

## 02. La coordination : d'une fonction à un métier ? le cas des coordonnateurs dédiés en santé

**Isabelle Aubert, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas**

DANS **POLITIQUES & MANAGEMENT PUBLIC** 2022/3 (N° 3), PAGES 317 À 339  
ÉDITIONS **LAVOISIER**

ISSN 0758-1726

ISBN 9782743026790

DOI 10.3166/pmp.39.2022.0015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2022-3-page-317.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Lavoisier.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## La coordination : d'une fonction à un métier ? le cas des coordonnateurs dédiés en santé

02

► **Isabelle Aubert<sup>a\*</sup>, Frédéric Kletz<sup>b</sup> et Jean-Claude Sardas<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Univ. Lille, LUMEN (ULR 4999), 59000 Lille

<sup>b</sup> Mines Paris, Université PSL, Centre de Gestion Scientifique (CGS),  
i3 UMR 9217, CNRS, 75006 Paris

### Résumé

L'apparition de nouvelles figures d'acteurs dédiées à la coordination des prises en charge de patients constitue l'un des faits caractéristiques de l'évolution contemporaine 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 et les modalités des activités de coordination exercées par les coordonnateurs dédiés en santé (travaillant dans des Dispositifs d'Appui à la Coordination ou en établissement de santé), 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 et un ensemble de travaux en management de la santé, sociologie et sciences de gestion sur les métiers et les dynamiques professionnelles, au sein ou en dehors du champ de la santé. Obtenus à partir d'une méthodologie de recherche de nature qualitative, nos résultats proposent une analyse comparative des profils des coordonnateurs dédiés, qui fonde l'élaboration d'une typologie de leurs identités professionnelles.

© 2022 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

**Mots clés :** Acteurs de coordination, activité, identité professionnelle, métier, fonction.

### Abstract

**Coordination: from a function to a profession? The case of dedicated health coordinators.** The emergence of new actors dedicated to the patient care's coordination is one of the characteristic facts in contemporary health system's evolution. It covers multiple forms of professional practices and roles, that sometimes make this phenomenon difficult to assess. Our research aims to better understand the content and the way health's coordinators (working in organizations dedicated to coordination support or in health struc-

\*Adresse mail : [isabelle.aubert@univ-lille.fr](mailto:isabelle.aubert@univ-lille.fr)

doi:10.3166/pmp.39.2022.0015 © 2022 IDMP/Lavoisier SAS – Tous droits réservés

tures) carried out their activities, in order to characterize the dynamics of this professional field under construction. The analysis of these questions is based on a theoretical framework at the crossroad of the literature on coordination in management sciences and a group of researches in health management, sociology and management sciences about jobs and professional dynamics inside or outside health's field. Our results, achieved by a qualitative research methodology, offer a comparative analysis of different coordination actors' profiles, which bases a typology of their professional identities.

© 2022 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

**Keyword:** *coordination, actors, activity, professional identity, job, function.*

---

## 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 au cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social, et au manque de coordination des intervenants. Pour pallier ces difficultés, 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). 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, etc.) 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 (Minvielle, 2018). Cette diversité met en lumière la difficulté à définir ce qu'est la coordination en santé, le contenu des tâches réalisées dans ce cadre et la manière dont les acteurs les réalisent. Elle soulève par ailleurs 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, le présent article 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 ?

Sur le plan théorique, notre analyse se situe au croisement de la littérature en sciences de gestion sur la coordination et des études en management de la santé, sociologie et sciences de gestion sur la notion de métier et les dynamiques professionnelles au sein des organisations. 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 interorganisationnelles (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), dont nous analysons l'identité professionnelle à la lumière des enseignements de la sociologie des professions et des travaux du Centre de Gestion Scientifique (Sardas,

1997; Dalmasso et Sardas, 2008, Kletz et al., 2014), relatifs aux groupes internes au sein des organisations et à leurs dynamiques professionnelles.

À partir de ce cadre d'analyse multidisciplinaire, nous caractérisons les acteurs de coordination, selon une méthode d'analyse qualitative, alimentée par trois sources de données : des entretiens avec des professionnels exerçant dans des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou dans des configurations partagées entre la ville et l'hôpital, des réunions territoriales consacrées à la coordination ville-hôpital auxquelles nous avons participé, et enfin l'étude d'interventions menées auprès de patients de leur territoire par des professionnels des DAC.

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 réflexion sur leurs identités professionnelles. Nos analyses complètent ainsi la littérature sur les spécificités de l'activité de coordination en santé et ses conséquences sur la structuration des métiers associés à cette activité.

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

## 1. Cadre théorique

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

### 1.1. Les approches de la coordination en sciences de gestion : gérer les interdépendances

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 interdépendances 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'interorganisationnelle, 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, et trois types de mécanismes basés sur la standardisation, des procédés, des résultats ou des qualifications. Chacun de ces mécanismes caractérise un type de configuration organisationnelle et doit s'adapter à la nature et à la complexité des situations à traiter. Ainsi, dans une bureaucratie professionnelle, caractérisée par la prééminence du centre opérationnel, composé de professionnels autonomes dans la réalisation et le contrôle de leurs tâches, le mode de coordination privilégié est 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 inorganisées ou mal gérées du fait de problèmes imprévus (Mintzberg et Glouberman, 2001). Face à cette difficulté, les organisations ont institutionnalisé des mécanismes de liaison, avec comme objectif de faciliter les échanges entre des acteurs partageant les mêmes objectifs ou engagés dans les mêmes projets. 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 interorganisationnels sur des sujets communs, dont le traitement nécessite des contacts réguliers. C'est le cas dans le secteur de la santé, lorsque les professionnels sont confrontés à des situations de patients complexes, qui se situent au croisement de plusieurs domaines de compétences sanitaires et sociales, et appellent une intervention multi-acteurs (Contandriopoulos *et al.*, 2001 ; Gand et Periac, 2018).

