HAL
open science

EN QUOI LE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ PEUT-IL CONTRIBUER À UNE AMÉLIORATION DE LA COORDINATION ET DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ?

Wei Guan, Nathalie Sampieri-Teissier

▶ To cite this version:

Wei Guan, Nathalie Sampieri-Teissier. EN QUOI LE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ PEUT-IL CONTRIBUER À UNE AMÉLIORATION DE LA COORDINATION ET DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ?. Baly Olivier, Cazin Léo, Despatin Jane, Kletz Frédéric, Periac Elvira; http://www.pressesdesmines.com/economie-et-gestion/management-hospitalier-et-territoires-les-nouveaux-defis.html. Management hospitalier et territoires: les nouveaux defis, Presses des Mines, pp.147-172, 2016, 9782356713896. hal-01433542

HAL Id: hal-01433542

https://amu.hal.science/hal-01433542v1

Submitted on 12 Jan 2017

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

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

EN QUOI LE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ PEUT-IL CONTRIBUER À UNE AMÉLIORATION DE LA COORDINATION ET DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ?

ANALYSE D'UN CAS DANS DEUX SERVICES DE SOINS PÉDIATRIQUES (ORTHOPÉDIE ET ONCOLOGIE/HEMATOLOGIE) SOUS L'ANGLE DU SUPPLY CHAIN MANAGEMENT

Wei GUAN et Nathalie SAMPIERI-TEISSIER

Aix Marseille Université, CRET-LOG, 13100, Aix en Provence, France

Résumé :

Face à une multitude de contraintes du système de santé français, les besoins grandissant en coordination et en intégration nécessitent la mise en place d'outils afin de faciliter une meilleure communication entre acteurs, et d'assurer, de manière efficiente, une meilleure prise en charge des patients. Ces préoccupations sont très proches de celles soulignées par la littérature en logistique et en Supply Chain. C'est à travers une étude de cas sur la mise en place du « Plan Personnalisé de Santé » au sein de l'hôpital de la Timone à Marseille, que nous mettrons en évidence cinq facteurs déterminants de la coordination et de l'intégration ainsi que leur lien avec la continuité de la prise en charge du patient.

Mots clés : PPS, chaînes multi-acteurs, supply chain management, parcours de santé, intégration.

Coordonnées des correspondants :

Wei Guan, doctorant contractuel en première année, Aix Marseille Université, CRET-LOG, 13100, Aix en Provence, France,wei.guan@etu.univ-amu.fr

Nathalie Sampieri-Teissier, Maître de Conférences, Aix Marseille Université, CRET-LOG, 13100, Aix en Provence, France, nathalie.teissier@univ-amu.fr

EN QUOI LE PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ PEUT-IL CONTRIBUER À UNE AMÉLIORATION DE LA COORDINATION ET DE L'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ[1]? ANALYSE D'UN CAS DANS DEUX SERVICES DE SOINS PÉDIATRIQUES (ORTHOPÉDIE ET ONCOLOGIE/HEMATOLOGIE) SOUS L'ANGLE DU SUPPLY CHAIN MANAGEMENT

Aujourd'hui, la difficulté liée à l'accessibilité à certains types de soins (selon Médecins du Monde, 43 % des personnes recourent trop tardivement aux soins et 22 % ont renoncé à se soigner au cours de l'année 2012 en France) et à la situation déficitaire des hôpitaux publics français (400 millions d'euros en 2013, selon la Fédération Hospitalière de France) sont deux constats préoccupants soulignés par de nombreux médecins et chercheurs.

En outre, les prestations de soins de santé et des services sociaux sont assez fragmentées et cloisonnées en France. La fragmentation se situe majoritairement entre les secteurs médicaux et sociaux, entre le public et le privé, entre les soins primaires et les soins hospitaliers, entre les soins professionnels et informels. Ce cloisonnement génère des coûts importants pour le système de santé français (Henrard, 2002 ; Frossard, 2004 ; OCDE, 2010). Ce phénomène nous montre également un besoin croissant de collaboration pluridisciplinaire entre les différents acteurs de santé. Selon le Haut Conseil de l'Assurance Maladie (2012, p.16), il s'agit de «*passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine dite de parcours* ». Ce qui repose sur une vision centrée sur les attentes des patients.

Parallèlement, en raison de contraintes financières, la prise en charge des patients se développe de manière croissante au travers de *nouveaux* modes de prise en charge que sont l'ambulatoire, l'hospitalisation à domicile (HAD) ou encore, de façon plus émergente, la télémédecine. Pourtant, ces phénomènes ont rendu la gestion du flux de patients plus compliquée qu'auparavant, nécessitant toujours plus de coordination entre acteurs de santé.

Afin de tenir compte de la chronicité croissante des maladies(plus de 60 % des dépenses de santé et 15 millions de personnes selon la HAS, Haute Autorité de Santé), dans un contexte d'organisations fragmentées et dans une perspective de *nouveaux* modes de prise en charge des patients, les besoins grandissant en coordination et intégration nécessitent la mise en place d'outils afin de faciliter une meilleure communication entre acteurs, et ainsi une amélioration de la qualité de prise en charge et de l'efficience des opérations. Ces préoccupations sont très proches de celles soulignées par la littérature en logistique et en Supply Chain en particulier la thématique sur les chaînes multi-acteurs (qui seront détaillées ultérieurement dans l'article).

