



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2016 –**

**« LES NOUVEAUX METIERS DE LA  
COORDINATION »**

**– Groupe n° 14 –**

- Brajeul Maria, ED3S
- Chesnel Florence, stagiaire IASS
- Cohen Raphaël, EDH
- Fégar Lorène, EAAH
- Gein Verschueren Pauline,
- Leroux Delphine, ED3S
- Marie Carole, EDH
- Pernel Marie José, EDS
- Tounsi Lina, ED3S

*Animateurs :*

- *Jacques Orvain*
- *Mathias Waelli*

---

# S o m m a i r e

---

<b>Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>I. La construction méthodologique du travail d'exploration des nouveaux métiers dédiés à la coordination en santé.....</b>	<b>11</b>
<b>A. La nécessaire adaptation des modalités d'une enquête exploratoire à la nébuleuse des métiers de la coordination en santé .....</b>	<b>11</b>
<b>B. Le guide d'entretien envisagé comme support flexible de recueil de la parole d'informateurs sur les solutions face aux contraintes de terrain.....</b>	<b>11</b>
<b>C. La délimitation du travail d'exploration par la confrontation d'ambitions préalables au principe de réalité du terrain.....</b>	<b>12</b>
<b>D. Le choix des terrains .....</b>	<b>12</b>
<b>E. Une méthode d'analyse reposant sur le croisement des données préalable à la comparaison des caractéristiques ainsi dégagées .....</b>	<b>13</b>
<b>II. Le traitement problématisé et contextualisé des résultats de l'enquête exploratoire qualitative par une cartographie des activités .....</b>	<b>14</b>
<b>A. Résultats de l'enquête qualitative appliquée au métier de pilote de dispositif MAIA .....</b>	<b>14</b>
1) Contexte : un objet ambitieux .....	14
2) Les missions du pilote MAIA : un contenu variable.....	14
3) Difficultés : une fonction encore peu outillée .....	16
4) Profil : un diplôme niveau 1 et des compétences de management de projets .....	16
<b>B. Résultats de l'enquête qualitative appliquée au métier de gestionnaire de cas.....</b>	<b>16</b>
1) Contexte : un cahier des charges national et une initiative locale.....	16
2) Mission : un objet et un contenu de l'activité bien circonscrit a priori .....	17
3) Difficulté : un positionnement parfois délicat .....	18
4) Profil : une expertise professionnelle nécessaire au préalable .....	18
<b>C. Résultats de l'enquête qualitative appliquée à la fonction de responsable de CLIC.....</b>	<b>19</b>
1) Contexte : la volonté affichée d'instaurer un guichet unique .....	19

2)	Mission : une activité à dominante managériale et de coordination interprofessionnelle.....	19
3)	Difficultés : la répercussion de difficultés d'ordre organisationnel sur le développement de la qualité du service rendu aux bénéficiaires.....	20
<b>D.</b>	<b>Résultats de l'enquête qualitative appliquée aux métiers d'infirmier de coordination et de cadre en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Hospitalisation à domicile (HAD) .....</b>	<b>21</b>
1)	Contexte : une volonté nationale de développer la dispensation des soins à domicile .....	21
2)	Mission : la modélisation de l'activité de coordination des IDEC en SSIAD et HAD de l'Oise au travers des parcours patients.....	21
3)	Le profil : .....	22
4)	Les difficultés :.....	23
<b>E.</b>	<b>Résultats de l'enquête qualitative appliquée au métier d'infirmière de coordination en cancérologie.....</b>	<b>24</b>
1)	Contexte : des initiatives locales portées par les plans Cancer .....	24
2)	Mission : un accompagnement tout au long du parcours de soins.....	25
3)	Un profil marqué par une forte expérience clinique .....	26
<b>III.</b>	<b>Discussion : la coordination, ou la gestion de paradoxes ?.....</b>	<b>27</b>
<b>A.</b>	<b>La coordination : un terme polysémique, des pratiques hétérogènes .....</b>	<b>27</b>
<b>B.</b>	<b>Des convergences viennent relativiser cette apparente diversité .....</b>	<b>29</b>
1.	Des objectifs communs au service des usagers et des organisations .....	29
2.	Un socle d'activités partagées par les différents métiers de la coordination.....	29
3.	De fortes corrélations aussi observées dans les compétences mobilisées et la pratique professionnelle quotidienne .....	30
<b>C.</b>	<b>L'indétermination de la fonction de coordination : un « flou nécessaire » ? .....</b>	<b>31</b>
<b>D.</b>	<b>Une difficile conclusion quant à l'impact du coordonnateur sur la modification du système.....</b>	<b>32</b>
<b>E.</b>	<b>La coordination dans la santé, une dynamique plus générale de création de métiers aménageant les interfaces entre acteurs .....</b>	<b>33</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>34</b>

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous remercions sincèrement les IDEC (infirmières coordinatrices et infirmière d'annonce et de coordination) de l'AP-HP (hôpital St Antoine et de l'hôpital Bicêtre) et de l'Institut Gustave Roussy pour leur accueil et leur disponibilité.

Nous remercions également, pour ces mêmes motifs, le Professeur Dominique Somme, la pilote du dispositif MAIA de Rennes, les coordinatrices parcours patients du CHU de Nantes, la pilote et les gestionnaires de cas de la MAIA du pays de Retz, la responsable du CLIC de Saint Nazaire, ainsi que les IDEC en SSIAD et en HAD de l'Association Sanitaire et Sociale de l'Oise (ACSSO) à Nogent sur Oise.

Nous remercions Mathias Waelli et Jacques Orvain pour leurs conseils, leurs préconisations et l'apport de connaissances qu'ils nous ont fourni, ainsi que pour la confiance qu'ils nous ont témoigné dans ce travail que nous avons mené en autonomie.

Enfin, nous remercions Christophe Lerat et Emmanuelle Guevara pour le soutien logistique qu'ils ont assuré tout au long de la période du MIP.

---

## Liste des sigles utilisés

---

- ACSSO : association de coordination sanitaire et sociale de l'Oise
- AP-HP : assistance publique des hôpitaux de Paris
- ARS : agence régionale de santé
- CAPRI : cancérologie parcours de soins région Ile de France
- CCAS : centre communal d'action sociale
- CLIC : centre local d'information et de coordination à caractère gérontologique
- CH/CHU : centre hospitalier / centre hospitalier universitaire
- CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CSE : coordination des soins externes (Institut Gustave Roussy)
- DU : diplôme universitaire
- DIU : diplôme inter-universitaire
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ETED : emploi type exploré dans sa dynamique
- FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- GDC : gestionnaire de cas
- GEVA : guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées
- HAD : hospitalisation à domicile
- IDE : infirmière diplômée d'Etat
- IDEC : infirmière diplômée d'Etat coordinatrice
- IFSI : institut de formation en soins infirmiers
- IGAS : inspection générale des affaires sociales
- INCA : institut national du cancer
- MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- MDPH : maison départementale des personnes handicapées
- PSI : plan de soins individualisé / plan de service individualisé
- SAAD : service d'aide à domicile
- SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

## RESUME

La complexité des parcours de santé des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques invite les acteurs de santé à développer des dispositifs de coordination au service de la qualité des parcours et des organisations.

Ces dispositifs de coordination dans le champ sanitaire et médico-social ont fait émerger de nouvelles activités. Après avoir mené des entretiens et réalisé une cartographie des activités et des métiers, nous avons pu identifier des aspects communs à l'ensemble des métiers et des divergences significatives révélateurs d'enjeux plus larges. Il apparaît par ailleurs un manque de clarification des statuts et des positionnements au sein même des structures de coordination.

## Introduction

Dans un contexte de contraintes budgétaires accrues et de complexification des prises en charge, la coordination que l'on peut entendre comme la création de liens entre les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement, devient un enjeu majeur de l'organisation du système de santé.

Afin de répondre aux enjeux du système de santé qui peuvent se résumer par la mise en place des mécanismes permettant la dispensation du meilleur soin au meilleur coût, l'offre de soins et de services s'est considérablement étoffée depuis la création de notre système de sécurité sociale. Cette multiplicité des compétences, des techniques, des acteurs, des dispositifs de prise en charge et d'accueil révèle aujourd'hui un système de santé complexe dont les rôles de chacun sont parfois difficiles à circonscrire. Certains patients évoquent d'ailleurs à ce propos un « parcours du combattant » (Bloch, Hénault, 2014) quand il s'agit de s'orienter au sein du système de santé.

Les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques sont les premières bénéficiaires des services dédiés à la coordination. En effet, les enjeux sont significatifs considérant le vieillissement de la population, les 15 millions de malades chroniques et l'accroissement du nombre de personnes souffrant de maladies neurodégénératives que le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 porte à plus d'un million. Pour ces personnes dites en situation chronique, parfois en situation complexe, c'est-à-dire les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques comme le cancer, ou ayant subi un AVC, etc., les soins primaires ne suffisent pas et il faut faire appel à plusieurs établissements et services et à de nombreux professionnels. D'où le besoin de coordonner de manière active toutes ces structures et tous ces professionnels (Bloch et Hénault, 2014). « En raison de la complexification des parcours des patients, la coordination devient un enjeu clé de qualité et sécurité des soins » (Walsh et al, 2010). Elle repose sur la présence de « Key contact person » (Walsh et al, 2010) auxquelles le patient sait qu'il peut se référer en cas de difficulté tout au long de son parcours. Cette activité de coordination n'est pas nouvelle. En effet sur le terrain, de nombreuses initiatives se sont développées pour une meilleure prise en charge des patients chroniques (Reinhard, Takach, Yalovitch, 2014). Aux Etats Unis par exemple, depuis les années 1990, on a vu se développer de nombreux programmes de "patient navigation" (Freeman et al.). Ces professionnels dédiés à la coordination peuvent avoir différents rôles : navigateurs en aidant les patients à se repérer dans la complexité du système, coordinateurs en facilitant la communication entre les professionnels intervenants dans le parcours, ou surveillants en renforçant la sécurité et en identifiant les manques du système. En France, des exemples de coordination se sont également développés. En gériatrie principalement dans un premier temps (Bloch et Hénaut, 2014 ; Corvol, Somme etc. 2012) et, plus récemment en cancérologie, sous l'impulsion de l'INCA (Cf. Plan Cancer 3).

Selon la DGOS, la coordination se définit comme "une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe". Cette définition reste parcellaire, en effet le terme de coordination recouvre à la fois les notions d'orientation, d'action directe ou indirecte au service du bénéficiaire, de modification et de structuration du système.

Pour mener à bien les missions qui incombent aux structures en charge de la coordination, des compétences multiples sont mobilisées. Certaines sont communes à un sous-ensemble de dispositifs existants, d'autres sont spécifiques. Par ailleurs, le fonctionnement même de ces organisations varie selon le type de public pris en charge, les moyens disponibles, les caractéristiques des territoires et le portage juridique dont bénéficie le dispositif.

Les métiers et surtout les personnes qui organisent, encadrent et font vivre aujourd'hui les dispositifs de coordination ont des profils très hétérogènes d'un territoire à l'autre, voire d'une commune à l'autre. La formation continue commence à se positionner sur le créneau de la coordination des parcours de santé pour proposer à ces professionnels des compétences indispensables à la coordination mais également au management, à l'organisation et à la communication.