En complément de cette approche, 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 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 en outre de disposer de significations partagées, qui peuvent être portées par des acteurs-frontières ou des équipes interdomaines (Okhuysen et Bechki, 2009). 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 soutiennent la « traduction » des différents points de vue (Lascoumes, 2014), comme l'illustrent les discussions collectives autour des situations de patients au sein d'un réseau (Grenier, 2006). À la différence de la théorie de l'acteur réseau (Callon, 1986), ce processus n'impose pas la primauté d'un point de vue sur les autres, mais permet de construire des accords sur le sens des actions menées conjointement. Les objets assument ainsi une triple fonction : ils enclenchent et soutiennent la collaboration interdisciplinaire, ils facilitent le travail aux frontières et ils fournissent l'infrastructure de l'activité de collaboration (Nicolini *et al.*, 2012). Pour d'autres auteurs (Kellogg *et al.*, 2006), les idées et connaissances à partager évoluent trop rapidement dans certains cas pour être inscrites dans un objet-frontière : les acteurs privilégient alors la création continue de « zones de commerce », au sein desquelles ils rendent visibles et lisibles leurs travaux pour les autres communautés, grâce à des pratiques d'exposition, de représentation et d'assemblage de leurs contributions.

Levina et Vaast (2005) prolongent ces analyses en interrogeant la manière dont la compétence à franchir les frontières se construit. 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. L'étude des coordonnateurs en santé, vus comme des acteurs-frontière, nous amènera à étudier cette dynamique et à tenter d'en mesurer les implications sur leurs modes d'exercice et leur identité professionnelle.

### **1.2. L'émergence des acteurs dédiés à la coordination en santé**

La littérature en management de la santé et la sociologie des professions éclairent cette question, à partir d'une analyse des acteurs dédiés à la coordination en santé pour la première, et de la notion de métier pour la seconde.

Depuis quelques dizaines d'années, de nouveaux acteurs spécifiquement chargés de la coordination 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 disponibles (Minvielle, 2018).

Deux évolutions structurelles ont contribué à l'essor des coordonnateurs (« dédiés »). 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 établissements, 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 variété des activités des coordonnateurs dédiés a été conceptualisée par Belzile *et al.* (2012) selon un modèle qui croise deux axes d'analyse. Le premier axe 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. À l'autre bout du spectre, le clinicien référent privilégie la relation thérapeutique et la réalisation de gestes professionnels disciplinaires, au service d'un programme de prise en charge, tout en contribuant à la coordination des intervenants ; l'accompagnement des malades chroniques s'inscrit souvent dans cette perspective (Laurent *et al.*, 2019). 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.

Au-delà de cette diversité d'activités, les coordonnateurs dédiés partagent une posture visant à permettre aux patients d'exercer leurs droits et d'exprimer leurs choix, que les Anglo-Saxons nomment « advocacy », au sens de « plaider pour la personne » (Debout, 2012 ; Corvol, 2013). Cette posture recouvre des modalités variées, dont la littérature rend compte à travers différentes typologies. Mallik (1997) identifie des modèles « philosophiques » de l'advocacy (Curtin, 1979 ; Gadow, 1980), dans lesquels le rôle d'advocacy vise à aider les patients à trouver un sens ou une finalité à leur vie et à leur mort. Selon Gadow (1980), cité par Mallik (1997), il s'agit « d'aider [les personnes] à discerner et clarifier leurs valeurs au regard de la situation à laquelle elles sont confrontées, et uniquement sur la base de l'auto-détermination, à prendre des décisions, dans lesquelles elles expriment un ensemble réaffirmé et peut-être recréé de valeurs » (p. 85). Mallik oppose à ce modèle celui proposé par Kohnke (1982), plus pragmatique, dans lequel l'advocacy consiste à informer le patient et à le soutenir dans ses prises de décisions concernant sa prise en charge, en l'assurant de son droit et de sa responsabilité à agir comme il l'entend. Pour d'autres auteurs (Freddolino et al., 2004), quatre modalités d'advocacy sont identifiables, en croisant deux critères, les fins poursuivies et les moyens mobilisés. En différenciant qui, du professionnel ou du bénéficiaire, détermine les fins et contrôle les moyens, ils mettent en évidence quatre approches différentes. Dans le « best interest advocacy », le professionnel décide des besoins de la personne et des moyens pour les satisfaire, indépendamment d'elle. Dans le « enabling advocacy », la personne identifie ce dont elle a besoin, et le professionnel entreprend toutes les démarches nécessaires à leur satisfaction. Dans le « client centered advocacy », le professionnel identifie les besoins, et implique l'utilisateur dans la recherche et la mise en œuvre des moyens destinés à les satisfaire. Enfin, dans l'approche « consumer controlled advocacy », le professionnel facilite la prise de contrôle par la personne de la définition des finalités de l'accompagnement et l'aide à trouver les moyens pour les atteindre.

Dans les faits, la détermination des fins et des moyens relève d'un « équilibre ou d'un compromis entre les attentes de la personne aidée et celles des autres acteurs impliqués dans la situation d'aide », que sont les proches et les intervenants déjà présents ou pressentis (Sardas et al., 2018 : 60-61). C'est une tâche complexe car les aidés, comme les aidants proches, n'ont pas toujours conscience de leurs besoins et des soins et aides qu'il serait nécessaire de mettre en place, ou peinent à exprimer leurs attentes. De plus, les points de vue ne sont pas nécessairement convergents, entre la personne à aider et ses proches, entre ces derniers et les professionnels, voire entre les professionnels eux-mêmes. Il appartient alors au coordonnateur de bâtir une proposition prenant en compte ces différents points de vue et acceptable par tous. À ce titre, la posture d'advocacy s'apparente moins à celle d'un avocat de la personne, qu'à celle d'un régulateur des tensions qui s'expriment autour de la situation et d'un constructeur de compromis.

