaliser leurs missions ? Répondre à cette question nous permet d'aborder un deuxième sujet lié : les enjeux de la convergence et de la polyvalence prévues par la loi du 24 juillet 2019 pour les professionnels des DAC. Jusqu'où et à quelles conditions cette polyvalence peut-elle être envisagée et quelles sont ses implications sur le métier exercé par ces professionnels ?

Face à la multiplicité des acteurs de coordination, il nous a également semblé pertinent d'interroger leur articulation : comment ces acteurs travaillent-ils ensemble ? Leurs actions sont-elles complémentaires ou concurrentes ? Certains rôles sont-ils spécifiques à l'une ou l'autre de ces catégories ? Esquisser des éléments de réponse à ces questions peut aider à comprendre les raisons de l'apparition de ces nouveaux acteurs au sein même des établissements de santé.

Enfin, l'émergence récente de ces acteurs de coordination soulève des enjeux d'identité professionnelle. Ces professionnels accèdent à de nouvelles fonctions après une première carrière, en général dans le monde de la santé, et doivent construire une nouvelle identité professionnelle : comment celle-ci s'inscrit-elle dans leur parcours, est-elle vécue comme un prolongement de leur expérience antérieure ou s'agit-il d'une rupture, et quelle est la reconnaissance dont ils bénéficient de la part des autres professionnels ?

## **Section 2 : Collecte et analyse des données**

- **Les sources**

Nos données sont issues de trois sources : des entretiens, des réunions et des données sur des parcours de patients accompagnés par des dispositifs d'appui.

Comme indiqué précédemment, nos entretiens à caractère semi-directif ont concerné deux types d'acteurs : les professionnels de la coordination d'une part, les responsables des DAC d'autre part. Nous avons ainsi rencontré trois gestionnaires de cas de MAÏA<sup>2</sup>, une infirmière, une psychologue et un médecin d'un réseau de santé, une coordinatrice de CLIC/PAT<sup>3</sup> et le médecin partagé ville-hôpital. Cette diversité de profils professionnels nous a permis d'étudier le lien entre le métier d'origine et la manière dont les acteurs conçoivent leur rôle de coordination et leur identité professionnelle. Les entretiens avec les

---

<sup>1</sup> Ces évolutions ont été actées par l'article 23 de la loi du 24 juillet 2019.

<sup>2</sup> Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

<sup>3</sup> CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination. PAT : Pôle Autonomie Territorial

responsables ont ciblé les directions de dispositifs d'appui (directrices de réseaux, de CLIC/PAT et pilote MAÏA), avec qui nous avons pu échanger sur leur perception des enjeux liés à la polyvalence des DAC, à l'aune de leur représentation des compétences requises pour assurer les activités de coordination. Afin également de mieux cerner ces enjeux, nous avons réalisé trois autres entretiens, avec les directeurs des deux PTA<sup>4</sup> de la région Ile-de-France. Au total, 18 entretiens ont été réalisés entre 2019 et début 2021.

Parallèlement, nous avons observé de manière non participante deux types de réunions. La première concerne le staff hebdomadaire des professionnels d'une PTA (une réunion), ce qui nous a permis d'appréhender les situations concrètes de patients mobilisant les professionnels de la PTA et la réalité de la polyvalence de leur activité. Nous avons également assisté aux réunions (4) d'un groupe de travail sur la coordination ville-hôpital, constitué dans le cadre d'un projet d'amélioration des parcours des patients âgés de plus de 75 ans. Les échanges avaient pour objet de préciser les difficultés rencontrées par les acteurs du territoire (ville, hôpital, DAC, secteur médico-social) à l'occasion des entrées et sorties d'hospitalisation et de proposer des moyens d'y remédier. Les réunions se sont déroulées en 2020 et début 2021.

Nous avons enfin étudié le travail des acteurs de la coordination en « situation réelle », à partir de données anonymisées issues des systèmes d'information des DAC, relatives aux parcours de patients qu'ils avaient accompagnés. Les données se présentent sous la forme de documents (par exemple, des comptes-rendus d'évaluation réalisées au domicile, des plans d'aides, des synthèses de réunions de concertation entre les intervenants...) et d'échanges entre les intervenants (mails et parfois courriers). Très majoritairement, elles se rapportent à des situations complexes de personnes âgées vivant à leur domicile, confrontées à des problématiques d'aggravation de leur dépendance, dans un contexte d'isolement ou d'épuisement de l'aidant, et de refus d'aides et de soins. Nous avons collecté des données sur 17 situations réparties entre les deux territoires. Cette étude a été autorisée par la CNIL en janvier 2020.