Ces dispositifs font émerger de nouveaux métiers. Quels services proposent effectivement ces dispositifs qui a priori ciblent chacun leur public ? Quelles sont les compétences des professionnels au service de ces structures et réseaux ? Quelles sont leurs activités quotidiennes ? Ces dispositifs répondent-ils à une carence ou participent-ils au délitement de certains métiers préexistants ? Comment les professionnels dédiés se projettent-ils dans le contexte social, économique, budgétaire, juridique et politique dans lequel ils évoluent ?

L'objectif de ce travail consiste alors à explorer l'activité de ces professionnels. Il repose sur une étude comparative, permettant de saisir des invariants du métier de coordinateur ainsi que ses éléments de flexibilité, en fonction de la spécificité des contextes locaux et des profils.

Après une mise en perspective des objectifs poursuivis à travers ce travail de recherche et la présentation de la méthodologie utilisée par les membres du groupe, nous dresserons à travers les résultats et l'analyse des entretiens réalisés une cartographie des activités de coordination pour nous permettre de dégager des invariants et tenter de définir ce que recouvre les métiers de la coordination.



## **I. La construction méthodologique du travail d'exploration des nouveaux métiers dédiés à la coordination en santé.**

### **A. La nécessaire adaptation des modalités d'une enquête exploratoire à la nébuleuse des métiers de la coordination en santé**

Le postulat de départ, en vertu des connaissances existantes, est que l'activité de coordination en santé s'articule d'une part entre des actions de service, d'intervention directe auprès du bénéficiaire et des actions de coordination au sens d'harmonisation des interventions autour du bénéficiaire. D'autre part, elle peut revêtir une dimension fonctionnelle d'orientation du bénéficiaire dans un système de santé où l'existence de nombreux « parcours d'initiés » est symptomatique, ou une dimension plus structurelle où la coordination impacte le système par le repérage des dysfonctionnements et une modification des pratiques. Elle apparaît donc variable dans sa nature et son intensité, gérant le paradoxe du respect de l'autonomie et de la spécialisation des acteurs et d'une démarche intégrative structurante.

La méthodologie appliquée au travail d'enquête pouvait se référer à une démarche quantitative ou qualitative avec l'usage du questionnaire ou de l'entretien, en complément d'une observation in situ. Ici, le but est bien de répertorier l'existant et de le contextualiser pour mieux analyser les enjeux autour des nouveaux métiers dédiés de la coordination en santé, au travers des secteurs gériatrique et oncologique. Il s'agira donc de recueillir des informations et de les trier, puis de dégager des similitudes et des éléments de flexibilité ou de différenciation, dans la limite d'une contrainte de temps.

La référence au modèle ETED (Emploi Type Exploré dans sa Dynamique) utilisé en sociologie du travail invite à l'analyse de l'organisation du travail et du contenu de l'activité, conjuguant des données chiffrées et le recueil de la parole des intéressés. Néanmoins, les contraintes du groupe de travail impliquent ici de centrer l'étude sur la tentative de cerner la flexibilité des métiers selon le contexte local. Il a donc collectivement été fait le choix d'une méthode qualitative outillée par l'entretien semi-directif et l'observation in situ dans un objectif de comparaison.

En tout état de cause, l'activité sera ici considérée comme supposée constituer un levier d'action face à une réalité à la fois constante et évolutive, selon une approche objective, ainsi qu'avoir un impact sur les représentations et faire l'objet d'un processus de reconnaissance, selon une approche plus subjective. Cette préoccupation s'incarnera dans la nature et l'objet des questions définies dans le guide d'entretien.

### **B. Le guide d'entretien envisagé comme support flexible de recueil de la parole d'informateurs sur les solutions face aux contraintes de terrain**

Dans cette perspective, un guide d'entretien a été collectivement élaboré (Annexe 1), conçu comme un support autour de cinq axes correspondants aux exigences des modèles théoriques retenus. En l'espèce :

- ✓ **Le contexte** (local, législatif, institutionnel, politique, social, managérial, financier...) de création du métier et du poste, ainsi que sa pérennisation (budgétisation, inscription dans un organigramme, instance ou dispositif de représentation...)
- ✓ **Le contenu de l'activité** (outils, nombre, nature, fréquence, durée et intensité des différentes tâches) et **l'organisation du travail** en découlant (emploi du temps, place dans l'organisation de la structure, responsabilités officielles et ressenties...)
- ✓ **Le profil du professionnel** (formation initiale et continue, parcours antérieur, motivations antérieures à la prise de poste et motivations actuelles, compétences requises et avis sur celles à développer...)
- ✓ **Les interactions liées à l'activité** (partenaires externes et internes, responsable hiérarchique, structure de rattachement, financeur, identification par les bénéficiaires et les autres professionnels partenaires, réseaux, partage des tâches...)
- ✓ **Le regard du professionnel** sur son activité (décalage entre missions imparties et effectivement conduites, problème de repérage ou/et d'identification, marges de manœuvre et autonomie, difficultés avec les partenaires, pertinence et étayage des outils de communication et de collaboration, autres difficultés humaines, techniques, organisationnelles, financières, managériales...)
- ✓ **Discussion libre**

Ce canevas implique que ne soit pas nécessairement suivi un ordre dans les questions abordées au cours de l'entretien.

### **C. La délimitation du travail d'exploration par la confrontation d'ambitions préalables au principe de réalité du terrain**

Il est important de souligner que « *L'entretien est une rencontre (...) qui comporte toujours un certain nombre d'inconnues (et donc de risques) inhérentes au fait qu'il s'agit d'un processus interlocutoire, et non pas simplement d'un prélèvement d'information* ». Notre travail tiendra compte de cet aspect dans la phase de traitement et de croisement des informations récoltées.

Dans la mise en pratique de la méthode d'enquête, une contrainte de temps s'est révélée dès le premier jour de travail de groupe. Disposant d'un créneau du 2 au 20 mai, période incluant plusieurs jours fériés, s'ajoutant aux contraintes d'emploi du temps propres aux professionnels sollicités, il a fallu faire preuve de réactivité dans la prise de rendez-vous. Les différents professionnels ayant positivement répondu ont majoritairement pu accorder un temps d'entretien à défaut de pouvoir proposer un moment d'observation plus long.

### **D. Le choix des terrains**

Le choix des IDEC et des gestionnaires de cas pour objets empiriques s'est justifié en raison d'un référencement déjà existant en pratique et de mécanismes de structuration du travail à l'œuvre. La confrontation d'un contexte clinique propre au secteur sanitaire à

celui d'un accompagnement plus médico-social peut aussi constituer un angle de lecture de l'activité de coordination intéressant.

Pour le secteur oncologie, des entretiens ont été accordés auprès d'IDEC (infirmières coordinatrices et infirmière d'annonce et de coordination) de l'AP-HP (hôpital St Antoine et de l'hôpital Bicêtre) et de l'Institut Gustave Roussy dans le cadre du projet CAPRI.

Pour le secteur gérontologique, des entretiens ont été accordés auprès d'un expert national en coordination et médecin gériatre du CHU de Rennes, de la pilote du dispositif MAIA de Rennes, des coordinatrices parcours patients du CHU de Nantes, de gestionnaires de cas de la MAIA du pays de Retz Pornic, du coordinateur du CLIC de Saint Nazaire, ainsi qu'en SSIAD et en HAD de l'ACSSO à Nogent sur Oise.

Au total, 13 entretiens semi-directifs ont été effectués au sein de 10 structures (Annexe 2).

### **E. Une méthode d'analyse reposant sur le croisement des données préalable à la comparaison des caractéristiques ainsi dégagées**

Concernant le traitement des données récoltées dans le cadre de ces différents entretiens, il a été décidé de procéder à la retranscription des propos enregistrés sous forme de verbatim, dont les éléments centraux serviront au travail d'analyse conjointe et croisée effectué par tous les membres du groupe. En parallèle, chaque observateur et enquêteur a rempli un tableau récapitulatif reprenant les cinq axes du guide d'entretien semi-directif, permettant une lecture rapide et synthétique des données.

Ce premier travail de traitement permettra ensuite de compléter un tableau plus complet, interactif, détaillant par spécialité (gérontologie, oncologie), par structure ou dispositif (CLIC, MAIA, CHU, CH, HAD...) et par intitulé de poste (IDEC, gestionnaire de cas, pilote, coordinateur...) les tâches, activités et autres caractéristiques de chaque professionnel rencontré.

Cette deuxième phase d'analyse permettra elle-même de dégager des invariants et des éléments de divergence dans les différents aspects des métiers dédiés à la coordination en santé, au travers des secteurs de la gérontologie et de l'oncologie. Ils ont été représentés schématiquement, par superposition, sur un axe double correspondant à des catégories intuitives mais validées dans leur principe par les professionnels interrogés.



<b>Navigation</b>	Orienter et éclairer les patients et les usagers dans le système
<b>Modification</b>	Faire remonter les dysfonctionnements et chercher les solutions pour agir sur le système
<b>Action</b>	Agir directement pour l'utilisateur (ex: faire les courses)
<b>Coordination</b>	Faire du lien entre les professionnels

## **II. Le traitement problématisé et contextualisé des résultats de l'enquête exploratoire qualitative par une cartographie des activités**

Un premier travail de traitement des données collectées dans le cadre des entretiens consiste en la retranscription sous forme de verbatim des propos de chaque professionnel autour du contexte, du contenu, des outils, partenaires et difficultés gravitant autour de son activité de coordination. La rédaction de ces résultats qualitatifs inclut une contextualisation par spécialité (gérontologie, oncologie), par structure ou dispositif (CLIC, MAIA, CHU, HAD...) et par intitulé de poste (IDEC, GDC, pilote, coordinateur...) et donc une problématisation sommaire mais éclairante pour dégager ensuite des éléments de concordance et de flexibilité de l'activité de coordination en santé.

### **A. Résultats de l'enquête qualitative appliquée au métier de pilote de dispositif MAIA**

#### **1) Contexte : un objet ambitieux**

Nous nous sommes entretenus avec 2 pilotes MAIA, celle du Pays de Rennes et celle du Pays de Retz. Le pilote MAIA est en charge de la gestion du dispositif MAIA dont l'ancienne appellation « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer » a laissé place à celle de « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie ».

*La MAIA « n'est sollicitée que par les professionnels et vise surtout à favoriser l'intégration des professionnels sur des aspects complémentaires : concertation, orientation, harmonisation des évaluations, système d'information partagé (...) Comme c'est un dispositif et non une structure, la MAIA est multisite et se déploie sur le territoire large d'une agglomération ».* (pilote MAIA Pays de Rennes).

Le pilote du dispositif l'incarne et doit assurer l'intégration territoriale des acteurs dans le domaine des soins, des aides et de l'accompagnement de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Son activité est en fait la traduction d'une « *méthodologie d'organisation, l'intégration étant conçue comme la continuité de l'offre de services. Il s'agit d'améliorer la lisibilité de l'offre, de simplifier les parcours de vie à domicile et de construire une expertise partagée* ».

