



HAL
open science

Dimensions et dynamique de la coordination des soins de ville : une analyse économique

Christine Peyron, Anne Buttard

► **To cite this version:**

Christine Peyron, Anne Buttard. Dimensions et dynamique de la coordination des soins de ville : une analyse économique. 2019. hal-02022726

HAL Id: hal-02022726

<https://hal.science/hal-02022726>

Preprint submitted on 18 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dimensions et dynamique de la coordination des soins de ville : une analyse économique

Christine Peyron et Anne Buttard

Janvier 2019

Clarifier la notion de coordination

Le terme « coordination » est aujourd'hui omniprésent dans la présentation des attendus et des outils des politiques d'organisation des services de santé, et cela particulièrement en médecine de ville. La coordination justifie et anime des dispositifs comme les plans personnalisés de santé, les parcours de santé, les réseaux, les Maisons de santé pluri professionnelles (MSP), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)... La lecture des textes réglementaires et des supports de communication des tutelles montre toutefois un réel flottement dans l'usage de ce terme. La coordination peut être celle des professionnels, de leur exercice, ou des soins. Elle peut être associée, voire identifiée à des notions pourtant distinctes : concertation, collaboration, coopération. En parallèle, les supports de coordination se multiplient, certains dispositifs récents tels les PAERPA et CPTA se proposent même de « coordonner la coordination ». Ces éléments laissent à penser que, derrière le terme générique de coordination, se cachent des représentations loin d'être uniformes et unanimement reconnues. Au-delà du débat conceptuel, ce flou sémantique est source de confusion pour appréhender la nature et l'intensité des changements souhaités, pour comprendre les réactions, difficultés et besoins des professionnels. Il constitue aussi un obstacle à la mesure et à l'analyse de l'apport des dispositifs de coordination, ainsi qu'à leur rémunération adaptée. Alors que ces dispositifs sont amenés à se multiplier voire à se généraliser, cette problématique s'accroît.

Nos recherches en cours visent à clarifier la notion de coordination en santé, à expliciter ses différentes dimensions et à revenir sur son statut dans un processus de production de soins. Une appréhension plus fine de la coordination permettra de mieux analyser le bien-fondé, les difficultés des coordinations promues par les politiques de santé. Nous nous appuyons à la fois sur des études de terrain menées auprès de réseaux, de dispositifs de télémédecine et de MSP, et sur des approches théoriques de la coordination couvrant différents courants de l'économie des organisations.

Une définition générique de la coordination l'associe à ce qui rend compatibles les actions, les décisions, les projets d'une pluralité d'acteurs. Cette cohérence des comportements au sein de l'organisation garantit en partie l'unité de cette dernière en dépit de tensions centrifuges possibles, et lui permet de poursuivre son ou ses objectifs. Au-delà de cette définition générique, les *corpus* théoriques auxquels nous nous référons (approches néo institutionnaliste, basée sur les compétences, cognitiviste, conventionnaliste) nous permettent de mettre en lumière différentes dimensions à la fois dans le statut et dans la fonction de la coordination, pour progresser vers une analyse appliquée plus exhaustive de ce qu'elle peut être. Ces dimensions peuvent être envisagées comme des interprétations possibles de « la » coordination par les acteurs impliqués. Par conséquent, elles ne sont pas exclusives les unes des autres mais peuvent exister conjointement, et faire l'objet d'articulations *in situ*.

Par ailleurs la coordination est souvent présentée comme un *input* (un facteur contribuant à une activité de production). La considérer comme un *output* produit par l'organisation change les problématiques possibles. Il ne s'agit alors plus seulement de savoir ce qu'elle apporte à la production, mais aussi d'analyser comment, selon quel processus, avec quels moyens, quelle temporalité, une organisation fabrique de la coordination.

Dans le cadre de ces recherches, nous présentons une grille possible pour analyser *les coordinations* en médecine de ville, avant d'en développer le caractère dynamique et territorial. Sans épuiser l'étendue de nos objectifs théoriques et empiriques, cette présentation synthétique permet d'en saisir les points essentiels.

Les dimensions de la coordination au sein d'organisations pluri professionnelles

Nous proposons une grille d'analyse de la coordination qui en distingue trois dimensions. Ces dimensions existent potentiellement toutes, mais dans des proportions ou selon des articulations variables au sein des

organisations considérées. Notre grille s'appuie concrètement sur les résultats d'études menées auprès des réseaux, maisons de santé et dispositifs de télémédecine (Buttard et Gadreau 2008, Buttard et Lopez 2016).

La coordination **logistique** facilite le travail individuel dans l'organisation. Cette coordination existe parce que les membres de l'organisation partagent des informations et des ressources (plages horaires réparties entre professionnels, locaux dans une MSP, matériel, personnel, *etc.*), grâce à une proximité de localisation ou à un système d'information commun. Ils peuvent également partager la notoriété, l'attractivité de l'organisation.

