

Introduction

Organiser les coordinations et coopérations en santé : impulsions, obstacles et réalisations

Célia Berchi, Sandrine Cueille

DANS **POLITIQUES & MANAGEMENT PUBLIC** 2022/3 (N° 3), PAGES 287 À 295
ÉDITIONS **LAVOISIER**

ISSN 0758-1726

ISBN 9782743026790

DOI 10.3166/pmp.39.2022.0025

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2022-3-page-287.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.



INTRODUCTION

Organiser les coordinations et coopérations en santé : impulsions, obstacles et réalisations

► **Célia Berchi^a et Sandrine Cueille^b**

^a IAE de Caen, NIMEC, Université de Caen, Normandie Université

^b LIREM, ECM, Université de Pau et des Pays de l'Adour, E2S UPPA

La santé et ses enjeux sont analysés à travers des prismes théoriques variés, développés au sein de très nombreux champs disciplinaires, qu'il s'agisse des disciplines médicales et soignantes, de la santé publique, de la biologie et des neurosciences, des sciences humaines et sociales, telles que le droit, la sociologie, les sciences économiques, la psychologie, les sciences de gestion et du management. L'appréhension de la santé « au sens large » s'est progressivement développée, l'Organisation Mondiale de la Santé définissant ainsi la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans cette mouvance, sont promues les actions de prévention, de promotion et d'éducation à la santé. Ces dernières visent à « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer » (Charte d'Ottawa, 1986). De même, **la prise en charge globale de la personne et la construction de parcours intégrés de santé constituent désormais des enjeux fondamentaux pour les politiques de santé, en particulier dans les pays développés, confrontés au vieillissement de leur population et au développement des maladies chroniques.**

Face à ces **défis structurels**, mais également pour répondre à des **situations plus aiguës ou qualifiées de « crise »**, telle celle liée à la pandémie récente « COVID-19 » ou celle issue de la pénurie de personnels de santé¹, **la capacité à susciter, produire, organiser, structurer la coordination entre acteurs du système de santé, à différents échelons, et la coopération interorganisationnelle entre structures du secteur de la santé est au cœur des préoccupations des professionnels du secteur et des chercheurs de différentes disciplines.**

¹ La prise de conscience de cette pénurie a notamment conduit aux accords du « *Ségur de la santé* », signés le 13 juillet 2020 par le Premier ministre, le Ministre en charge des Solidarités et de la Santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales du secteur, qui prévoient de consacrer 8,2 milliards d'euros à la revalorisation des métiers des établissements de santé et des EHPAD et à l'attractivité de l'hôpital public.

Ce numéro spécial de la revue *Politiques et Management Public* s'inscrit ainsi dans une approche globale de la santé, incluant dans son champ d'analyse une grande variété d'acteurs, d'organisations et d'institutions : professionnels dans les domaines médical, paramédical ou social, établissements et structures sanitaires (hôpitaux, cliniques) et médico-sociaux (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), structures d'accueil d'adultes ou d'enfants en situation de handicap), qu'ils soient publics, associatifs ou privés lucratifs, dispositifs et expérimentations organisationnels transverses (connus, dans le système de santé français, à travers de multiples sigles et intitulés, tels que les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), parmi d'autres), institutions de régulation et/ ou de financement nationales et internationales, agences et entités déconcentrées des services de l'État, collectivités locales, structures décentralisées, etc..

Au-delà des particularismes nationaux en matière de structuration de l'offre de santé, de son pilotage et des formes organisationnelles qui la constituent, cette variété des acteurs, organisations et institutions qui composent le champ de la santé se retrouvent dans les divers contextes nationaux de la plupart des pays développés, du fait de la similitude des enjeux auxquels leurs systèmes de santé doivent répondre. Elle témoigne de la richesse des offres de santé élaborées, de la créativité des acteurs pour dessiner des projets de prise en charge et de soins adaptés aux spécificités des publics visés ; elle constitue néanmoins un élément de complexité du fonctionnement de ce champ d'activité dont seuls des regards interdisciplinaires peuvent correctement rendre compte.