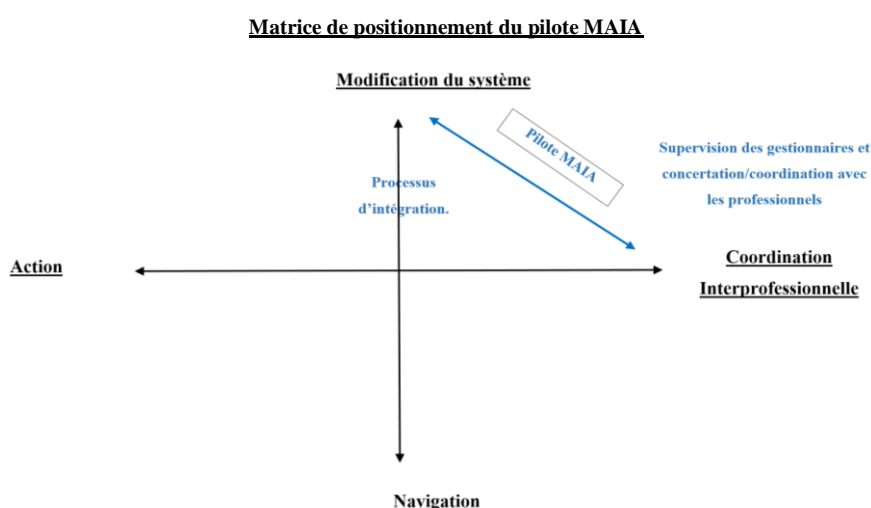
#### **2) Les missions du pilote MAIA : un contenu variable**

D'emblée, il est important de préciser que le pilote MAIA verra ses responsabilités, ses missions et ses objectifs varier en fonction du porteur et du financeur du dispositif dont il assure la conduite. Ainsi, « *la MAIA du Pays de Rennes, dont la création en 2012, favorisée par la mesure 4 du Plan Alzheimer 2008-2012 dans le respect du cahier des charges national MAIA publié par la CNSA, est un dispositif porté par l'association « Intercliv RENNES » qui rassemble quatre CLIC rennais. Son financement est assuré par*

la CNSA et localement par l'ARS Bretagne ». Dans ce cadre, le pilote MAIA endosse aussi la fonction de responsable d'association, et possède autorité hiérarchique sur les salariés de l'association dont les gestionnaires de cas. Il est « *en charge des rapports d'activités, de l'animation des Conseils d'administrations en plus de sa mission d'animation de partenariats et de projets* » (pilote MAIA Pays de Rennes). Le pilote de la MAIA du Pays de Retz, créée officiellement en septembre 2015 et portée par la délégation locale du conseil départemental dépend hiérarchiquement du responsable de l'unité personnes âgées, personnes handicapées. Contractuelle, elle possède autorité hiérarchique et fonctionnelle sur les gestionnaires de cas, fonctionnaires de la fonction publique territoriale.

Harmoniser les outils et les pratiques pour assurer la continuité de l'offre de services « *implique un gros travail d'animation, une part managériale dans le sens d'une supervision du travail des gestionnaires de cas et -une part- de gestion de projet (...)* Animer c'est aussi réguler, arbitrer, impulser, faire adhérer, dans un objectif de *décloisonnement des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux* » (pilote MAIA Pays de Rennes).

« *Mes missions principales sont la supervision des gestionnaires de cas et le support à l'activité de gestion de cas ; la concertation : animation de la table tactique et des groupes de travail et l'inscription de la MAIA dans un cadre départemental/régional* ». « *Il existe une dimension politique importante à la fonction.* » « *Si je devais répartir le temps passé sur les différentes missions : 10% serait passé à la gestion, 20% serait allouée à la supervision et au support de la gestion de cas : 40% aux relations avec les partenaires et à la concertation ; 10% au collectif des pilotes MAIA : 30% au lien avec le porteur de la MAIA et l'ARS* » (pilote de la MAIA du Pays de Retz).



Représenté schématiquement, les activités du pilote MAIA se situent entre d'une part la modification du système dans la mesure où il peut intervenir sur celui-ci et d'autre part la coordination interprofessionnelle en assurant le management des gestionnaires de cas et le lien entre les professionnels.

### **3) Difficultés : une fonction encore peu outillée**

Le cahier des charges définit plusieurs outils mobilisables consistant en des espaces collaboratifs et décisionnels que le pilote anime. Leur but est d'analyser en co-responsabilité avec les partenaires les fragmentations structurelles dans les parcours et de concevoir des solutions organisationnelles pour réduire ces ruptures. « *La table stratégique regroupe les financeurs et les décideurs une fois par an ; la table tactique réunit les acteurs impliqués dans les parcours quatre fois par an* » (pilote MAIA Pays de Rennes). Le pilote anime aussi des réunions hebdomadaires avec les GDC « *pour échanger sur des cas d'admissions, d'évaluation multidimensionnelle, de concertation clinique, de réajustements et révisions périodiques...* ». Malgré l'existence de ces supports, « *ce ne sont pas toujours ceux que l'on voudrait réunir qui acceptent de se joindre à ces instances. (...) il faut veiller à limiter les redondances avec l'activité de coordination menée par les CLIC* » (pilote MAIA Pays de Rennes). « *Une des difficultés que nous rencontrons, c'est d'avoir les bons interlocuteurs aux bonnes instances ; nous sommes également confrontés au manque de disponibilité des professionnels* » (pilote MAIA Pays de Retz).

De même, l'ambition d'intégration du dispositif MAIA fait face à la question de franchir le pas entre un concept regroupant les « *notions d'approche globale, multidimensionnelle et pluridisciplinaire* » et la mise en place d'une véritable organisation traduisant ces principes. Ici, le pilote MAIA reste encore en attente d'un « *soutien institutionnel renforcé de la part des financeurs qui serait souhaitable, ou de toute forme d'officialisation, de portage* ». De plus, « *Le manque de temps est un ennemi courant pour mailler et renforcer des partenariats territoriaux.* » (pilote MAIA Pays de Rennes). « *Il existe un problème d'appréhension du dispositif par les acteurs. Par ailleurs, nous ne comprenons pas toujours leur stratégie.* » (pilote MAIA Pays de Retz).

Les enjeux liés à la MAIA impliquent pour la pilote d'être référente dans l'animation du maillage territorial et dans les outils proposés, mais « *il n'est pas évident de marquer sa légitimité dans le foisonnement des intervenants et des logiques professionnelles* » (pilote MAIA Pays de Rennes).

### **4) Profil : un diplôme niveau 1 et des compétences de management de projets**

Les pilotes MAIA n'ont pas de diplôme requis en dehors d'une formation universitaire de niveau 1 et sont souvent embauchés sur une base contractuelle. Pour autant, une compétence en gestion de projet est nécessaire.

## **B. Résultats de l'enquête qualitative appliquée au métier de gestionnaire de cas**

### **1) Contexte : un cahier des charges national et une initiative locale**

Nous nous sommes entretenus avec les gestionnaires de cas (GDC) de deux MAIA, celle du Pays de Rennes et celle du Pays de Retz, respectivement rattachées à une association et à un conseil départemental. Par ailleurs, nous avons interrogé les coordonnateurs de

parcours patient du CHU de Nantes qui ont en réalité des fonctions proches des GDC de la MAIA. *« Ces postes ont été créés à l'initiative du Dr BERRUT (gériatre chef du pôle gériatrie au CHU de Nantes) dans une optique d'efficience. Ils sont financés par le pôle gérontologie et le laboratoire Bayer dans le cadre d'un protocole de recherche. Ces deux postes sont en expérimentation. Un premier bilan aura lieu en juillet 2016. »*

## **2) Mission : un objet et un contenu de l'activité bien circonscrit a priori**

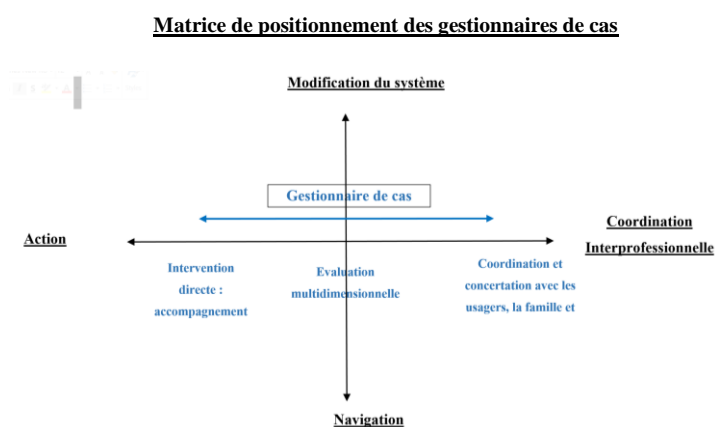
L'activité du GDC consiste à *« fournir un accompagnement individuel et intensif à des personnes en situation complexe cumulant des problématiques médico-psycho-sociales et environnementales dites durables. Cet accompagnement vise aussi leur entourage et le but est d'assurer un maintien à domicile de qualité »*. Il s'agit *« d'un suivi sur la durée, sur sollicitation des professionnels uniquement, à l'instar des services hospitaliers qui effectuent une large part des orientations en gestion de cas »* (GDC MAIA du Pays de Rennes). Il existe cependant une hétérogénéité des prescripteurs selon les territoires. *« En pays de Retz, les CLIC sont les principaux prescripteurs, cela dépend vraiment de la structuration du réseau de partenaires sur le territoire et du porteur de la MAIA. »* Au CHU de Nantes, *« La demande doit impérativement émaner des professionnels du CHU »* ; par ailleurs, la prise en charge est limitée à 3 mois après l'hospitalisation et le maintien à domicile n'est pas une obligation.

Une fois le bénéficiaire admis à l'accompagnement, sur décision du GDC ou en *« réunion d'équipe pluridisciplinaire hebdomadaire »*, celui-ci *« effectue une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne à son domicile »*. Le gestionnaire fait ensuite le *« lien avec les professionnels déjà en charge de la situation, et avec ceux qui interviendront dans le cadre de la mise en œuvre du plan de services individualisé (PSI) »* (GDC MAIA du Pays de Rennes).

*« Au quotidien, notre activité est répartie entre l'accompagnement des personnes sur le terrain (visite à domicile, médecin traitant/spécialiste/ visite EHPAD), la concertation avec la famille et les professionnels (souvent par mail ou téléphone), la rédaction de documents/démarches administratives d'accès aux droits, et l'intégration et autres (concertation : table tactique, groupes de travail ; analyse des pratiques, rencontres départementales, nationales, observatoire des gestionnaires, modification du système, etc.) »* (GDC Pays de Retz). *« Nous sommes moins dans la coordination que les gestionnaires de cas MAIA et plus sur le terrain. »*(coordonnateurs parcours CHU Nantes).

Pour planifier et organiser les interventions souvent multiples, dans le respect du projet de vie de la personne, il a *« recours à la grille GEVA pour l'évaluation multidimensionnelle »*. Mais *« c'est le PSI qui reste le support central de planification et de réajustement »* (MAIA Pays de Rennes). Le déploiement des outils n'en est pas au même stade au sein des différentes structures. *« Compte tenu du caractère expérimental de nos postes, nous manquons d'outils institutionnels, comme les logiciels et PSI »* ; nous mettons à jour une

*note évolutive interne et ne formalisons pas de PSI* » (coordonnateurs du CHU de Nantes).  
 « *Nous attendons le déploiement de logiciels dédiés qui doit émaner de la tutelle ; elle est prévue en 2016. Actuellement, nous utilisons des outils conçus en interne* » (GDC Pays de Retz). Cependant, mails, téléphone et bureautique restent les outils principaux.