- **L'exploitation et l'analyse des données**

Les entretiens et les réunions ont fait l'objet d'une prise de notes détaillées, suivies d'une retranscription. L'analyse a cherché à établir les activités réalisées par les différents acteurs de coordination, avec leurs convergences et leurs différences, les compétences mobilisées dans le cadre de ces activités, et la manière dont les acteurs évaluent leurs contributions respectives, ainsi que la reconnaissance dont ils bénéficient de la part de leur environnement professionnel. Nous avons pu croiser leur vision avec celle de leurs responsables. Les réunions nous ont permis de mettre en perspective leurs analyses, à travers l'exposé de problématiques concrètes de patients ou de difficultés inter-organisationnelles.

La reconstitution chronologique et l'analyse des parcours des patients pris en charge par un ou plusieurs dispositifs d'appui visaient à saisir l'activité de coordination « en train de se faire » (Jarzabkowski et al., 2012). Nous avons ainsi pu appréhender les actions concrètes déployées par les professionnels, les compétences et savoir-faire mobilisés, les modalités de travail avec les partenaires en établissement et au domicile, la relation avec les patients et leurs

---

<sup>4</sup> Plateforme Territoriale d'Appui

proches, et les difficultés auxquelles ils se heurtent. Cette « mise en situation » a complété et enrichi notre compréhension des logiques d'intervention et des modes d'action communs ou spécifiques aux différents professionnels, ainsi que les enjeux de métier et d'identité soulevés par la convergence et la polyvalence des DAC.

## **RÉSULTATS**

Nous décrivons tout d'abord les activités attachées à l'exercice d'une fonction de coordination dédiée (section 1), ainsi que leur modulation en fonction des rôles et des expertises des coordonnateurs, et les difficultés identitaires qui en découlent parfois (section 2).

### **Section 1 : Les activités de la coordination dédiée : évaluer et coordonner**

Nos rencontres et l'étude de parcours réels mettent en lumière deux activités fondamentales partagées entre les coordonnateurs : évaluer et coordonner. La première consiste à documenter les différentes dimensions de la situation des patients, et sur cette base, à identifier les besoins à prendre en charge. La seconde consiste à transcrire les résultats de l'évaluation dans la planification d'un certain nombre d'actions visant à instaurer des aides et des soins au regard des besoins non couverts, et à aider à leur implantation et articulation, en mobilisant les professionnels qui pourront les assurer, « au bon moment, au bon endroit » (Michel et Grenier, 2019).

- **Evaluer et coordonner dans le cadre de la prise en charge d'un parcours**

Nous illustrons ces activités à travers la prise en charge de Mme E.

Mme E. est âgée de plus de 85 ans. Elle est veuve et réside dans un foyer logement. A la suite des premières interventions du CLIC/PAT dès 2014, Mme E. bénéficie d'aides pour le ménage, mais son état de santé est précaire et elle est isolée socialement. Elle présente des problèmes d'hygiène et son logement est sale. Le foyer-logement ne souhaite pas renouveler son bail. De son côté, Mme E. souhaite rester dans son logement actuel car elle ne veut pas se séparer de ses animaux.

Sollicité par le CLIC, le réseau de santé effectue une évaluation gériatrique en mars 2018, qui conclut à une probable dépression liée à la solitude avec un délire de persécution, ainsi qu'à une probable détérioration cognitive. Le réseau préconise de mettre Mme E. sous protection juridique, de la préparer à une entrée en EHPAD, et en attendant, d'augmenter le nombre d'heures d'aide-ménagère, et de l'amener à accepter un traitement anti-dépresseur, ce que Mme E. refuse. Pour le CLIC, l'état de Mme E. n'est pas incompatible avec un maintien en foyer-logement, à condition de travailler sur son sentiment de harcèlement.

En juin 2018, le service d'aides à domicile (SAAD) qui intervenait chez Mme E. cesse sa prestation en raison du refus de cette dernière de régler les factures. Le PAT saisit la MAÏA pour une prise en charge par la gestion de cas. Un gestionnaire et le réseau effectuent conjointement une visite, au cours de laquelle ils relèvent l'amaigrissement de Mme E. ; celle-ci accepte désormais de revoir son médecin traitant, qui lui prescrit un traitement anti-dépresseur et anti-hypertenseur, ainsi que le passage quotidien d'une infirmière. La situation de

Mme E. se dégrade toutefois à nouveau, son logement est dans un état d'incurie très important, elle est devenue incontinente et ne sort plus de chez elle. Mme E. minimise la situation, mais exprime aussi le besoin d'être aidée. Elle refuse les propositions d'hospitalisation que lui soumet le gestionnaire de cas.

