

## **TITRE**

**La modélisation des séquences de prise en charge et d'accompagnement (PECA) des patients atteints de Maladies Neuro-Dégénératives : une étape vers la tarification à la séquence**

## **LES AUTEURS**

**SAMA-TRAORE Rénatou (\*), VINCENT Béatrice (\*\*) et MONTALAN Marie-Annick (\*\*\*)**

(\*) Docteur en Biologie, Experte en Santé Publique-Gestion des Institutions et Services de Santé, Chargée d'enseignement - Université Paul Sabatier de Toulouse, [renaodi@yahoo.fr](mailto:renaodi@yahoo.fr)

(\*\*) Maître de Conférences en sciences de gestion, Laboratoire Gouvernance et Contrôle Organisationnel, Université Paul Sabatier, [beatrice.vincent@univ-tlse3.fr](mailto:beatrice.vincent@univ-tlse3.fr)

(\*\*\*) Maître de Conférences en sciences de gestion, Laboratoire Gouvernance et Contrôle Organisationnel, Université Paul Sabatier, [marie-annick.montalan@univ-tlse3.fr](mailto:marie-annick.montalan@univ-tlse3.fr)

## **RESUME**

La prégnance des pathologies, telles que les maladies neurodégénératives (MND), liées à la démographie vieillissante et aux altérations qui en découlent, a placé la prise en charge et l'accompagnement (PECA) des patients âgés et de leurs aidants au cœur des enjeux politiques et économiques. Dès lors, plusieurs réponses recouvrant les champs sanitaire, médico-social et social ont été proposées pour la prise en charge des malades. Cependant, la multiplicité des acteurs de soins et de l'accompagnement, ainsi que le morcellement de la tarification des soins adjacents rendent complexe la lecture de cette PECA et introduisent une difficulté réelle de coordination des actes et de coopération des professionnels de soins et de l'accompagnement.

En s'appuyant sur des entretiens qualitatifs auprès de neuf (9) professionnels de soins et de l'accompagnement, ainsi que sur une modélisation mettant en évidence les interactions entre les besoins de PECA des patients et les acteurs/services associés, cette étude propose une nouvelle unité possible d'évaluation de l'activité coordonnée des professionnels de soins du médico-social et du social : la séquence de PECA intégrant la multiplicité des cas patients et la disparité de l'offre. Celle-ci pourrait servir de base à un nouveau système de tarification hybride distinguant acteurs à intervention permanente et acteurs à intervention ponctuelle.

## **MOTS CLES :**

Maladie Neuro Dégénératives (MND) - Dispositifs de Prise En Charge et d'Accompagnement (PECA) - Coordination - Coopération - Tarification des soins - Séquence de prise en charge.

## **INTRODUCTION**

Les mutations démographiques et les progrès sociétaux ont induit un allongement de la durée de vie des populations occidentales avec, pour conséquence, une démographie vieillissante (Fior et Lallemand, 2001 ; Parant, 2007) et des pathologies qui en découlent telles que les maladies neurodégénératives (MND).

Progressivement, la vieillesse est devenue un enjeu politique et la maladie d'Alzheimer l'objet d'une politisation, notamment de 2001 à 2008, où elle représente une « fenêtre politique » pour reprendre l'expression de Ngatcha-Ribert (2007). Il en a résulté trois plans nationaux Alzheimer : le plan Kouchner (2001-2004), le plan Douste-Blazy (2004-2007), le plan Sarkozy (2008-2012), auxquels il faut rajouter le Plan Solidarité Grand Âge (Cour des Comptes, 2013). La mise en œuvre de ces différents plans a été confiée à des agences décentralisées telles que les Agences Régionales de Santé (ARS). Pour mieux répondre aux besoins des usagers (patients-aidants), de nombreux dispositifs relevant des secteurs sanitaires et médico-sociaux ont été développés avec un accent particulier sur le concept de parcours de vie intégrant les deux dimensions de soins et d'accompagnement.

La vieillesse et la prise en charge des MND sont également devenues un enjeu économique dans la logique du New Public Management qui place les notions de performance, notamment d'efficacité et d'efficience, au cœur du projet de changement dans les organisations publiques. Le système de santé publique est soumis à une double injonction de création de valeur publique : l'une visant à favoriser l'accès à des soins de qualité et l'autre incitant à la maîtrise des dépenses (Chappoz et Pupion, 2014). Si dans le système de santé français, la pratique de l'évaluation de la performance n'est pas nouvelle à l'hôpital, elle s'est progressivement étendue à l'ensemble des établissements et des structures de soins en incluant les processus opérationnels et organisationnels (Sebai, 2015). Dans le domaine sanitaire, les modèles actuels d'évaluation et de financement sont fondés sur une unité d'activité, le soin, et sont centrés sur un acteur unique, l'établissement de soin. Il convient de s'interroger sur leur pertinence à répondre à une coordination efficace des soins et à des activités coopératives issues des nouvelles pratiques d'exercices coordonnés, qui intègrent une prise en charge sanitaire et un

accompagnement social et médico-social de patients atteints de MND tout au long de leur parcours de vie (Bloch et Hénaut, 2014). La réponse en termes de coordination et donc de performance du pilotage de ces parcours est un enjeu majeur de ce que Czernichow (2015) nomme la "*transition sanitaire*". De plus, la conversion d'un système de prise en charge hospitalo-centré en un système articulé ville-hôpital-établissements médico-sociaux englobant une réponse organisationnelle cohérente entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social constitue un enjeu majeur des politiques publiques dans les prochaines années (Rapport final d'évaluation des dispositifs MAIA<sup>1</sup>, CNSA<sup>2</sup>, janvier 2017).

Dans un objectif de préservation de la qualité de l'accompagnement des patients et des aidants, il se pose le problème de la définition d'un modèle de financement favorisant la coordination et la coopération de tous les acteurs. Une étape préliminaire de clarification des activités à évaluer et à financer est nécessaire. C'est dans cette perspective que cette étude s'inscrit en proposant une nouvelle unité possible d'évaluation de l'activité coordonnée des professionnels du soin du médico-social et du social : la séquence de prise en charge et d'accompagnement capable d'intégrer la multiplicité des cas patients et la disparité de l'offre et pouvant servir de base à une tarification intégrée. Ce modèle permet également de mieux cibler les acteurs intervenant à chaque niveau dans le processus de soins et donc de mieux assurer la coordination des actes de soins et la coopération des professionnels de santé. Cet angle de réflexion tranche avec la réforme de la tarification à l'activité, communément appelée T2A, un modèle qui, en plus d'exclure la prise en charge des pathologies chroniques et les personnes âgées, affecte la coordination et la coopération des acteurs de soins (Angelé-Halgand et Garrot, 2014).

Nous présenterons, dans un premier temps, l'activité coordonnée de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de MND et analyserons les modèles actuels de financement et leurs limites. Ensuite, nous présenterons l'étude qui nous a permis de proposer une nouvelle unité possible d'évaluation de l'activité coordonnée des professionnels du soin du médico-social et du social.

## **I - L'activité coordonnée de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de MND et son financement**

---

<sup>1</sup> - Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

<sup>2</sup> - Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Dans un contexte de politique publique de santé qui "donne la priorité à l'accompagnement à domicile" (Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement), la prise en charge et l'accompagnement (PECA) des personnes atteintes de maladies chroniques constitue une action collective entendue comme "action conjointe" ou "action concertée" qui "implique une intention consciente de la part des acteurs qui y participent" (Cefai, 2007). Ces acteurs sont des professionnels (médicaux, sociaux ou médico-sociaux, libéraux ou membres d'organisations ou services de santé, travaillant aussi dans des contextes de coopération et de compétition avec d'autres collectifs) ainsi que des "proches aidants".