Cette posture va orienter la manière dont les coordonnateurs réalisent leurs activités et influencer sur la représentation qu'ils ont de leur rôle et de leur identité professionnelle. Réciproquement, il est possible que leur histoire professionnelle antérieure à leur accession à des fonctions de coordonnateur (qui correspondent souvent à une deuxième vie professionnelle) influence leur positionnement sur telle ou telle modalité d'advocacy. Cette diversité de rôles, d'activités et de postures questionne la nature même de la fonction de coordonnateur. S'agit-il d'un métier à part entière ou d'une mission additionnelle à un métier de base, orientant vers une fonction plutôt qu'un métier ? Tourmen (2007), s'appuyant sur



les travaux de La Treille (1980), propose quatre critères pour caractériser l'existence d'un métier : la définition de savoir-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 reconnaissant 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 ? Y a-t-il enfin une socialisation des coordonnateurs entre eux et une tentative d'organiser et de protéger l'accès à ces fonctions ?

## 2. Méthodologie

Afin d'apporter des réponses à ces questions, nous mobilisons une méthodologie qualitative compréhensive (Dumez, 2013), qui s'inscrit dans le cadre d'une recherche-intervention (Moison, 2015), menée en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France (ARSIF), entre novembre 2018 et novembre 2021. Nous détaillons le périmètre et les objectifs de notre étude, puis les modalités de collecte et d'analyse des données.

### 2.1. Périmètre et objectifs de l'étude

Début 2019, l'ARSIF a sollicité notre équipe de recherche afin qu'elle réalise une étude de l'impact des DAC sur leur territoire. L'un des objectifs consistait à comprendre en quoi et comment l'intervention d'un DAC améliore la prise en charge des parcours individuels des patients. Au fondement de cette interrogation, réside la difficulté à visibiliser et évaluer le rôle d'une instance – le dispositif d'appui – dans l'évitement de ruptures de parcours. La demande s'inscrivait plus globalement dans le cadre de la préparation de la convergence des dispositifs d'appui (CLIC<sup>1</sup>/PAT<sup>2</sup>, MAIA<sup>3</sup>, réseau de santé, etc.) et de l'extension de leurs missions à tous types de parcours complexes nécessitant un accompagnement, quels que soient l'âge et la pathologie des patients<sup>4</sup>. Ces objectifs interrogent en effet le niveau et le type de polyvalence compatibles avec les activités développées par les coordonnateurs de parcours et l'efficacité de l'accompagnement qu'ils assurent.

Dans le cadre de notre mission, nous avons rencontré les professionnels et directions de DAC sur deux territoires franciliens. 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 Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), en charge de préparer la sortie d'hospitalisation de patients âgés. La coexistence de ce type d'acteurs avec les professionnels des DAC soulève en effet des questions d'articulation de leurs activités et de spécificités de rôles qu'il nous a semblé intéressant d'approfondir.

---

<sup>1</sup> Centre Local d'Information et de Coordination

<sup>2</sup> Pôle Autonomie Territorial. PAT est le nom donné au CLIC sur certains territoires.

<sup>3</sup> Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

<sup>4</sup> Ces évolutions ont été actées par l'article 23 de la loi du 24 juillet 2019.



Notre étude visait à répondre à trois séries de questions. Encore imprécises au démarrage de l'étude, ces questions se sont affinées au gré des rencontres avec les acteurs de terrain.

Nous souhaitions 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 ? En fonction des réponses apportées à cette question, peut-on identifier différents profils de coordonnateurs ?

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. Comme nous l'indiquions précédemment, ils accèdent à leurs 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 ?

## **2.2. Collecte et analyse des données**

Notre matériau est issu de trois sources : des entretiens, des réunions et des données sur des parcours de patients accompagnés par des dispositifs d'appui.

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 MAIA, une infirmière, une psychologue et un médecin d'un réseau de santé, une coordinatrice de CLIC/PAT 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 responsables ont ciblé les directions de dispositifs d'appui (directrices de réseaux, de CLIC/PAT et pilote MAIA), 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>5</sup> de la région Ile-de France, qui offrent déjà une prise en charge pour tous les patients, quels que soient leur âge et leur pathologie. Au total, 19 entretiens ont été réalisés entre début 2019 et le premier trimestre 2021. La liste détaillée, ainsi qu'un exemplaire des trames d'entretien avec les professionnels et avec les responsables, figurent en annexe.

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 pro-

---

<sup>5</sup> Plateforme Territoriale d'Appui

fessionnels 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. Ces données se présentent sous la forme de documents (par exemple, des comptes rendus d'évaluation réalisés au domicile, des plans d'aides, des synthèses de réunions de concertation entre les intervenants, etc.) 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 étudié 17 situations. Cette étude a été autorisée par la CNIL en janvier 2020.

Les entretiens et les réunions ont fait l'objet d'une prise de notes détaillées, suivies d'une retranscription. Sans coder les entretiens, nous avons bâti sur la base de l'ensemble de nos interactions avec les professionnels (soit lors des rencontres individuelles, soit lors des réunions) un premier niveau de compréhension de leurs activités et postures professionnelles, que nous avons ensuite confronté à la vision de leurs responsables et au matériau issu de la reconstitution chronologique des parcours des patients. L'analyse des parcours nous a permis d'appréhender, dans le cadre de situations de travail « réelles » (Alsène et Pichault, 2007), par quelles actions concrètes les professionnels accompagnent les patients, les compétences et savoir-faire mobilisés, les modalités de travail avec les partenaires, la relation avec les patients et leurs proches, et les difficultés auxquelles ils se heurtent. Cette étude a corroboré les informations recueillies en entretien, en a fourni de multiples illustrations et a enrichi notre compréhension des logiques d'intervention et des modes d'action communs ou spécifiques aux différents professionnels. Le faisceau d'indices convergents ainsi constitué fonde les résultats présentés dans la suite de l'article.

### 3. Résultats

Nous analysons les activités attachées à l'exercice d'une fonction de coordination dédiée, ainsi que la modulation de leur contenu en fonction des rôles et des expertises des coordonnateurs, et les difficultés identitaires qui en découlent parfois.

#### 3.1. Les activités de la coordination dédiée : évaluer et coordonner

Nos rencontres et l'étude de parcours réels mettent en lumière deux activités fondamentales partagées, selon des combinaisons variables, entre tous les coordonnateurs - évaluer et coordonner -, que nous illustrons à travers la prise en charge de Mme E. conjointement par un CLIC, une MAIA et un réseau, puis la description des activités du médecin partagé.

