

**DOCUMENT N° 6 :**

**RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATION  
DU TRAVAIL EN SANTE**

---

*Ce travail est établi sous la responsabilité de son auteur, il n'engage pas le Haut Conseil*

# Sommaire

---

## **Ressources humaines et organisation du travail en santé (contribution de Yann Bourgueil) .....3**

### **1 - L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN SANTE DETERMINEE PAR L'ORGANISATION**

#### **PROFESSIONNELLE ..... 3**

1.1 LA COORDINATION EN SANTE PAR LA STANDARDISATION DES QUALIFICATIONS..... 3

1.2 LE FAIT PROFESSIONNEL EN SANTE : JUSTIFICATION ET CONSEQUENCES ..... 5

1.3 EFFECTIFS, CADRE D'EXERCICE ET DE FORMATION : FACTEURS DETERMINANTS DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL..... 6

### **2 – INNOVATION ET ORGANISATIONS EN SANTE : ENTRE DYNAMIQUES PROFESSIONNELLES**

#### **ET LOGIQUES GESTIONNAIRES ..... 8**

2.1 L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE EN SANTE : DEFINITION ET LIMITES ..... 8

2.2 INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES EN SANTE : L'ECUEIL DE LA GENERALISATION ..... 9

# Ressources humaines et organisation du travail en santé

---

**Ressources humaines et organisation du travail en santé : constats et conditions pour l'émergence et la généralisation des innovations organisationnelles**

*Yann BOURGUEIL, Directeur de Recherche à l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)*

Ce texte vise à souligner l'importance de la ressource humaine dans l'organisation du travail et le fonctionnement des services de santé et donc de sa régulation comme outil et levier de toute politique de santé. Il propose dans une première partie des éléments de compréhension sur les déterminants de l'organisation du travail en santé et illustre dans un deuxième temps les spécificités de l'innovation organisationnelle en santé telles qu'elles se sont déployées en France ces 20 dernières années et propose en conclusion quelques éléments d'appui pour la transformation de l'organisation des soins notamment ambulatoires.

## 1 - L'organisation du travail en santé déterminée par l'organisation professionnelle

### 1.1 La coordination en santé par la standardisation des qualifications

**Chacun sait ainsi ce qu'il peut attendre des autres par ce qu'il a appris.**

Toute activité humaine organisée donne naissance à deux besoins fondamentaux et contradictoires. La division du travail entre plusieurs tâches à effectuer et la coordination de ces tâches afin d'accomplir cette activité. La coordination est considérée par de nombreux chercheurs et théoriciens des organisations (H. Mintzberg) comme l'un des éléments les plus déterminants de l'organisation du travail et des organisations/institutions. Classiquement, Mintzberg distingue 5 mécanismes principaux de coordination qui correspondent schématiquement à des idéaux types d'activité et d'organisation (l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des processus, la standardisation des résultats et la standardisation des qualifications/savoirs). Nous les présentons succinctement ci-dessous.

**L'ajustement mutuel** réalise la coordination par la communication informelle. Ce processus est présent dans toutes les formes d'organisation, caractéristique des situations de travail les plus simples mais également lorsqu'aucune standardisation n'est possible pour les situations les plus complexes.

**La supervision directe** (quand une personne, le plus souvent en situation hiérarchique répartit les tâches au sein d'une équipe ou d'une organisation).

**La standardisation** qui peut porter sur :

- Les processus de travail, en spécifiant les procédés de travail de ceux qui doivent réaliser des tâches indépendantes (ces spécifications sont en général réalisées par les bureaux des méthodes - par exemple la définition du travail à la chaîne, où les opérateurs sont très spécialisés et très peu qualifiés),
- Les résultats, ces derniers assurent la coordination en étant définis *a priori* aux unités (les résultats objectifs à atteindre pour des unités de production, spécifications des caractéristiques d'un produit)
- Les qualifications et les savoirs (c'est principalement par le processus de formation spécifique de celui qui exécute le travail que la coordination est réalisée). Par exemple entre un chirurgien, un anesthésiste qui doivent collaborer au cours d'une intervention chirurgicale.

L'ensemble de ces mécanismes de coordination sont présents dans toutes les organisations, certains étant plus spécifiques à certains types d'organisations.

Le mécanisme de coordination propre à l'activité de soin comme d'ailleurs celle d'enseignement relève typiquement de la coordination par la standardisation des qualifications. Acquises au cours de la formation initiale et le plus souvent produites et transmises par les membres de la profession eux-mêmes au cours de formations théoriques et pratiques longues, les qualifications intègrent les connaissances nécessaires à la coordination en situation de travail sans que celles-ci soient décrites dans des procédures de travail (impossibles à décrire en détail) ou définies par des objectifs de résultats (si difficiles à définir et mesurer et ce d'autant plus que ces objectifs sont souvent co-conçus et coproduits avec les patients).