Représenté schématiquement, les activités du gestionnaire de cas se situent entre d'une part, l'intervention directe auprès des usagers et d'autre part la coordination des divers intervenants qui agissent auprès des usagers. Cela passe par une évaluation multidimensionnelle pour définir un projet de vie personnalisé. Si les GDC MAIA se situent au centre de la matrice, les coordonnateurs de parcours du CHU de Nantes sont plus tournés vers l'action.

### **3) Difficulté : un positionnement parfois délicat**

« *Une difficulté récurrente est de ne pas prendre la place des autres, et de réussir à faire adhérer les partenaires au PSI dont ils ne mesurent pas toujours directement la plus-value. Certaines équipes médico-sociales du département, ou certaines assistantes sociales de secteurs y voient même parfois une forme de concurrence à leurs missions et prérogatives* ». Le temps semble être l'allié du GDC, qui agit « *dans la durée, la proximité et doit établir et entretenir une relation de confiance avec le bénéficiaire* » (MAIA Pays de Rennes).

Le GDC, « *garant de l'élaboration, de la réalisation du PSI, se retrouve de facto référent de la situation aux yeux du bénéficiaire et des partenaires* ». Chaque situation étant unique, « *les partenaires ne sont pas toujours les mêmes, il faut toujours savoir convaincre* ». La « *charge émotionnelle du métier est lourde* », et l'autonomie et la flexibilité d'organisation dont bénéficie le GDC peut créer un « *sentiment d'isolement* » (MAIA Pays de Rennes).

### **4) Profil : une expertise professionnelle nécessaire au préalable**

Le GDC est un métier référencé notamment dans le cadre du cahier des charges national MAIA dont les compétences requises à son exercice sont validées par un diplôme universitaire gestionnaire de cas. Toutefois, c'est un métier qui s'exerce dans le cadre d'une formation continue et sans accès par formation initiale. « *Il n'existe pas de profil idéal ; ce qui est idéal, c'est de croiser des regards différents* » (coordonnateur parcours de



patient CHU de Nantes). « *Il s'agit d'une réelle plus de pouvoir échanger ensemble compte tenue de nos expériences et profils différents* » (GDC MAIA du pays de Retz).

Ces professionnels sont très majoritairement issus du champ sanitaire, social ou médico-social, tels que des « *infirmière ergothérapeute et assistante sociale (...) peu importe l'ancienneté dans ces secteurs* » (MAIA du Pays de Rennes). « *A la MAIA du Pays de Retz, nous sommes 2 avec un profil infirmier et de conseillère en économie sociale et de la famille.* ». Ce sont également les profils des 2 coordinatrices de parcours.

### **C. Résultats de l'enquête qualitative appliquée à la fonction de responsable de CLIC**

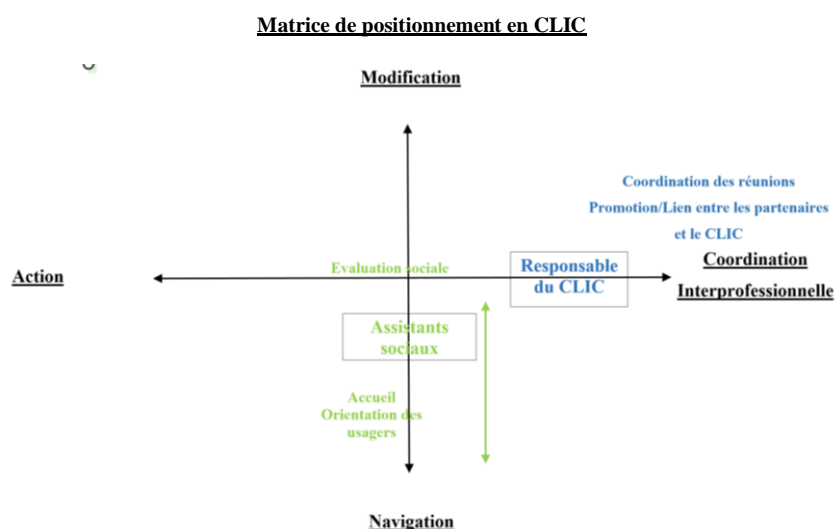
#### **1) Contexte : la volonté affichée d'instaurer un guichet unique**

Les CLIC ont été créées dans les années 2000 et ont vocation à se positionner comme des guichets uniques d'information et d'évaluation sociale auprès des personnes âgées et leur entourage. Le CLIC de Loire Atlantique a été porté par une volonté politique forte et dépend aujourd'hui du CCAS. En effet, le CLIC a vocation à s'inscrire dans un réseau de partenaires pluriprofessionnel que la responsable s'attache à entretenir au quotidien. Nous avons rencontré la responsable du CLIC, assistante sociale de formation.

#### **2) Mission : une activité à dominante managériale et de coordination interprofessionnelle**

La responsable occupe aujourd'hui un poste à forte dimension managériale et doit disposer de fortes capacités de communication. L'essentiel de son activité consiste en l'animation ou la participation aux réunions clefs organisées par le CCAS ou par des partenaires sur le territoire. Faire connaître le champ d'action du CLIC, le positionner sur le territoire tel un guichet unique au service des personnes âgées de 60 ans et plus et inscrire son action dans le réseau de partenaires dans une logique d'acteur pivot du processus de soins et de services à domicile, tels sont les objectifs de la responsable. La responsable du CLIC ne réalise aucune action de coordination au service d'individus « *je ne gère aucune situation individuelle* », sa mission s'inscrit davantage comme une mission plus stratégique au service du dispositif lui-même. La responsable assure le management de l'équipe (2 travailleurs sociaux, 2 techniciens conseil). La responsable du CLIC consacre l'essentiel de son temps de travail en réunion à l'extérieur avec les partenaires et le CCAS notamment. « *La semaine dernière, sur 5 jours de travail, j'ai passé 7 demi-journées en réunion* ». La réunion, si elle est utile à la promotion de l'action du CLIC, au recensement des dysfonctionnements, au partage d'informations intéressant le territoire et l'évolution de la population peut apparaître redondante à certaines reprises. Pour preuve, les comités stratégiques organisés par la responsable du CLIC rassemblent, à échéance régulière les mêmes partenaires que les comités tactiques organisés par la MAIA.

Représenté schématiquement, les activités du responsable de CLIC se situent entre d'une part, sur le management d'équipe au quotidien et d'autre part sur le lien entre les partenaires extérieurs. Par ailleurs les travailleurs sociaux se positionnent davantage entre l'évaluation (évaluation à domicile) et l'orientation des usagers.



### **3) Difficultés : la répercussion de difficultés d'ordre organisationnel sur le développement de la qualité du service rendu aux bénéficiaires**

La première difficulté soulevée est celle de mener une gestion des ressources humaines efficace. En effet, aucun membre de l'équipe (elle-même y compris) ne dispose d'une fiche de poste. Le manque de clarification des missions, des activités et du positionnement de chacun depuis la création du CLIC a abouti à la création d'un métier hybride inexistant au répertoire des métiers de la fonction publique territoriale tel que celui de technicien conseil. Ce profil se situe entre le travailleur social et de l'agent administratif en charge de la veille réglementaire, du classement des dossiers et de la mise à disposition des outils nécessaires aux travailleurs sociaux. Un projet institutionnel de repositionnement de chacun dans son domaine de compétences au regard de son grade est d'ailleurs en cours. Par ailleurs, il est à noter l'absence de projet de service ne permettant pas à l'équipe de s'approprier le rôle véritable du CLIC au sein d'un réseau de partenaires. La responsable souligne qu'elle dépend totalement du CCAS au sein duquel exerce son propre hiérarchie en qualité de responsable du service personnes âgées ainsi que le directeur des ressources humaines. L'absence de réactivité et le poids de l'organisation hiérarchique et décisionnelle centralisée semble peser lourdement sur les moyens d'actions de la responsable du CLIC.

La deuxième difficulté soulevée est l'impossibilité d'accompagner les professionnels du CLIC au développement de leurs compétences. L'absence de fiches de postes, le manque de moyens d'actions de la responsable, l'absence de sens ressentie et l'inertie supposée de la hiérarchie empêchent une véritable démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des

Compétences incluant notamment la formation professionnelle et les perspectives d'évolution individuelles et collectives.

#### **D. Résultats de l'enquête qualitative appliquée aux métiers d'infirmier de coordination et de cadre en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et Hospitalisation à domicile (HAD)**

##### **1) Contexte : une volonté nationale de développer la dispensation des soins à domicile**

Nous avons rencontré un SSIAD (Loire Atlantique) et une association (Oise) composée d'un SSIAD et d'un HAD. Les deux SSIAD audités fonctionnent de façon différente. En effet, si les missions des SSIAD sont définies par la réglementation, l'organisation des structures est laissée à l'appréciation des gestionnaires.

Les SSIAD existent depuis les années 1980, ils interviennent sur prescription médicale pour réaliser des soins infirmiers techniques, des soins de base (nursing) et relationnels. Le décret de 2004 précise que le SSIAD doit comprendre un infirmier coordonnateur salarié.

##### **2) Mission : la modélisation de l'activité de coordination des IDEC en SSIAD et HAD de l'Oise au travers des parcours patients**

###### *✓ La variété des activités des IDEC au SSIAD et HAD de l'Oise*

Les infirmières diplômées d'état coordinatrices (IDEC) réalisent des missions de coordination identifiées. Les activités clés des IDEC s'articulent autour de « *l'évaluation des gens, des besoins, savoir repérer ce dont ils vont avoir besoin urgemment (matériel, soins infirmiers, soins de kiné, et d'arriver à coordonner toutes les interventions* ». Lorsque nous avons demandé aux IDEC de définir leur activité de coordination, la réponse était la suivante : « *Pas facile de définir la coordination* ».

Au-delà de la coordination, les IDEC soulignent « *C'est pas le même métier, je ne suis plus soignante du tout, je ne fais aucun soin* ». Les IDEC ont effectivement une fonction de cadre « *On fait plus du management* ». Cependant, elles différencient leur approche de celle de la fonction de cadre hospitalier par leur proximité avec les personnes soignées. « *On a une fonction cadre tout en ayant encore l'approche du patient et familles, on est encore sur le terrain.* ». Dans cette fonction de management, elles animent des réunions hebdomadaires d'une part avec l'équipe de soins et d'autre part avec les autres IDEC.

Le terme de coordination est en réalité polysémique. Aussi, devant la difficulté à définir le terme de coordination, l'une des IDEC interviewées propose de s'appuyer sur le parcours patient pour décrire et expliquer son activité. Dans ce parcours, elles réalisent l'accueil des patients. Les visites à domicile comprenant une analyse de l'environnement et des ressources techniques, humaines et organisationnelles sont au cœur du métier des IDEC. Par ailleurs, elles font le lien entre tous les intervenants et les services, elles effectuent des astreintes afin d'assurer une continuité des soins 24h/24. Elles estiment consacrer 40% de

leur temps de travail aux visites à domicile, aux rencontres avec les équipes et avec les médecins libéraux et 40% de leur temps à effectuer du travail administratif. Enfin, elles disent consacrer 10% à 20% de leur temps à la coordination téléphonique. Le rôle des IDEC s'envisage en multi partenariat, au domicile des patients. L'accueil et la mise en place des aides nécessaires manifestent la volonté du SSIAD de prendre en compte l'individualisation des besoins car « *chaque patient est unique* ». Les IDEC réalisent à l'issue des évaluations, la rédaction et la mise à jour du dossier patient. Les IDEC indiquent que cette activité décharge les intervenants libéraux médicaux et paramédicaux ainsi que les assistantes sociales du secteur. Leur travail s'effectue en complémentarité de l'activité clinique des libéraux.