Mme E., âgée de plus de 85 ans, est veuve et réside dans un foyer logement. Elle 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, ce qui entraîne des tensions avec les gestionnaires du foyer-logement.

Sollicité par le CLIC<sup>6</sup>, le réseau de santé effectue une évaluation gérontologique en mars 2018, qui conclut à une probable dépression liée à la solitude avec un délire de persécution, ainsi qu'à une possible 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. 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. La situation est alors transmise à la MAIA. Un gestionnaire de cas et un représentant du réseau effectuent conjointement une visite auprès de Mme E. ; celle-ci accepte 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.

À 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 sera admise en EHPAD 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 présent. Le gestionnaire de cas joue un rôle prééminent dans la coordination des intervenants : 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. Les deux activités se combinent toutefois de manière variable selon les acteurs. L'évaluation apparaît première pour les acteurs du réseau, la coordination étant exercée à titre subsidiaire. Ainsi, la responsable du réseau affirme lors d'un entretien : « *Notre métier n'est pas de coordonner, mais d'évaluer* », et rajoute : « *Un mauvais évaluateur coordonne mal* ». A contrario, les coordonnateurs de CLIC/PAT et les gestionnaires de cas mettent en avant l'activité de coordination qu'ils assurent de manière prioritaire, au service de la cohérence et de la continuité des prises en charge. Ils se positionnent simultanément comme des « généralistes » de l'évaluation, et

<sup>6</sup> Le CLIC intervient sur la situation depuis 2014, à la demande initiale de la caisse de retraite de Mme E, qui l'avait mandaté pour effectuer une évaluation des besoins et mettre en place les premières aides.

recourent aux compétences médicales, psychologiques et soignantes du réseau, lorsqu'ils estiment qu'une évaluation « experte » sur certains sujets est nécessaire (par exemple, sur la nature de certains troubles ou l'opportunité d'un accompagnement psychologique).

On retrouve ces activités d'évaluation et de coordination dans l'exercice professionnel du médecin partagé.

Celle-ci procède à une évaluation systématique des patients âgés de plus de 75 ans, résidant dans les 13<sup>e</sup> et 14<sup>e</sup> arrondissements de Paris et admis à partir des urgences dans les services de médecine des hôpitaux du territoire. Cette activité vise tout d'abord à conseiller les services sur la prise en charge pendant l'hospitalisation, en ciblant des aspects parfois peu traités : mobiliser précocement le patient, dé-sonder également le plus tôt possible, veiller à la reprise de la continence, etc. L'autre objectif est de préparer la sortie d'hospitalisation, en se renseignant auprès du patient et/ou de ses proches et auprès du médecin traitant sur les aides et soins préexistants 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 assurer un retour à domicile le plus sécurisé possible.

L'activité de coordination avec l'extérieur concerne principalement le médecin traitant, et se traduit par un appel au début du séjour, qui permet, au-delà de l'information sur l'hospitalisation de son patient, de 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. Pour les patients les plus complexes, conjuguant un isolement social, des troubles cognitifs et une dépendance physique, le médecin partagé effectue un signalement auprès du DAC du territoire, afin qu'un dispositif d'aides et de soins adapté soit déployé au domicile.

### **3.2. Des modulations dans le contenu des activités liées à des compétences différentes, et des identités professionnelles inégalement définies, malgré une référence au métier d'origine souvent présente**

L'existence de ce socle commun d'activités n'exclut pas des variations dans leur réalisation, ainsi qu'un relatif flou dans les identités professionnelles pour certains acteurs.

#### **3.2.1. Des modulations dans le contenu des activités liées à des compétences différentes**

Les évaluations réalisées par les acteurs du réseau<sup>7</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 de médecin généraliste, qu'elle expose ainsi :

---

<sup>7</sup> Avant son évolution vers le statut de DAC, le réseau était tri-thématique : oncologie, soins palliatifs et gérontologie.

*« 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.

Les modalités d'intervention du CLIC/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 « interventions transdisciplinaires et trans-sectorielles » (Couturier et Belzile, 2016), est dominante. Les compétences ici requises sont d'ordre managérial : il faut faire émerger un consensus sur les priorités de prise en charge, planifier les actions, négocier avec les intervenants et le patient, organiser le processus d'évaluation et de réévaluation périodique, etc., l'ensemble de ces activités nécessitant une « coordination des expertises », selon les termes d'une des gestionnaires de cas.

L'intervention des gestionnaires de cas se distingue de plus par une intensité 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 par rapport aux autres professionnels, dont la disponibilité est moindre et qui privilégient les réponses que leur dispositif de rattachement permet d'offrir.

Cette spécificité se prolonge dans l'affirmation d'un rôle d'advocacy, exprimé dans les termes suivants par l'une des gestionnaires de cas rencontrés :

*« Les intérêts de la personne ne sont pas forcément les intérêts du professionnel (...) Parfois, on est confronté aux autres professionnels pour respecter les souhaits de la personne et ne pas être dans une vision normée du parcours. Aujourd'hui, on veut un cadre, un bon parcours médical, des aides suffisantes au domicile. Moi, je fais partie de ces gens qui disent que si la personne n'a jamais vu de médecin, c'est qu'elle n'en a jamais ressenti le besoin, et peut-être qu'en effet, ça se respecte. Pourquoi imposer un médecin à 90 ans à quelqu'un qui n'a pas vraiment de problématique apparente et en tout cas, qui ne s'en plaint pas ? Ça, c'est pas facile à tolérer pour les partenaires. (...) Vous passez parfois pour le « mauvais objet » (...). On essaie de se centrer sur la personne, sauf si bien sûr il y a mise en danger, auquel cas, on voit différemment et on explique à la personne ».*

La charge mentale générée par cet investissement, et l'impossibilité parfois d'assurer un accompagnement en raison du refus opposé par certaines personnes sont porteuses de

risques pour les professionnels, notamment d'épuisement. L'entraide et l'échange entre collègues et le recours à la supervision par une psychologue extérieure sont les moyens qu'ils mettent en avant pour les aider à gérer, et dans certains cas, selon leurs termes, à « exorciser » ces situations difficiles.