Dans les faits, au sein d'un hôpital, comme au sein d'une université, les professionnels ont une grande autonomie de travail et une grande latitude sur le contrôle de leur travail. L'activité de soigner est complexe et doit faire face à de nombreux aléas ce qui explique l'autonomie des opérateurs et leur longue qualification composée de formation (transmission de savoirs programmés et formalisés) mais également de socialisation au cours de périodes d'apprentissage plus ou moins longue selon le niveau d'expertise. Les normes et les procédures généralement élaborées en dehors des organisations elles-mêmes par les organisations professionnelles (sociétés savantes, université, agences comme la HAS) sont ainsi internalisées par les opérateurs. Chacun sait ainsi ce qu'il peut attendre des autres par ce qu'il a appris.

La coordination par la standardisation des qualifications est typique des organisations professionnelles (typiquement l'hôpital), les opérateurs y disposant d'une grande autonomie et d'un pouvoir important dans la mesure où l'organisation du travail n'est pas prescrite par les instances de gouvernance s'appuyant sur un bureau des méthodes, mais élaborées et transmises par les professions.

Les quatre autres mécanismes de coordination que sont l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des processus et des résultats se retrouvent également dans l'activité de soins mais avec des degrés moindres et de façon plus récente pour les deux derniers avec des résultats aujourd'hui discutés en terme d'implantation et d'efficacité. Le mouvement de déploiement des guidelines fondés sur les preuves « l'evidence base medicine » surtout quand il s'étend aux parcours de soins peut s'apparenter à une démarche de rationalisation externe de l'organisation du travail et viser ainsi la bonne coordination par la standardisation des processus de travail. Le paiement par

objectif généralisé avec la ROSP (Rémunération par Objectifs de Santé Publique), peut lui également être considéré comme une démarche de standardisation des résultats, les professionnels de santé ayant toute liberté pour s'organiser afin d'atteindre un objectif défini et mesurable.

Cette courte incursion dans la théorie des organisations permet de rappeler le caractère déterminant du fait professionnel sur l'organisation du travail en santé que nous allons maintenant expliciter.

## **1.2 Le fait professionnel en santé : justification et conséquences**

Le domaine de la santé est caractérisé par l'existence des professions et des mécanismes de régulation propres qui lui sont associés.

La profession est ici entendue au sens d'Eliot Freidson, à savoir la détention par un groupe professionnel d'un monopole qui lui est accordé par la société et s'exprimant dans la loi. En France, les médecins sont les seuls autorisés à intervenir sur le corps humain. Toute personne non autorisée qui le fait peut être poursuivie pour exercice illégal de la médecine. Une profession est ainsi définie par la détention d'un monopole, la maîtrise de la production et de la transmission des savoirs par elle-même et la reconnaissance d'un domaine spécifique de régulation (un conseil de l'ordre et un code de déontologie) par les pairs. Elle constitue alors un groupe social autonome. La justification principale de ce processus de régulation est la protection des malades. La sécurité et la responsabilité sont ainsi des enjeux régulièrement convoqués devant toute évolution des rôles professionnels. Inversement, l'autonomie de la régulation professionnelle est également régulièrement critiquée, le contrôle exercé par les pairs étant souvent considéré comme insuffisant.

Ce faisant, l'organisation de l'ensemble des professions de santé et notamment les paramédicaux est organisée à partir du même modèle (la création récente des Ordres professionnels va d'ailleurs dans le sens de la reconnaissance des métiers de la santé comme professions). Dans le contexte français, on distingue quatre professions dites médicales (médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens), les autres étant des professions paramédicales (auxiliaires de santé dans le code de la santé publique). Ces derniers, comme le terme d'auxiliaire des médecins l'indique, se voient reconnaître par la loi des domaines d'intervention en dérogation à l'exercice illégal de la médecine. Ainsi, les procédés de travail et les tâches pouvant être réalisés par les non-médecins sont définis par la loi et les règlements (décrets d'actes, arrêtés<sup>1</sup>).

L'organisation du travail en santé est donc déterminée tout au moins dans la division des activités et les processus de supervision par le droit. Les différentes organisations professionnelles visant généralement la conquête d'un espace propre d'autonomie cherchent généralement à se différencier les unes des autres par des logiques de spécialisation. Ces phénomènes de spécialisation et donc de division du travail sont également très présents au sein de la profession médicale elle-même. Par exemple, les processus de reconnaissance progressives de spécialité de gériatrie, de médecine d'urgence ainsi que de spécialité de médecine générale témoignent de ces tendances, les frontières dans les pratiques n'étant pas toujours claires entre des généralistes ayant des formations

---

<sup>1</sup> Ces aspects ont été particulièrement bien documentés dans les travaux qui ont été menés sous la responsabilité du président de l'Observatoire national des Professions de Santé et l'HAS qui ont notamment conduit à l'élaboration de l'article 51 de la loi HPST en 2009 visant à faciliter le développement des coopérations.

complémentaires en gériatrie ou médecine d'urgences et inversement. Néanmoins ces logiques de spécialisation et de différenciation peuvent impacter durablement les choix organisationnels.