Afin d'améliorer la prise en charge des patients et assurer une continuité de prise en charge du patient tout au long de son parcours, de nombreuses initiatives ont étés testées et mises en pratique depuis quelques années par les acteurs institutionnels (Ministère de la santé, Haute Autorité de Santé, Agence Régionale de Santé). Parmi ces initiatives, le « Plan Personnalisé de Santé » (PPS) constitue un exemple pertinent d'outil de gestion dont l'objectif principal est d'améliorer la prise en charge de chaque patient par un acte fondamental en sciences de gestion : la coordination (Hatchuel et Moisdon, 1993). Cet outil a pris son essor dans le système de santé français en 2009, au travers des missions des réseaux de santé et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). De plus, il est porté par le

[1] Le terme de services de santé correspond aux prestations de service en santé, c'est-à-dire touchant le bien-être physique, mental et social de l'individu.

plan cancer 2009-2013 qui prévoyait de faire bénéficier au moins 80% des patients d'un programme personnalisé de soins.

L'objectif de cet article est ainsi de discuter les enjeux, intérêts et limites de cet outil et de chercher à comprendre s'il peut favoriser une amélioration de la coordination et l'intégration des services de santé, par conséquent, une meilleure prise en charge globale et continue du patient. Si oui, en quoi ? En quoi des considérations logistiques peuvent-elles contribuer à une meilleure compréhension des enjeux et des limites de cet outil en vue d'améliorer la coordination et l'intégration des services de santé ? Au travers d'un cas concret de mise en œuvre d'un PPS dans deux services pédiatriques (orthopédie et oncologie et hématologie), il s'agit ainsi d'identifier la représentation qu'ont les acteurs du PPS sur le terrain. Cet article s'inscrit dans une démarche plus globale de recherche visant à identifier les facteurs clés de réussite de l'intégration (et désintégration) des services de santé fournis au travers d'un parcours de santé dans un contexte français.

Afin de répondre à ces interrogations, il convient, dans une première partie, de présenter d'abord la littérature en santé sur le parcours santé, la coordination et l'intégration. Puis, après avoir défini l'objet empirique de notre recherche, le PPS, la recherche vise à montrer en quoi la littérature du supply chain management contribue à la compréhension du phénomène de l'intégration en santé. Dans une deuxième partie, il s'agit d'analyser de quelle façon le PPS est mis en œuvre au travers d'une étude de cas approfondie. Enfin, nous présentons les éléments marquants relevés de notre étude de cas permettant de montrer les interdépendances entre l'outil PPS et les facteurs déterminants de l'intégration des services de santé.

L'originalité de cette recherche repose avant tout dans la mobilisation de courants théoriques issus de la logistique et du supply chain management identifiant le patient comme un flux spécifique.

REVUE DE LITTERATURE

1. Coordination et intégration, deux concepts clés au cœur du parcours du patient

Avant d'aller plus loin, il est impératif de définir ce que nous entendons par parcours patient et son parcours de santé. Parmi toutes les définitions des parcours de patients, nous mobilisons ici celle de l'ARS Ile de France (ARS, 2012, p.21) : « *la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires*». Nous utilisons en conséquence le terme de parcours de santé, qui permet d'intégrer la prise en charge du patient dans sa globalité.

1.1. La coordination, un concept riche, au cœur de l'évolution du parcours de santé

Derrière le parcours de santé, la coordination joue un rôle fondamental dans une prise en charge coordonnée du patient, provenant de multiples acteurs pluridisciplinaires et inter-sectoriels.

Le concept de coordination est au cœur des problématiques organisationnelles depuis les premières recherches en Sciences de Gestion, notamment dans les écrits de Fayol (1949), mettant la coordination parmi les cinq principales clés du management. Depuis lors, de nombreux chercheurs se sont intéressés à cette question dans des perspectives multiples en économie, en théorie des organisations, en science informatique, en organisation du travail, ou encore en sociologie. Malgré ces nombreux travaux, la question de la coordination demeure un sujet toujours et encore au cœur des préoccupations des organisations et des chercheurs.

Certains s'intéressent à leur perspective intra-organisationnelle, en qualifiant les différents mécanismes plus ou moins adaptés en fonction des configurations organisationnelles (Mintzberg, 1982 puis 1989), d'autres en incluant l'influence des jeux de pouvoir et des interactions sociales (Nizet et Pichaut, 1999), d'autres encore en soulignant l'importance des mécanismes informels de coordination (Tsaï, 2002 ; Missonier et Missonier, 2007). La coordination est également abordée sous l'angle plus spécifique des ROI (relations inter-organisationnelles) en particulier dans la littérature sur les réseaux ou celle sur les chaînes logistiques (Pellegrin-Romeggio et Vega, 2014).

La coordination est à la fois un processus, c'est-à-dire la façon dont des individus, des services, des organisations, des entreprises peuvent s'agencer et travailler ensemble, mais aussi un résultat, dans la mesure où l'on évoque une bonne ou une mauvaise coordination, qui entraînerait une bonne (ou une moins bonne) performance. Il est intéressant ainsi d'étudier, comprendre et analyser à la fois le comment (les formes, les mécanismes, les outils) les acteurs et les organisations se coordonnent, et le quoi : qu'est-ce que l'on appelle bien se coordonner (ou mal se coordonner) ?