### **3.2.2. Une référence au métier d'origine souvent présente, mais qui n'évite pas un certain flou sur les identités professionnelles de certains acteurs**

Bien que structurée autour d'activités spécifiques, la coordination dédiée reste ancrée dans les métiers d'origine des professionnels.

Ainsi, la répartition des situations à traiter entre les gestionnaires de cas peut prendre en compte le métier antérieur du gestionnaire : selon l'un d'entre eux, si la problématique médicale est prépondérante, la personne va être orientée vers un gestionnaire de cas autrefois infirmier ; si la problématique présente une dimension sociale plus marquée, la personne sera prise en charge par un gestionnaire ancien travailleur social. Les origines professionnelles différentes des gestionnaires de cas (infirmier, psychologue, travailleur social, mandataire judiciaire) sont de plus présentées par certains gestionnaires comme un atout pour la MAIA, permettant de disposer d'expertises différentes et de croiser les regards sur une situation donnée.

Au sein d'un réseau, les professionnels recrutés le sont sur des profils métier (infirmier, psychologue, assistante sociale, gériatre, etc.). L'objectif est de disposer de la palette des compétences permettant de prendre en charge l'ensemble des dimensions d'une situation. Comme pour les gestionnaires de cas, le choix des intervenants sur chaque situation est déterminé en fonction du type de besoin pré-identifié et de la compétence la plus à même d'y répondre

Les modalités de réalisation des activités sont elles-mêmes orientées par les savoirs issus du métier de base et de l'expérience professionnelle antérieure. Ainsi, le médecin du réseau rend compte de son activité d'évaluation des personnes âgées à domicile en ces termes :

*« On fait une évaluation globale : on évalue les troubles cognitifs, l'état nutritionnel, l'autonomie, la motricité, l'humeur (on regarde s'il y a un trouble anxio-dépressif) et la douleur. Ce sont des critères qui sont reconnus en gériatrie et qui sont des critères de fragilité (...). Pour chaque item, on utilise des échelles. En gériatrie, il y a l'évaluation gériatrique standardisée, l'EGS, qu'on étudie quand on passe la capacité de gériatrie, c'est ce qui a été validé par des études (...), ce sont ces critères qu'il faut réunir dans une évaluation gériatrique ».*

Ainsi, la mobilisation d'un savoir validé par la profession gériatrique, sur la base d'études scientifiques, apparaît au cœur de sa pratique.

Enfin, le choix d'intégrer une structure de coordination peut parfois constituer le moyen de faire perdurer un engagement professionnel antérieur, tout en le partageant avec d'autres professionnels, comme l'exprime une infirmière du réseau :

*« J'ai travaillé dix ans dans une Unité de Soins Palliatifs (USP), j'ai fait du SSIAD pendant quelques années (...) et je voulais associer et le domicile et le soin palliatif dans un réseau (...). J'ai voulu associer les deux. Moi, mon objectif, c'est propager la culture*

*palliative que j'ai apprise en Unité de Soins Palliatifs. Je voudrais qu'elle soit propagée plus largement et qu'il y ait plus de gens qui puissent en profiter. Je trouve que le réseau est un intermédiaire pour faire connaître les soins palliatifs, pas seulement les USP, mais la culture palliative qui devrait se faire dans tous les services ».*

Malgré l'affirmation de ces compétences et cette référence au métier d'origine, 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 pour une partie des coordonnateurs.

Ainsi, le médecin partagé 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. (...) 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 par les services dans lesquels elle intervient, en particulier de sa dimension médicale :

*« 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 d'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 de positionnement professionnel des acteurs de la coordination et l'existence de points de convergence, que nous discutons dans la dernière partie de l'article.

#### 4. Discussion

Nous proposons une caractérisation comparative des acteurs de la coordination, sur laquelle nous nous appuyons pour proposer une typologie de leurs identités professionnelles, que nous éclairons à partir des travaux du Centre de Gestion Scientifique (CGS) sur les groupes internes au sein des organisations.



#### 4.1. Synthèse sur les acteurs de la coordination dédiée

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.

**Tableau 1 :** Les acteurs de la coordination dédiée: proposition de caractérisation à partir des exemples étudiés

	Professionnels des réseaux de santé	Coordinateurs des CLIC/PAT	Gestionnaire de cas	Médecin partagé ville-hôpital
<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	Procédurales et savoir-faire relationnel	Procédurales et savoir-faire relationnel	Disciplinaires
<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, qui se consacrent à la gestion d'un moment de ce parcours, tel le médecin partagé dont l'activité est dédiée à la préparation du retour à domicile des patients hospitalisés. Le type de prise en charge dessine une autre segmentation, entre d'un côté les acteurs intervenant ponctuellement et en ciblant un interlocuteur (médecin partagé), les acteurs intervenant également ponctuellement ou de manière soutenue, mais sur une durée limitée (réseau, CLIC/PAT<sup>8</sup>) et sans ciblage d'interlocuteur particulier, et enfin les gestionnaires de cas, positionnés sur un accompagnement intensif, au long cours, et consacré à la constitution d'un collectif durable autour du patient. Les compétences mobilisées rapprochent les professionnels du réseau et le médecin partagé, en raison d'une orientation disciplinaire partagée. Les coordonnateurs de CLIC/PAT et les

<sup>8</sup> La durée de prise en charge par des coordonnateurs de CLIC peut parfois être longue, mais leur rôle s'apparente alors à celui d'un gestionnaire de cas.