Les obstacles majeurs à cette action conjointe résident dans l'inflation de textes législatifs (lois, décrets, arrêtés, circulaires...), qui parsèment le paysage du système de santé, et la profusion des dispositifs de PECA fractionnés entre, d'une part, le médical, le médico-social et le social et, d'autre part, le domicile et les établissements. De plus, la gestion de cette offre est disséminée entre des services publics et privés, des prestataires et mandataires (Daune-Richard et *al.*, 2008) à tel point que Hardy (2010) dépeint cette dislocation de services comme un « *paysage d'émiettement* » de plus de 34 000 structures. Cette complexité est accentuée par un système de financement éclaté entre différents organismes financeurs (la Sécurité sociale, les mutuelles, l'État à travers les ARS *via* les Fonds d'Intervention Régionaux (FIR), la CNSA, les Départements et des modèles de valorisation divers (valorisation de l'activité, budgets sur des missions d'intérêt général (MIG) ou des projets.

Cette configuration de disparité, de cloisonnement et de fragmentation crée, chez les patients/aidants, un défaut de décryptage des rôles et des attributions des différents acteurs (*cf.* figure 1). Chez les professionnels de santé et de l'accompagnement, le manque de coordination entraîne des fractures (Schaller et Gaspoz, 1988) dans le processus de PECA et le manque de lisibilité financière limite la volonté de coopération. Or, l'efficacité de la prise en charge repose autant sur l'existence des recours que sur l'articulation logique entre les divers éléments qui les composent.

La multiplicité et la diversité des acteurs intervenants, de leur profil, de la représentation qu'ils ont de la PECA (notamment en fonction du degré de leur proximité avec la personne soignée) et de leurs objectifs amplifient les besoins de coordination et coopération dans les pratiques de soins.

**Figure 1 : La structuration de la PECA des malades Alzheimer en France**

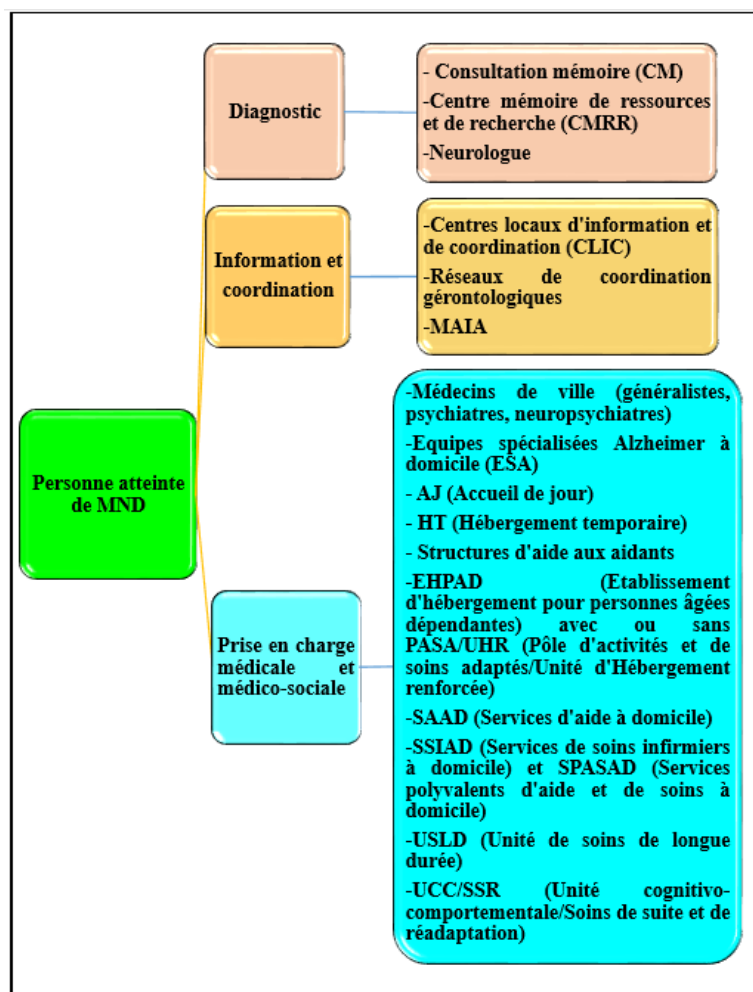


Figure élaborée à partir de sources croisées (Atlas de la démographie médicale en France, 2016 ; CNSA, 2015 ; Observatoire Cap Retraite, 2015 ; HAS, 2012 ; Inserm, 2007 ; Rapport Gallez, 2005).

Dans sa mise en œuvre, l'action collective coordonnée suppose la coopération de différents acteurs. Pour rechercher les conditions de leur performance, Zarifian (1996) interroge les concepts de coordination et de coopération. Il définit la coordination comme la fonction visant à ordonner des actes de travail autour d'un objectif commun. Quant à la coopération, il le conçoit comme le fait de travailler ensemble, de communiquer, au sens de construire, de développer un espace d'intersubjectivité et de compréhension réciproque.

Nous examinerons, ainsi, dans un premier temps, ces deux concepts en mettant en évidence les leviers favorisant la performance d'une action collective et concertée tels qu'identifiés dans la littérature. Nous analyserons ensuite le système de financement actuel afin de déterminer sa capacité à favoriser la coordination et la coopération des acteurs dans la PECA des patients atteints de MND et de leurs aidants.

### **I.1 - Les principaux leviers de la coordination des soins et de la coopération des acteurs dans la PECA des personnes atteintes de MND**

La coordination peut se définir comme l'action de « produire, organiser de façon simultanée et harmonieuse en poursuivant un but déterminé ». Plusieurs auteurs ont tenté d'appréhender le concept dans sa dimension organisationnelle. C'est ainsi que Fayol (1916) définit la coordination, dans une entreprise, comme le fait de « relier, unir, harmoniser tous les actes et tous les efforts ». L'école classique (Taylor, 1911 ; Fayol, 1916) pose la hiérarchie comme principal moyen pour ordonner les activités qui se déroulent dans une organisation. Par la suite, d'autres mécanismes sont mis en évidence : la planification (March et Simon, 1958), la standardisation des procédés et des règles (Thomson, 1967 ; Lawrence et Lorsh, 1967), les rôles d'intermédiaires (Lawrence et Lorsh, 1967, *op. cit.* ; Galbraith, 1973), les équipes projets (Lawrence et Lorsh, 1967, *op. cit.*), la standardisation des résultats et des qualifications (Mintzberg, 2015).

Par la suite, Van de Ven et *al.* (1976) reprennent, dans leur approche, les mêmes éléments évoqués mais y adjoignent l'idée de tâche collective. C'est ainsi que ces derniers pensent la coordination comme l'art d'« intégrer ou relier ensemble différentes parties d'une organisation pour accomplir un ensemble collectif de tâches ». En 1994, Malone et Crowston (1994) introduisent la notion de gestion dans la définition de la coordination en la ramenant à la « gestion des dépendances des activités » dans une organisation. Le concept d'ordre est de nouveau rappelé par Zarifian (1996, *op. cit.*), qui décrit la coordination comme le fait d'« ordonner ensemble des activités, les accomplir selon un certain ordre » tandis que Jaeger (2010) ; Bloch et *al.* (2011) n'y entrevoient qu'une formalisation des procédures.

L'ensemble de ces travaux a circonscrit la coordination au périmètre d'une organisation hiérarchisée et finalisée en proposant deux voies majeures : l'intégration d'activités séparées et la facilitation d'activités inter-reliées (Alsène et Pichault, 2007). Ces deux approches correspondent mal au contexte de la prise en charge et de l'accompagnement de patients qui se caractérise par l'intervention de multiples acteurs issus d'organisations, de métiers et de statuts différents, ainsi que par l'absence d'une organisation hiérarchisée et ayant une finalité unique. Pour Bartoli et Gozlan (2014), la coordination, dans de nouvelles organisations telles que des réseaux intégrés de services médicaux et sociaux en santé mentale, est « un processus organisationnel, social et matériel de pilotage des interactions d'activités variées dans le but d'atteindre un résultat qu'un ensemble d'acteurs ou de dispositifs agissant séparément ne pourrait pas obtenir ». La Haute Autorité de Santé (HAS) (2014) positionne le terme de coordination dans le champ du soin en le définissant comme une « organisation délibérée des activités de soins à un patient, entre plusieurs acteurs du système de santé, qui implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient, et souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins ». Dans ce cadre, la définition d'une autre approche de la coordination entendue comme « une recherche de cohérence dans le travail accompli par un ensemble d'individus » (Alsène et Pichault, 2007, *op. cit.*) prend tout son sens. Dans ces précédentes

conceptions, une place centrale est octroyée à trois notions : la communication, comme socle de l'équation « bonne réponse au bon moment et au bon endroit », l'implication des acteurs et l'articulation entre les intervenants.