Le processus d'innovation organisationnelle peut d'ailleurs être mis au service de stratégies professionnelles, voire institutionnelles de spécialisation. Des innovations dans l'organisation des soins peuvent survenir en raison d'une offre de certains groupes de professionnels, non nécessairement du champ de la santé, cherchant à se différencier sur un segment d'activité donné, par exemple l'activité physique en Ehpad par les personnes diplômées des filières STAPS (Sciences et Techniques de l'Activité Physique et Sportive) qui peut apporter une réponse aussi adaptée que la kinésithérapie pour les personnes âgées. Elle peut également être renforcée en raison d'un déficit de certains professionnels face à des demandes croissantes, comme c'est le cas de la filière visuelle et les enjeux autour de l'extension du rôle des opticiens, voire la création du métier d'optométriste en France pour répondre aux besoins d'appareillage en optique et les files d'attente croissantes auprès des ophtalmologistes.

On conçoit dès lors très bien que les quantités relatives des différentes professions qui sont par ailleurs soumises à des mécanismes de régulation très précis et centralisés déterminent de façon très importante la division du travail, les mécanismes de coordination associés et les possibilités d'évolution des organisations en place, voir la généralisation d'organisations innovantes.

L'organisation du travail dans le champ de la santé et ses évolutions relève donc en grande partie de l'internalisation de savoirs et de normes élaborées et transmises par les professions dans les processus de formation, mais doit être également abordée sous l'angle du jeu des acteurs sociaux en quête d'autonomie et doit prendre en compte leurs mécanismes de régulation généraux et spécifiques.

### **1.3 Effectifs, cadre d'exercice et de formation : facteurs déterminants de l'organisation du travail**

#### ***Les lentes évolutions démographiques déterminent en partie les rôles professionnels et donc l'organisation du travail et des soins***

Comme évoqué dans le chapitre précédant, le nombre absolu et les proportions relatives de professionnels formés et arrivant sur le marché du travail sont des facteurs déterminants des organisations de soins et de leurs évolutions. Un nombre très important de médecins formés favorisera des logiques de spécialisation/différenciation sur des segments restreints qui pourront apparaître comme des innovations organisationnelles, ou de pratiques. Par exemple, le développement de la médecine d'urgence et des SAMU, voire le développement des ONG comme MSF et MdM n'aurait certainement pas été le même dans un contexte de moindre croissance du nombre de médecins dans les années 80. A l'inverse, le manque important de médecins, voulu ou subi selon les cas peut conduire à une répartition différentes de rôles et des organisations pour la prise en charge des malades chroniques avec le développement des pratiques infirmières étendues ou simplement la valorisation de pratiques infirmières jusqu'alors insuffisamment valorisées. Ainsi, on assiste actuellement à une augmentation significative du nombre d'infirmières libérales en France (consécutif à l'accroissement soutenu du nombre d'infirmières formées) et à une baisse légère du nombre de médecins généralistes pratiquant la médecine générale. Ces processus à moyen terme dessinent la possibilité de renforcement des équipes de soins de premiers recours et ce d'autant plus

qu'il s'accompagne d'un mouvement de regroupement des médecins et des professionnels de santé entre eux.

La définition des quantités et de la diversité des professionnels admis à se former, constitue un levier puissant de l'évolution des organisations des soins. Cependant, inscrites le plus souvent dans des agendas décisionnels de court terme et ayant des effets à moyen voire à long terme, les décisions de flux de formation des professionnels sont soumises de fait à des effets de Yoyo (ou de stop and go pour parler comme les anglo-saxons), les périodes de « pénurie » faisant suite aux périodes de « pléthore ». Les effets de ces décisions sont rarement associés à des réflexions sur l'organisation des soins, or ils les conditionnent en grande partie. Il est en effet très rare que des médecins formés ne trouvent pas à s'employer, ce qui n'est pas nécessairement le cas des autres professions qui peuvent se retrouver en difficulté si leurs effectifs ne sont pas envisagés simultanément avec la gestion prévisionnelle des effectifs médicaux.