Le croisement de deux critères utilisés pour caractériser les acteurs de coordination (objet de la mission et compétences) fait émerger quatre identités professionnelles. La fonction des « consultants frontière » (illustrés par le médecin partagé), assise sur une expertise disciplinaire, s'apparente à celle d'un consultant ou d'une équipe mobile intervenant dans des services hospitaliers pour délivrer des avis, au service de la préparation d'une transition, dans notre exemple la sortie d'hospitalisation. Les « consultants parcours » (ici incarnés par les professionnels du réseau) formulent également des avis spécialisés, dans le cadre de la gestion d'un parcours ; ils assurent en complément une activité de coordination ciblée vers certains professionnels et certains sujets liés à leurs savoirs disciplinaires (par exemple, la sollicitation du médecin traitant). Les « référents parcours » (coordinatrices de CLIC/PAT et gestionnaires de cas), eux aussi positionnés sur la gestion d'un parcours, accompagnent les patients en mobilisant des savoirs essentiellement procéduraux et des compétences relationnelles, et en centrant leur activité sur la coordination des intervenants. Enfin, les « référents frontière », positionnés sur une interface organisationnelle, mobilisent essentiellement des compétences procédurales et relationnelles pour sécuriser le passage d'un milieu à l'autre. Notre étude n'a pas permis d'illustrer ce type de profil, dont pourraient relever les infirmières de coordination en établissement de santé (cas que nous avons pu étudier postérieurement aux travaux qui sous-tendent cet article).

Ainsi émergent deux catégories d'acteurs au sein des dispositifs de coordination : des professionnels (les « consultants ») pour lesquels l'activité d'évaluation, fondée sur une expertise clinique, est le cœur de métier, et qui assument de manière secondaire 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 relationnels et, si besoin, l'expertise disciplinaire des consultants, pour orienter leurs actions.

Ces deux types de profil renvoient à la distinction opérée dans des travaux précédents du CGS, relatifs à l'analyse des dynamiques professionnelles au sein d'une organisation, entre les acteurs exerçant un « métier interne » et ceux assumant une « fonction interne » (Sardas, 1997, Dalmaso et Sardas, 2008, Kletz et al., 2014) : alors que les consultants peuvent être considérés comme exerçant un « métier interne », qui présente la double caractéristique de requérir une expertise technique (reconnue) et de revêtir une importance stratégique pour l'organisation qui les emploie, les référents sont positionnés sur une « fonction interne », présentant également un caractère stratégique pour l'organisation, mais dont les activités reposent davantage sur un savoir-faire managérial que sur une expertise technique. Cette dernière n'est en général pas absente ni de leur formation initiale, ni de leur parcours professionnel antérieur, ni d'ailleurs de leur exercice en tant que référent, mais elle est mise à l'arrière-plan, au profit d'un investissement dans la coordination des expertises des autres intervenants. Les savoirs mobilisés dans ce cadre sont peu structurés et donc faiblement capitalisables ; ils se transmettent principalement à travers des partages d'expérience et du compagnonnage. *A contrario*, les métiers internes se distinguent par l'existence de savoirs structurés, dont l'acquisition et le renforcement au fil du temps ouvrent des voies d'évolution professionnelle vers des niveaux d'expertise et de responsabilité de plus en plus élevés.

La fusion des dispositifs d'appui pourrait toutefois conduire à modifier le statut des référents devenus désormais gestionnaires de parcours, sous l'effet de deux facteurs : d'une part, la possibilité d'évoluer au sein de la structure, en offrant aux anciens coordonnateurs de CLIC/PAT une évolution de carrière de coordonnateur de parcours simples à coordon-

nateur de parcours complexes, et en valorisant l'expertise des anciens gestionnaires de cas sur l'accompagnement de parcours complexes ; d'autre part, l'accès à des formations de coordonnateur qui se développent au plan national et contribuent à faire reconnaître les savoirs et compétences nécessaires à l'accompagnement des personnes. Ces deux leviers constituent l'embryon d'une démarche de structuration du collectif des coordonnateurs au sein de chaque DAC, qui pourrait les faire évoluer vers un statut intermédiaire, entre fonction interne et métier interne.

## Conclusion

Au terme de notre étude, le paysage des acteurs de la coordination en santé apparaît irréductiblement divers et ne se prête pas à la caractérisation d'un métier unique. Deux profils distincts sont identifiables : des professionnels exerçant leur métier de base, et de manière additionnelle et complémentaire, une mission de coordination ; des coordonnateurs entièrement dédiés à ce rôle, sans que celui-ci fonde l'émergence d'une nouvelle professionnalité, en raison de la nature essentiellement procédurale et relationnelle des compétences mobilisées. Néanmoins, la fusion des DAC pourrait favoriser l'émergence d'un statut hybride, entre l'exercice d'une fonction et celle d'un métier, dont le contenu reste à préciser. Il conviendrait en effet de préciser la nature des savoirs et compétences susceptibles d'alimenter la dynamique professionnelle des coordonnateurs vers ce nouveau statut, et de caractériser les effets de l'acquisition et de la reconnaissance de ces compétences sur le contenu des activités qui leur sont confiées.

Ces premières conclusions nécessiteront également d'être étayées par des recherches complémentaires. En effet, le périmètre de notre étude est limité à quelques figures d'acteurs et devrait être étendu à d'autres profils d'acteurs de coordination, afin de développer et éventuellement amender la typologie proposée. Il conviendrait également d'étudier à moyen terme la trajectoire professionnelle des coordonnateurs de parcours au sein des DAC, afin d'évaluer tant les effets de la fusion que ceux de la polyvalence sur l'exercice individuel de leurs fonctions et la structuration de leur collectif.

Sur un plan plus général, il serait enfin intéressant d'étudier comment les expérimentations de nouvelles organisations menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018 pourraient contribuer à mieux valoriser 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 par exemple 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.