En HAD, le suivi des patients est organisé tous les quinze jours voire davantage. « *On voit les gens minimum une fois par quinzaine et plus si nécessaire notamment en fin de vie* ».

### 3) Le profil :

#### ✓ L'expertise professionnelle au service de la fonction d'IDEC

Les IDEC rencontrées sont expérimentées mais n'ont pas suivi de formation spécifique à la coordination, bien qu'il existe plusieurs diplômes universitaires. Un temps d'intégration de trois semaines est prévu dès le recrutement.

D'après elles « *ce métier [n'est] pas reconnu* ». Les patients et leur entourage identifient tout d'abord « *l'infirmière* » car « *coordinatrice les gens ne savent pas au départ* ». C'est donc au décours de la prise en charge que les personnes soignées « *font la connaissance du métier* ».

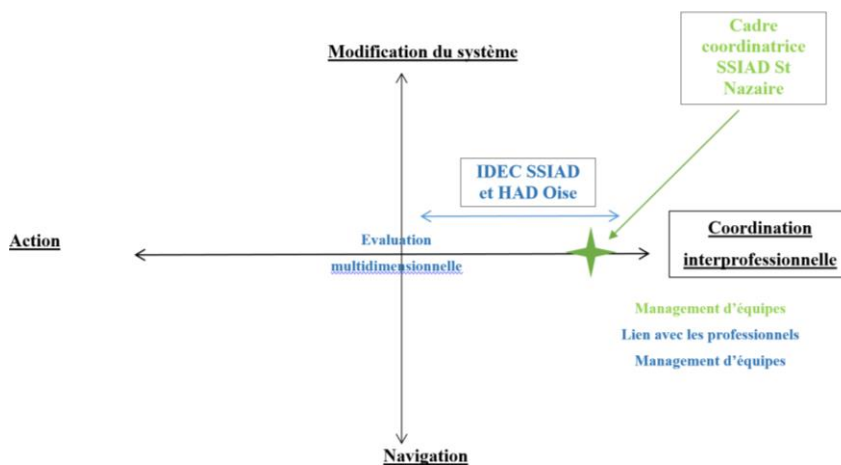
Elles jugent leur fonction « *très riche* » et leur « *rôle nécessaire* ». D'après elles, si leur poste n'existait pas la fonction de coordination « *serait reprise par les infirmiers libéraux* ». En effet, la nomenclature des actes infirmiers libéraux prévoit la cotation d'actes de coordination. En définitive, les IDEC parlent d'une « *coordination partagée* » avec les libéraux. « *Il existe autant de coordinatrices que de profils, la formation infirmière est indispensable pour la vue globale et l'observation clinique lors des suivis.* »

#### ✓ Le positionnement ad hoc des cadres coordinatrices du SSIAD de Loire Atlantique

Deux cadres coordinatrices, de formation infirmières ont été interviewées. En réalité, elles n'effectuent aucune activité de coordination au service des patients. Il apparaît d'emblée que leur mission principale est une mission de management de l'ensemble des professionnels de santé au sein du SSIAD. La gestion des ressources humaines à travers la réalisation et le suivi des plannings occupe l'essentiel de leur temps de travail. « *La gestion des plannings, j'y consacre 70% de mon temps* », « *moi, je dirai même davantage* ». Elles participent une fois par semaine aux réunions de direction animées par la directrice du SSIAD et aux réunions organisées par les partenaires extérieurs. L'activité de management

des cadres est ponctuée par les activités de recrutement d'aides-soignants remplaçants et d'évaluation ou d'entretiens individuels avec les professionnels.

**Matrice de positionnement en SSIAD et HAD**



Au vu de la matrice ci-dessus, il apparaît que les cadres assurent des missions d'encadrement dont la plus chronophage est celle d'élaboration des plannings. Aussi, les cadres dénommés coordinatrices réalisent en réalité des missions de cadres de santé (à l'instar des cadres de santé hospitaliers). Les infirmières qui réalisent de façon effective des missions de coordination ne bénéficient pas de cette dénomination pour le moment. Les IDEC se situent davantage entre la modification et la coordination dans la mesure où elles ont la possibilité d'agir sur la prise en charge globale du patient.

**4) Les difficultés :**

- ✓ Au sein du SSIAD, pour les cadres coordonnateurs, la gestion du quotidien laisse peu de place à l'élaboration de projets pour le SSIAD, même si la continuité du service demeure une priorité incompressible. Par ailleurs il existe un manque de lisibilité globale sur la volonté des pouvoirs publics vis à vis de la fonction de coordination. Le rôle des trajectoires pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), ou des plateformes territoriales d'appui est peu ou mal compris.
- ✓ Pour les IDEC, la première difficulté réside dans le manque de médecins sur le territoire dont le manque de disponibilité pour les rencontres et les entretiens téléphoniques nuit à la continuité des soins au domicile des patients. Une autre difficulté est liée à la réticence de certains médecins à prescrire sur le dossier patient informatisé. L'utilisation du format papier génère des pertes d'ordonnances avec un impact sur la sécurisation du circuit du médicament. Enfin, à la marge, certains IDE libéraux ne souhaitent pas conventionner avec l'association. Ce qui peut entraîner des difficultés d'organisation de la coordination des soins.

## E. Résultats de l'enquête qualitative appliquée au métier d'infirmière de coordination en cancérologie

### **1) Contexte : des initiatives locales portées par les plans Cancer**

« L'approche globale et personnalisée du parcours en cancérologie vise à proposer à chaque patient une prise en charge qui soit conforme à ses besoins. L'objectif majeur de cette démarche, qui s'inscrit dans la continuité des différents Plans Cancer et répond aux objectifs de la Stratégie nationale de santé, est d'éviter les ruptures aux moments clés de la maladie et les pertes de chance. » explique *Les cancers en France/édition 2015, avril 2016, INCA*.

Il s'agit de réaliser une orientation adéquate et dans les meilleurs délais pour que toutes les étapes du parcours en cancérologie se déroulent dans la continuité : diagnostic, annonce, proposition thérapeutique à l'issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire, préparation au retour au domicile, suivi. Le rôle des IDEC est conçu comme une porte d'entrée sur l'hôpital, interlocuteur privilégié du patient. « C'est rassurant. Le fait que ce soit une IDE est pertinent. Aujourd'hui, il n'est pas question de revenir en arrière que ce soit du point de vue médical, soignant, patient. » IDEC à Saint Antoine. « On redonne du temps d'écoute au patient », IDEC à Bicêtre.

L'expérimentation des IDEC en cancérologie a débuté en 2010 dans le cadre du Plan cancer. Le nouveau Plan cancer 2014-2019 a décidé de poursuivre une deuxième phase, centrée sur trois enjeux : coordination des professionnels hospitaliers et libéraux, repositionnement des IDEC sur les situations complexes, élargissement à 10 équipes de ville. Elle fera l'objet d'une évaluation médico-économique pour compléter l'analyse de la satisfaction des acteurs de la première phase.

Les établissements de l'AP-HP rencontrés ont répondu à un appel à projet de l'INCA en 2010, sur l'initiative de médecins du service. Il en a découlé la mise en place de temps infirmier dédié à l'annonce et la coordination. Les postes étaient financés pendant 1 an. Aujourd'hui financés sur les fonds propres des établissements, les acteurs rencontrés nous informent que ces postes sont pérennisés. Il préexistait au sein de l'AP-HP les infirmiers d'annonce, auxquels il a été ajouté à cette période le terme de « coordination ». A l'inverse du principe de spécialisation sur l'oncologie et la chirurgie digestive appliqué à l'hôpital Saint Antoine, les IDEC de l'hôpital Bicêtre sont positionnées en missions transversales auprès de la direction des soins.

Les IDEC rencontrées à l'Institut Gustave Roussy travaillent quant à elles au sein d'un service dédié à la coordination des soins externes (CSE) créée en 2003 sur l'impulsion de la direction des soins. A sa création, ce service comprenait 4,5 ETP. Il comprend aujourd'hui 8 ETP. La création de la CSE de l'Institut a été fortement portée par la direction de l'établissement dans un objectif de réduction des durées moyennes de séjour.

## 2) Mission : un accompagnement tout au long du parcours de soins

Les IDEC rencontrées dans deux sites de l'AP-HP ont pour missions générales d'accueillir, soutenir et accompagner les patients atteints de cancer tout au long de leur parcours de soins pour assurer une prise en charge globale.

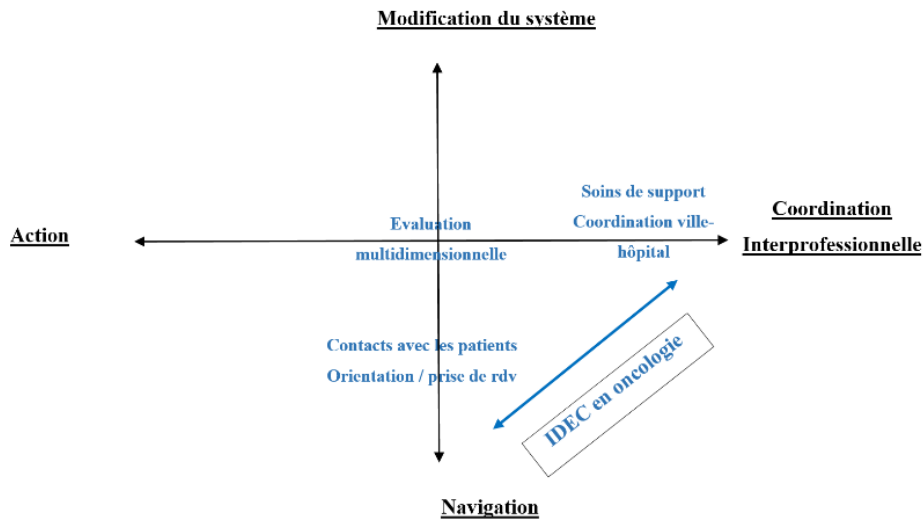
A l'hôpital St Antoine, la mission des IDEC vise à favoriser le partage d'informations et la continuité de prise en charge entre la chirurgie digestive et l'oncologie pour les patients atteints de cancers digestifs. Les IDEC sont également chargées d'évaluer leurs besoins médicaux, sociaux, diététiques et psychologique afin d'organiser et coordonner les soins de supports nécessaires.