### *Cadre d'exercice et formation : deux déterminants de l'organisation du travail et de son évolution*

Dans la perspective d'une évolution des organisations de soins visant à rééquilibrer le poids relatif des soins hospitaliers et des soins ambulatoires comme celui des soins curatifs avec les soins préventifs et médico-sociaux, il paraît important de prendre en compte le cadre d'exercice et les processus de formation.

Nous entendons par cadre d'exercice l'organisation/structure dans laquelle les personnes travaillent ainsi que les modes de rémunération. Ces deux dimensions du cadre d'exercice sont généralement associées, les professionnels étant généralement salariés dans les organisations formelles comme les hôpitaux ou les centres de santé et les professionnels libéraux sont généralement payés à l'acte dans le cadre de l'exercice libéral indépendant. Cependant, le financement des centres de santé reposant sur le paiement à l'acte peut se répercuter sur les comportements des personnels même salariés les rapprochant ainsi des professionnels libéraux. L'expérience, notamment dans le cadre des expérimentations de coopération lancées en 2003 a montré un nombre important d'organisations des soins innovantes dans le cadre hospitalier public, pour un nombre plus limité dans le cadre ambulatoire libéral. La proximité physique, le travail en équipe déjà constitué conjugué à la rémunération salariée offre en effet à la fois un cadre plus propice à l'expérimentation ou au glissement des tâches mais également un cadre plus sécurisant, par les procédures de supervision qu'il permet pour modifier la répartition des activités et des rôles professionnels (infirmière de coordination, dosimétriste, réalisation des échocardiographies de suivie par les IDE etc...). Dans le secteur ambulatoire principalement libéral où la plupart des professionnels de santé exercent sur un mode indépendant avec une rémunération à l'acte, les possibilités d'évolution des rôles professionnels sont déterminés par l'étendue des nomenclatures. Par ailleurs, l'analyse des expériences internationales montre que les coopérations se sont surtout développées dans des contextes où les professionnels médicaux et non-médicaux exercent au sein de structures communes avec des modes de rémunération forfaitaire (salarial ou capitation) ou au moins mixte (c'est-à-dire avec un paiement à l'acte et un paiement forfaitaire). Le renforcement du secteur ambulatoire s'il est considéré comme une condition de l'augmentation de la prise en charge en ville des patients adressés à l'hôpital doit donc s'appuyer à la fois sur des cadres d'exercice plus collectifs et organisés au sein de structures comme les centres et les maisons ou pôles de santé mais également s'appuyer sur des tarifications plus diversifiées que le seul paiement à l'acte.

La formation initiale et continue constitue, comme évoqué précédemment un levier principal pour modifier l'organisation du travail en santé. Principalement formés dans le cadre des services hospitaliers, la plupart des professionnels de santé n'ont pas appris à travailler dans le cadre ambulatoire. Chacun ne sait pas ce qu'il peut attendre des autres parce qu'il ne l'a pas appris. Les mouvements militants des premiers réseaux de soins se sont constitués à partir de processus de formation collectifs, multiprofessionnels dans une démarche qui comprenait autant l'apprentissage de l'organisation du système de soins local et des rôles et limites de chacun dans le cadre ambulatoire que de savoirs techniques. A ce titre, on peut considérer la démarche visant à développer les parcours de santé comme une démarche visant principalement à élargir les représentations des différents acteurs sur leurs rôles respectifs et révéler la nature de leurs interactions qui passent très souvent par le patient, ce dernier y jouant un rôle déterminant. Les travaux exploratoires sur les parcours de santé et la révélation de fait des réseaux d'acteurs par l'exploitation des bases de données médico-administratives tels qu'ils sont développés en Amérique du Nord (Travaux de Thérèse Stukel ou ICES sur les réseaux virtuels) présentent l'intérêt de rendre visibles les organisations implicites et peuvent constituer des outils pour interagir avec les acteurs professionnels dans une visée de transformation organisationnelle. C'est également la démarche engagée avec les diagnostics territoriaux réalisés par l'ANAP dans le processus d'élaboration des projets PAERPA sur une base territoriale. La formation pluriprofessionnelle orientée vers l'apprentissage organisationnel et la résolution de problèmes s'avère un moyen opportun de travailler les organisations de soins. On peut également penser, comme le propose un groupe d'experts internationaux dans un article du Lancet, que selon le cadre théorique de la coordination par la standardisation des qualifications, le développement de la formation initiale dans un cadre permettant l'apprentissage et la socialisation soit un levier puissant pour travailler à la généralisation de l'évolution de l'organisation des soins.