Organiser les coopérations et coordinations en santé : trois angles d'analyse

La question du « comment » organiser les coopérations et coordinations en santé peut être abordée avec de multiples angles d'analyse. Trois axes, non strictement indépendants, structurent ce numéro spécial. Les articles qui le composent sont présentés selon l'axe principal auquel ils contribuent.

Le premier axe est celui du rôle joué par les institutions, organisations et professions en matière de coopérations et coordinations en santé, c'est-à-dire de différents « lieux » de conception, création, organisation et mise en œuvre des politiques, dispositifs, plans d'action ou pratiques de coopération et coordination. Les thématiques d'étude correspondantes concernent en particulier les modalités de réalisation des pratiques de coordination et de coopération, les échelons du système de santé susceptibles d'y contribuer, les tensions dans la réalisation de ces pratiques de coordination ou de coopération en santé. De nombreux questionnements portent sur la capacité des différents échelons à contribuer au développement d'une offre de santé coordonnée : Quel est le rôle joué et à jouer par les « institutions », et notamment par les Agences Régionales de Santé en France, afin de soutenir et promouvoir les coordinations et coopération en santé ? Quelle influence du mode de financement des offreurs sur le développement de parcours de soins intégrés ? Quels professionnels pour organiser et mettre en œuvre les différentes formes de coopération et coordination ? Au sein de quelles professions ?

Le deuxième axe est celui des **formes organisationnelles récemment développées ou émergentes dans le secteur de la santé, le plus souvent interprétables comme des structures hybrides, réticulaires ou des méta-organisations, susceptibles de contribuer au développement et à la mise en œuvre des coopérations et coordinations en santé.** Les principaux questionnements actuels concernent ces formes organisationnelles « territorialisées » (GHT, PTA, DAC, CPTS, etc.) et leurs modes de gouvernance : Quelles finalités pour les formes organisationnelles de coordination et de coopération territorialisées ? Quels place et rôle des différentes catégories d'acteurs ? Avec quels rapports de pouvoir ? Comment évaluer leur efficacité en matière de qualité des prises en charge et leur efficience ?

Enfin, le troisième angle d'analyse retenu est celui des **permanences et changements en matière de coordination et coopération en santé.** Alors que les premières réflexions formalisées sur la construction d'une offre de soins intégrée au bénéfice des patients sont conduites dès le début des années 2000, en particulier au Québec, que les premiers réseaux de santé, et notamment des réseaux Ville-Hôpital, se développent à cette même période, il apparaît possible d'établir, deux décennies plus tard et dans une perspective socio-historique, une genèse des formes organisationnelles de la coordination et coopération en santé, mais aussi nécessaire de s'interroger sur la pertinence et les modalités de leur renouvellement. Il s'agit ainsi de s'interroger sur la dynamique d'évolution des coopérations et coordinations en santé et les transitions organisationnelles et professionnelles induites par cette dynamique : Quelle pérennité des formes organisationnelles au service de la coordination et coopération en santé ? Comment assurer leur renouvellement ? Quel impact des crises, notamment de celle liée à la pandémie « COVID-19 », sur ce renouvellement ? Quelles innovations organisationnelles pour favoriser la coordination et la coopération en santé ? Quel impact des coordinations et coopérations en santé sur l'organisation de la prise en charge des patients et sa gradation, le service rendu, la spécialisation des établissements et leur place dans l'offre de soins ?