La coordination est consommatrice de ressources : plus on divise une organisation, plus on partage le pilotage d'un processus entre un nombre important d'individus et plus les besoins en coordination sont importants ; or ils sont consommateurs de ressources et peuvent entraîner des dysfonctionnements importants.

La coordination est centrale dans le secteur de la santé, notamment en raison d'un éclatement fonctionnel mais également spatial et temporel du collectif (Grosjean et Lacoste, 1999, Gentil, 2012). Ainsi se développent une multitude de travaux autour de ce concept : par exemple, ceux de Bloch et al. (2011), qui cherchent à comprendre et identifier les facteurs clés de succès des « fonctions de coordination » (dispositifs ou organisations qui ont une mission de coordination et les professionnels exerçant une fonction de coordination) dans le cas de parcours de personnes en situation de dépendance, ou encore plus récemment (2014), qui tentent d'analyser les causes des défauts de coordination dans le système de santé français (au travers d'une approche inter-sectorielle dans les champs du social, médico-social et sanitaire).

Néanmoins, la coordination seule ne permet pas forcément de lutter contre la fragmentation dans la prise en charge des patients, puisque les professionnels de santé se coordonnent aussi dans une prise en charge fragmentée des patients. Ici, nous citons un extrait du document produit par HAS (2014, p.1) : « *A l'inverse de la coordination entre organisations, qui vise à animer le mieux possible la fragmentation ambiante du système, l'intégration vise à réduire la fragmentation du système en le réorganisant* ». Par conséquent, elle ne peut pas supplanter l'intégration, elle est une condition indispensable de l'intégration, mais pas suffisante.

1.2. L'intégration: un élément clé du parcours de santé, vers une amélioration de la continuité de la prise en charge

Comme le parcours de santé nécessite une coordination pluridisciplinaire et inter-sectorielle, l'intégration est une dimension cruciale du parcours de santé qui permet de lutter contre la prise en charge fragmentée des patients.

L'intégration trouve sa racine en langue latine : *integer*, qui veut dire « compléter ». L'adjectif « intégré » est utilisé majoritairement pour exprimer la réunion et la fusion des éléments ou des composants qui sont séparés auparavant (Kodner et Spreeuwenberg, 2002). Il n'existe pas de consensus sur la définition de l'intégration dans la littérature (Armitage et al, 2009), ce qui s'explique par une divergence de compréhension de cette notion et d'intérêt des acteurs impliqués (Wistow et Dickinson, 2012). Dans le secteur de la santé, nous entendons l'intégration par un continuum d'activités de prise en charge que le patient reçoit tout au long de son parcours de santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

L'OMS (2008, p.4) cherche à proposer une définition générale de l'intégration des services de santé fournis en résumant les différentes visions sur ce concept dans la littérature : « *un ensemble de démarches managériales et organisationnelles de la prestation de services de santé pour que les patients puissent recevoir un continuum de services de santé préventifs et curatifs, en fonction de leurs besoins au fil du temps, à travers les différents niveaux du système de santé* ». L'importance de la coordination et de la coopération entre les différents services de santé impliqués dans la prise en charge du patient est soulignée. En plus, nous voyons clairement que cette définition place la continuité au cœur de l'intégration des services de santé fournis.

L'intégration est un moyen pour atteindre la continuité des services de santé fournis tout le long du parcours de santé des patients, mais pas une fin(OMS, 2008; Wistow et Dickinson, 2012 ; HAS, 2014). Ici, nous prenons encore une définition générale de l'HAS (2012, p.7) sur la continuité des soins du parcours de santé: « *c'est la manière dont le patient bénéficie de la coordination entre les soignants* ». Assurer cette continuité nécessite la délivrance complémentaire de différents types de soins et de services, en s'adaptant aux besoins changeants des patients au cours du temps. L'évaluation de la continuité consiste à vérifier si ces services sont fournis dans la bonne séquence, au bon moment et de façon cliniquement appropriée. Ceci est particulièrement important au moment des transitions entre différents niveaux et structures de soins.

Comme l'intégration est un concept multidimensionnel et l'intégration des services de santé fournis est pluridisciplinaire et inter-sectorielle, la continuité du parcours, en tant qu'objectif de cette intégration, est aussi multidimensionnelle. En management de la santé, il existe différents modèles multidimentionnels de continuité des soins (Gulliford et al, 2006). Haggerty et al (2003) ont fait un effort de synthèse et d'affinage des dimensions en trois catégories de continuité :

- La continuité relationnelle : une relation thérapeutique continue entre un patient et un ou plusieurs professionnels de santé ;

- La continuité managériale : une approche cohérente de la gestion des prestations de soins qui est en mesure de répondre aux besoins changeants d'un patient. Ainsi, la flexibilité, vue comme le temps de réponse au changement des besoins/attentes des patients, joue un rôle important dans cette continuité, ce qui rejoint l'idée de Bachrach (1993). D'un point de vue organisationnel, elle est particulièrement importante pour

les patients atteints de maladies chroniques ou complexes, puisqu'elle implique l'intégration des services de santé fournis par de multiples acteurs ;

- La continuité informationnelle : l'utilisation des informations relatives aux événements passés et à la situation personnelle afin de rendre le soin actuel approprié pour chaque patient.