A partir de novembre, un nouveau SAAD intervient et la situation du logement s'améliore un peu. Le gestionnaire de cas établit parallèlement un dossier de demande d'APA, afin d'augmenter le volume d'aides dont bénéficie Mme E. L'état de cette dernière reste en effet fragile, et elle chute à plusieurs reprises. En juin 2019, Mme E. est mise sous tutelle. Lors d'une visite, le réseau relève une aggravation de son état de dépendance, et considère l'entrée en EHPAD « inévitable ». En juillet, Mme E. est hospitalisée à la suite d'une chute, puis rentre chez elle ; elle est alors très désorientée, et semble accepter une entrée en EHPAD, qui sera effective au cours du mois.

Comme on le voit dans cet exemple, la fonction d'évaluation des besoins est distribuée entre plusieurs intervenants, dont les conclusions ne sont pas nécessairement convergentes. Elle est répétée dans le temps, permettant une actualisation de la connaissance des besoins et un ajustement du plan d'aides et de soins, même si celui-ci reste insuffisant dans le cas de Mme E.. Le gestionnaire de cas joue un rôle prééminent dans la coordination des intervenants. L'étude détaillée des échanges entre les professionnels montre qu'il est considéré comme le référent de la situation, et tout dysfonctionnement lui est signalé. De son côté, il planifie les interventions et utilise les remontées d'informations qui lui sont adressées pour moduler l'organisation des aides. Les autres dispositifs (CLIC et réseau) interviennent en appui, en prenant en charge certains contacts ou certains rendez-vous. Ainsi, comme l'évaluation, la coordination est une activité distribuée.

- **Evaluer et coordonner à l'interface ville-hôpital**

On retrouve ces activités dans l'exercice professionnel du médecin partagé.

Elle procède à une évaluation systématique des patients âgés de plus de 75 ans, résidant dans les 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> arrondissements de Paris et hospitalisés à partir des urgences dans les services de médecine d'un grand hôpital parisien, avec un double objectif : conseiller le service sur la prise en charge pendant l'hospitalisation, par des recommandations destinées à prévenir le risque d'aggravation de la dépendance au décours de l'hospitalisation ; préparer la sortie d'hospitalisation, en se renseignant sur les aides et soins pré-existants à l'hospitalisation et en évaluant le niveau d'autonomie du patient. Ces différentes actions aboutissent à l'élaboration d'un compte-rendu à destination du service, explicitant les aides à mettre en place pour le retour à domicile.

L'activité de coordination externe concerne principalement le médecin traitant, et se traduit par un appel au début du séjour, qui permet de l'informer de l'admission de son patient et faire un point sur la situation pré et post-hospitalisation, et par un mail en fin de séjour, pour l'informer de la sortie du patient. Les collaborations internes visent à conforter l'activité d'évaluation, par le recours à un avis gériatrique en cas de problématiques spécifiques.

Ce travail du médecin partagé sur les parcours individuels est complété par une réflexion sur les moyens d'améliorer la coordination ville-hôpital. Parmi les propositions du groupe de travail consacré à ce sujet, figure l'introduction dans la lettre de liaison en sortie d'hospitalisation (à destination des médecins traitants) d'un tableau explicitant les changements de prescriptions

médicamenteuses entre le traitement à l'entrée et le traitement prescrit par le médecin hospitalier en sortie d'hospitalisation. Ce tableau a vocation à favoriser une meilleure compréhension des modifications effectuées et contribuer ainsi à la pérennisation par le médecin traitant des choix effectués par ses collègues spécialistes, tout en lui facilitant le dialogue avec le patient. Il pourrait aussi sensibiliser les médecins hospitaliers aux enjeux de continuité du parcours au-delà du séjour hospitalier, par la prise en compte des besoins de leurs confrères de ville, dans un cadre coopératif, caractérisé par le « souci de l'autre » (Jaeger, 2010).

## **Section 2 : Des modulations d'activités liées à des compétences différentes, et des identités professionnelles inégalement définies**

L'existence de ce socle commun d'activités (d'évaluation et de coordination) n'exclut pas des variations dans leur réalisation, en fonction des compétences mobilisées, ainsi qu'un relatif flou dans les identités professionnelles pour certains acteurs.