Les missions des IDEC de l'AP-HP sont doubles :

- ✓ Les missions spécifiques à l'annonce : organiser et assurer les consultations d'annonce infirmière suite à la consultation avec l'oncologue. Nous nous intéresserons moins à ces missions d'annonce qui sont connexes mais néanmoins distinctes des missions de coordination.
- ✓ Les missions spécifiques à la coordination : assurer, tout au long du parcours de soins, le lien entre le patient et les lieux divers de prise en charge thérapeutique, être l'interlocuteur privilégié en oncologie pour les patients, les proches, médecins, intervenant de soins de support et l'ensemble des partenaires extérieurs

Les IDEC de l'Institut évaluent si les conditions sont réunies pour un retour à domicile. Les infirmières préparent les ordonnances de sortie avec les médecins. Elles prennent contact et coordonnent les acteurs locaux (professionnels de santé libéraux, médecin traitant, pharmacien, réseaux d'oncologie, service d'HAD, etc.). Alors que les IDEC de l'AP-HP assistent chaque semaine aux réunions de concertations pluridisciplinaire (RCP) et aux staffs, les IDEC de la CSE ne participent qu'exceptionnellement aux RCP (exclusivement aux RCP palliative). Leur travail de coordination est également facilité par une informatisation du dossier patient (dossier médical, dossier de soin, etc.) ainsi que par l'informatisation des prescriptions.

## Matrice de positionnement des IDEC en oncologie



Représenté schématiquement, les activités du responsable des IDEC se situent d'une part sur la coordination entre professionnels (intra hospitalière et ville hôpital) et d'autre part sur l'orientation du patient dans le système.

### **3) Un profil marqué par une forte expérience clinique en cancérologie**

Du fait de leur double casquette, les IDEC rencontrées à Saint Antoine n'ont pas reçu de formation spécifique à la coordination mais à l'annonce (AP-HP et Grieps LYON). Le compagnonnage reste selon elles le meilleur moyen de se former à la coordination en oncologie. Sur la formation de base en IFSI, elles s'accordent à dire que « ce n'est pas le rôle de l'IFSI de former à la coordination. L'objectif est d'être IDE et d'acquérir la technique, voir le patient dans sa globalité. ». Cependant, elles indiquent que le DU est un apport en connaissances mais ne se substitue pas à l'expérience. « *Le DU peut être intéressant (...) mais l'apprentissage s'est fait sur le terrain avec les oncologues.* » IDEC Bicêtre. Enfin, elles précisent le besoin de se tenir informées des évolutions médicales sur ce domaine (traitement, maladie, prise en charge...) et le caractère indispensable des compétences cliniques liées à la spécialité.

Mais il y a aussi un profil de gestionnaire : « *c'est un poste qui concentre beaucoup de palettes. C'est très médecin dépendant donc il est difficile de mettre dans des cases.* », IDEC à Bicêtre. Parmi les qualités requises pour exercer ces fonctions, les IDEC citent : l'autonomie, l'écoute, le discernement et l'adaptabilité. L'IDEC explique que ce poste « *nécessite d'avoir été au contact des patients. Il faut savoir écouter. Il faut aussi pouvoir encaisser la charge émotionnelle importante car la prise en charge du patient est très longue, souvent jusqu'à son décès.* »



### III. Discussion : la coordination, ou la gestion de paradoxes ?

#### A. La coordination : un terme polysémique, des pratiques hétérogènes

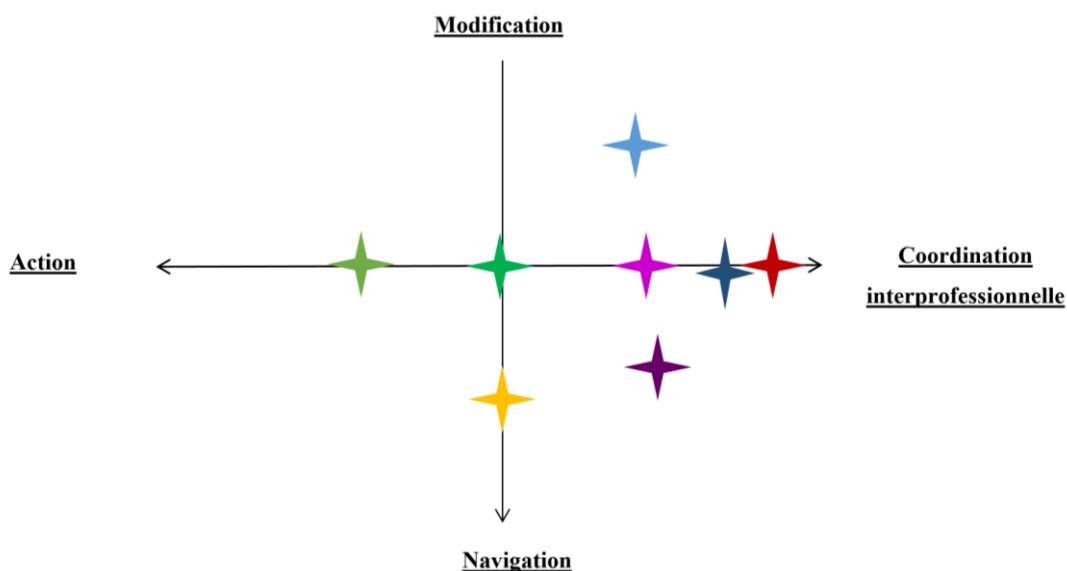
La définition du concept de coordination ne semble pas faire consensus, ce terme apparaît polysémique. En effet, voici ce que nous ont dit 2 chercheurs dans le cadre d'entretiens :

D. Somme : " c'est un mot qui est assez polysémique enfin si on prend plein de personnes de différents milieux professionnels et qu'on leur demande ce que c'est que la coordination, je pense qu'on n'arrivera pas à la même définition en dehors des définitions du dictionnaire ".

J. Orvain : " coordination hiérarchique (réintégration des résultats et vérification), coordination réparation des effets adverses de la spécialisation, coordination processus (mise en œuvre de processus), coordination structure (structurer le travail, le rendre observable, intelligible)".

Les professionnels interviewés ne parviennent pas toujours à définir la coordination et s'expriment avec des exemples de tâches concrètes "à partir du parcours patient ". L'étude des profils et témoignages des acteurs ainsi que la bibliographie s'accordent sur la polysémie du terme de coordination que reflète la diversité des pratiques.

#### Matrice de positionnement de l'ensemble des profils étudiés



Pilote MAIA	Assistants sociaux CLIC St Nazaire
Gestionnaires de cas MAIA	Cadre coordinatrice SSIAD St Nazaire
Gestionnaire de cas CHU de Nantes	IDEC SSIAD et HAD Oise
Responsable CLIC St Nazaire	IDEC en cancérologie

La matrice ci-dessus nous indique clairement deux grandes tendances. D'une part, la coordination interprofessionnelle apparaît comme une constante dans les activités des coordonnateurs autour par exemple des évaluations multidimensionnelles et d'interventions pluridisciplinaires. D'autre part, trois profils se démarquent :

- Le profil pilote MAIA est caractérisé par une large part d'actions indirectes visant la structuration et la transformation du système vers l'intégration. Ce ne sont pas des "key contact person" en charge de coordonner les prises en charge des patients mais des managers.
- Le profil gestionnaire de cas est l'incarnation du "key contact person", effectuant un accompagnement direct et de proximité des usagers. Il est référent dans l'évaluation multidimensionnelle et le suivi des situations, auprès des professionnels, des usagers et de leur famille. C'est un professionnel de terrain, dans l'action au sens de prestations très concrètes (visites à domicile, accompagnement chez le médecin traitant, etc.).
- Le profil de travailleur social du CLIC est lui au cœur de l'orientation des usagers au sein du système. C'est un informateur, un conseiller chargé d'éclairer les usagers dans leur trajectoire.

En fonction du contexte, des profils et de l'environnement, les acteurs de la coordination interrogés voient leurs activités positionnées sur la matrice plutôt sur l'axe navigation ou coordination c'est-à-dire tourné vers les professionnels ou vers les usagers. Ainsi, les travailleurs sociaux en CLIC se retrouvent davantage sur des activités de navigation quand les IDEC de SSIAD, d'HAD et de cancérologie assurent des activités de coordination interprofessionnelle.

Par ailleurs, les entretiens font émerger une surspécialisation des IDEC en oncologie. Par exemple, à Bicêtre, les projets d'extension des missions de coordination à d'autres spécialités est source d'inquiétude pour les IDEC. Elles expriment une crainte de ne pas maîtriser la « clinique », ainsi qu'une augmentation de la file active nuise à la qualité de la coordination. *« Mais aujourd'hui, on demande d'en faire de plus en plus et de voir de plus en plus de patients, ce qui est frustrant car cela dégrade la qualité du service rendu et va à l'inverse de l'objectif de la coordination ».*

Enfin, la coordination est un service rendu par les IDEC qui n'est pas nouveau et qui tend à se développer et à se restructurer. Par exemple, à l'ACCSO dans l'Oise, depuis 2014, des "IDEC évaluatrices" ont été positionnées dans l'organisation interne. Leur rôle est d'évaluer pour la première fois la situation des patients hospitalisés et de déterminer l'orientation du patient en SSIAD ou en HAD en collaboration avec le médecin coordonnateur. De plus, la création d'un poste d'IDEC qualifié de « sédentaire » est envisagé au sein de la structure hospitalière de proximité. Sa mission consistera à apporter une réponse rapide aux demandes de prise en charge et à fluidifier le parcours en aval de l'hospitalisation.

## **B. Des convergences viennent relativiser cette apparente diversité**

Nos résultats sont en adéquation avec la position de la Haute Autorité de Santé, selon laquelle l'intervention de professionnels de la coordination est prescrite dans trois types de besoins particuliers de prise en charge :

- ✓ La mobilisation de ressources mutualisées au niveau territorial pour des cas complexes/compliqués,
- ✓ l'apport aux patients de compétences techniques, sociales ou d'accompagnement que les professionnels de santé ne maîtrisent pas,
- ✓ l'absence de professionnels disposant des moyens pour les réaliser en l'état dans leur organisation.

### **1. Des objectifs communs au service des usagers et des organisations**

Quel que soit, le secteur étudié, MAIA, CLIC, HAD, oncologie, l'enjeu de fournir une prise en charge globale et individualisée des patients est au centre de tous les dispositifs de coordination. La volonté de garantir une continuité de services adaptés à chaque situation.

L'introduction de métiers de la coordination préside également de la tendance actuelle en particulier pour les professionnels du soin, de promouvoir un recentrage sur leur « cœur de métier » médical ou paramédical en organisant un transfert d'organisation et de gestion des problématiques sociales.

Un objectif de minimisation des doublons de prestations et redondances d'actes, au bénéfice aussi bien du service rendu au patient que de la rationalisation des ressources capacitaires et financières du système de santé. Dédier du temps à la coordination répond également à l'objectif de réduire les durées moyennes de séjour et de favoriser un retour à domicile dans les meilleures conditions.

La mise en place de professionnels dédiés à la coordination a sans doute concouru à l'intensification du travail de décloisonnement ville/hôpital ainsi que des secteurs sanitaires et médico-sociaux. La majorité des professionnels rencontrés et notamment les cadres insistaient, en effet, sur l'inscription de leurs actions dans un réseau territorial plus large.