Par ailleurs, la recherche portant sur l'intégration des services de santé fournis se différencie par leur niveau de regard (Armitage et al, 2009). Au niveau macro, il s'agit de l'harmonisation des politiques publiques du système de santé sur le plan régional et départemental. Le ministère de la santé et les agences régionales de santé sont concernés. Au niveau méso, il s'agit de l'(re)organisation des services et organisations à l'échelle du territoire. Les responsables des établissements, les patients, les professionnels de santé libéraux se trouvent à ce niveau là. Au niveau micro, il s'agit du développement de pratiques d'intégration au sein d'une organisation de santé ou entre les différents acteurs pluridisciplinaires et inter-sectoriels, pour une population de patients spécifiques (ou pour un contexte spécifique). Les professionnels de santé y sont impliqués. Il nous semble que le niveau de regard méso et de micro est adapté pour analyser l'objet de notre recherche, le Plan Personnalisé de Santé (PPS).

2. Le PPS, un outil institutionnel et professionnel en cours de structuration

Selon Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne (p.4), le PPS est défini comme un « *Document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient, et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide. Le cas échéant, il peut inclure un plan d'éducation thérapeutique. Toutefois, le plan d'éducation thérapeutique ne constitue pas à lui seul un PPS. Le médecin traitant doit participer à l'élaboration ou à la validation du PPS. En l'absence de rencontre, cet avis peut être recueilli par courrier ou par échange téléphonique* ».

A l'heure actuelle, le PPS ne fait pas encore l'objet d'un consensus. En effet, il existe de nombreuses définitions de cet outil : à côté de celle institutionnelle et officielle fournie par l'Agence Régionale de Santé (ARS), on trouve de nombreuses définitions empiriques dans les publications de l'HAS sur les modèles de PPS dédiés aux personnes âgées à risque de perte d'autonomie (HAS, PAERPA 2014) et d'autres maladies chroniques (PPS inclus dans les parcours de soins dédiés aux maladies chroniques-HAS, 2012, 2013, 2014). D'ailleurs, le Collège de la Médecine Générale (2011) critique le PPS actuellement mis en place dans la mesure où il n'est pas suffisamment centré sur le patient en lui-même, mais sur la maladie. Par conséquent, il propose une version améliorée de PPS : le Plan de Santé Personnalisé (PSP), qui a l'ambition, selon nous, de pousser encore plus loin la prise en charge du patient dans sa globalité, en regroupant tous les problèmes de santé d'un individu. En bref, les littératures institutionnelle et professionnelle autour du PPS portent encore à confusion. Par exemple, il existe plusieurs appellations différentes du PPS utilisées dans certains rapports d'activité et circulaires comme : «projet personnalisé de soins», «programme personnalisé de soins », «plan d'intervention personnalisé». Elles sont toutes considérées comme l'équivalent du PPS, d'après l'ARS. Toutefois, il nous semble que l'appellation « plan personnalisé de santé » correspond mieux à la nature de cet outil, ce qui rejoint l'idée du CMG, puisque le périmètre d'intervention de « santé » est plus large que celui des «soins». La dernière lettre

« santé » recouvre aussi les interventions sociales et sanitaires. Elle peut être succédée par un plan de réadaptation, cependant, le PPS actuel ne tient pas compte de la prévention de santé.

Malgré cette instabilité sémantique, nous pouvons identifier dans la littérature professionnelle quel est le contenu du PPS, ses caractéristiques et ses objectifs.

L'Institut national du cancer (Mesure 18 du Plan cancer 2009-2013) identifie les éléments indispensables à tout PPS :

- Les informations relatives au patient (ses attentes) et à l'établissement de santé de référence
- Le planning prévisionnel de soins et de suivi (le volet soins)
- La prise en charge sociale (le volet social)
- Les contacts utiles aux patients
- Une check-list permettant l'identification des priorités des professionnels vis à vis de problèmes de prise en charge médico-sociales (HAS, PAERPA 2014).

Le fonctionnement du PPS suit la logique suivante : «repérage – évaluation – planification – suivi - révision ». Lors de la phase de repérage, les professionnels de soins peuvent recourir à un questionnaire d'aide à la décision afin d'initier une démarche de type PPS (HAS, PAERPA 2014).

<u>Les caractéristiques du PPS</u> (HAS, PAERPA 2014):

Il ne faut pas confondre le PPS avec:

- la simple addition des propositions de chaque professionnel ;
- un plan d'action établi en milieu hospitalier ;
- un plan d'intervention détaillé et actualisable au jour le jour.

Malgré la divergence de compréhension du PPS, nous pouvons toutefois identifier des récurrences communes à tous les PPS :

- Un outil personnalisé plaçant l'usager au centre de sa préoccupation en adoptant une vision globale de sa prise en charge: ses besoins ainsi que sa participation ;
- Un outil de concertation et de coordination pluridisciplinaire et inter-sectorielle ;
- Un outil de planification prévisionnelle et d'amélioration continue.