Cette opérationnalisation de la coordination dans l'action collective d'acteurs impliqués conduit à adjoindre au concept de coordination celui de la coopération. Pour Zarifian (1996, *op. cit.*), coopérer « c'est opérer ensemble, c'est agir ensemble, travailler conjointement à plusieurs ». Or, le travail conjoint recouvre le sens d'une action collective qui sous-entend le partage du sens de ce que l'on va faire ensemble. Dans cette perspective, la coopération se projette à un niveau d'exigence plus élevé que la coordination.

Le « faire ensemble » suppose une convergence des actions vers un résultat défini ensemble. Coopérer exige donc de connaître, un tant soit peu, l'autre pour se mettre en phase et ajuster l'action à mettre en œuvre conjointement. C'est probablement pour cette raison que la communication et l'échange entre les acteurs sont au centre de toute coopération. De plus, Zarifian (1999, *op. cit.*) établit un lien entre la coopération et l'intercompréhension, ou compréhension réciproque, qui suppose : le partage d'un langage commun à l'équipe ou au réseau et la mise en place d'une complémentarité entre les compétences (Le Boterf, 1997).

Au-delà de ces regards plutôt centrés sur les acteurs, la coopération est définie comme « des liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune » (Dejours, 1993). Ici, les liens sont « symboliques » et évoquent des relations « d'intercompréhension, d'interdépendance et d'obligation ». La construction de ces liens nécessite l'initiative des agents, ce qui implique leur engagement volontaire, consenti ou motivé (Milliet, 2013). Ce volontariat recouvre les notions d'intentionnalité et de construction des accords (Bercot, 2006) et suppose aussi que les individus privilégient les intérêts du collectif et de l'organisation au détriment de leurs profits personnels (Brief et Motowidlo, 1986). C'est dans ce sens que la notion de coopération se rattache à celle de l'altruisme organisationnel qui s'entend comme une conduite délibérée ayant pour intention d'aider une autre personne dans son travail (Smith, Organ et Near, 1983).

Dans le milieu sanitaire, la coopération revêt un sens particulier en relation avec les pratiques interprofessionnelles. Elle est pensée pour redéfinir les missions des médecins de manière à recentrer leurs interventions sur des tâches spécifiques, plus en lien avec leur niveau de formation, et pour déléguer certains actes à d'autres professionnels de santé. Cette disposition est consolidée par l'Article L. 4011-1 du code de la santé publique, dans lequel la coopération est définie comme « un processus par lequel au moins deux professionnels de santé, volontaires, définissent ensemble leurs nouvelles modalités d'intervention auprès du patient, en maintenant la qualité et la sécurité des soins qui leur est due ».

Ce panorama de diverses acceptions montre une vision assez restrictive de la notion de coopération. En effet, les éléments de définition du terme ne mettent pas suffisamment en

lumière les mécanismes qui commandent l'action de l'ensemble des acteurs (notamment ceux du social et du médico-social) impliqués dans la PECA de patients atteints de MND. De plus, si la coopération repose sur le volontariat, les conditions organisationnelles et financières sont insuffisamment abordées.

Ces écueils contribuent à limiter l'opérationnalisation de la coopération dans le champ de la santé où les dispositifs de coordination sont, quant à eux, proposés. Néanmoins, une conjonction de concepts littéraires permet de dégager des leviers de performance (*cf.* tableau 1) mobilisables pour définir les activités et les acteurs de PECA répondant aux besoins de patients/aidants.

**Tableau 1 : Grille d'analyse des facteurs favorisant la coordination et la coopération élaborée en synthèse de l'état de la littérature**

		Coordination	Coopération
<b>Éléments de définition</b>		« Intégrer ou relier ensemble différentes parties d'une organisation pour accomplir un ensemble collectif de tâches » (Van de Ven et <i>al.</i> , 1976)	« Opérer ensemble, agir ensemble, travailler conjointement à plusieurs » (Zarifian, 1996)
<b>Principaux Leviers</b>	<b>Organisationnels</b>	Hiérarchie (Fayol, 1946)	--
		Anticipation, planification (March, Simon, 1958)	--
		Rôle des intermédiaires (Lawrence, Lorsh, 1967)	--
		Standardisation des procédés, résultats, compétences (Mintzberg, 2015)	--
	<b>Relationnels</b>	Communication	Communication
		Articulation entre les intervenants	Construction d'accords (Bercot, 2006)
		--	Langage commun (Le Boterf, 1997)
	<b>Individuels</b>	Implication	Complémentarité des compétences (Le Boterf, 1997)
		--	Engagement
		--	Altruisme organisationnel

Ainsi, si les divers éléments conceptuels nous permettent de mieux circonscrire les deux notions de coordination/coopération, il reste à définir un système de financement de la prise en charge et de l'accompagnement susceptible de favoriser l'activité coordonnée et la coopération des acteurs.



## **I.2 - Analyse des modèles de financement sous l'angle de la coordination/coopération**

Le financement de la PECA des patients atteints de MND et de leurs aidants est ternaire et couvre trois postes de dépenses : les soins, la dépendance et l'hébergement.

Selon le type de parcours, ces financements sont ciblés sur une institution (Hôpital, SSR ou EHPAD) qui assure la coordination des différents acteurs intervenants et/ou sont éclatés sur les différents acteurs de la PECA à domicile, sans coordination formelle et sans l'existence d'une subordination qui favorise la coopération.

### **I.2.1 - Financement et coordination des PECA dans un cadre institutionnel**

Dans le cas d'une institutionnalisation en EHPAD, la PECA est aujourd'hui financée dans le cadre d'un CPOM (Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens) tripartite signé entre l'établissement, l'ARS et le Conseil Départemental. Les soins sont financés à l'acte, les médicaments sont remboursés par l'Assurance Maladie, la dépendance est prise en charge par le malade et/ou sa famille, avec une aide forfaitaire du Conseil départemental, par le biais de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie, dont le montant est fonction des ressources et du degré d'autonomie de la personne bénéficiaire), l'hébergement est assumé par le patient ou par l'aide sociale.

Dans le cas d'une hospitalisation ou d'un séjour en SSR, les soins sont financés par le biais de la T2A et le forfait hébergement est assumé par les patients/familles ou éventuellement pour tout ou partie par une mutuelle. La T2A est un instrument spécifique aux structures hospitalières et de nombreuses études ont déjà relevé ses avantages et inconvénients (Aucoin et Heintzmann, 2000 ; Batifoulier et *al.*, 2013 ; Crainich et *al.*, 2009 ; Guerin et Husser, 2011 ; Moisdon 2010 et 2013; Vincent 2005). Selon le principe de sa mise en œuvre, un diagnostic médical est formalisé à partir des informations médicales et administratives des patients qui sont traitées en RUM (Résumé d'Unités Médicales) regroupés en RSS (Résumé Standardisé de Sortie) puis en GHM (groupes Homogènes de Malades) et enfin en GHS (Groupes Homogènes de Séjour). Cette classification, consistant à ramener la totalité des séjours en un nombre limité de groupes de séjours présentant des coûts et des pathologies identiques, sert de base de calcul pour la tarification aux secteurs MCO (Andreoletti, 2007). L'activité hospitalière est ainsi ramenée à un ensemble de GHM dont les tarifs de prise en charge sont préalablement fixés sur le plan national.

### **1.2.2 – Financement et coordination des PECA à domicile**

Pour les personnes prises en charge à domicile, les soins sont financés par l'Assurance maladie tandis que l'APA est attribuée par le Département en appui au maintien à domicile, notamment pour la rémunération des services d'aide à domicile (auxiliaires de vie, aide-ménagères), d'accueil de jour, d'accueil temporaire et d'aides techniques.