- **L'approche disciplinaire, en appui des intervenants**

Ainsi, les évaluations réalisées par les acteurs du réseau<sup>5</sup> sont empreintes d'une forte dimension disciplinaire, gériatrique dans notre exemple. L'évaluation mobilise des échelles médicales de mesure, tel que le mini-mental score pour cerner la nature et le niveau des troubles cognitifs, ainsi qu'un interrogatoire détaillé de la personne et la réalisation d'un examen clinique, afin d'évaluer les troubles somatiques. L'environnement familial et social est également pris en compte.

De même, l'activité réalisée par le médecin partagé repose très largement sur ses compétences disciplinaires de médecin généraliste, qu'elle expose ainsi :

*« Je pense que les compétences (...) sont des compétences de généraliste, puisque j'aide beaucoup sur le plan social et de la prise en charge du retour à domicile, et donc là-dessus, mes compétences sont sur la prise en charge non pas de l'aigu, mais du patient gériatrique à domicile (...) Je pense que les informations qui ne passent pas [entre l'hôpital et la ville], c'est parce que les médecins hospitaliers ne sont pas forcément au courant de ce qui va être utile au suivi du patient à la sortie d'hospitalisation ».*

Ces précisions permettent de cerner les compétences distinctives qui fondent, à ses yeux, la valeur ajoutée de ses interventions : la connaissance des difficultés et contraintes du maintien à domicile de personnes âgées dépendantes. Cette connaissance, fondée sur une approche globale de la personne, se distingue de l'approche spécialisée de ses confrères hospitaliers non gériatres, et de celle de ses confrères gériatres par son ciblage sur l'organisation du retour à domicile, plus que sur le déroulement de la prise en charge aiguë.

- **L'approche procédurale et d'accompagnement**

Les modalités d'intervention du PAT et de la gestion de cas apparaissent moins strictement disciplinaires, même si cette dimension n'est pas absente. Le PAT mobilise par exemple des connaissances dans le champ du travail social (droits sociaux et dispositifs d'aides existants) pour organiser et financer les aides à domicile. Toutefois, la dimension procédurale, c'est-à-dire le recours à des

---

<sup>5</sup> Avant son évolution vers le statut de DAC, le réseau était tri-thématique : oncologie, soins palliatifs et gérontologie.

« interventions transdisciplinaires et trans-sectorielles » (Couturier et Belzile, 2016) est dominante. Les compétences ici requises sont d'ordre managérial : il faut planifier les actions, négocier avec les intervenants et le patient, faire émerger un consensus sur les priorités d'action, organiser le processus d'évaluation et de réévaluation périodique...

L'intervention des gestionnaires de cas se distingue de plus par une intensivité et une durée de suivi que les autres professionnels de la coordination ne peuvent assurer. Les gestionnaires de cas rencontrés soulignent que le temps et leur vision globale de la situation sont les deux leviers qui leur permettent d'apporter une valeur ajoutée dans la gestion des situations, par rapport aux autres professionnels, dont la disponibilité est moindre et qui sont davantage centrés sur les réponses que leur dispositif de rattachement permet d'offrir.

Au-delà de ces modalités d'intervention spécifiques, la qualité des interventions des PAT comme de la gestion de cas se mesure à travers leur capacité à faire vivre un collectif d'acteurs autour du patient, apte à gérer de manière autonome et coordonnée l'ensemble de leurs interventions, ce que l'une des gestionnaires de cas définit comme la « coordination des expertises ».

- **Des compétences distinctives ? Une identité professionnelle parfois floue**

Malgré l'affirmation de ces compétences, l'expertise requise pour exercer les missions relevant de la coordination dédiée reste parfois difficile à caractériser, ce qui freine l'émergence d'une identité professionnelle clairement définie et reconnue.

Ainsi, le médecin partagé entre la ville et l'hôpital souligne la complexité de son positionnement professionnel au sein de son établissement, à travers une forme de relativisation de son expertise :

*« J'ai l'impression que si chacun pouvait prendre le temps d'aller au fond des choses sans avoir de pression sur la durée moyenne de séjour, mon travail pourrait être à 100% assuré par le service qui s'occupe du patient. Je ne sens pas que ce soit un poste franchement spécialisé (...) C'est vraiment un travail qui peut être fait par les services ».*

Dans le prolongement de ce constat, elle témoigne d'une assez faible reconnaissance de son activité :