Les acteurs qui se coordonnent via cet outil n'obéissent pas à une hiérarchie professionnelle, le réseau d'acteurs s'établit selon une logique de proximité de territoire. Comme la concertation et la coordination sont cruciales dans la mise en œuvre de cet outil, le coordonnateur ou le référent désigné, joue un rôle central dans le succès de son implantation. En outre, c'est aussi un outil qui est accessible à tous les acteurs concernés via son intégration au Dossier Patient Informatisé/ Dossier Médical Personnel.

<u>Les objectifs du PPS:</u>

Les documents de présentation de l'outil PPS parlent rarement des bénéfices associés à la mise en œuvre de cet outil. Pourtant, selon le CMG (PSP) si la phase de mise en œuvre est couronnée de succès, le PPS permet de :

- Favoriser une prise en charge globale et continue de patient ;
- Améliorer l'efficience de la prestation de soins, puisque les doublons et les gaspillages peuvent être éliminés, grâce à une meilleure coordination des acteurs concernés;
- Renforcer le confort de professionnels de soins et l'assurance de la qualité de suivi ;
- Améliorer la qualité de soins ;
- Augmenter la satisfaction globale du patient et de son entourage

Cette compréhension globale de l'outil PPS nous oriente vers les courants théoriques issus du management des opérations des services et du supply chain management afin de mieux appréhender le phénomène de coordination et d'intégration des services de santé.

3. Une lecture de l'intégration en santé à l'aune du management des opérations des services et du supply chain management

Dans cette troisième partie, nous essayons de voir en quoi la littérature sur le supply chain management et celle sur le management des opérations de service contribuent à la compréhension du phénomène de la coordination et de l'intégration en santé. En même temps, elle nous fournira des bases théoriques pour expliquer la relation entre le PPS et l'intégration et la coordination.

3.1. La personnalisation du parcours de santé, un facteur à prendre compte dans l'analyse du parcours de santé

Dans la mesure où la prestation de soins est une prestation de service, il paraît pertinent d'explorer la littérature sur le management des opérations de service.

La logistique des services se différencie de la logistique traditionnelle en particulier par :

- l'importance de l'input fourni par le client dans la production de service (Sampson et Froehle, 2006), on évoque ainsi la coproduction du service et le rôle de *prosumer* que tient le client (Toffler, 1988).
- la différence entre une supply chain bi-directionnelle (service) et une supply chain classique uni-directionnelle (industrie) : en effet, le client est également un fournisseur du service (il est le support du service), ce qui rend particulièrement délicat le management de la relation avec cet acteur (Sampson, 2000).

La prise en charge du patient est co-produite par les professionnels de santé et le patient, ce qui rend chaque parcours unique. Aussi, la personnalisation du parcours nécessite des informations liées aux patients, et implique une analyse de ces informations en vue d'assurer une meilleure prise en charge du patient dans son parcours. L'établissement d'un PPS doit prendre en compte deux types d'inputs client (Wemmerlov, 1990) :

- Le patient lui-même en tant qu'input. La nécessité d'une présence physique et/ou mentale du patient sans laquelle la prestation de soins ne peut pas avoir lieu.
- Les informations fournies par le patient.

Par ailleurs, en fonction de l'input fourni par le patient, l'organisation de sa prise en charge, le nombre et la nature des acteurs concernés peuvent être différents. Ainsi, la personnalisation de la prise en charge du patient nécessite une flexibilité dans l'organisation de sa prise en charge. Cette flexibilité trouve aussi sa place dans la littérature du supply chain management, en particulier, l'intégration des chaînes multi-acteurs.

3.2 L'intégration des services de santé fournis vue par la littérature en supply chain management

Dans cette section, nous allons d'abord présenter l'intégration vue sous l'angle du supply chain management. Ensuite, nous mobilisons l'intégration via une approche multi-acteur.

Dans une perspective de supply chain management, nous ne voyons pas l'intégration comme l'établissement d'une relation d'appartenance juridique ou la fusion de plusieurs organisations/acteurs en une seule unité juridique. Il s'agit plutôt d'assembler les différents acteurs pluridisciplinaires provenant de différents secteurs du système de santé afin de fournir une prise en charge orchestrée ou coordonnée autour du parcours du patient. Ici, l'assemblage signifie la réunion d'éléments divers et hétéroclites. Mais la simple action d'assembler ne suffit pas, puisqu'il faut aussi coordonner l'action des différents éléments ou composants assemblés afin de les emmener à une véritable collaboration au profit des patients.

L'intégration est ainsi identifiée comme un concept multi-dimensionnel (Fabbe-Costes, 2007 ; Fabbe-Costes et Jahre, 2008). En effet, il existe différentes couches d'intégration :

- Flux (physiques, information, financiers) ;
- Processus et activités (opérationnels, support, pilotage) ;
- Systèmes et technologies (physiques, informationnels) ;
- Acteur (individus, équipes, fonctions, entreprises) ;

Ces différentes couches d'intégration peuvent non seulement être analysée séparément, mais elles peuvent aussi être analysées entre elles afin d'évaluer la cohérence et la compatibilité des choix d'intégration réalisés à ces différents niveaux. D'un point de vue logistique, la couche « intégration des flux » est centrale, parce qu'au final, c'est le flux qui permet à l'offre (produit et service) de rencontrer la demande. Les trois autres couches d'intégration sont plutôt les conditions requises pour que l'intégration des flux marche (Fabbe-Costes, 2007).