La coordination n'est financée que pour certains patients/aidants en situation complexe qui sont pris en charge dans le cadre de dispositifs spécifiques comme les MAIA (financés par la CNSA), les PAERPA<sup>3</sup> ou les réseaux de santé territoriaux (financés par l'ARS dans le cadre des FIR-Fonds d'Interventions Régionaux). Dans les autres cas, la coordination reste informelle et est assurée par les aidants et/ou un acteur impliqué dans la prise en charge (soignant, assistante sociale, plus rarement médecin).

Ce financement dispersé et cloisonné est inhérent au modèle organisationnel complexe de la PECA de patients atteints de MND. Ces parcours comportent des prises en charge avec des allers-retours possibles du domicile à l'institution (Hôpitaux, SSR, EHPAD) et des recours systématiques ou ponctuels à des services médicaux, médico-sociaux et sociaux variés. La dispersion des financements de ces services accentue le problème de la cohérence des actes et de la coopération des professionnels, car les tâches inhérentes à la coordination ne sont pas financées et constituent ainsi des actes « invisibles » (Vincent et Montalan, 2016) qui entravent la bonne coopération des acteurs.

Cet éclatement des sources de financement pose le problème de la recherche d'un modèle de financement cohérent qui associe des activités coordonnées de soins et de coopération des acteurs de soins. Dans cette perspective, il apparaît que le préalable à une amélioration du modèle de financement est la définition d'une unité d'analyse des PECA permettant la prise en compte des différentes combinaisons de services qui constituent le parcours d'un patient atteint de MND.

Notre recherche propose ainsi une approche globale de la PECA en modélisant des consommations de services médicaux, médico-sociaux et sociaux associés à un diagnostic de besoins de prise en charge de patients/aidants et de disponibilité de ces services sur un territoire.

## **II - DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

Cette étude se propose d'apporter des éléments de réponse à cette double question :

- En quel sens la modélisation des besoins de prise en charge des patients atteints de MND peut-elle aider à la définition d'une nouvelle unité de tarification des soins ?

---

<sup>3</sup> - Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

- Comment cette cartographie des besoins et parties prenantes peut-elle constituer un levier d'optimisation de la coordination des soins et de la coopération des professionnels de soins ?

Pour atteindre les objectifs définis, nous avons inscrit notre réflexion dans une démarche en trois phases.

Dans un premier temps, nous avons tenté d'identifier l'offre et les besoins de soins et d'accompagnement des cas atteints de MND. Leur analyse nous a permis de faire une modélisation des combinaisons de services requis et de construire un tableau de PECA.

Dans un second temps, nous avons tenté d'explorer et d'évaluer les pratiques de coordination et de coopération auprès des professionnels exerçant en institution et à domicile (gestionnaires de cas de la MAIA).

Dans un troisième temps, les combinaisons de services requis ont été analysées pour déterminer le niveau de récurrence des interventions des différents acteurs impliqués auprès des malades. Cette approche permet de mieux mettre en évidence les compétences et les complémentarités des acteurs de soins pour mieux réfléchir aux conditions d'amélioration de leur coordination et coopération.

## **II.1 - Les enquêtes qualitatives et les professionnels enquêtés**

La méthodologie retenue est basée sur des enquêtes qualitatives par entretiens semi-directifs. Neuf (9) professionnels ont été enquêtés :

- 1 médecin gériatre directeur d'un établissement polyvalent qui concentre des services relevant des domaines sanitaire (SSR<sup>4</sup>, USLD et UHR) et médico-social (HT, AJ, SSIAD, EHPAD avec un PASA, une plate-forme d'accompagnement et de répit des aidants familiaux) ;
- 1 médecin gériatre coordonnateur d'un EHPAD ;
- 1 directrice adjointe d'un établissement de santé ;
- 1 infirmière coordonnatrice d'une USLD ;
- 1 infirmière coordonnatrice d'une plate-forme de répit ;
- 1 infirmière coordonnatrice d'un accueil de jour.
- 3 gestionnaires de cas complexes travaillant dans une MAIA.

## **II.2 - Les grilles d'entretien**

---

<sup>4</sup> - Soins de Suite et de Réadaptation.

Le questionnaire administré aux enquêtés porte spécifiquement sur :

- les offres de PECA,
- les critères d'admission dans l'établissement d'accueil,
- le profil du patient (âge, genre, CSP<sup>5</sup>, diagnostic de MND, le GIR<sup>6</sup>, le MMSE<sup>7</sup>, le niveau d'autonomie dans les AVQ<sup>8</sup>, les chutes, les troubles du comportement, les fugues...);
- les combinaisons de services de PECA des malades (professionnels intervenant dans la PECA du patient, le type de PECA médico-social, le type de PECA sanitaire, les éléments de rupture ou déclencheurs du passage d'une étape à une autre, le type de PECA dans le domaine social);
- la coordination des interventions autour des malades et la coopération des professionnels, les conditions et supports de leur mise en œuvre;
- les structures intervenant dans la coordination des interventions, les acteurs de la coordination;
- le rôle et la place des aidants dans la prise en charge des malades;
- l'aidant principal du malade (existence ou non, genre, lien de parenté, âge, CSP, lieu de vie, score de Zarit<sup>9</sup>, si évaluation du fardeau de l'aidant, professionnels et structure(s) de prise en charge);
- les composantes de la coordination (évaluation du temps de la coordination (temps passé par dossier), les tâches précises de la coordination, réunions, acteurs...).

### **II.3 - Le traitement des données et la validité des résultats**

Les données collectées ont été transcrites et codées selon une logique de décontextualisation (Tesch, 1990) pour générer des concepts (Baribeau, 2009) directs et adjacents. Elles ont ensuite été catégorisées, par une remise en contexte, pour distinguer les convergences et les divergences. Ce processus a permis d'élaborer des matrices conceptuelles dans lesquelles les données codées ont été regroupées. La description du phénomène recherché et l'analyse des échanges ont ensuite donné lieu à des modélisations de services requis dans le cas des

---

<sup>5</sup> - Catégorie Socio-Professionnelle.

<sup>6</sup> - Abréviation de l'acronyme AGGIR, qui est une grille nationale permettant d'évaluer le niveau de dépendance (aide de tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne). Les degrés de dépendance sont classés en six groupes iso-ressources (GIR) et chaque GIR correspond à un niveau de besoin de services et d'aides dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne.

<sup>7</sup> - Mini Mental State Examination ou test de Folstein. Cet outil permet d'évaluer les fonctions cognitives et les aptitudes mnésiques des patients chez qui une démence de type Alzheimer est suspectée.

<sup>8</sup> - Les Activités de la Vie Quotidienne.

<sup>9</sup> - Echelle permettant de mesurer la pénibilité ou la souffrance des aidants familiaux des malades à domicile.

descriptions de parcours de PECA.

Pour satisfaire aux critères de validité interne, les données recueillies ont été mises en relation avec les analyses qui en sont faites. Trois démarches sous-tendent cette validité interne. D'abord, la crédibilité des analyses est corroborée par les rôles avérés, les expériences confirmées et consensuelles des professionnels enquêtés. Ensuite, un contrat de communication clair et précis a été défini, en amont de la collecte des données, entre les enquêtés et nous. Enfin, une mise en étroite corrélation du codage des informations et leur catégorisation avec le cadrage conceptuel de l'étude a été faite.

La validité externe repose sur le lien entre la problématique définie et les résultats obtenus notamment leur pertinence et leur transférabilité. En support, deux types de triangulation ont été faits : la triangulation des outils de recueil des informations (entrevues, observation-écoute, analyse de documents) ; la triangulation des sources (collecte de données auprès de neuf (9) sources différentes). Les possibilités de triangulation et de comparaison des cas concrets recueillis permettent de faire des parallèles et de déjouer les biais et subjectivités.

### **III - RESULTATS ET DISCUSSIONS**

Les résultats obtenus peuvent être restitués dans une triple perspective convergente.