Les sept contributions retenues

Les sept articles qui constituent ce numéro spécial apportent des réponses à un ou plusieurs des questionnements identifiés ci-dessus. Les réflexions s'inscrivent dans des disciplines académiques variées : économie, sociologie, gestion et management. Différents niveaux, institutionnels, organisationnels et professionnels, sont analysés à travers ces contributions. Les méthodologies utilisées sont principalement qualitatives, fondées sur l'exploitation de sources secondaires, la réalisation et l'analyse d'entretiens. Elles s'inscrivent souvent dans le cadre d'études de cas. Ces recherches permettent d'investiguer différentes catégories d'organisations et de champs d'action du sanitaire et du médico-social : MAIA, DAC, MSP, médecine libérale, médecine et chirurgie hospitalière, psychiatrie, addictologie.

Dans l'article intitulé « **Des *bundled payments* à la française ? Retours sur une expérimentation du paiement à l'épisode de soins en orthopédie et oncologie pour améliorer la coordination** », Anne-Laure Beaussier, Anne Girault, Odessa Petit dit Dariel, Magali Robelet et Alice Valiergue analysent une expérimentation lancée en France en 2019, relative à l'introduction d'un mode de financement dit « à l'épisode de soins », censé constituer une incitation à une fluidité accrue des parcours de soins et être source de gains en matière

de qualité et d'efficacité. Les auteures inscrivent leur réflexion parmi les travaux portant sur les instruments de l'action publique et le recours aux nouvelles technologies et aux *big datas* dans la sphère publique (« algorithmisation de l'administration »). La méthodologie repose sur l'analyse de sources écrites, d'entretiens semi-directifs et sur l'observation de groupes de travail. Les résultats obtenus suggèrent que le financement à l'épisode de soins n'apporte qu'une réponse partielle aux objectifs de coordination, le renforcement de la coordination ville-hôpital apparaissant finalement comme une préoccupation secondaire pour les établissements expérimentateurs. Les auteures établissent ainsi le constat d'un écart entre les objectifs de l'expérimentation, orientés vers le développement de la coordination ville-hôpital, et les effets concrets produits. Cet article contribue à mettre au jour **les modalités réelles d'application d'une pratique expérimentale visant à développer les coordinations et coopérations en santé**. Il permet d'éclairer le débat sur **le rôle joué par « les institutions »**, ici le Ministère en charge de la santé et différents organismes nationaux chargés du déploiement pratique et technique de l'expérimentation (DGOS², CNAM³, ANAP⁴, ATIH⁵), **en matière de promotion et de développement de la coordination et de la coopération en santé**. Plus spécifiquement, cet article analyse **l'influence du mode de paiement des offreurs sur le développement de la coordination en santé (Axe 1)**. Il permet enfin d'illustrer **l'impact des coordinations et coopérations en santé sur l'organisation de la prise en charge des patients** et sur la place des différents établissements et professionnels de santé y contribuant (Axe 3).

L'article d'Isabelle Aubert, Frédéric Kletz et Jean-Claude Sardas, intitulé « **La coordination : d'une fonction à un métier ? Le cas des coordonnateurs dédiés en santé** », étudie les activités de coordonnateurs dédiés en santé travaillant dans des Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ou en établissement de santé. À partir d'entretiens semi-directifs et de données de parcours de patients issues des systèmes d'information des DAC, les auteurs proposent une typologie d'identités professionnelles de ces acteurs fondée sur l'objet principal de leur mission et les compétences mobilisées. Deux catégories d'acteurs sont identifiées : les « consultants » exerçant principalement une mission d'évaluation des cas basée sur l'expertise clinique et assumant une mission de coordination à titre secondaire et les « référents » pour qui la mission de coordination est assumée à titre principal. Cette analyse illustre **la variété des pratiques de coordination et l'existence de plusieurs professions de la coordination (Axe 1)**. Elle souligne également **la difficulté à faire émerger une identité partagée entre ces différents professionnels et à postuler l'existence d'un métier unique de la coordination (Axe 3)**.

L'article « **Gouvernance interorganisationnelle et prise de décision au sein de dispositifs de coordination territorialisés, le cas de MAIA** », par Béatrice VINCENT et Carole JEAN-AMANS, propose une analyse des mécanismes de gouvernance des dispositifs MAIA, structures interorganisationnelles territorialisées visant à coordonner l'action

² Direction Générale de l'Offre de Soins.

³ Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

⁴ Agence Nationale d'Appui à la Performance.

⁵ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

des professionnels de santé dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, dans une perspective de décloisonnement des univers sanitaires et médico-sociaux. Les auteures s'interrogent sur la capacité à agir et à décider d'une telle organisation, non hiérarchique et sans modèle de gouvernance fixé par le législateur. Le cadre théorique résulte de l'analyse croisée de deux pans de la littérature : les modèles de gouvernance de l'action collective et les jeux de pouvoir au sein des réseaux interorganisationnels. La méthodologie repose sur une étude de cas portant sur un dispositif MAIA, fondée sur la conduite d'entretiens semi-directifs auprès d'acteurs de ses composantes opérationnelles et de deux instances (Agence Régionale de Santé et Conseil départemental) jouant un rôle stratégique dans son pilotage. L'analyse met en évidence que l'action collective interorganisationnelle y est modelée par les jeux de pouvoir entre les deux sphères politiques d'une part, et par l'existence d'une troisième source de pouvoir, non formellement établie, issue de l'expertise reconnue des professionnels de la coordination (« pilotes MAIA ») d'autre part. Ces éléments conduiraient à des situations de sous-information des acteurs, à des difficultés de validation et d'acceptation des décisions par l'ensemble des parties prenantes au dispositif, voire à un risque de paralysie dans la prise de décision. En soulignant le rôle des jeux de pouvoir dans les structures interorganisationnelles territorialisées et l'importance d'une définition claire des rôles dans leur gouvernance, ce travail apporte des enseignements susceptibles d'éclairer le déploiement actuel des DAC. Cette réflexion permet de mieux cerner **les enjeux liés à la définition des modes de gouvernance des formes organisationnelles territorialisées**, déjà nombreuses et encore en structuration dans le champ de la santé. Elle aborde également l'impact de la gouvernance de ces organisations sur leur capacité à remplir pleinement leurs objectifs d'amélioration de la qualité des prises en charge (Axe 2). Enfin, elle apporte des pistes en matière de renouvellement des formes organisationnelles au service de la coordination et de la coopération en santé (Axe 3).

Dans l'article « *Performance de la gouvernance collaborative pour améliorer l'accès aux soins : une lecture stratégique* », Nathalie Dubost explore la « territorialisation des politiques de santé » à travers le prisme des Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) développant une compétence relative à la coordination de l'offre de soins, dans l'impulsion de la loi Santé de 2019⁶. La réflexion repose sur l'utilisation conjointe d'un modèle visant à comprendre les facteurs de réussite de la gouvernance collaborative et d'une matrice d'évaluation multidimensionnelle de la performance. La démarche propose ainsi une manière de mesurer la performance de la gouvernance collaborative, considérée comme susceptible de construire une réponse aux problèmes complexes, tels ceux en matière de coordination des soins. L'étude empirique est réalisée auprès d'un EPCI qui s'est doté d'une compétence de coordination des projets d'installation et de maintien des professionnels de santé, dans un département caractérisé par un déficit d'offre médicale. La méthodologie, fondée sur l'analyse de sources secondaires et d'entretiens semi-directifs auprès d'acteurs de différents niveaux du dispositif de gouvernance, met en évidence l'impact de deux paramètres sur sa performance : la nature des ressources à acquérir et la phase (exploration ou exploitation) de la mission poursuivie. Les résultats révèlent une performance globale du dispositif de gouvernance collaborative relativement faible. L'une des explications identifiées est la rareté des ressources (médecins)

⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

qui limite fortement l'incitation à coopérer des organisations participant au dispositif lors de la phase visant au développement de la compétence santé par l'EPCI (phase d'exploration). En revanche, dans la phase d'exploitation, liée aux aspects de gestion du « produit » de la compétence santé, comme par exemple un bâtiment abritant une MSP, la gouvernance collaborative semble plus fonctionnelle. Cet article apporte une contribution à **l'analyse des formes organisationnelles territorialisées au service des coopérations et coordinations en santé**, dans le cas spécifique des projets portés par les EPCI. La question de la **performance, selon différentes dimensions, de ces formes organisationnelles** est éclairée, et, en particulier leur capacité à mettre en œuvre de manière effective une collaboration entre les structures associées lorsque la tension pour l'accès aux ressources clés est exacerbée (Axe 2). Sur ce plan, l'article souligne **le rôle à jouer par les « institutions » pour traiter les causes de cette rivalité pour l'accès aux ressources, en l'occurrence la pénurie de professionnels de santé, et ainsi favoriser développement des collaborations** (Axe 1).

L'article de Jérôme Méric, Jordan Besson, Emmanuelle Cargnello-Charles, Bryan Mestre et Oumaima Omari, « **Les coopérations de santé au cœur de la crise sanitaire : de la sidération au bricolage organisant** », s'intéresse aux effets de la crise sanitaire sur la coopération entre acteurs du système sanitaire et médico-social. Une enquête qualitative menée auprès d'une grande variété d'acteurs néo-aquitains met au jour les difficultés auxquelles les organisations ont été confrontées. Elle témoigne des pénuries de matériel et de ressources humaines, des problèmes d'information ou encore de l'épuisement des professionnels et de leur sentiment d'absence de reconnaissance. L'enquête révèle également en quoi la crise a été le levier de nouvelles pratiques professionnelles (déploiement de la téléconsultation, création de relais de communication en marge des outils institutionnels) ainsi qu'un facteur de rapprochement des acteurs autour d'interrogations éthiques et de valeurs communes. Selon les auteurs, **la crise a favorisé l'émergence de nouvelles configurations relationnelles aux niveaux organisationnel, informationnel et communicationnel** répondant aux attentes des différentes parties prenantes. **Leur contribution interroge sur la pérennité de ces nouvelles formes de coopération** (Axe 3) et sur l'opportunité d'une formalisation de ces nouveaux dispositifs par les pouvoirs publics.

L'article « **Cocréation de valeur pour une meilleure prise en charge des jeunes en situation de "double diagnostic" : un pont entre addictologie et psychiatrie** », par Jihane Sebai, Annie Bartoli et Guy Gozlan, s'appuie sur l'approche « Service Dominant Logic » et son principe de cocréation de valeur pour analyser la construction d'un parcours de prise en charge de jeunes faisant l'objet d'un double diagnostic (addictologique et psychiatrique). Cette réflexion s'inscrit dans le cadre d'un programme national d'appui dénommé Prépsy Contact mobilisant des acteurs des Centres Médico-Psychologiques (CMP), des équipes d'addictologie des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) et des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'étude empirique allie observation participante au sein des comités constitutifs du programme, analyse de supports et documents internes, entretiens semi-directifs avec des acteurs-clés et focus groups avec les équipes impliquées. Les résultats mettent en lumière quatre grands niveaux de coopération (micro, méso, macro et méga) et sept familles de pratiques de cocréation (création d'un capital social des professionnels, de langages communs, de modèles mentaux partagés, d'impact

sur l'écosystème, de création de nouvelles valeurs, d'accès aux ressources, d'opportunités expérientielles). **Ce travail illustre les nombreux avantages de la coopération intersectorielle sur l'amélioration de la prise en charge des patients (Axe 3).**