*« Des fois, j'ai l'impression que donner mon avis, ce n'est pas ce qui est attendu, c'est parfois un peu frustrant de mon côté de faire un travail d'assistante sociale (...) et de ne pas avoir mon mot à dire sur la prise en charge médicale, ce n'est pas ce qu'on me demande. Je ne ferai pas ça longtemps ».*

Une gestionnaire de cas témoigne également d'un effacement ou d'une dilution de l'identité professionnelle, accepté en raison de ses effets bénéfiques sur la relation avec le patient :

*« Avoir une multitude de missions entre guillemets, quelque part on perd son identité (...) Au départ, c'est un peu déstabilisant. Au début, des fois, on fait un peu l'aide à domicile, on fait aussi l'infirmière puisqu'on va à la pharmacie chercher les médicaments, cela donne un caractère un peu informel à la mission, alors qu'après coup, (...) on se rend compte que (...) ça apporte beaucoup de crédit vis-à-vis de la personne ».*

Nos résultats illustrent ainsi la diversité des rôles et positionnements professionnels des acteurs de la coordination et l'existence de points de convergence, que nous discutons dans le chapitre suivant.

## DISCUSSION

Nous proposons une caractérisation des acteurs de la coordination (section 1), sur laquelle nous nous appuyons pour préciser leurs identités professionnelles et en tirer des enseignements sur la dynamique d'évolution de ce groupe (section 2).

### Section 1 : Synthèse sur les acteurs de la coordination dédiée

- **Caractérisation des acteurs de la coordination**

Nos résultats nous permettent de caractériser et de comparer les acteurs de la coordination à partir de quatre critères, présentés dans le tableau ci-dessous.

#### Les acteurs de la coordination dédiée : proposition de caractérisation à partir des quatre exemples étudiés

	<b>Professionnels des réseaux de santé</b>	<b>Coordinateurs des CLIC/PAT</b>	<b>Gestionnaire de cas</b>	<b>Médecin partagé ville-hôpital</b>
<b>Objet de la mission</b>	Gérer des parcours	Gérer des parcours	Gérer des parcours complexes	Sécuriser les transitions ville - hôpital
<b>Type de prise en charge</b>	Ponctuelle ou soutenue sur une durée limitée	Ponctuelle ou soutenue sur une durée limitée	Intensive au long cours	Ponctuelle (préparation de la sortie d'hospitalisation) et ciblée sur la relation avec le médecin traitant
<b>Compétences mobilisées</b>	Disciplinaires et centrées sur le décryptage des conséquences de la maladie sur l'autonomie et le maintien à domicile	Procédurales et savoir-faire relationnel	Procédurales et savoir-faire relationnel	Disciplinaires et centrées sur le décryptage des conséquences de la maladie sur l'autonomie et le maintien à domicile
<b>Identité professionnelle</b>	Consultant parcours	Référent parcours	Référent parcours	Consultant frontière

Chaque critère permet de différencier deux grandes catégories d'acteurs, mais sans homogénéité des catégories d'un critère à l'autre.

L'objet de la mission distingue les acteurs des dispositifs d'appui, chargés d'organiser un parcours pour les patients (les gestionnaires de cas traitant les situations les plus complexes) et les acteurs de coordination positionnés dans un

établissement, tel le médecin partagé, qui se consacre à la gestion d'un moment de ce parcours, en l'occurrence la transition ville-hôpital. Le type de prise en charge dessine une autre segmentation, entre d'un côté les acteurs intervenant ponctuellement (médecin partagé), les acteurs intervenant également ponctuellement ou de manière soutenue, mais sur une durée limitée (réseau, CLIC/PAT), et enfin les gestionnaires de cas, positionnés sur un accompagnement spécifique, à la fois intensif et au long cours. Les compétences mobilisées rapprochent les professionnels du réseau et le médecin partagé, en raison d'une orientation disciplinaire partagée ; les coordinateurs de CLIC/PAT et les gestionnaires de cas développent des compétences de nature procédurale et un savoir-faire relationnel, cohérent avec le type de prise en charge qu'ils assument. Nous développons dans la section 2 les résultats liés au critère d'identité professionnelle qui départage les professionnels entre des profils de consultants et des profils de référents.