En outre, l'intégration diffère également par son étendue (la nature et le nombre d'organisations ou participants impliqués) :

- intra-organisationnel
- inter-organisationnel
- multi-chaînes ou réseau
- sociétale

Ainsi les couches d'intégration, l'étendue de l'intégration mais également le degré d'intégration et leur combinaison vont impliquer des niveaux d'intégration très variables. Dans la littérature du management de la santé et celle du supply chain management en santé, nous identifions différents niveaux ou phases d'intégration, allant du fonctionnement cloisonné entre les acteurs, jusqu'à la situation optimale, l'intégration totale, en passant forcément par une étape de renforcement de la coordination multi-acteurs (Leutz,

1999 ; Ahgren et Axelsson, 2005 ; De Vries et Huijsman, 2011). Ce sont des représentations du degré d'intégration mentionné précédemment. Sachant qu'il existe une controverse dans la littérature entre la recherche de l'intégration totale et la recherche de l'intégration partielle, mais satisfaisante (Fabbe-Costes, 2007). Est-ce que l'intégration totale signifie la performance (il est satisfaisant, si l'intégration est totale) ou l'intégration partielle est suffisante en fonction du contexte donné? Nous sommes plutôt d'accord avec la deuxième opinion, puisque la recherche d'une intégration totale sans tenir du contexte ou des spécificités des acteurs nous semble imprudente et illusoire.

Dans ce champ de littérature, deux lectures sont particulièrement intéressantes : l'une plutôt stratégique et organisationnelle, considérant des chaînes multi-acteurs qui prennent la forme d'agencements temporaires d'acteurs qui se coordonnent (Fabbe-Costes, 2007 cité par Bruyère et Fabbe-Costes, 2011), l'autre plutôt opérationnelle et organisationnelle considérant les clients comme un flux spécifique à piloter (Mathe, 1997).

Dans la lignée de la première lecture, Fabbe-Costes (2005) met en exergue quatre conditions à satisfaire pour une meilleure gestion des chaînes multi-acteurs dont la logique du «plug and play/unplug». Cette logique désigne la capacité à intégrer des supply chain multi-acteurs (plug and play) et à les désintégrer facilement (unplug) afin de les reconfigurer de manière différente et les intégrer à nouveau de manière rapide, tout en étant robustes. Elle associe deux concepts clé : l'intégration (adaptation-lean[2]) et la flexibilité (adaptabilité-agilité), ou la modularité associée à de la standardisation (Fabbe-Costes, 2005 ; Fabbe-Costes, 2007 ; Jahre et Fabbe-Costes, 2010). Face à un environnement changeant et à l'évolution rapide et imprévisible de demande, les chaînes multi-acteurs doivent savoir agir rapidement pour saisir ensemble une opportunité donnée (adaptabilité), mais une fois qu'elles se mettent ensemble autour de cette opportunité, elles doivent s'adapter (le fonctionnement de leurs organisations et l'interopérabilité de leurs systèmes) pour s'en sortir.

Appliqué au domaine de la santé, la première lecture permet de s'interroger sur le pilotage de la chaîne multi-acteurs en santé, notamment sur les modalités d'intégration et de coordination des différents acteurs au sein de la chaîne de production de soins (De Vries et Huijsman, 2011, Lancini et Sampieri-Teissier, 2012). Il nous semble qu'il n'existe pas une solution unique d'intégration des services de santé qui soit adaptée dans tous les cas de figure. Fabbe-Costes (2007) met en exergue les principaux facteurs organisationnels et technologiques qui contribuent à l'intégration et à la flexibilité des chaînes multi-acteurs (comme par exemple, les standards, la formalisation, les systèmes d'information et de communication, la traçabilité, etc). Toutefois, à l'instar de Fabbe-Costes (2007), nous nous demandons si ces facteurs déterminants sont toujours valables quand ils sont confrontés aux spécificités du secteur de la santé. La réponse mérite une analyse plus approfondie.

La seconde lecture permet de considérer le patient comme un flux spécifique à piloter (Sampieri, 2000), nécessitant la prise en compte de l'individualisation des parcours de santé dans une recherche d'optimisation. Ce dernier élément fait ainsi appel aux travaux sur la notion de « bundled services and goods» (Wise et Baumgartner, 1999) mettant en évidence la modularité et l'assemblage d'offre de service hétérogènes et complexes. Dans le secteur de

[2]Lean est défini comme : qui contient peu ou pas de superflu, qui est caractérisé par l'économie. ((Womack et al, 1990). La mise en œuvre du lean management (Womack et Jones, 2005) conduit à chercher une meilleure intégration en développant des standards, et en automatisant certains processus pour une plus grande adaptation (Fabbe-Costes, 2007, p.23).

santé, cet assemblage des différents modules (issus d'une architecture modulaire) autour d'une base commune (Kacioui-Maurin et al, 2013) révèle la question du pilotage des chaînes multi-acteurs autour du besoin de santé. Ainsi, en santé, l'une des grandes difficultés de coordination s'explique par la multitude d'acteurs devant s'ajuster autour du parcours de santé (chacun étant très spécifique, puisque propre à chaque patient).