## **2 – Innovation et organisations en santé : entre dynamiques professionnelles et logiques gestionnaires**

**La créativité c'est penser à de nouvelles choses, l'innovation c'est faire de nouvelles choses –  
Théodore Levitt.**

### **2.1 L'innovation organisationnelle en santé : définition et limites**

Il n'est pas aisé de déterminer ce qu'est une innovation ou ce qui fait « innovation » dans une transformation de l'organisation du travail. La création d'un nouveau métier, la reconnaissance d'un nouveau rôle et de nouvelles fonctions pour des métiers existants, la modification d'un processus d'évaluation et de décision, l'apport d'un nouveau service au patient ou ses proches, sont souvent considérés comme des innovations. Il s'agit là, le plus souvent du point de vue des acteurs.

Une autre façon de déterminer s'il y a innovation est de se placer du point de vue du patient et/ou de son entourage et de déterminer ce qui change soit en termes d'efficacité (généralement l'effet d'un traitement sur le cours de la maladie), soit en termes d'efficacité (coûts tangibles et intangibles). Enfin, une troisième façon de s'interroger sur le caractère innovant d'une organisation



est de se placer du point de vue du régulateur ce qui permet d'aborder l'innovation du point de vue populationnel et sociétal.

L'organisation peut être élaborée à chaque fois de façon *ad hoc*, ou viser une certaine régularité/stabilité et c'est alors que l'organisation stabilisée émerge et devient une organisation/institution avec des fonctions spécifiques, spécialisations, structures de gouvernance, financements spécifiques, système d'information et indicateurs de performance.

Nous parlerons d'innovation organisationnelle lorsque les processus, et donc la nature ou les rôles ou les modalités d'articulations entre acteurs, sont modifiés de façon durable et répétée et font l'objet d'une formalisation (protocole, système d'information, indicateurs), d'une transmission (écrit, formation), d'une observation/évaluation (rapports et études) et parfois d'un financement.

## **2.2 Innovations organisationnelles en santé : l'écueil de la généralisation**

Dans le champ de la santé, le système d'autorité ne peut s'appuyer sur la hiérarchie aussi bien dans les hôpitaux que dans le secteur ambulatoire, du fait même de l'importance des professions. La maîtrise des processus de production est limitée par l'incertitude du processus lui-même et sa complexité, et ce sont les acteurs en charge des situations de travail qui maîtrisent largement les zones d'incertitudes. Plutôt qu'une organisation avec un système d'autorité et de décision hiérarchique, le champ ambulatorio-hospitalier se présente comme un système au sein duquel les mécanismes de régulation qui déterminent les processus d'organisation du travail sont nationaux et laissent beaucoup d'espaces aux initiatives locales et/ou aux dynamiques d'acteurs. Le gestionnaire d'hôpital, le régulateur va donc chercher à mobiliser des mécanismes incitatifs et s'appuyer sur les acteurs innovants. La création du fond d'amélioration de la qualité des soins de ville dans la suite de la mission de concertation sur la rénovation des soins de ville en 1998 a cherché à stimuler et soutenir le développement d'organisations innovantes dans le champ des soins de ville et a notamment été un vecteur de financement des réseaux de soins. De fait, l'observation des 20 dernières années des processus d'innovations, notamment à visée organisationnelle dans le champ de la santé (CLIC, Réseaux, DMP..), révèle combien la question de la généralisation de ces innovations est une question lancinante, toujours renouvelée, et souvent décevante pour les innovateurs face à la très forte stabilité/solidité/résistance du système de soins et de ses équilibres.

Il est vrai que l'on parle d'un secteur économique et social qui représente 194 milliards d'euros pour les seules dépenses de l'assurance maladie en 2013, au sein duquel travaillent près de deux millions de professionnels de santé et qui comporte de très nombreux acteurs sociaux aux intérêts divergents sinon contradictoires. Le système de santé, à l'instar du système éducatif est également l'expression de valeurs constitutives de notre identité nationale et à ce titre est un sujet éminemment politique. Modifier les équilibres installés depuis plusieurs dizaines d'années au nom de la coordination ne se fait donc pas simplement.

Poser la question de la modification ou la généralisation des innovations organisationnelles c'est poser la question des rôles, des identités individuelles et collectives, des rentes, des hiérarchies de rémunération mais également des hiérarchies symboliques plus ou moins explicites, bref c'est se confronter à ce qui est une caractéristique des systèmes de santé à savoir le fait professionnel.

## *Lieux d'émergence et nature des innovations organisationnelles*

Pointé depuis de nombreuses années, que ce soit à la suite de l'épidémie du Sida qui a conduit au développement de multiples initiatives de coordination puis à la politique des réseaux de soins, où aux multiples initiatives successives et la plupart du temps inachevées de coordination gérontologiques (CLIC, Maia, etc...), l'écart entre les évolutions des besoins et de la demande de soins avec l'organisation de soins est ancien et a fait l'objet d'initiatives multiples. Aujourd'hui, la pression sur les dépenses de santé étant croissante, cet écart apparaît de plus en plus net, pour être désormais pointé comme un enjeu par le HCAAM. L'allocation des ressources dans le système de soins, n'apparaît en effet pas optimale au regard des exigences d'équité et d'efficacité. Travailler à l'organisation du système de soins pour plus de coordination s'impose désormais comme une ardente obligation et les lieux d'innovation sont multiples et les solutions diverses.