### **2. Un socle d'activités partagées par les différents métiers de la coordination**

Sont retrouvées à une intensité variable dans la majorité des métiers étudiés, les activités suivantes :

- ✓ l'évaluation individuelle des usagers,
- ✓ la planification des interventions : élaboration de plan personnalisé,
- ✓ le suivi et la coordination des interventions au niveau du patient,
- ✓ l'accompagnement des personnes,
- ✓ la réévaluation,
- ✓ l'aide apportée à l'organisation du travail pluriprofessionnel (travail en équipe, implication des patients, projet de santé, système d'information).

### **3. De fortes corrélations aussi observées dans les compétences mobilisées et la pratique professionnelle quotidienne**

En dépit de l'hétérogénéité des avatars pris par les métiers de la coordination, qui s'explique essentiellement par la diversité des contextes et des besoins auxquels ils entendent apporter des solutions, se dessinent néanmoins des points de convergence. En effet, l'ensemble des sondés s'accorde sur la maturité professionnelle que doivent avoir les coordonnateurs, une expérience et ancienneté notables dans l'environnement institutionnel de travail qu'il soit social ou sanitaire semblent être impérative. Pour le professeur Somme, chef du service gériatrie du CHU de Rennes, membre du comité de pilotage du Plan national Alzheimer 2008-2012 « *Il vaut mieux qu'il y ait de l'expérience avant d'aller vers les métiers de la coordination (...) moi ce que je sais c'est que les étudiants qui n'ont pas d'expérience souffrent énormément et que ceux qui ont de la bouteille avant d'aller en formation s'en tirent vraiment mieux. Mon opinion sur la question c'est qu'il vaut mieux avoir de l'expérience avant* ».

Deux profils de formation initiale constituent la majorité de l'échantillon et apparaissent comme privilégiés pour ce type d'exercice transversal : le profil coordonnateur-soignant majoritairement issu d'une carrière infirmière et celui de coordonnateur-travailleur social avec des précédents en qualité d'assistant de service social. Ce recrutement préférentiel est révélateur de la dimension coopérative inhérente aux métiers infirmiers et socio-éducatifs.

Autre point commun, le caractère collaboratif de la fonction, la mobilité et l'interaction constante en sont des modalités majeures, l'axe « coordination » entre professionnels étudié apparaît comme une constante. « *Je ne suis jamais dans mon bureau* » IDEC oncologie Bicêtre.

Bien que différenciée selon les exercices, l'occupation du temps entre les différents axes du repère se fait très souvent selon un emploi du temps indéfini au préalable ; peu répétitif, le quotidien d'un coordonnateur lui permet d'aménager les tâches avec une certaine souplesse. Cela s'est traduit par une difficulté des coordonnateurs interrogés pour décrire une journée-type.

Le coordonnateur se situant à la confluence entre les différents acteurs de l'équipe et les usagers, un rôle non négligeable d'« amortisseur » du système peut lui être reconnu. En effet, l'ensemble des professionnels interviewés, tout profil confondu, s'entendent pour dire que les savoir-être et les aptitudes à la communication sont des prérequis indispensables.

Par ailleurs, la charge émotionnelle conséquente évoquée par certains professionnels rencontrés apparaît également comme consubstantielle à un suivi à long terme du patient.

### **C. L'indétermination de la fonction de coordination : un « flou nécessaire » ?**

La principale critique adressée aux métiers de la coordination réside dans la nature quelque peu indéterminée qui interroge les protagonistes du social et du sanitaire, preuve en est la présente étude qui nous est soumise. Les incertitudes soulevées par ces « nouveaux métiers » de la coordination semblent en grande partie échapper à toute tentative de catégorisation. Cette latitude dans les fonctions de coordination se traduit dans les fiches de postes quand elles existent.

Cette indétermination de la fonction de coordination participe ainsi du caractère adaptatif et souple qu'il entend apporter au système. Certains auteurs vont jusqu'à parler de « flou nécessaire » à l'hétérogénéité de la fonction. Le coordonnateur a vocation à coordonner des fonctions spécialistes sans qu'il soit souhaitable qu'il le soit également.

Les métiers de la coordination ne peuvent s'affranchir de la géométrie propre à l'environnement dans lesquels ils œuvrent. Ces fonctions de coordination semblent donc très dépendantes du contexte historique, du portage institutionnel, ainsi que des variables humaines.

De surcroît, la coordination est avant tout une maîtrise des interfaces entre les spécialités et de traduction[2] des langages professionnels multiples, condition exigée pour rendre l'action de chacun intelligible à l'autre. La coordination de professionnels aux cultures et valeurs différentes nécessite un travail de transposition afin de créer du lien et faciliter la circulation d'information.

Les métiers de la coordination n'ont donc pas vocation à converger vers une spécialisation à part entière qui viendrait surplomber toutes les autres comme le souligne le Pr Somme :

*« Ce que je dis aux gestionnaires de cas, c'est qu'ils ont pas besoin d'être des super-professionnels ni d'être des supra-professionnels, c'est-à-dire qu'ils ont pas besoin de mieux savoir-faire ce qu'il y a à faire que les professionnels ni à savoir donner d'ordre aux professionnels, ce qu'ils ont besoin de savoir c'est comment l'action d'untel peut agir avec l'action d'untel, et comment si je fais en sorte que l'action d'untel est coordonnée avec l'action d'untel on maximise le bénéfices des deux interventions donc du coup je dois comprendre la logique d'action de l'un, comprendre la logique d'action de l'autre, voir quels sont les leviers pour que l'un et l'autre coordonnent leurs actions, les faire éventuellement se rencontrer ou pas selon ce qui est approprié et les faire avancer, ça c'est la coordination sans lien hiérarchique »*

#### D. Une difficile conclusion quant à l'impact du coordonnateur sur la modification du système

L'approche quantitative constitue souvent un éclairage intéressant pour objectiver l'impact d'un dispositif. De ce point de vue, notre étude est relativement limitée de par l'objet des métiers de la coordination qui se prête difficilement à une approche quantitative comme le souligne le Professeur Somme.

*« Quand on est sur des systèmes de santé, sur de la recherche en système de santé, c'est difficile d'avoir des preuves chiffrées, du coup on nous le reproche mais moi je l'assume plus que je m'en défends parce que les chiffres en question sont souvent faux ou artificiels (...) c'est une escroquerie intellectuelle de le faire donc il vaut mieux se lancer dans de la recherche pragmatique (...) on essaye d'avoir des éléments empiriques qui permettent de lier les événements les uns aux autres notamment par les discours, par la recherche qualitative »*

Néanmoins, les membres du groupe considèrent qu'il aurait été approprié d'élargir l'échantillon de l'étude pour augmenter la significativité des résultats recueillis. Par ailleurs, si notre étude avait pu se dérouler sur un temps plus long, nous aurions procédé à l'élaboration d'un protocole de comparaison de deux équipes de composition professionnelle et d'effectif comparable, l'une dotée d'un coordonnateur et l'autre, témoin, soumises à un cas complexe identique et d'apprécier la résolution de la situation en temps déterminé.

De notre point de vue, l'axe modification est l'axe le plus difficile appréhender dans la mesure où, il transcende les trois autres axes de la matrice. Aussi, l'axe modification fait référence à l'idée de rétro-ajustement du système créant des externalités positives qui dépasseraient la simple intervention auprès d'un usager, d'un patient ou d'un professionnel.

D'après le Pr Somme pour qui l'intégration constitue un stade ultime du processus d'intégration :

*« Il y a des métiers de la navigation et des métiers de l'intégration, la navigation, c'est faire au mieux avec le système tel qu'il est (...) l'intégration est dédiée plutôt au changement du système avec un effet plutôt systémique, c'était ce que moi je défendais dans la gestion de cas, à la limite même si on échoue à résoudre la situation de la personne, c'est pas un échec pour autant, ce que j'aurai appris de cette situation me permettra néanmoins par la boucle de rétroaction d'avoir une action système qui va être utile bien au-delà de la personne que je suis, même si la situation ne s'améliore pas, je n'ai pas fini le travail de gestion de cas pour autant : ça c'est une action système alors que l'action navigation est complètement rivée sur la situation de la personne,4 elle ne s'occupe pas tellement de faire changer le système »*

A notre avis, il n'y a pas de hiérarchie entre les quatre axes de la matrice. En effet, la navigation, l'action, la modification et la coordination ont chacun leur raison d'être. Ce ne

sont pas des stades intermédiaires qui permettraient d'atteindre un but ultime celui de l'intégration ou de la modification. Pour preuve, la frontière entre les axes identifiés apparaît moins nette sur le terrain. Pour preuve, la frontière entre les axes identifiés apparaît moins nette sur le terrain.

**E. La coordination dans la santé, une dynamique plus générale de création de métiers aménageant les interfaces entre acteurs**

La création de métiers de coordination n'est pas propre au secteur de la santé, à l'instar des médiateurs qui ont essaimé dans plusieurs secteurs. La sur-spécialisation des fonctions consécutives à la division sectorielle du travail moderne a nui à la lisibilité d'ensemble. C'est pourquoi on observe l'émergence de personnes-ressources susceptibles d'incarner une compréhension globale du système. Nous pouvons d'ailleurs associer ce constat au concept d'ambidextrie organisationnelle combinant spécialité et synthèse prônée par certaines approches contemporaines des organisations [4].

**Tandis que l'opportunité des nouveaux métiers dédiés à la coordination semble faire consensus dans l'ensemble de ces retours, c'est davantage le positionnement professionnel et statutaire qui gagnerait à être précisé et officialisé afin de clarifier les organisations voire de les pérenniser, notamment dans le système hospitalier.**

## Conclusion

La réalisation de l'enquête et l'analyse des données ont permis de dégager les contours de ce qui pourrait définir l'activité de coordination réalisée par des personnes dédiées. Néanmoins, grâce à la superposition des matrices schématisées plus haut on observe une diversité de configurations des métiers de la coordination. L'activité de coordination reste donc floue. Mais est-ce réellement problématique ? Rien n'est moins sûr, les marges de manœuvre ainsi laissées aux personnes sont sources d'innovation.

Afin de tenter de mieux « baliser » ce qu'est une activité de coordination, le groupe a émis des pistes de réflexions. En premier lieu il est apparu important que ces dispositifs fassent l'objet d'un portage politique fort à tous les niveaux et notamment financier en les inscrivant dans la durée. Par ailleurs la définition d'une fiche métier type « coordination » au niveau national pourrait être un levier à cette tentative de définition des contours. Dans un second temps un objectif plus pragmatique serait de mieux faire connaître les professionnels de la coordination en instaurant un dispositif de compagnonnage en plus du DU de coordination avant toute prise de poste ou dans le cadre de la formation continue des professionnels. Plus largement, la communication sur les activités de coordination devrait être améliorée à destination de l'ensemble des intervenants. Enfin l'existence de systèmes d'information dédiés et partagés par tous participerait à une meilleure appropriation de l'activité de coordination.

Le choix du MIP, pour chaque membre du groupe, a naturellement été influencé par la formulation du sujet « les nouveaux métiers de la coordination », répertorié dans le thème « organisation, pilotage, régulation et management des services de santé dans leurs dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale ». La méthodologie proposée de comparaison de dispositifs de coordination en oncologie et en gériatrie a pu être comprise comme une occasion de s'intéresser à des enjeux certes complémentaires, mais bien différents.