## Bibliographie

- Alsene E. et Pichault F., 2007. La coordination au sein des organisations: éléments de recadrage conceptuel. *Gérer et comprendre* 87, 61-81.
- Bartoli A., Sebai J. et Gozlan G., 2020. Les case managers en santé mentale: des professionnels en quête de définition. *Management et avenir santé* 1 (6), 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. *Gérontologie et société* 35 (142), 115-127.
- Bloch M.-A., Henaut L., Sardas J.-C. et Gand S., 2011. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Étude réalisée pour la fondation Paul Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines Paris Tech.
- Bloch M.-A. et Henaut L., 2014. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, Paris.
- 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 « *Évaluation des politiques publiques et coordination des soins* » - Compte-rendu des débats.
- Callon M., 1986. Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique* 36, 169-208.
- Carlile P. R., 2002. A Pragmatic View of Knowledge And Boundaries: Boundary Objects in New Product Development. *Organization Science* 13 (4), 442-455.
- Carlile P. R., 2004. Transferring, Translating, and Transforming: an Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries. *Organization Science* 15 (5), 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* 8 (2), 38-52.
- Corvol A., 2013. *Valeurs, attitudes et pratiques des gestionnaires de cas en gérontologie. Une éthique professionnelle en construction*. Thèse de doctorat d'éthique médicale. Université Paris Descartes.
- Couturier Y. et Belzile L., 2016. *L'intervention de coordination dans les métiers du prendre de soin*. Champ social, Nîmes.
- Couturier Y. et Salles M., 2014. Fondements d'une pratique d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle orientée vers l'intégration des services. *Vie sociale* 2 (6), 105-118.
- Curtin L., 1979. The Nurse as advocate: a Philosophical Foundation for Nursing. *Advances in Nursing Sciences* 1 (3), 1610.
- Dalmasso C. and Sardas J.-C., 2008. Globalization of R&D: The Case of Professional Group in the Car Industry. *International Product Development Conference*, Hamburg.
- Debout C., 2012. Advocacy (Nursing Advocacy) In M. Formarier et L. Jovic (dir). *Les concepts en sciences infirmières*. Association de recherches en soins infirmiers.
- Dumez H., 2013. *Méthodologie de la recherche qualitative*. Vuibert, Paris.
- Freddolino P., Moxley D. and Hyduk C., 2004. A Differential Model of Advocacy in Social Work Practice. *Families in society* 85 (1), 119-128.
- Gadow S., 1980. Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing In Spicker S.F., Gadow S. (eds), *Nursing: Images and Ideals*, Springer Publishing Company, New York.
- Gand S. et Periac E., 2018. Représenter la complexité pour agir en gouvernance multi-acteurs: une proposition à partir du cas de l'aide aux proches aidants. *Politiques et management public* 35 (1-2), 27-47.
- Grenier C., 2006. Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels: le cas d'un réseau de santé. *Gérer et comprendre* 83, 25-35.
- Jaeger M., 2010. L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs. *Vie sociale* 1 (1), 13-23.

- Kellogg K. C., Orlikowski W. J. and Yates J., 2006. Life in the Trading Zone: Structuring Coordination Across Boundaries in Postbureaucratic Organizations. *Organization Science* 17 (1), 22-44.
- Kletz F., Henaut L. et Sardas J.-C., 2014. Nouvelle gestion publique et enjeux de métier dans les organisations culturelles : une hybridation peut en cacher une autre. *Revue Internationale des Sciences Administratives* 80 (1), 91-111.
- Kohnke M. F., 1982. *Advocacy: Risk and reality*. CV Mosby Co, St Louis.
- Lascoumes P., 2014. Traduction In L. Boussaguet et al., *Dictionnaire des politiques publiques*. Presses de Sciences Po, Paris.
- La Treille G., 1980. *La naissance des métiers en France, 1950-75. Étude psycho-sociale*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon, Lyon.
- 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* 136, 90-98.
- Levina N. and Vaast E., 2005. The Emergence of Boundary Spanning Competence in Practice: Implications for Implementation and Use of Information Systems. *MIS Quarterly* 29 (2), 335-363.
- Mallik M., 1997. Advocacy in Nursing. A Review of Literature. *Journal of Advanced Nursing* 25, 130-138.
- Malone T. W. and Crowston K., 1994. The Interdisciplinary Study of Coordination. *ACM Computing Surveys* 26 (1), 87-119.
- Mintzberg H., 1982. *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation, Paris.
- Mintzberg H. and Glouberman S., 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Disease. Part II: Integration. *Health Care Management Review*, february.
- Minvielle E., 2018. *Le patient et le système. En quête d'une organisation sur mesure. Approches innovantes du parcours de santé*. Édition Seli Arslan, Paris.
- Moison J.-C., 2015. Recherche en gestion et intervention. *Revue française de gestion* 253, 21-39.
- Nicolini D., Mengis J. and Swan J., 2012. Understanding the Role of Objects in Cross-Disciplinary Collaboration. *Organization Science* 23 (3), 612-629.
- Okhuysen G. A. and Bechky B. A., 2009. Coordination in Organizations: an Integrative Perspective. *The Academy of Management Annals* 3 (1), 463-502.
- Robelet M., Serre M. et Bourgueil Y., 2005. La coordination dans les réseaux de santé: entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales* 1, 231-260.
- Sardas J.-C., 1997. Ingénierie intégrée des métiers de la conception. *Annales des Mines – Réalités industrielles*, février, 41-48.
- Sardas J.-C., Gand S. et Henaut L., 2018. Des services de qualité pour les proches aidants. Coconstruire des plans d'aide personnalisés et structurer une offre territoriale. *Informations sociales* 198, 58-67.
- Star L. S. and Griesemer J., 1989. Institutional Ecology, Translations and Boundary Objects: Amateurs and Professionals on Berkeley's Museum of Vertebrate Zoologie. *Social studies of science* 19 (3), 387-420.
- Tourmen C., 2007. Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique* 19 (HS), 15-20.
- Yatim F. et Sebai J., 2020. Activités des infirmiers de coordination des parcours complexes. Proposition d'une typologie. *Management et avenir santé* 1 (6), 105-125.