- **Principaux enseignements**

Cette caractérisation des acteurs confirme la difficulté à faire émerger l'existence d'un, voire de plusieurs métiers de la coordination. Les compétences mobilisées soit s'ancrent dans un métier antérieur et n'apparaissent donc pas comme étant distinctives et fondatrices d'un nouveau métier (Borel et Cénard, 2020), soit pourraient être qualifiées de savoir-faire plus que de compétences nécessitant un apprentissage théorique très structuré. L'identité de métier n'est pas toujours bien définie et reconnue, voire est contestée par l'environnement de ces professionnels, comme en témoignent les propos du médecin partagé sur l'assimilation de son travail à celui d'une assistante sociale par les services de soins, au détriment de la reconnaissance de son apport à la prise en charge médicale des patients âgés. La structuration entre pairs existe parfois, mais elle fait référence à une appartenance organisationnelle plutôt qu'à un exercice professionnel (par exemple, les fédérations de DAC). Enfin, le marché du travail n'est pas fermé, les fonctions étant exercées par une pluralité de professionnels issus de formations et de métiers différents, sans protection particulière, comme l'avaient déjà souligné Robelet et al. (2005) à propos des carrières dans les réseaux de santé. Nos conclusions rejoignent celles de Bartoli et al. (2020) sur les case managers en psychiatrie, dont la fonction est analysée comme un complément de rôle à un métier de base plutôt qu'un nouveau métier.

Les compétences mobilisées induisent des manières différentes de gérer les connaissances aux frontières inter-organisationnelles. L'ensemble des acteurs de coordination rencontrés développent des pratiques classiques de transfert d'informations (envoi de compte-rendus ou de synthèses) et de traduction (organisation de réunions de synthèse), visant à créer un cadre commun d'interprétation d'une situation. En revanche, seul le médecin partagé développe une pratique de transformation des connaissances : la création du tableau explicatif des modifications de traitement survenues au décours de l'hospitalisation autorise dans certains cas le franchissement d'une frontière pragmatique, en créant une connaissance partagée au bénéfice des médecins généralistes, lorsque l'explicitation porte par exemple sur des traitements innovants introduits à l'hôpital et dont les médecins généralistes ne sont pas familiers.

L'introduction de cet outil souligne aussi les insuffisances de la coordination par la standardisation des qualifications (Mintzberg, 1982) : celle-ci doit

s'accompagner d'une activité de création de nouvelles connaissances communes, portée en l'occurrence par l'association entre un objet-frontière (le tableau) et un acteur-frontière (le médecin partagé), qui promeut son élaboration et sa diffusion.

**Section 2 : Typologie des identités professionnelles associées**

- **Caractérisation des identités professionnelles des acteurs de la coordination**

Nous détaillons dans le schéma ci-dessous la typologie des identités évoquée plus haut.

**Acteurs de coordination et identités professionnelles : proposition de typologie**

		↑ <i>Savoirs/compétences</i>		
		<i>Disciplinaires</i>		
	* Médecin partagé		* Professionnels de réseau	
	<b>CONSULTANT FRONTIERE</b>		<b>CONSULTANT PARCOURS</b>	
<i>Gestion d'une transition</i>			<i>Gestion d'un parcours</i>	Objet →
			* Gestionnaire de cas, coordinatrice PAT	
	<b>REFERENT FRONTIERE</b>		<b>REFERENT PARCOURS</b>	
		↓ <i>Procéduraux</i>		

Le croisement de deux critères utilisés pour caractériser les acteurs de coordination (objet de la mission et compétences) fait émerger quatre identités professionnelles. Les consultants frontière (illustrés par le médecin partagé) sécurisent les transitions grâce à leur expertise disciplinaire ; leur fonction s'apparente à celle d'un consultant ou d'une équipe mobile intervenant dans des services hospitaliers pour délivrer des avis, mais leur évaluation est orientée vers la préparation d'une transition, dans notre exemple la sortie d'hospitalisation. Les consultants parcours (ici incarnés par les professionnels du réseau) participent à la gestion d'un parcours, également sur la base d'une contribution disciplinaire dans l'évaluation des besoins des patients au domicile, qui relève d'une activité d'avis spécialisé ; ils assurent en complément une activité de coordination ciblée vers certains professionnels et certains sujets liés à leurs savoirs disciplinaires (ex : sollicitation du médecin traitant, de structures sanitaires, ...). Les référents parcours, eux aussi positionnés sur la gestion d'un parcours, accompagnent les patients en mobilisant des savoirs essentiellement procéduraux, et en centrant leur activité sur la coordination des intervenants, comme c'est le cas pour les évaluatrices de CLIC/PAT et les gestionnaires de cas. Enfin, les référents frontière, positionnés sur une interface organisationnelle, mobilisent essentiellement des compétences procédurales pour sécuriser le

passage d'un milieu à l'autre. Notre étude n'a pas permis d'illustrer ce type de profil, dont l'existence reste à confirmer (nous y revenons dans le paragraphe suivant).