L'article de Benoît Cret, Nicolas Guilhot, Jean-Baptiste Capgras et Christophe Pascal, intitulé « **La coopération entre professionnels et organisations de santé en action : les Maisons de santé pluriprofessionnelles à l'épreuve de l'analyse néo-structurale** », analyse le rôle des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sur les échanges entre les professionnels et entre les organisations de leur territoire. Une enquête menée dans le département de l'Ain a permis de recueillir des informations concernant les pratiques socioprofessionnelles et le réseau d'échange de professionnels exerçant en MSP, cabinets, services de soins infirmiers à domicile, EHPAD, pharmacies ou encore à l'hôpital privé. Ces données sont analysées au moyen d'une analyse néo-structurale multiniveaux afin d'identifier les processus de coopération aux niveaux interindividuel, interorganisationnel et dans les interactions entre ces deux niveaux. Il apparaît que **les MSP favorisent les échanges interprofessionnels et jouent un rôle structurant dans le partage des dossiers patients entre organisations contribuant ainsi à une meilleure prise en charge des patients (Axe 3)** malgré la prédominance du réseau personnel des professionnels sur le réseau formel dans la construction des échanges. Les auteurs attribuent la capacité des MSP à structurer les relations en grande partie à leur taille et pointent la nécessité d'ajuster le dimensionnement territorial des MSP et des CPTS en cours de déploiement avec les zones d'exercice réelles des professionnels.

Enseignements et perspectives

Les articles qui composent ce numéro spécial portent un regard contrasté sur la capacité du système de santé français à susciter et mettre en œuvre des pratiques de coopération et de collaboration permettant d'améliorer le service rendu aux patients et usagers. Les points de vigilance soulevés portent sur la capacité des modes de financement à inciter les offreurs à développer des parcours coordonnés apportant une qualité de service accrue aux patients, sur l'existence de jeux de pouvoir, notamment entre différentes instances tutélaires, pouvant mettre à mal la capacité des dispositifs de coordination à atteindre pleinement leurs objectifs, ou encore sur la tension existant pour accéder à certaines ressources clés qui peuvent entraver la construction des projets de collaboration. Plus positivement, les réflexions révèlent également la capacité de certains dispositifs de coopération et de coordination fondés sur la pluriprofessionnalité ou l'intersectorialité à améliorer la prise en charge des patients, l'émergence de professions dédiées à la coordination, dont l'identité est en construction, mais aussi la capacité des acteurs à saisir et construire des opportunités pour proposer des solutions collaboratives au service des patients et usagers, parfois à la marge des dispositifs institutionnels.

Les réflexions conduites dans ce numéro spécial ont ainsi vocation à nourrir les questionnements des pouvoirs publics, professionnels du secteur et chercheurs. Celles-ci soulignent en effet, pour les premiers, le besoin de prendre en compte les retours d'expérience du « terrain », notamment lors de la mise en œuvre de dispositifs expérimentaux, l'intérêt de considérer les solutions collaboratives créées par les acteurs de terrain en vue de leur

pérennisation et de leur diffusion, l'importance de développer l'accès aux ressources médicales, l'engagement des acteurs de terrain et professionnels de santé dans des pratiques collaboratives ne pouvant à lui seul répondre à cet enjeu, tout comme la nécessité de doter les dispositifs collaboratifs d'un cadre de fonctionnement clair et apaisé en régulant les jeux de pouvoir entre les différentes instances tutélaires. Les acteurs du secteur sont alertés sur le rôle qu'ils peuvent jouer en matière de construction d'innovations organisationnelles au service d'une offre de soins coordonnée fondée sur la collaboration entre professionnels et sur l'importance de l'animation et de la pérennisation de ces innovations. Enfin, des pistes de recherche émergent ou sont réaffirmées : Quels modèles d'évaluation de l'efficacité et l'efficience des dispositifs au service de la coopération et de la coordination en santé ? Comment favoriser la diffusion des apprentissages interprofessionnels et intersectoriels en la matière ? Comment susciter l'émergence de solutions innovantes en faveur d'une offre de soins coordonnée et concilier leur structuration et le maintien de leur opérationnalité ?