Les uns et les autres ont ainsi pu relier le thème à une problématique d'optimisation organisationnelle, de réduction des inégalités d'accès aux soins sur un territoire de santé, d'harmonisation des parcours et trajectoires de patients, à un enjeu de sécurité et de qualité des soins et d'accompagnement médico-social, ou de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). L'angle d'approche du sujet s'est également révélé variable, certains y voyant l'opportunité de mener un travail de recherche, d'autres de formuler des préconisations concrètes à visée professionnelle, ou un travail mixte de ces deux aspects.

La rencontre avec les animateurs a eu pour objet et conséquence de cibler le travail à effectuer autour d'une enquête exploratoire des nouveaux métiers dédiés à la coordination, cherchant à répertorier l'existant et le contextualiser. Cette démarche autour de l'activité réelle et de comparaison par une cartographie du contenu et des compétences liées à



l'activité de coordination relevait en fait des méthodes issues de la sociologie du travail, des théories du management et des comportements organisationnels.

Ces cadres de référence ont surpris les membres du groupe de travail, peu coutumiers du travail d'enquête sociologique, et il a été compliqué tout au long de la période de MIP d'identifier et de définir une problématique. De même, la méthode d'analyse des données recueillies lors des entretiens a dû être actualisée plusieurs fois pour préciser le sens à donner à l'analyse.

Cela aura cependant constitué une opportunité de découvrir la méthode appliquée au travail de recherche. De même, tout au long de la période de travail, les membres du groupe ont su négocier et s'accorder au fil des discussions, aussi bien entre eux qu'avec les animateurs. Un vrai travail de coordination !

---

# Bibliographie

---

## 1. Ouvrages relatifs à l'introduction

BLOCH M.A. et HENAUT L. 2014 – *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris

FREEMAN *et al*,

WALSH *et al*, 2010

## 2. Ouvrages relatifs à la méthodologie d'enquête qualitative en sociologie du travail

BLANCHET, A. et GOTMAN, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan - 128.

DE SINGLY, F. (1992). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Paris : Nathan.

HUGHES, E.C. (1996). "La place du travail de terrain dans les sciences sociales." p. 267-279 in *Le regard sociologique*, sd HUGHES, E.C. Paris: Editions de l'EHESS.

## 3. Ouvrages et références réglementaires relatifs à l'analyse des résultats

AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A. 2016– *Structurer les parcours de soins et de santé : Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé* – LEH édition, p.175 à 191

Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Nicolas DURAND, Christophe LANNELONGUE, Patrice LEGRAND - Rapport définitif IGAS – novembre 2010

INCa, *Les cancers en France/édition 2015* (avril 2016),

INCa, Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, synthèse nationale des bilans à un an des 35 sites pilotes, septembre 2012

## 4. Ouvrages et références relatifs à la discussion

[2] CALLON Michel et LATOUR Bruno (1986)

[1] CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard *L'acteur et le système* (1977)

DGOS octobre 2012– Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?

[3] GIDDENS Anthony *La constitution de la société. Eléments de la théorie de la restructuration* (1984)

PLANE J.M., *Théorie des organisations*, Dunod 2014

PREFAS Nord Pas de Calais, La fonction de coordination dans le travail social. Une fonction assumée à clarifier où l'émergence d'un nouveau métier

[4] O Reilly C.A et Tushman M.L *Research in Organizational Behavior* (2008)



---

## Liste des annexes

---

**Annexe I :** Guide d'entretien "*les nouveaux métiers de la coordination*"

**Annexe II :** Tableau récapitulatif des entretiens

**Annexe III :** Tableau de dépouillement des entretiens

# Annexe I

## Guide d'entretien « *les nouveaux métiers de la coordination* »

<p><b>* Introduction</b></p>	<p>Parlez nous de votre activité de coordination. Décrivez nous une journée type.</p>
<p><b>* Contexte</b></p>	<p>Avant/Pendant: Pourquoi et comment le métier a été mis en place (contexte local, législatif, institutionnel : impulsé par qui ? Genèse de la création du poste / financement / pérennité du poste)</p>
<p><b>* A propos de l'activité des coordinateurs</b></p>	<p>Quel est le contenu du travail des coordinateurs (typologie des activités)? A lier avec le double axe modification/navigation et action de service/coordination cf. PowerPoint)</p> <p>Outils de travail (réunion, système d'information)</p> <p>Combien de temps passent-ils sur chaque tâche ?</p> <p>Parmi ces tâches lesquelles constituent un service nouveau, lesquelles ont été déléguées ? Par qui ? Depuis quand ?</p> <p>Activité clinique et managériale</p> <p>Penser à demander des éléments chiffrés.</p> <p>En un mot comment définiriez-vous votre métier ? / comment présentez-vous votre métier à vos proches?</p> <p>Avez-vous une fiche de poste?</p>
<p><b>* Pour comprendre les profils requis</b></p>	<p>Quels sont les profils de ces coordinateurs ?</p> <p>Quelles sont leurs compétences ? Développement de nouvelles compétences?</p> <p>Expériences et formation (initiale et continue). Avant et depuis la prise de poste.</p> <p>Quelles sont les motivations des coordinateurs ?</p> <p>"Quel est le profil idéal? Quelles améliorations apporter à l'existant?"</p>
<p><b>* En termes d'interactions avec les autres professionnels</b></p>	<p>Comment les coordinateurs travaillent avec les autres professionnels ?</p> <p>Êtes-vous identifiés par les autres professionnels et les patients ?</p> <p>Comment partagent-ils leurs tâches avec des infirmiers, des médecins et d'autres professionnels impliqués dans la prise en charge ?</p>

	<p>Quelles difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de leur activité avec les autres professionnels ?</p> <p>Cette perception dépend-elle de l'organisation du travail, du profil des coordinateurs, des pathologies</p>
<p><b>* Evaluation</b></p>	<p>Jugement des professionnels sur leur propre activité (valeur/intérêt/utilité/pertinence)</p> <p>Jugement des autres professionnels</p> <p>Jugement des utilisateurs</p> <p>Qui effectue les entretiens d'évaluation ? A qui vous vous référer en cas de difficulté ?</p> <p>Quelle place occupe les coordinateurs dans le processus de soin?</p>

## Annexe II

**Tableau récapitulatif des entretiens**

	<b>Structures</b>	<b>Lieux</b>	<b>Fonctions</b>
<b>1</b>	MAIA	Ille-et-Vilaine	Gestionnaire de cas Pilote
<b>2</b>	MAIA	Loire Atlantique	Gestionnaire de cas Pilote
<b>3</b>	CHU de NANTES	Loire Atlantique	Coordonnateur parcours patient
<b>4</b>	CLIC	Loire Atlantique	Responsable de structure
<b>5</b>	SSIAD/HAD	Oise	2 infirmières coordinatrices
<b>6</b>	SSIAD	Loire Atlantique	Cadre coordonnateur
<b>7</b>	CHU	Paris	Infirmier d'annonce et de coordination
<b>8</b>	CHU	Paris	Infirmier d'annonce et de coordination
<b>9</b>	CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER	Région parisienne	Infirmier de coordination extra hospitalière
<b>10</b>	CHU	Ille-et-Vilaine	Médecin gériatre, expert



## Annexe III

### Tableau de dépouillement des entretiens

<u>1. Contexte et public concerné</u>	<u>2. Missions / Activités</u>
<p>Avant/Pendant: Pourquoi et comment le métier a été mis en place (contexte local, législatif, institutionnel : impulsé par qui ? Genèse de la création du poste / financement / pérennité du poste)</p> <p>Public concerné :</p> <p>Situation géographique :</p>	<p>Quel est le contenu du travail des coordinateurs (typologie des activités) ?</p> <p><i>Patient :</i></p> <p><i>Équipe :</i></p> <p>Une journée de travail « type »</p> <p>A lier avec le double axe modification/navigation et action de service/coordination cf. PowerPoint)</p> <p>Outils de travail (réunions, système d'information)</p> <p>Combien de temps passent-ils sur chaque tâche ? Estimation des professionnels</p> <p>Parmi ces tâches lesquelles constituent un service nouveau, lesquelles ont été déléguées ? Par qui ? Depuis quand ?</p> <p><u>Interactions</u></p> <p>Quelle place occupe les coordinateurs dans le processus de soin ?</p> <p>Comment travaillent-ils avec les autres professionnels ?</p> <p>Etes-vous identifiés par les autres professionnels et les patients ?</p> <p>Cette perception dépend-elle de l'organisation du travail, du profil des coordinateurs, des pathologies</p> <p>Comment partagent-ils leurs tâches avec des infirmiers, des médecins et d'autres</p>

	<b>professionnels impliqués dans la prise en charge ?</b>
<b><u>3. Difficultés rencontrées</u></b>	<b><u>4. Profil</u></b>
<b>Quelles difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de leur activité avec les autres professionnels ?</b>	<p><b>Avez-vous une fiche de poste</b></p> <p><b>Expériences et formation (initiale et continue). Avant et depuis la prise de poste.</b></p> <p><b>Quelles sont les motivations des coordinateurs ?</b></p> <p><b>Quel est le profil idéal ? Quelles améliorations apporter à l'existant ?</b></p> <p><b>Compétences, Développement de nouvelles compétences ?</b></p> <p><b>Jugement des professionnels sur leur propre activité (valeur/intérêt/utilité/pertinence) :</b></p> <p><b>Jugement des autres professionnels :</b></p> <p><b>Jugement des utilisateurs</b></p> <p><b>Qui effectue les entretiens d'évaluation ?</b></p>

Thème n°

Animé par : <Nom, prénom, titre ou fonction>

## <Les nouveaux métiers de la coordination>

<Brajeul Maria ED3S, Chesnel Florence stagiaire IASS, Cohen Raphaël EDH, Fegar Lorène EAAH, Gein Verchueren Pauline EAAH, Leroux Delphine ED3S, Marie Carole EDH, Pernel Marie José EDS, Tounsi Lina ED3S>

### **Résumé :**

En 2012, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) met à disposition des Agences Régionales de santé (ARS) un guide méthodologique destiné à faire évoluer les réseaux de santé pour améliorer la coordination des soins. La complexité des parcours de santé des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques invite les acteurs de santé à développer des dispositifs de coordination au service de la fluidité et de la qualité des parcours. Ces dispositifs font également émerger de nouveaux métiers. Mais s'agit-il véritablement de métiers ? Quels services proposent effectivement ces dispositifs qui a priori ciblent chacun leur public ? Quelles sont les compétences des professionnels au service de ces structures et réseaux ? Quelles sont leurs activités quotidiennes ? Ces dispositifs répondent-ils à une carence ou participent-ils au délitement de certains métiers pré-existants ? Comment les professionnels dédiés se projettent-ils dans le contexte social, économique, budgétaire, juridique et politique dans lequel ils évoluent ?

Pour y voir plus clair sur le sujet, nous avons utilisé une méthodologie basée sur la recherche documentaire et l'entretien semi-directif auprès de différents professionnels dédiés à la coordination. Nous avons comparé notamment les activités et les compétences de ces professionnels qui exercent en Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), réseaux d'oncologie, Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et structures d'hospitalisation à domicile (HAD). Ce qui nous a permis d'identifier des pratiques communes telles que....., des pratiques spécifiques voire flexibles comme....

**Mots clés :** coordination, infirmière de coordination, MAIA,

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*