D'abord, une cartographie des besoins des patients MND et des services de PECA correspondant sera présentée avec une mise en évidence des liens et des interactions. Ensuite, à l'échelle des acteurs apportant les soins et l'accompagnement, une description des pratiques de coordination/coopération sera faite pour mieux évaluer la cohérence et la synchronisation des soins. Enfin, sur la base des témoignages des professionnels interviewés, nous dégagerons des combinaisons de services nécessaires aux patients et les acteurs de PECA qui y sont associés. Ces derniers seront répertoriés en fonction du degré d'interaction avec le patient/aidant. Cette démarche d'affinement et de gradation nous permettra, d'une part, d'avoir une meilleure lisibilité des rôles des parties prenantes et, d'autre part, d'affiner la réflexion sur les moyens d'améliorer la coordination des soins/coopération des professionnels.

#### **III.1 - Cartographie des besoins de PECA et des services correspondants**

L'intérêt de la mise en relation des besoins des malades et des acteurs de prise en charge intervenant dans les champs sanitaire et médico-social est double (*cf.* figure 2). D'une part, les compétences et rôles des intervenants dans la PECA sont mieux mis en évidence et, d'autre

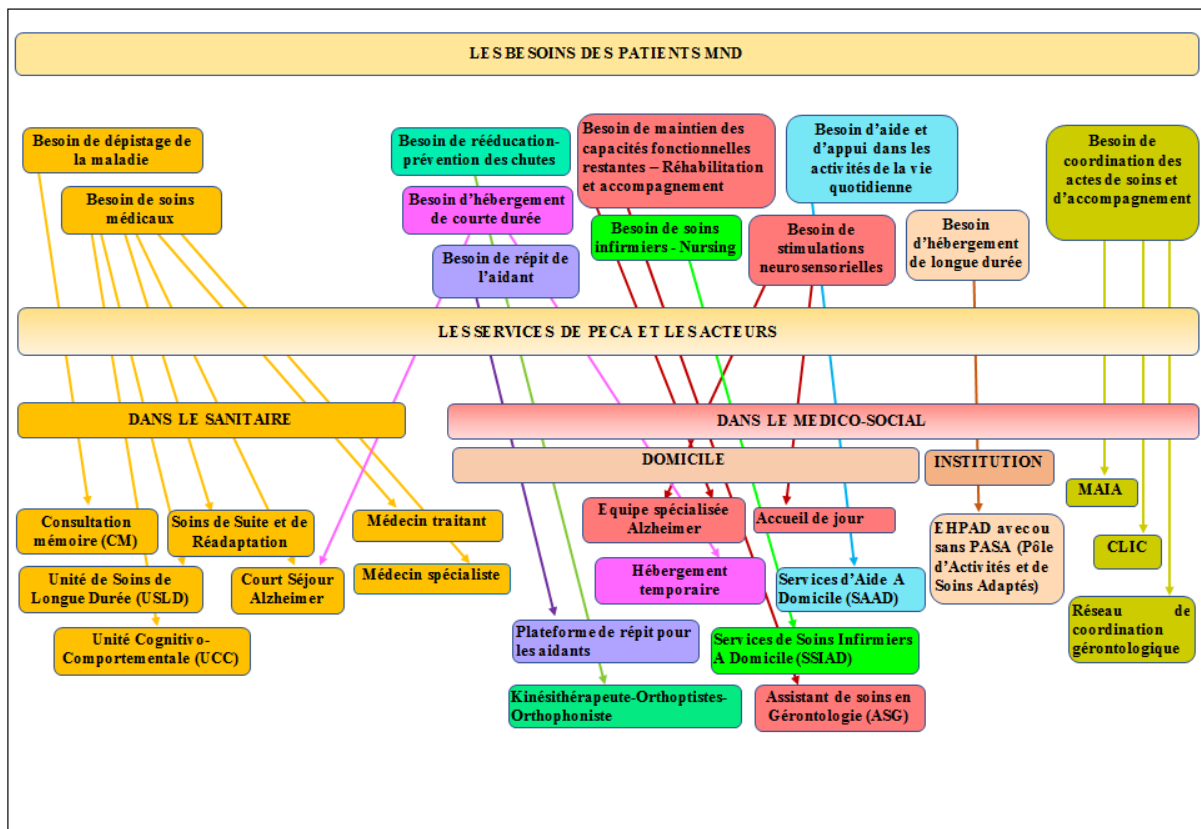
part, des groupes d'acteurs devant coopérer et coordonner leurs actes pour garantir la qualité des soins sont mieux identifiés.

En milieu sanitaire, les besoins de dépistage de la maladie sont couverts par les Consultations Mémoire (CM) et les soins médicaux, en relation avec la maladie, sont pris en charge par les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) et les Court Séjour Alzheimer.

A l'interface du sanitaire et du médico-social, se positionnent les médecins acteurs de soins médicaux (généralistes, spécialistes tels que les neurologues, neuropsychiatres, pneumologues, entérologues...).

Le contexte médico-social concentre une multitude de besoins et d'acteurs associés. Le maintien des capacités fonctionnelles restantes et les stimulations neurofonctionnelles sont assurés, à la fois, par les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), les Assistants de Soins en Gérontologie (ASG) et le personnel des accueils de jour. Les soins infirmiers et nursing relèvent de l'intervention des infirmier(e)s tandis que les soins de rééducation et de prévention des chutes sont donnés par les orthoptistes, orthophonistes (rééducation) et les kinésithérapeutes (rééducation et prévention des chutes). Les besoins de soutien dans les activités de la vie quotidienne sont couverts par les services d'aide à domicile et les aidants sont pris en charge par les plateformes de répit des aidants.

**Figure 2 : Les besoins des patients MND et les services correspondants**



Cette cartographie des besoins et acteurs de soins associés révèle un système dont la complexité tient au grand nombre d'interactions possibles entre tous ses éléments. Dès lors, il devient nécessaire de réfléchir à des ressorts de coordination des différentes entités, bien que des moyens *ad hoc* aient été mis en place à travers des structures telles que les MAIA, les CLIC et les réseaux de santé<sup>10</sup>.

Au sein de chaque domaine (sanitaire et médico-social), la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement suppose que les groupes d'acteurs intervenant intègrent des stratégies de coopération et de collaboration dans la mise en œuvre des activités relevant d'un service commun. Par exemple, dans le domaine médico-social, les équipes spécialisées Alzheimer, les professionnels de l'accueil de jour et les assistants de soins en gériatrie ont besoin de supports de coopération pour répondre aux besoins, à la fois, de maintien des capacités fonctionnelles restantes, de réhabilitation, d'accompagnement et de stimulation neurosensorielle. Quant au domaine sanitaire, les professionnels des USLD, SSR, UCC, Court Séjour Alzheimer devraient coopérer dans le processus des soins médicaux.

Entre les groupes d'acteurs des deux domaines parallèles (sanitaire et médico-social), il est nécessaire de trouver des modes de coordination des actes permettant de garantir la qualité des

<sup>10</sup> - Ces organisations ne répondent qu'à un nombre relativement restreint de patients (par exemple, les gestionnaires de cas de la MAIA ne prennent en charge que des patients à pathologies complexes).

soins et la continuité des parcours de PECA. En somme, la coopération reste à promouvoir au niveau des groupes d'acteurs apportant les mêmes services, quel que soit le champ concerné et la coordination doit permettre de faire la jonction entre les activités des divers groupes des deux domaines.

Plus encore, l'enquête menée auprès des professionnels nous a permis d'étudier la réalité des pratiques de coordination/coopération.

### III.2 - La pratique de la coordination/coopération

Les acteurs de la prise en charge interrogés, dans le cadre de nos enquêtes, mettent en œuvre plusieurs stratégies de coordination/coopération, malgré des carences et défaillances rapportées. En nous appuyant sur la grille de synthèse des facteurs favorisant la coordination et la coopération, que nous avons élaborée à partir de l'état de la littérature (cf. tableau 1), deux principaux points ont été mis en évidence : les leviers majeurs mobilisés par les professionnels de soins, dans le cadre des parcours de PECA de patients atteints de MND, et les freins à la coordination des actes/coopération des acteurs.