La coordination logistique organise ce partage de ressources et permet la compatibilité des parts ou avantages de chacun. Elle est toujours présente dans un collectif de travail, mais plus ou moins fortement. Elle facilite le travail individuel en permettant d'accéder à des actifs disponibles plus importants et/ou moins coûteux, et desserre les contraintes matérielles d'un exercice isolé. La coordination logistique est fortement présente dans les dispositifs de télémédecine ou les MSP. Elle est peut-être moins visible au sein des structures parfois légères que sont les réseaux de santé territoriaux, même s'ils utilisent également un système d'information commun. Cette coordination peut être qualifiée de factorielle en ce sens qu'elle modifie les facteurs de la production de soins. Elle constitue sans doute la motivation initiale à intégrer un dispositif de coordination. Les supports de la coordination logistique seront des règles de fonctionnement, des engagements contractuels, des informations partagées sur l'activité de chaque professionnel, des échanges informels ou organisés.

La coordination **opératoire**, séquentielle ou réciproque (Alter et Hage, 1993), permet d'articuler les contributions individuelles de plusieurs professionnels à une prise en charge ou à la mise en œuvre d'une action de santé. Par exemple, la coordination territoriale d'appui mise en œuvre par les réseaux notamment, vise à mieux agencer les interventions des soignants et autres prestataires auprès de patients complexes maintenus à domicile.

La coordination permet ici la compatibilité entre les interventions de chacun, articulées autour d'un même patient ou d'un même objectif. C'est la dimension la plus couramment mise en avant par les tutelles, à la fois dans le diagnostic des faiblesses de notre système de santé, et dans les stratégies de mise en place de parcours. La coordination opératoire peut être séquentielle, on tient alors compte du travail réalisé en amont et des informations nécessaires pour le poursuivre. Elle est réciproque, lorsque les interventions sont simultanément articulées. La coordination opératoire est sans aucun doute d'autant plus nécessaire que le patient est complexe et qu'il nécessite des interventions complémentaires et non similaires (au sens de Richardson, 1972). Elle améliore la qualité des prises en charge voire leur efficacité en limitant les actes redondants. Cette coordination peut être qualifiée de fonctionnelle en ce sens qu'elle configure le cadre dans lequel chaque intervention va pouvoir s'élaborer au sein de l'organisation et qu'elle précise la fonction de chacun et ses relations avec les autres. Les supports de cette coordination seront des protocoles préexistants, un système de partage d'information sur le patient, des échanges formels ou informels autour de sa prise en charge, et les PTA mises en place pour faciliter cette coordination.

La troisième coordination que nous envisageons ici, est la coordination **collective**. Elle rend possibles une décision ou un travail collectifs, c'est-à-dire élaborés, portés par l'organisation et qui s'imposent ensuite à tous ses membres.

La coordination permet ici la compatibilité des réponses, des solutions de chacun face à des problématiques qui dépassent les tâches individualisables. Elle permet aux membres de l'organisation d'être d'accord sur l'objectif de l'organisation, de co-construire des projets ou des protocoles. Elle favorise la naissance d'espaces de coopération (Wenger, 2000). Cette dimension de la coordination se construit progressivement, elle est à la fois le produit et la condition d'un collectif qui dépasse une juxtaposition d'individualités. Elle demande un apprentissage plus complexe et plus long. Contrairement aux précédentes dimensions, elle n'est pas forcément présente dans toutes les organisations et reste plus difficilement mesurable. Cette coordination peut être qualifiée de synergique en ce sens que le collectif crée des ressources communes nouvelles, parfois inattendues, et toujours spécifiques, qui concourent aux objectifs de l'organisation de l'organisation. Les supports de cette coordination seront des compétences, des procédures construites dans l'organisation, des routines ou plus généralement des conventions qui permettent au groupe de résoudre des difficultés récurrentes, des divergences, voire des conflits (Batifoulier et Gadreau, 2006). Le projet fondateur de l'organisation peut aussi être support de cette coordination.

Pour une approche dynamique et territoriale de la coordination

Les notions de ressources génériques et spécifiques, développées par les approches cognitivistes de la production (Prévoit *et al.*, 2010), permettent une approche dynamique de ces coordinations. Elles mettent en lumière que

certain supports de coordination sont produits dans l'organisation, et que cette production nécessite des efforts, des moyens et surtout du temps.