Ainsi émergent deux catégories d'acteurs de coordination : des professionnels (les consultants) qui mobilisent des savoirs et des compétences issus de leur métier de base, au service de leur activité d'évaluation, et qui assument en complément une mission de coordination ciblée ; des acteurs (les référents) qui assument à titre principal un rôle de coordonnateur, en mobilisant des savoir-faire procéduraux et, si besoin, l'expertise disciplinaire des consultants, pour orienter leurs actions.

- **Des identités mêlées, qui participent à leur indétermination**

Il s'agit bien sûr d'archétypes, et certains acteurs peuvent mêler plusieurs types d'identités. Il nous semble en particulier que les infirmiers de coordination en établissement (fonction que nous n'avons pas évoquée jusque là) relèvent à la fois d'un profil de consultant parcours, en particulier quand ils développent une activité d'éducation thérapeutique auprès des patients atteints de maladie chronique, et d'un profil de référent frontière, quand ils se positionnent à l'interface hôpital – ville, en sortie d'hospitalisation, et organisent les consultations de suivi des patients, ainsi que la mobilisation d'intervenants à domicile pour la poursuite des soins (Laurent et al., 2019). De même, le dernier professionnel recruté au sein d'un des dispositifs d'appui que nous avons étudiés est positionné sur un profil de poste mixte, à mi-temps sur une activité d'expertise professionnelle et à mi-temps sur de l'accompagnement intensif (gestion de cas), et conjugue donc une identité de consultant parcours et une identité de référent parcours.

Ces exemples, et la distinction entre les deux catégories évoquée précédemment (les consultants et les référents), soulignent toutefois que les évolutions de carrière de ces acteurs échappent à une progression classique vers une position d'expert à l'intérieur d'un métier donné, au profit de postes mixtes ou de transitions de rôles. La fusion des DAC pourrait ainsi faciliter le passage de leurs membres d'un rôle à l'autre. Il serait par exemple possible pour un gestionnaire de cas infirmier d'origine, de postuler à des fonctions de consultant parcours, en valorisant à la fois son métier de base et la connaissance des ressources d'un territoire acquise grâce à son expérience de gestionnaire de cas. Le référentiel métier en cours d'élaboration au plan national concernant les référents de parcours complexes favorisera-t-il ce type de passerelle ? L'un des enjeux des réflexions actuelles sur le référentiel et les formations de coordonnateurs réside dans la capacité à créer une culture commune entre les acteurs, tout en reconnaissant certaines spécificités d'exercice, qui constituent des opportunités d'évolution de carrière intra et inter-organisationnelle, et de consolidation de l'identité professionnelle de certains acteurs.

## **CONCLUSION**

Au terme de notre étude, le paysage des coordonnateurs en santé apparaît irréductiblement divers et ne se prête pas à l'identification d'un métier unique : en effet, malgré l'existence d'un socle commun d'activités, les variations dans les modalités de leur réalisation et la diversité des identités professionnelles

laissent subsister des profils différents. Deux grandes catégories émergent toutefois : des professionnels (médecin partagé, membres du réseau) exerçant leur métier de base, et de manière additionnelle et complémentaire, une mission de coordination ; des coordonnateurs entièrement dédiés à ce rôle (gestionnaire de cas, coordinatrices de CLIC/PAT), sans que celui-ci fonde l'émergence d'une nouvelle professionnalité.

Ces premières conclusions nécessiteraient d'être étayées par des recherches complémentaires. En effet, le périmètre de notre étude est limité à quelques figures d'acteurs et mériterait d'être étendu à d'autres profils de coordonnateurs, afin de développer et éventuellement amender la typologie que nous proposons. Il conviendrait également d'étudier à moyen terme l'évolution des professionnels des DAC : si nous n'avons pas identifié à ce stade de changements majeurs dans leur exercice professionnel, nos conclusions souffrent d'un recul temporel limité et de l'effet perturbateur de la crise sanitaire liée à l'épidémie à Covid 19, qui a déplacé l'attention des professionnels vers la gestion des effets de cette crise au dépend des ré-organisations internes.