### *Les lieux d'innovation*

Les lieux d'innovation sont multiples.

*L'hôpital*, tout d'abord. Organisation dont la gestion de la complexité et de la singularité à grande échelle est l'enjeu principal, selon la thèse d'Etienne Minvielle, fait l'objet de très nombreux travaux, publications, expérimentations et réformes. Par exemple, le gestionnaire de lit que met en place l'AP-HP constitue une innovation organisationnelle au sein des hôpitaux. Il en est de même pour le rôle de l'infirmier de greffe, ce dernier étant plutôt la reconnaissance d'une pratique déjà bien en place. On peut penser que toutes deux se généraliseront facilement dans le cadre hiérarchique de l'AP-HP. Mais ce sera sans doute plus compliqué pour les deux autres fonctions de pratiques avancées que sont le coordinateur(trice) de parcours de santé d'une part et l'infirmier clinicienne en pratique avancée d'autre part. Deux fonctions qui devront trouver leur place dans un cadre plus large que le seul hôpital.

*Le secteur ambulatoire* a fait et fait toujours l'objet de nombreuses expériences souvent très locales et localisées. Il prend aujourd'hui une importance particulière dans le cadre de la stratégie de santé dont témoigne le discours général sur les parcours de santé et le renforcement également dans les discours sur les soins primaires. Il y a effectivement un consensus général en France ainsi qu'à l'étranger pour reconnaître l'importance de la structuration de ce secteur pour soigner et suivre un nombre croissant de personnes atteintes de pathologies multiples, chroniques et invalidantes dont le souhait est de rester à domicile. L'histoire des réseaux de soins dans les années 90 est intéressante comme échec de généralisation de la coordination. Leur développement important impulsé par l'Etat a été progressivement absorbé par l'hôpital plus capable de capter les ressources et subventions multiples proposées par les administrations. Ce processus de spécialisation a débouché sur un empilement de réseaux par spécialités médicales voire par maladies intégrant au final peu de patients et de médecins de ville (rapport IGAS). Ces réseaux dont les orientations générales et le cadre d'évaluation étaient faibles ont été jugés au final inefficients d'un point de vue populationnel et sont aujourd'hui invités à disparaître ou se déspecialiser. Depuis 10 ans, la réforme du médecin traitant de 2004, la reconnaissance progressive de la médecine générale à l'université et dans la loi, et le soutien aux formes d'organisation pluri-professionnelles de la médecine de ville réorientent l'innovation organisationnelle vers les équipes de soins primaires. Parce que cette politique s'appuie sur la tendance naturelle au regroupement des médecins généralistes, et donc sur la dynamique professionnelle, elle paraît présenter des potentialités plus importantes de consolidation

et de généralisation mais à certaines conditions d'encadrement et d'accompagnement que nous proposerons en conclusion.

*Le territoire*, par exemple dans le cadre de l'initiative PAERPA (Personnes âgées en Risque de perte d'Autonomie) est également envisagé comme l'espace structurant des innovations notamment dans une visée d'intégration des acteurs des secteurs sanitaire et social. C'est également dans cette visée territoriale que peut être envisagée la mutualisation de compétences/fonctions partagées entre unités de production de base en soins primaires, prémices possibles des communautés professionnelles de territoire. L'institutionnalisation du territoire de proximité en termes de gouvernance reste à ce jour une question problématique, revendiquée par l'hôpital, le secteur libéral, l'ARS et au final une question non résolue quoique explorée dans le cadre de PAERPA.

### *Les solutions organisationnelles*

Les solutions organisationnelles sont également multiples et relèvent de logiques très différentes dépendant d'acteurs également divers.