**ANNEXES : Liste des entretiens réalisés**

Entités/acteurs	Nombre d'entretiens	Fonctions	Date
<b>Territoire n°1</b>			
<b>MAIA</b>	2	Pilote	04/01/2019
		Pilote et gestionnaire de cas	01/03/2019
<b>Réseau et CLIC</b>	1	Directrice du réseau et directrice du CLIC	24/01/2019
<b>CLIC</b>	1	Directrice du CLIC	08/03/2019
<b>Hôpital et MSP</b>	1	Médecin	19/06/2020
<b>DAC</b>	1	Directrice	23/03/2021
<b>Territoire n°2</b>			
<b>PAT</b>	1	Directrice et chargée d'évaluation	18/07/2019
<b>Réseau</b>	3	Infirmière	18/07/2019
		Psychologue	29/07/2019
		Gériatre	17/10/2019
<b>MAIA</b>	2	Gestionnaire de cas	18/07/2019
		Gestionnaire de cas	29/07/2019
<b>Réseau puis DAC à compter du 1er janvier 2020</b>	4	Directrice adjointe	29/07/2019
		Directrice adjointe et pilote MAIA	19/08/2019
		Directrice	28/08/2019
		Directrice et directrice adjointe	05/02/2021
<b>Autres</b>			
<b>Plateforme territoriale d'Appui Odysée (78)</b>	2	Directrice	03/01/2020 et 09/06/2020
<b>Plateforme territoriale d'Appui Onco 94</b>	1	Directeur	18/02/2020
<b>Total</b>	<b>19</b>		



## Exemple de guide d'entretien avec les professionnels des dispositifs d'appui à la coordination

### 1. Parcours professionnel

Quel est votre métier (ou formation) initial ? Depuis combien de temps exercez-vous en qualité de gestionnaire de cas ? Quand avez-vous été recruté par la MAIA ?

### 2. Missions

Pouvez-vous nous décrire vos missions ? Combien de personnes prenez-vous en charge simultanément ? Qui vous saisit et pour quel motif ? Quelle est la durée moyenne des prises en charge ? Quels outils d'évaluation utilisez-vous ?

Comment définiriez-vous votre rôle dans la prise en charge des personnes pour lesquelles la MAIA est sollicitée ? Comment votre action s'articule-t-elle avec les autres intervenants auprès des personnes ?

Travaillez-vous avec des membres des PAT ou du réseau ? Si oui, sur quel type de prise en charge ? Comment vous répartissez-vous les tâches ?

Quelles sont les conditions d'efficacité de votre intervention ?

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la réalisation de vos missions ?

Quel bilan tirez-vous de l'ouverture de la MAIA à des situations de handicap et de santé mentale : la nature de votre intervention était-elle différente de celle que vous pratiquez habituellement auprès des personnes âgées, avez-vous été accompagné et comment, quels ont été les points positifs et quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

### 3. Analyse des parcours des personnes accompagnées

Quelles sont les causes de ruptures de prise en charge que vous observez le plus souvent ?

Votre intervention (et plus généralement celle de la MAIA) permet-elle, selon vous, d'éviter certaines ruptures et comment ?

Y a-t-il des spécificités du territoire, qui favorisent ou au contraire rendent plus difficiles les prises en charge ?

### 4. La convergence des dispositifs d'appui (DA) et le passage tous âges, toutes pathologies

L'objectif des pouvoirs publics est de demander aux DA de prendre en charge toutes les populations, quelle que soit la pathologie et quel que soit l'âge : comment appréhendez-vous les conséquences de cet objectif sur votre activité personnelle d'une part et sur la MAIA d'autre part ?

Est-ce un objectif « atteignable » et souhaitable ? Cela va-t-il changer la manière dont vous réalisez vos missions ? Y a-t-il des pré-requis à mettre en place selon vous ?

## Exemple de guide d'entretien avec les responsables de dispositifs d'appui

### 1. Parcours professionnel

Pouvez-vous nous décrire brièvement votre parcours professionnel ?

Depuis quand exercez-vous en qualité de directrice de l'association ... ? Qu'est-ce qui a motivé votre candidature auprès de cette structure ?

### 2. Rôle des dispositifs d'appui dans le parcours des personnes prises en charge et implantation sur le territoire

Comment définiriez-vous le rôle du réseau et de la MAIA dans la prise en charge des personnes pour lesquelles leur intervention est sollicitée ?

Quelles sont les conditions d'efficacité de l'intervention de chacune des deux structures ?

Refusent-elles parfois d'intervenir et si oui, pour quelles raisons ?

Qu'est-ce qui a motivé l'élargissement des interventions de la MAIA à des personnes handicapées et à des patients présentant des troubles psychiatriques ? Quels enseignements tirez-vous de cette expérience ?

Quelles sont les relations avec les acteurs du système d'aides et de soins du territoire : qui saisit le réseau et la MAIA, avec quels partenaires travaillent-ils... ?

Comment l'action du réseau et celle de la MAIA s'articulent-elles avec celle des PAT ?

Quelles difficultés rencontrent-ils dans la réalisation de leurs missions ?

### 3. Analyse des parcours des personnes accompagnées par le réseau ou la MAIA

Quelles sont les causes de ruptures de prise en charge que vous observez le plus souvent ? Avez-vous pu établir un diagnostic territorial sur les parcours et les motifs de rupture les plus fréquents ?

L'intervention du réseau ou de la MAIA permet-elle d'éviter certaines ruptures et comment ?

Y a-t-il des spécificités du territoire, qui favorisent ou au contraire rendent plus difficiles les prises en charge ?

### 4. La convergence et la polyvalence des dispositifs d'appui

Comment analysez-vous cet objectif : pertinence, pré-requis, avantages, inconvénients...

L'ouverture tous âges/toutes pathologies vous semble-t-elle un objectif pertinent et atteignable ? Si oui, sous quelles conditions ?

Qu'est-il envisagé concrètement sur le territoire ?

Que vont devenir les tables tactiques et stratégiques de la MAIA ? Comment le rôle du pilote MAIA va-t-il évoluer ?

Comment les dispositifs d'appui s'articulent-ils avec les comités e-parcours ? Avec les futures CPTS ? Qui est chargé aujourd'hui d'assurer l'animation territoriale autour de l'analyse des besoins de la population et les pistes de réponse possibles ? L'organisation en place est-elle susceptible d'évoluer ?

Le réseau et la MAIA partageront-ils à terme le même système d'information ? Et avec les PAT ?