Les neuf (9) entretiens réalisés ont identifié, chez les professionnels de santé, des leviers de coordination et de coopération essentiellement de nature organisationnelle et relationnelle (cf. tableau 2).

**Tableau 2 : Synthèse des leviers de collaboration et de coopération relevés chez les acteurs interrogés.**

		Coordination	Coopération
Principaux leviers relevés lors des entretiens	Organisationnels	<b>Hiérarchie</b> : supervision directe et indirecte des intervenants par les structures (SSIAD, SAD, ...) et les établissements.	--
		<b>Anticipation, planification</b> : planning de soins, plannings d'intervention des acteurs au domicile.	--
		<b>Rôle des intermédiaires</b> : évaluation multidimensionnelle des patients (questionnaires de cas MAIA, guichets intégrés), orientation des patients vers les dispositifs adaptés.	--
		<b>Standardisation des procédés, résultats, compétences</b> : rédaction de modes opératoires d'entrée, de rapports de prise en charge, cahiers de coordination à domicile.	--
	Relationnels	<b>Communication</b> : échanges informels entre les différents acteurs	<b>Communication</b> : échanges informels



		(professionnels et/ou institutions du médical, du soin, de l'accompagnement, le patient et les aidants).	internes aux groupes de professionnels en réponse à un besoin identifié.
		<b>Articulation entre les intervenants :</b> réunions formelles de coordination entre les intervenants au domicile, en institution, au niveau des dispositifs de coordination (MAIA, CLIC ...).	<b>Construction d'accords :</b> conventions de coopération avec les cliniques, hôpitaux, EHPAD, protocoles de coopération entre les professionnels de santé.
		--	<b>Langage commun</b>
	<b>Individuels</b>	<b>Implication</b>	<b>Complémentarité des compétences</b>
		--	<b>Engagement</b>
		--	<b>Altruisme organisationnel</b>

Le tableau 2 met en évidence un défaut de leviers individuels susceptibles de favoriser, d'une part, l'implication des acteurs dans la coordination et, d'autre part, leur engagement à coopérer au-delà de l'altruisme organisationnel qui ne peut être garant d'un engagement pérenne.

Cependant, ces résultats sont à nuancer ; car ils ne signifient pas forcément une absence totale de facteurs motivant l'implication ou l'engagement. Ils dérivent essentiellement de la perception d'une mise en œuvre déficitaire de la coordination et coopération, que les acteurs impliqués dans les PECA ont eux-mêmes constatée et déplorée.

Au niveau de la coordination, l'insuffisance d'implication des acteurs a été soulignée en ces termes : « *Les gens rêvent d'un coordinateur, sous-entendu, qui ferait ça à leur place. Mais, la coordination, c'est chacun qui doit la faire là où il est* » ; « *Ceux qui disent qu'il faut trouver comment coordonner le parcours, non ! C'est qu'il nous faut nous, nous coordonner sur le parcours* », « *Coordonner, c'est ce qu'il y a de plus compliqué. On est la jonction entre les administratifs et les personnes de terrain. On essaie de trouver le meilleur accord. C'est tout le jonglage que nous devons faire en tant que Médecin coordonnateur* ».

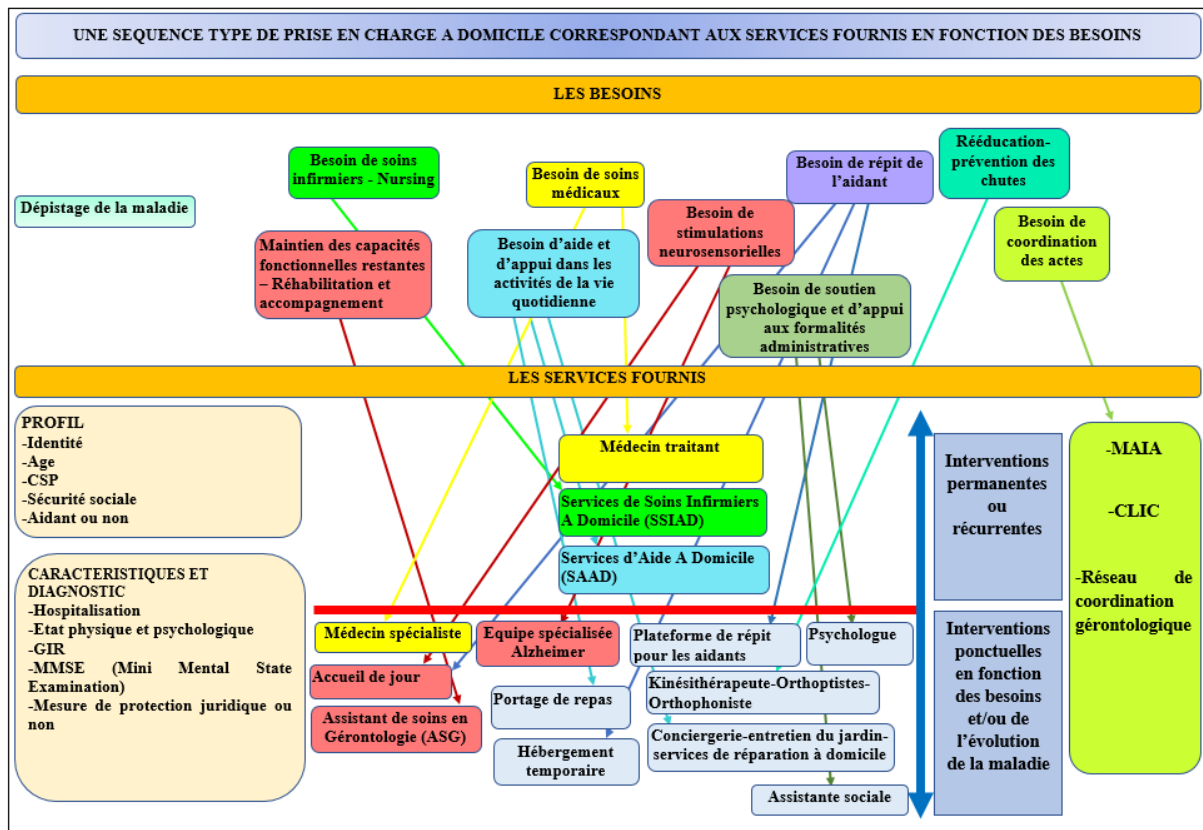
Au niveau de la coopération/collaboration, il a été relevé un flou sur la responsabilité des uns et des autres : « *Tel collègue attend que ce soit l'autre qui vienne à lui pour collaborer et coopérer. Tout le monde rêve d'une collaboration mais elle ne se fait pas tout seul !* ».

Ce manque d'engagement et d'implication individuelle peut être mis en lien avec le déficit de supports incitatifs, qu'ils soient financiers ou reposant sur la valorisation de la contribution de chaque intervenant dans la prise en charge et l'accompagnement.

### **III.3 - Définition de la notion de séquence de prise en charge**

L'analyse des témoignages recueillis a révélé que chaque malade est caractérisé par un parcours constitué d'acteurs de prise en charge et de services fournis en réponse à ses besoins spécifiques à un moment donné. Nous nommons ces agrégats de recours « une séquence ». Nous définissons donc une séquence comme « une combinaison d'acteurs et de services proposés en réponse à un besoin qui est fonction de la situation médicale, sociale et familiale du patient sur une période de temps variable dépendant de l'évolution de l'état et de la situation du patient et de son aidant familial ». Douze modélisations ont été faites sur la base des enquêtes et leur lecture nous a permis de dégager un tableau type de séquence de PECA (*cf.* figure 3). Ces séquences sont construites à partir d'un diagnostic global de l'état du patient et de l'aidant (état de santé, degré de dépendance, état cognitif et comportemental, lieu de vie, ressources, disponibilité et état de fatigue de l'aidant) qui permet de définir l'ensemble des besoins à satisfaire. Ensuite, l'état de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale du territoire permet de définir les services qui vont constituer la séquence de prise en charge. Cet ensemble de services mis en place doit être coordonné et les acteurs mobilisés doivent coopérer jusqu'à ce que l'évolution de la maladie ou la situation sociale fassent évoluer le besoin et nécessite la mise en place d'une autre séquence.