L'introduction de nouveaux acteurs en charge de la coordination est une approche très classique et, depuis qu'elle a été introduite au début des années 80, en échec récurrent de son institutionnalisation. Il semble bien en effet que la tutelle refuse d'inscrire le gestionnaire de cas MAIA dans un cadre juridique permettant la reconnaissance officielle de ce métier. Comme le montrent certains travaux sur la coordination dans les réseaux gérontologiques et de soins palliatifs, il semble que la coordination<sup>2</sup> ne se constitue pas véritablement en métier, encore moins en profession, mais plutôt comme un ensemble de nouvelles fonctions pour des métiers existants, voire une étape dans une évolution professionnelle. ***Enfin la coordination n'est-elle pas soluble dans les professions et ne relève-t-elle pas en grande partie d'une évolution de l'organisation du travail et des contextes de travail progressivement intégrés dans les professions existantes ?*** Ou pour le formuler autrement, quelles sont les fonctions de coordination qui ne peuvent être intégrées dans une nouvelle organisation du travail et d'une nouvelle organisation des professions ? La généralisation de la coordination ne relèverait alors pas de la généralisation de nouveaux métiers, mais plutôt d'une évolution du contenu des métiers eux-mêmes ? On peut également mettre en perspective cette question avec la démographie globale et relative des professions entre elles. Plus il y a de médecins, moins il y a d'espace et d'opportunités pour des professions intermédiaires et réciproquement. Ce serait donc en agissant sur les nombres de professionnels et les contextes d'exercice et de formation que seraient déterminées les conditions de la généralisation de la coordination ?

*L'introduction de nouveaux métiers et de nouvelles organisations par des initiatives de rationalisation externe aux acteurs professionnels* comme l'initiative PRADO (programme de retour au domicile) initiée par la CNAMTS présente cependant de son côté un fort potentiel de généralisation dans la mesure où elle est portée par un opérateur doté d'autonomie élevée et d'une forte capacité d'investissement du fait de son monopole. Cette démarche rejoint celles qui sont aujourd'hui portées par des industriels, visant par exemple à coordonner le suivi de patients diabétiques sévères par une infirmière au téléphone. Ces initiatives peuvent paraître concurrentes avec des innovations

---

<sup>2</sup> La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles – Robelet, Serre, Bourgueil – RFAS n° - 2005.

organisationnelles portées par les acteurs professionnels comme l'expérience ASALEE. Se pose alors la question de la coordination ou du choix entre ces formes innovantes d'organisation. Il y a là dès lors, un véritable enjeu pour l'évaluation qui, si le décideur soutient de telles approches, peut permettre d'éclairer des choix publics difficiles en comparant ces deux modèles et en permettant de clarifier les options en présence.

*Les solutions techniques, dont le DMP, et la télémédecine* qui se sont si peu développés depuis 20 ans paraissent à nouveau comme les solutions permettant de résoudre à terme les problèmes de coordination et améliorer l'organisation des soins. Les échecs jusqu'à présent de ces démarches, au demeurant fort coûteuses au regard des faibles résultats qu'elles apportent, témoignent d'une vision qui ne prend peut être pas assez en compte les enjeux professionnels liés à l'organisation du travail en santé notamment dans des systèmes de soins peu hiérarchiques comme le secteur ambulatoire, et d'un recours à l'outil comme solution aux problèmes de coordination qui relève « de la pensée magique ». L'absence de prise en compte du fait professionnel mais également le rôle des patients, peut expliquer les limites de l'approche par les seuls outils techniques. Néanmoins, ces approches simplificatrices sont coûteuses et contreproductives alors que les technologies de l'information sont objectivement porteuses d'un potentiel très important d'amélioration de la circulation de l'information et donc de support à des pratiques plus coordonnées. Comme le résume l'équation ci-dessous, une Nouvelle Technologie avec une Vieille Organisation conduit à une Organisation Coûteuse (Hal Wolf, 2014)

$$NT^* + **VO = ***OC$$

La contextualisation des technologies de l'information et les conditions de leur intégration à la pratique quotidienne sont alors déterminantes pour généraliser les organisations innovantes, comme elles semblent abordées dans le cadre des « living labs ».

*La modification des organisations de soins elles-mêmes*, cabinets de groupes, structures pluri-professionnelles, établissements de santé est une voie mobilisée autour du mouvement des maisons de santé et du travail en équipes de proximité. Parce que s'appuyant sur une dynamique professionnelle elle paraît plus prometteuse de changements durables à condition de privilégier une approche systémique visant à travailler simultanément l'évolution des pratiques, des rôles et fonctions, des systèmes d'informations et des modalités de rémunération.

### **En conclusion**

En conclusion, quelques repères peuvent être proposés pour travailler au développement d'innovations organisationnelles et socio-techniques porteuses de transformations durables.

**Le premier, est de prendre appui sur l'investissement considérable qui est fait dans la ressource humaine en santé.** L'augmentation du *numerus clausus* des médecins qui a plus que doublé depuis 1996 et qui est maintenu à un niveau très élevé augmente considérablement le nombre de médecins en formation. Cet investissement quantitatif (la moitié de ces médecins devrait être médecins généralistes) offre la possibilité de modeler les médecins de demain mais pour cela, il doit être doublé d'un investissement dans la capacité de formation et la production de savoirs adaptés, ce qui ne semble pas aujourd'hui le cas. Le nombre d'infirmiers en formation est lui également très élevé et offre également des possibilités d'orientations nouvelles vers des fonctions et des formes d'exercice plus adaptées. Où sont-ils formés ? Pour quelles fonctions ?