Il serait enfin intéressant d'étudier comment les expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018 pourraient contribuer à mieux reconnaître les fonctions de coordination exercées en ville ou à l'hôpital. Le cahier des charges des expérimentations de financement à l'épisode de soins prévoit explicitement le financement de la coordination des parcours des patients. Comment sera-t-il déterminé et quelle sera la valorisation correspondante ? La réponse à ces questions éclairera sur la volonté des pouvoirs publics de reconnaître et soutenir une activité cruciale pour la qualité de la prise en charge des patients et la réduction des coûts cachés (Savall et Zardet, 2010), liés à une insuffisante maîtrise des transitions entre l'hôpital et la ville

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bartoli A., Sebai J. et Gozlan G. (2020) : Les case managers en santé mentale : des professionnels en quête de définition. *Management et avenir santé*, vol. n°1, n°6, p. 83-104.

Belzile L., Salles M., Gagnon D. et Couturier Y. (2012) : L'élaboration de dispositifs de transversalisation professionnelle et organisationnelle, pour le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. *Revue Gérontologie et société*, vol. 35, n°142, p. 115-127.

Bloch M.-A. et Hénaut L. (2014) : *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Edition Dunod.

Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C. et Gand S. (2011) : *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Etude réalisée pour la fondation Paul Bannetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines Paris Tech.

Borel L. et Cénard L. (2020) : x Réseau de santé + y MAÏA = 1 Dispositif d'Appui à la Coordination. Une équation contre-nature ? Communication au 9<sup>ème</sup> colloque AIRMAP (26 et 27 octobre 2020) : « *L'entrepreneuriat : quels défis pour le management public ?* ».

- Bourgueil Y. (2015) : Conclusion : généraliser la coordination, in SciencesPo, Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques, et Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé. Journée d'étude « *Evaluation des politiques publiques et coordination des soins* » - Comptendu des débats.
- Carlile P. R. (2002) : A pragmatic view of knowledge and boundaries : boundary objects in new product development. *Organization Science*, vol. n°13, n°4, p. 442-455.
- Carlile P. R. (2004) : Transferring, translating, and transforming : an integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization Science*, vol. n°15, n°5, p. 555-568.
- Contandriopoulos A.-P., Denis J.-L., Touati N. et Rodriguez R. (2001) : Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. n°8, n°2, p. 38-52.
- Couturier Y. et Belzile L. (2016) : *L'intervention de coordination dans les métiers du prendre de soin*. Collection Formation des adultes et professionnalisation. Editeur Champ social.
- Couturier Y. et Salles M. (2014) : Fondements d'une pratique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle orientée vers l'intégration des services. *Vie sociale*, vol. 2 n°6, p. 105-118.
- Dubar C. (1992) : Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, XXXIII, p. 505-529.
- Jaeger M. (2010) : L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs. *Vie sociale*, vol. n°1, n°1, p. 13-23.
- Jarzabkowski P. A. et al. (2012) : Toward a theory of coordinating : creating coordinating mechanisms in practice. *Organization Science*, vol. 23, n°4, p. 907-927.
- Laurent J., Le Cossec C. et de Chambine S. (2019) : Coordination infirmière et maladies chroniques : état des lieux des activités en médecine adulte à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. *Recherche en soins infirmiers*, n°136, p. 90-98.
- Levina N. et Vaast E. (2005) : The emergence of boundary spanning competence in practice : implications for implementation and use of information systems. *MIS Quarterly*, vol. n°29, n°2, p. 335-363.
- Malone T. W. et Crowston K. (1994) : The Interdisciplinary Study of Coordination, *ACM Computing Surveys*, vol. n°26, n°1, p. 87-119.
- Michel P. et Grenier C. (2019). Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût. *Revue française des affaires sociales*, n°3, p. 135-137.
- Mintzberg H. (1982) : *Structure et dynamique des organisations*. Eyrolles. Editions d'Organisation.
- Minvielle E. (2018) : *Le patient et le système. En quête d'une organisation sur mesure. Approches innovantes du parcours de santé*. Edition Seli Arslan.
- Robelet M., Serré M. et Bourgueil Y. (2005) : La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, vol. n°1, p. 231-260.
- Savall H. et Zardet V. (2010) : *Maîtriser les coûts et les performances cachés*. Economica. 5<sup>ème</sup> édition.

Star L. S. et Griesemer J. (1989) : Institutional ecology, translations and boundary objects : amateurs and professionals on Berkeley's museum of vertebrate zoologie. *Social studies of science*, vol n°19, n°3, p. 387-420.

Tourmen C. (2007) : Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique*, HS, vol. n°19, p. 15-20.

Yatim F. et Sebai J. (2020) : Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. *Management et avenir santé*, vol. n°1, n°6, p. 105-125.