Les ressources génériques sont des ressources transférables entre différentes organisations. Il est donc possible de les obtenir à l'extérieur de l'organisation, notamment en les achetant. A titre d'exemples, un logiciel, une formation, des protocoles HAS, un répertoire des professionnels du territoire, sont des ressources génériques. Les ressources spécifiques sont des ressources propres à chaque organisation, non transférables. Elles sont construites dans et par l'activité. Elles renvoient à un savoir-faire collectif, aux procédures que l'on a instituées pour trancher collectivement une indécidabilité, aux routines organisationnelles qui permettent d'aller plus vite pour trouver des solutions, résoudre des conflits. Les ressources spécifiques se construisent dans le temps au sein de chaque organisation. A titre d'exemples, la manière d'utiliser un système d'information, l'exercice du *leadership* au sein de l'organisation, une culture commune de la qualité des soins, les relations de confiance avec les partenaires, sont des ressources spécifiques. On conçoit que ces ressources spécifiques seront d'autant plus importantes, lorsque l'on va de la coordination logistique à la coordination collective.

La tutelle peut apporter des ressources génériques, *via* les PTA par exemple, mais doit laisser les organisations produire leurs ressources spécifiques. Un espace favorable à leur apparition peut être créé, le Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte) déployé par la HAS s'inscrit d'ailleurs dans cette logique. Dotée de ces ressources, l'organisation pourra produire de la coordination et améliorer ses services de santé.

La notion de ressources spécifiques permet aussi de lier coordination et territoire.

Dans une approche statique du lien entre coordination et territoire, on concevra que les coordinations opératoires ou collectives vont impliquer des acteurs regroupés sur un territoire. On peut alors chercher, de façon descendante, à développer des coordinations entre les acteurs d'un espace géographique prédéfini.

Les analyses en économie spatiale insistent cependant sur l'importance de l'émergence de territoires pertinents pour comprendre la production et surtout l'innovation (Colletis et Pecqueur, 2005). Elles considèrent que les territoires productifs sont des espaces socialement construits par les ressources apportées les acteurs et par la coordination entre ces acteurs. Les territoires ne se décrètent pas. Une approche dynamique, interactive, du territoire et de la coordination en santé est alors envisageable.

Un territoire a initialement des ressources, des compétences complémentaires qui gagnent à être coordonnées : celles des professionnels de santé, des établissements de soins, des acteurs d'autres secteurs (éducation, médicosocial). Des premières coordinations, tantôt informelles et spontanées, tantôt prescrites, peuvent émerger et contribuer à des parcours, des projets. A partir de cette première étape, des relations, des réseaux confraternels, des savoirs faire vont se constituer. Ces ressources spécifiques à un territoire vont permettre développer d'autres coordinations, qui vont faire bouger ou conforter les frontières du territoire initial, et le mécanisme peut se poursuivre... La coordination mobilise les ressources du territoire et, en se déployant redimensionne le territoire (Offner et Pumain, 1996). Tout comme la coordination, le territoire pertinent de la coordination se construit dans la durée.

Ces premiers éléments d'analyse offrent des pistes à poursuivre pour analyser la coordination en médecine de ville, envisagée non seulement comme un moyen pour améliorer les prises en charge de patients, mais aussi comme une production des organisations de soins primaires qui nécessite des ressources et du temps, pour être élaborée. La délimitation du territoire pertinent d'une coordination ne devrait pas être fixée *ex ante* mais progressivement produite. Préciser les dimensions attendues de la coordination, et s'intéresser davantage à la production de la coordination, à ses obstacles, à ses leviers, constitue alors un champ prometteur pour le chercheur comme pour le régulateur.

Alter C., Hage J. (1993), "Organizations working together"; In *Sage Library of Social Research*, Newbury Park, CA: Sage Publications.

Batifoulier P., Gadreau M. (2006), "Régulation et coordination du système de santé. Des institutions invisibles à la politique économique"; in : *L'économie des conventions, méthodes et résultats: Tome 2. Développements*, Eymard-Duvernay F. (éd.), Paris: La Découverte. pp. 453-468.

Buttard A., Gadreau M. (2008), "Le réseau en santé : une démarche en mutation"; *Revue Sociologie et Santé* 2008;29:101-122.

Buttard A., Lopez J. (2016), "L'apport des maisons de santé pluriprofessionnelles pour améliorer l'accès aux soins de premier recours", *RGDM*, n° 58, p. 177-190.

- Colletis G., Pecqueur B. (2005), "Révélation de ressources spécifiques et coordination située"; *Économie et institutions*, 6-7, 51-74.
- Gadreau M. (2001) "Les réseaux dans le système de santé et l'arbitrage efficacité-équité"; *Revue Economie Appliquée*, tome XIV, n°2, 91-128.
- Offner J-M., Pumain D. (1996), "Réseaux et territoires - significations croisées"; *in* Offner J-M., Pumain D. (dirs). Editions de l'Aube, pp.281, 1996.
- Prévot F., Brulhart F., Guieu G. (2010), "Perspectives fondées sur les ressources. Proposition de synthèse", *Revue française de gestion*, vol. 204, no. 5, 2010, pp. 87-103.
- Wenger E.C., Snyder W.M. (2000), "Communities of Practices: the organizational frontier", *Harvard Business Review*, January-February 2000, p. 139-145.