**Figure 3 : Modélisation d'une séquence de PECA à domicile**



Les séquences de prise en charge mettent en évidence deux types d'acteurs. Ceux qui interviennent quasi systématiquement, que nous qualifions d'incontournables de la PECA, sont par ordre de récurrence de leurs interventions : le médecin traitant, les SSIAD ou infirmier(e)s libéral(e)s et les SAAD (auxiliaires de vie pour les AVQ). En dehors de ce cercle, d'autres professionnels interviennent en fonction de l'évolution de la maladie chez les patients (aggravation, complications, maladies associées, problématiques liées à l'aidant (qui n'est plus en mesure de préparer le repas, de tondre la pelouse...)). Il s'agit des médecins spécialistes (neurologues, pneumologues, cancérologues, entérologues...), des orthophonistes, kinésithérapeutes, orthoptistes, structure d'accompagnement (accueil de jour...), ESA (avec infirmière, psychomotricien(ne), ASG (Assistant de Soins en Gérontologie), Services d'assistance (portage de repas, conciergerie, entretien du jardin, service de réparations à domicile...). Cette répartition des professionnels en fonction de leur degré d'interaction avec le patient/aidant permet de définir :

- un noyau proche d'intervenants autour du patient et de l'aidant qui sont le plus à même d'appréhender les besoins médicaux, médico-sociaux et sociaux et qui peuvent servir de relais de coordination avec l'aidant et parfois avec l'appui de dispositifs spécialisés (MAIA, CLIC, ...) pour les cas complexes. Notre étude montre que ce cercle d'acteurs

de proximité est rarement coordonné par le médecin traitant (comme le préconisent les tutelles) mais plutôt souvent par les acteurs du soin et les aidants. L'engagement de ces acteurs dans ces activités de coordination doit être soutenu par un système de financement adapté qui n'intègre pas seulement les actes de soins ou d'aide mais également les temps de relation avec le patient, son entourage et les temps de coordination. Pour cela il semble nécessaire d'envisager un système de financement au forfait pour la prise en charge de ces patients, la définition du forfait reposant sur une analyse fine des ressources nécessaires pour l'ensemble des activités définies dans la séquence.

- Un cercle d'intervenants plus ponctuels qui assurent un service spécifique et pas forcément quotidien et qui n'ont donc pas une connaissance suffisamment globale du patient et de sa situation familiale pour pouvoir assurer la coordination. Pour ces acteurs ponctuels de la PECA, un financement à l'activité ou à l'acte semble convenable, car leurs interventions se font sur la base de leur compétence métier et ne supposent pas de coopération avec les autres professionnels.

## **CONCLUSION ET PERSPECTIVES**

La diversité des modes de financement des soins de dépendance génère des difficultés en lien avec la coordination et la coopération des acteurs de soins. Or, pour garantir la qualité des soins et de l'accompagnement apportés aux malades et à leurs aidants, il est nécessaire de fonder une unité de tarification intégrant, à la fois, les besoins réels des malades, la cohérence et l'articulation des soins et des activités d'accompagnement. Sur cette base, cette étude propose la logique de la séquence de prise en charge prenant en compte les besoins réels des patients et permettant une réflexion sur les moyens d'amélioration de la coordination/coopération des soins. Dans un premier temps, une exploration des deux concepts de coordination/coopération nous a permis de dégager une grille synthétique des facteurs favorisant leur mise en œuvre. Ensuite, à partir de nos enquêtes de terrain, nous avons tenté d'identifier les mécanismes et ressorts des pratiques de coordination/coopération chez les professionnels interrogés en les mettant en parallèle avec la grille de synthèse élaborée au regard de la revue de littérature. Cette démarche nous a permis de cibler les leviers de performance des deux concepts étudiés. Ensuite, pour les intégrer dans une logique de prise en charge de qualité, nous avons mis en relation les besoins des malades avec les acteurs et services de soins correspondants. Cette articulation a présenté un double intérêt. D'une part, elle a facilité la lecture des interactions permettant de

proposer des pistes de réflexion pour une meilleure collaboration/coopération/coordination des soins. D'autre part, elle a permis, d'abord, de définir une séquence type de prise en charge s'appuyant sur les besoins des malades et, ensuite, de répartir les parties prenantes du soin en fonction de la récurrence de leur intervention auprès des malades (les acteurs à intervention permanente et les acteurs à intervention ponctuelle en fonction de l'évolution de la maladie).

Trois perspectives majeures se dégagent de cette recherche :

- l'utilisation du principe de la séquence de PECA permettant autant d'identifier les acteurs de la coordination, et les sphères de coopération, que de définir les activités nécessaires à une bonne prise en charge et accompagnement adaptés aux besoins du patient/aidant ;
- l'utilisation du modèle de séquence comme support à une tarification intégrant le degré d'interaction des professionnels avec les patients ;
- la proposition d'un système de financement hybride qui combine financement au forfait pour les acteurs de proximité et à l'acte pour les acteurs plus ponctuels.

A partir de ce modèle de séquence, une réflexion centrée sur les ressources à mobiliser pour assurer les activités de coordination pourrait être engagée. Elle permettrait de poser les bases de l'évaluation des forfaits de prise en charge pour les acteurs de proximité.

Par ailleurs, cette étude s'inscrit dans le grand mouvement actuel de réforme des modalités de tarification des établissements et services médico-sociaux, dont plusieurs rapports ont souligné l'importance dans le cadre de la facilitation du parcours des personnes accompagnées, de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des dispositifs et structures de PECA existantes.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Alsène, E. ; Pichault, F. (2007) : « La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel », *Annales des Mines, série Gérer et Comprendre*, Vol. 87, p. 61-77.
- Andreoletti, C. (2007) : La tarification à l'activité : réforme de l'allocation de ressources des établissements de santé (sous la coordination de) ; 30 pages. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation\\_des\\_grands\\_lignes\\_de\\_la\\_reforme.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_des_grands_lignes_de_la_reforme.pdf). Voir également <http://www.sante.gouv.fr>; <http://www.reformeshospitalieres.fr> ; <http://www.atih.fr>
- Angelé-Halgand N., Garrot T. (2014), " Les biens communs à l'hôpital : de la « T2A » à la tarification au cycle de soins", *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 20, vol. 3, Décembre 2014/3 Tome 20, p. 15-41. <https://www.cairn.info/revue-comptabilite-controle-audit-2014-3-page-15.htm> DOI [10.3917/cca.203.0015](https://doi.org/10.3917/cca.203.0015)
- Aucoin P., Heintzmann R. (2000), "The Dialectics of Accountability for Performance in Public Management Reform", *International Review of Administrative Sciences*, vol. 66, p.45-55.
- Aucoin, P. (1990). « Administrative reform in public management: Paradigms, paradoxes and pendulums », *Governance*, 3: 115-137.