4. Synthèse de la littérature

Avant d'aborder la partie méthodologique, il nous semble indispensable de présenter ce que nous retenons de la partie littérature (académique et professionnelle/institutionnelle), puisque ces éléments vont structurer nos regards sur le terrain et qu'ils ont un impact direct sur les réponses que nous apportons à la problématique posée au départ. Pour répondre à la problématique, il s'agit d'abord de comprendre ce que sont l'intégration et la coordination. L'intégration est un concept multi-dimensionnel, et elle est un moyen pour atteindre la continuité de la prise en charge du parcours de santé, selon la littérature en management de la santé. Plus spécifiquement, nous adoptons un regard méso et micro de l'intégration des services de santé fournis par de multiples acteurs. En fait, le PPS peut être un moyen pour analyser ce phénomène d'intégration en santé. En outre, les préoccupations sur l'intégration des services de santé fournis par de multiples acteurs sont très proches de celles soulignées par la littérature en logistique et en Supply Chain. Par conséquent, pour avoir une meilleure compréhension de ces préoccupations en santé, nous nous appuyons sur les facteurs déterminants de l'intégration des chaînes multi-acteurs suivants : les standards, la formalisation, les systèmes d'information et de communication, la traçabilité. Ainsi, nous allons voir sur le terrain s'il existe une interdépendance entre le PPS mis en place et ces facteurs, et quelles sont leurs interdépendances?

La littérature en supply chain management associé aux recherches en management de la santé sur l'intégration et aux références institutionnelles caractérisant le PPS nous ont permis de structurer notre approche empirique. Toutefois, cette démarche reste encore à ce stade exploratoire. Ainsi, le guide d'entretien se voulait semi directif, autour de trois grandes thématiques :

- Le parcours de soins intra-hospitalier du patient (depuis sont entrée jusqu'à sa sortie) : quels sont les modes de communication et coordination mis en place dans les services ? Est-ce qu'il existe un système d'information sur place pour piloter le parcours du patient ? Quels sont les enjeux et limites constatés jusqu'au présent dans la mise en œuvre du PPS?

- La relation entre le répondant et les acteurs extra-hospitaliers ;

- Le rôle du patient dans sa prise en charge : nous souhaitons savoir quel rôle joue le patient dans son parcours de santé, et particulièrement avec la mise en place du PPS.

Cet article se focalise principalement sur la première thématique et cherche à repérer les enjeux et limites du PPS, du point de vue des acteurs qui sont directement impliqués dans sa mise en œuvre.

MÉTHODOLOGIE, TERRAIN D'ÉTUDE ET DONNÉES MOBILISÉES

La méthodologie mobilisée repose avant tout sur une approche inductive et exploratoire, grâce à une immersion sur le terrain sur une période de deux mois au service d'orthopédie pédiatrique qui est directement impliqué dans la mise en place d'un PPS. L'approche exploratoire de notre papier justifie le recours à une étude de cas approfondie (Yin, 1991) au travers de l'exemplarité du cas, afin d'aborder des phénomènes sociaux complexes en contextes concrets (Eisenhardt, 1989; Yin 1991; Voss et al., 2002). Suivant la tradition de la « Practice Theory » (Orlikowski, 2002), notre recherche porte sur l'analyse empirique directe de ce que font les acteurs, afin de se rapprocher au plus près de la façon dont ils se coordonnent.

Cette immersion permet une récolte riche en données empiriques grâce à l'observation des acteurs (participation aux réunion de coordination, etc.), à la récolte de documents, à la réalisation d'entretiens auprès d'acteurs de santé, à la co-construction d'un projet de PPS.

La partie empirique de cette recherche s'est déroulée en deux temps : un phase courte (une semaine) de lecture des documents professionnels et institutionnels sur le parcours de santé, l'outil PPS, tous les concepts/outils/stratégies nécessitant d'être éclairés pour une meilleure compréhension du contexte. Et en parallèle de cette phase de lecture, une phase longue d'immersion complète sur le terrain (7 semaines).

Notre cas porte sur deux services pédiatriques différents : le service d'orthopédie et le service oncologie et hématologie. Ces deux services sont concernés par le traitement des patients atteints de cancer[3] (or, dans ces services, le PPS est mis en place essentiellement pour les patients qui sont atteints de maladie chronique ou de cancer). Le service oncologie et hématologie est un service de plus de 20 lits, qui inclut deux disciplines médicales : l'oncologie pédiatrie et l'hématologie pédiatrie. Ces services étaient auparavant indépendants ; ils ont fusionné depuis quelques années. Ce service comprend maintenant 4 secteurs : l'hospitalisation conventionnelle ; l'hôpital du jour ; le secteur protégé et le secteur d'UPIX (les chambres hautement techniques). Chaque secteur est administré par un cadre de santé, en revanche, l'équipe médicale et para-médicale sont mutualisées. Le service orthopédie pédiatrie est administré par un seul cadre de santé.