Remerciements

Les éditrices invitées de ce numéro spécial remercient les collègues qui les ont encouragées et conseillées dans cette réalisation, en particulier Sébastien Damart, Jean Desmazes, Nadège Vezinat et les membres du comité de rédaction de la revue *Politiques et Management Public*, ainsi que les évaluateurs et évaluatrices qui ont travaillé, dans des délais courts, à l'examen des nombreuses propositions de contributions qui ont été reçues à la suite de l'appel à publications et ont aidé, grâce à leurs commentaires et suggestions à enrichir les analyses proposées dans les différents articles : Mathias Béjean, Hugo Bertillot, Joël Brée, Christelle Bruyère, Fabien Canolle, Paula Cristofalo, Denis Chabault, Jean-Paul Dumond, Djamila Elidrissi, Christophe Favoreu, Florian Favreau, Irène Georgescu, Corinne Grenier, Laëtitia Laude, Célia Lemaire, Laurent Mériade, Etienne Minvielle, Julien Mousquès, Laëtitia Roux, François-Xavier Schweyer, Nassera Touati, Emil Turc.

Bibliographie

- Alter C., Hage J., 1993. *Organizations Working Together* (Vol. 191). Sage Publications, Newbury Park, CA, États-Unis.
- Bercot R., de Coninck F., 2006. *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?* Éditions L'Harmattan, Paris.
- Contandriopoulos A. P., Denis J. L., Touati N., Rodriguez R., 2001. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures* 8 (2), 38-52.
- Cropper S., Bor S., 2018. (Un) bounding the Meta-Organization: Co-Evolution and Compositional Dynamics of a Health Partnership. *Administrative Sciences* 8 (42), 1-19.
- Fournier C., 2019. Travailler en équipe en s'ajustant aux politiques : un double défi dans la durée pour les professionnels des maisons de santé pluriprofessionnelles. *Journal de gestion et d'économie de la santé* 1 (1), 72-91.
- Girault A., Gervès-Pinquier C., Minvielle E., 2017. Les modes de paiements à la coordination : État des lieux et pistes pour une application en France. *Journal de gestion et d'économie médicales* 35 (2), 109-127.
- Glouberman S., Mintzberg H., 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review* 26 (1), 56-69.
- Glouberman S., Mintzberg H., 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part II: Integration. *Health Care Management Review* 26 (1), 70-84.
- Grandclaude S., Nobre T., Schneider P., Dufay E., 2021. Analyse descriptive des Innovations Organisationnelles de l'article 51. *Journal de gestion et d'économie de la santé* 6 (6), 331-346.
- Grenier C., Oiry E., 2021. *Innovations organisationnelles en santé. Les défis du décloisonnement Vol. I*. ISTE, Londres.
- Grenier C., Pauget B., Hudebine H., 2019. Quels renouvellements conceptuels pour soutenir l'innovation dans le champ de la santé ? Un regard par les arrangements organisés, les politiques publiques et les capacités entrepreneuriales. *Innovations* 60 (3), 5-14.
- Lamothe L., 2002. La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne. *Gestion* 27 (3), 23-30.
- Mintzberg H., 2017. *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett-Koehler Publishers, Oakland, CA, États-Unis.
- Pittet D., Boone L., Moulin A.-M., Briet R., Parneix P., 2021. *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques - Rapport final. Rapport public*. République française.
- Polton D., 2004. Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international. *Revue française des affaires sociales* 4, 267-299.
- Ray M., Bourgueil Y., Sicotte C., 2020. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. *Revue française des affaires sociales* 1, 57-77.
- Saltman R. B., Bankauskaite V., Vrangbaek K., 2007. Decentralization in Health Care. European Observatory on Health Systems and Policies Series. https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/decentralization-in-health-care.pdf?sfvrsn=1f1d5377_3&download=true
- Sheaff R. et al., 2011 *The Management and Effectiveness of Professional and Clinical Networks*. National Institute for Health Research, Service Delivery and Organisation Programme, UK. http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1518-104_V01.pdf
- Veziat N., 2019. *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluriprofessionnelles en France*. PUF, Paris.