- Baribeau, C. (2009) : « Analyse des données des entretiens de groupe ». *In Recherches qualitatives – Volume 28 (1) 2009*, pp. 133-148.
- Bartoli, A. (2005) : *Le management dans les organisations publiques*, Dunod.
- Bartoli, A. ; Gozlan, G. (2014) : « Vers de nouvelles formes hybrides de coordination en santé mentale : entre conformité et innovation », *Management & Avenir*, vol. 68, no. 2, 2014, pp. 112-133.
- Batifoulier, P. ; Caillé, A. ; Chaniel, P. (2013) : *Marchandiser les soins nuit gravement à la santé. Revue MAUSS, Semestrielle, n°41, premier semestre 2013.*
- Bercot R. (2006), " La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles ", *Négociations 1/2006 (no 5)* ; p. 35-49 URL : [www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-p.35.htm](http://www.cairn.info/revue-negociations-2006-1-p.35.htm). DOI : 10.3917/neg.005.0035.
- Bloch, M.-A. ; Hénaut, L. (2014) : *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Collection Santé, Social. Editions Dunod ; janvier 2014, 336 pages.*
- Bloch, M.-A. ; Hénaut, L. ; Sardas, J.-C. ; Gand, S. (2011) : *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles.* <hal-00818111>
- Brief, A. P., & Motwido, S. J. (1986). Prosocial organizational behaviors. *Academy of Management Review, 10*, 710-725.
- Cefaï, D. (2007) : *Pourquoi se mobilise-t-on ? Les théories de l'action collective.* Editions La Découverte/M.A.U.S.S., Paris, 2007, 36 pages. <http://www.revuedumauss.com.fr/media/MOB.pdf>
- Chappoz, Y. ; Pupion, P.-C. (2014) : « La nouvelle gestion des organisations de santé », *Gestion et management public 2014/2 (Volume 2/n°4)*, p. 1-2.
- CNSA (2015) : *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie. 6<sup>ème</sup> édition, 16 pages.* <http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-chiffres-cles-01-06-2015-1.pdf>
- Cour des Comptes (2013) : *La lutte contre la maladie d'Alzheimer : une politique de santé publique à consolider. Rapport public annuel 2013, février 2013 ; pp. 121-150.* [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)
- Crainich, D., Leleu, H., Mauleon, A. (2009) : *Impact du passage à la tarification à l'activité. Une modélisation pour l'hôpital public, Revue économique 2009/2, Volume 60, p. 471-488.*
- Czernichow, P. (2015) : « Un système de santé plus intégré pour mieux prendre en charge les maladies chroniques », *Santé Publique 2015/HS (S1)*, p. 7-8.
- Daune-Richard, A.-M. ; Jönsson, I. ; Odena, S. ; Ring, M. (2008) : *Les trajectoires d'entrée en dépendance des personnes âgées du point de vue du « care ».* Approche comparative France-Suède. 10<sup>ème</sup> Congrès de l'Association française de sciences politiques (AFSP), Sep 2009, Grenoble, France : <halshs-00449802> <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00449802/document>
- Dejours, C. (1993) : *Coopération et construction de l'identité en situation de travail.* In *Multitude, revue politique, artistique, philosophique. Revue trimestrielle : Futur Antérieur 16 : 1993/2.*
- Fayol, H. (1916) : *Administration industrielle et générale*, Paris, Dunod, (1916).
- Fior, S. ; Lallemand, D. (2001) : « *Vivre avec la maladie d'Alzheimer : L'aide aux aidants en France : identifier, comprendre, agir* ». Fondation Médéric Alzheimer, 170 pages.
- Guerin, O., Husser, J. (2011) : « Les effets incitatifs de la T2A pour les établissements de soins : vers une nouvelle répartition des actes chirurgicaux ? », *Vie & sciences de l'entreprise*, 3/2011 (N° 189), p. 12-22. URL : <http://www.cairn.info/revue-vie-et-sciences-de-l-entreprise-2011-3-page-12.htm> DOI : [10.3917/vse.189.0012](https://doi.org/10.3917/vse.189.0012)
- Hardy, J.-P. (2010) : « *La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique* », *Vie sociale 2010/1 (n° 1)*, p. 43-57. DOI [10.3917/vsoc.101.0043](https://doi.org/10.3917/vsoc.101.0043).

- HAS (2012) : Nombre d'UCC ouvertes et prévues pour 2012 : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201204/liste\\_des\\_ucc\\_ouvertes\\_pour\\_has\\_11\\_10\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201204/liste_des_ucc_ouvertes_pour_has_11_10_2012.pdf)
- HAS (2014) Note méthodologique et de synthèse documentaire « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ». Septembre 2014, 46 pages.
- Inserm (2007) : Maladie d'Alzheimer : enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Expertise collective, 654 pages. [www.inserm.fr/content/download/.../2/.../Maladie\\_Alzheimer\\_enjeux.pdf](http://www.inserm.fr/content/download/.../2/.../Maladie_Alzheimer_enjeux.pdf) ou sur [http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Synthese.html#titre\\_n1\\_16](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Synthese.html#titre_n1_16)
- Jaeger, M. (2010) : « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs ». Vie Sociale, n°1, 2010, p. 15-23.
- Lawrence, P. and Lorsch, J. (1967): "Differentiation and Integration in Complex Organizations" Administrative Science Quarterly 12, (1967), 1-30.
- Le Boterf, Guy (1997) De la compétence à la navigation professionnelle, Paris, Les éditions d'organisation, 1997, 260 p.
- Le Breton-Lerouillois (2016) : Atlas de la démographie médicale en France. Sous la direction du Docteur J.-F. Rault, 326 pages.
- Malone, T. W.; Crowston, K. (1994) : « The interdisciplinary study of coordination », ACM Computing Surveys, vol. 26, n° 1, pp. 87-119.
- March, J.G.; Simon, H.A. (1958): Organizations. Ed John Wiley and Sons, 1958.
- Milliet, C. (2013) : La coordination dans le parcours de soins : un axe managérial pour le Directeur des soins. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), 59 pages.
- Mintzberg, H. (2015) : Le management, voyage au centre des organisations. Neuvième édition revue et corrigée, neuvième tirage 2015. Eyrolles, éditions d'Organisation, 703 pages.
- Moisdon, J.-C. (2010) : « L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A », *Revue française des affaires sociales*, 1/2010, p. 213-226. URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-1-page-213.htm>
- Moisdon, J.-C. (2013) : « De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé », *Quaderni*, 82 Automne 2013, pp. 39-54. Edition électronique URL : <http://quaderni.revues.org/741> ISSN: 2105-2956.
- Ngatcha-Ribert, L. (2007), « D'un no man's land à une grande cause nationale. Les dynamiques de la sortie de l'oubli de la maladie d'Alzheimer », *Gérontologie et société*, 23, p. 229-247.
- Observatoire Cap Retraite (2015) : « La France face à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : Analyse à l'échelle nationale et départementale ». Cap Retraite, 43 pages.
- Parant, A. (2007) : « Vieillesse en Europe à l'horizon 2050 : Apports et limites des projections » ; pp. 27-39. In « Le vieillissement en Europe : Aspects biologiques, économiques et sociaux ». Sous la Direction de Thomas Barney et Catherine Sermet. La Documentation Française ; 188 pages.
- Rapport Gallez (2005) sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Assemblée Nationale, 256 pages.
- Schaller, P. ; Gaspoz, J.-M., 1988 : « Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique ». Rev. Med. Suisse 2008 ; 4 : pp. 2034-2039.
- Sebai J., (2015), " L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ? ", *Santé Publique* 2015/3, vol. 27, p. 395-403.

- Smith, C. A., Organ, D. W., & Near, J. P. (1983). Organizational citizenship behavior: Its nature and antecedents. *Journal of Applied Psychology*, 68(4), 653-663.
- Taylor, F. W. (1911): The Principles of Scientific Management. Library of American civilization. Editors: Harper and Brothers, 1911. Original provenant de l'Université de Harvard. Version numérisée le 10 nov. 2005, 77 pages.
- Tesch, R. (1990). Qualitative research: analysis types and software tools. New York : Falmer Press.
- Thompson, J. D. (1967), Organizations in Action. Social Science Bases of Administrative Theory, McGraw-Hill, New York.
- Van de Ven, A. H.; Delbecq, A. L. ; Koenig, R. (1976) : «Determinants of coordination modes within organizations », *American Sociological Review*, vol. 41, n° 2, pp. 322-338.
- Vincent G. (2005) : « Les réformes hospitalières », *Revue française d'administration publique*, 1/2005 (n°113), p. 49-63. URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-1-page-49.htm> DOI : [10.3917/rfap.113.0049](https://doi.org/10.3917/rfap.113.0049)
- Vincent, B. ; Montalan, M.-A. (2016). L'auto-évaluation des réseaux de santé territoriaux : la quête de légitimité auprès de multiples parties prenantes. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 34(4), 239-255. doi:10.3917/jgem.164.0239
- Zarifian P. (1996), Travail et communication, Edition PUF, Collection Sociologie d'aujourd'hui. 2ème édition ; Paris, 224 p. Voir aussi <http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page122.htm>