**Le second repère est celui du mouvement de regroupement des professionnels de santé** et dans un premier temps principalement des médecins généralistes et particulièrement les jeunes qui se projettent dans des formes plus collectives d'exercice permettant une meilleure maîtrise de leur temps de travail et un cadre collectif plus conforme à leurs aspirations. Cette dynamique professionnelle conduit à l'émergence d'acteurs nouveaux, distincts de ceux qui sont actuellement en situation de négociation. Ces acteurs neufs sont également porteurs de formes d'organisations nouvelles pouvant conduire à terme à des réorganisations significatives des rapports de force au sein du système de soins - un groupe de 5 médecins coordonnés a un pouvoir de négociation plus important avec les spécialistes de ville et l'hôpital, que 5 médecins isolés. Soutenir les porteurs d'innovations organisationnelles, qui se constituent en acteurs sociaux nouveaux en valorisant leurs pratiques, en leur permettant d'expérimenter de nouvelles formes de rémunération, de technologies de l'information et en inscrivant ces démarches dans un processus de valorisation scientifique paraît constituer une voie sérieuse et prometteuse de généralisation de nouvelles organisations de soins.

Mais au-delà des aspects organisationnels et de rémunération se pose la question de la constitution du socle de connaissances permettant de soutenir et étayer les pratiques empiriques si longtemps délaissées par le savoir académique principalement hospitalier et biomédical. L'enjeu de la conceptualisation et de l'étude spécifique des situations cliniques propres au contexte ambulatoire paraît considérable. Par exemple, la notion même de polypathologie chronique, qui est employé si largement, se révèle être d'une très grande instabilité<sup>3</sup> et constitue en soi un enjeu de recherche dans la mesure où cela peut permettre de fonder un modèle d'organisation sur un modèle conceptuel spécifique. La clinique n'est plus confinée au lit du malade mais doit également être étudiée, conceptualisée, modélisée en ambulatoire. On passerait de cas cliniques à des situations cliniques élargies tenant compte de l'environnement.

Cela reviendrait finalement à renouveler et moderniser le modèles des Academics Health Centers dessinés en 1910 dans le rapport Flexner et qui a si bien réussi au modèle bioclinique de la maladie et qui a fortement modelé la médecine et le système de soins au travers des CHU en France

**Les organisations de soins ambulatoires pluri-professionnelles, si elles sont envisagées sous le triple niveau de la pratique, la recherche et la formation** peuvent dès lors constituer un point d'appui au développement de pratiques plus intégrées et coordonnées, associant nouvelles technologies, systèmes d'informations mais également les dimensions propres au patient et à son environnement. Ces pôles de références pluriprofessionnels ambulatoires, avec des missions de recherches et de formations dans le secteur ambulatoire, pourraient mutualiser certaines compétences à l'échelon de territoires de proximité dont l'étendue et la gouvernance sont à définir. Ces pôles, comme le montrent les travaux qualitatifs réalisés sur les réseaux et les MSP constituent également à terme des interlocuteurs et des partenaires avec les secteurs sociaux d'une part mais également le secteur hospitalier. Ils peuvent constituer ainsi une forme possible de communautés professionnelles de territoires inscrites dans le projet de la loi santé.

Généraliser la coordination en adoptant cette stratégie, nécessitera **du temps** et **de la constance** - deux vertus qui cadrent mal avec les agendas politiques – mais sont porteuses de transformations durables puisqu'elles permettront progressivement, selon le cadre théorique de la coordination par

---

<sup>3</sup> What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization T. Iefèvre et al RESP 62 (2014).

la standardisation des qualifications dans le champ de la santé, de constituer progressivement le cadre d'exercice modélisant des pratiques coordonnées, évaluer leurs effets et permettre leur transmission par la formation.

Dans un tel processus de généralisation de la coordination, l'évaluation et plus généralement la recherche doivent jouer un rôle essentiel notamment pour le pilotage de ce processus, mais également dans une démarche réflexive d'apprentissage sur les pratiques et les organisations les plus efficaces et efficientes en lien avec les processus de formation initiaux et continus.

Il s'agit alors de rassembler dans une démarche de projets à la fois des praticiens, des chercheurs de disciplines différentes en lien avec des instances de décision.

On s'éloigne dès lors d'un modèle d'évaluation finalisé par une décision de type *go/no go* pour s'inscrire dans une démarche d'évaluation continue et itérative, fortement associée à la recherche avec une attention portée sur le processus d'évaluation autant que sur les finalités.