Nous avons consacré 90% de notre temps dans le service d'oncologie et hématologie, parce que l'essentiel du PPS est mis en œuvre dans ce service depuis maintenant 4 ans. Néanmoins, le retour d'information fait par certains acteurs opérationnels concernant le PPS est inquiétant : le format du PPS est mal structuré, le coordonnateur est absent pour certains PPS, le volet social ne figure pas dans le PPS, etc. C'est dans cette perspective-là que nous choisissons de nous focaliser sur cet outil en particulier.

Plus spécifiquement, les PPS sont classés dans un *classeur de liaison*. Ce classeur est préparé par le réseau de santé attaché au service oncologie/hématologie. Par conséquent, c'est eux qui gèrent et centralisent tous les PPS des patients pris en charge dans le service (y compris les patients pris en charge en commun avec le service d'orthopédie pédiatrie).C'est un classeur où ils mettent les informations importantes régulièrement à jour. Ces informations sont relatives à l'état de santé des patients atteints de cancer. Il est donc propre à chaque patient. Il comprend :

---

[3] L'oncologie est une spécialité qui englobe des pratiques médicales-chirurgicales, La partie chirurgicale concerne tous type d'intervention directe sur le corps humain (sur là où se trouve le tumeur) dans le bloc opératoire.

- Le guide d'utilisation et la présentation du réseau de santé,
- L'annuaire téléphonique,
- Le PPS,
- Les fiches de liaisons : elles ont pour objectif de tracer chaque hospitalisation de patient (les raisons d'hospitalisation, les actes de soins réalisés, plus les rendez-vous à venir dans le futur), cette fiche est mise en place en oncologie, mais elle n'est pas mise en place en hématologie,
- Les compte-rendu d'hospitalisation et les synthèses cliniques,
- La fiche de surveillance de la voie veineuse centrale,
- Les résultats des bilans biologiques à domicile.

Et il peut être consulté par les équipes libérales (médecins et infirmiers libéraux) en ville.

L'ensemble des matériaux empiriques peut être synthétisé ainsi :

Tableau 1 : les matériaux empiriques récoltés

Les moyens	La nature des contenus
Observations	**L'observation non participante :** • aux communications et coordinations formelles : 11 réunions (stratégique, pluridisciplinaire, opérationnelle). • aux communications et coordinations informelles : moments de détente entre les cadres de santé, les échanges dans le couloir du service. **Les échanges informels avec les acteurs.** **L'observation approfondie d'acteurs clés** : suivi et accompagnement des 4 cadres (couvrant tous les secteurs du service d'oncologie et d'hématologie) au quotidien : la cadre d'hospitalisation conventionnelle et la cadre de l'hôpital du jour (environ 20 h chacun). La cadre du secteur protégé et le cadre d'UPIX (environ 4 h chacun)
Documents	**Internes** : • les documents de présentation d'établissement « terrain » (l'hôpital enfant en particulier). • L'étude et l'évaluation (délai de prise en charge /prise en charge/ satisfaction patient). • Le bilan d'activité. **Institutionnels et Professionnels** : • Les recommandations de l'HAS : prise en charge du patient ; parcours du patient ; chemin clinique ; maladie chronique ; hospitalisation à domicile. • La gestion hospitalière.
Entretiens semi-directifs	**16 entretiens semi-directifs, dont 7 entretiens qui abordent le PPS :** 1 acteur extra-hospitalier + 6 acteurs intra-hospitaliers (2 acteurs en lien avec l'externe et 2 acteurs frontières intra-hospitaliers).

PRINCIPAUX RÉSULTATS OBTENUS

Les observations, entretiens et analyse documentaires mettent en avant le fait que les acteurs et l'hôpital ont bien conscience des enjeux identifiés dans la littérature professionnelle, notamment l'assurance d'une prise en charge globale du patient ; l'amélioration de la qualité de prise en charge et du suivi du patient ; l'augmentation de la satisfaction globale du patient et de son entourage. Toutefois ce travail empirique a également permis de révéler un nouvel enjeu pour les acteurs : la visibilité (traçabilité du parcours) fournie par cet outil, qui pourra faciliter la coordination de la prise en charge du patient dans sa globalité.

Ce travail empirique a également permis de souligner un certain nombre de limites synthétisées dans le tableau 2.

Tableau 2 : les enjeux et les limites du PPS

Fonction/métier des interviewés	Enjeux et les limites du PPS	Verbatims
Médecin du centre de coordination en cancérologie	La traçabilité du parcours a été mentionnée comme un enjeu supplémentaire du PPS. Les limites évoquées du PPS: • Cet outil n'est pas tout à fait informatisé. Il n'est pas facile à partager entre les acteurs impliqués. • Son évolution dans le temps.	« s'assurer que tout le monde a la même information, et que ces informations sont partagées entre les différents acteurs »
Assistantes sociales intra-hospitalières[4]	Une limite du PPS évoqué : la difficulté de planification des actions dans le temps.	« En fait, due à l'évolution rapide du besoin social du patient, il est infaisable de planifier les actions sociales dans le temps».
Infirmière coordinatrice et d'annonce du service onco&hémato	Une limite du PPS évoqué : la modification du traitement dans le temps	c'est angoissant pour la famille, si le traitement prévu sera modifié.
Médecin coordonnateur du réseau de santé (onco&hémato) + Oncologue	Une limite du PPS évoqué : l'assurance de la traçabilité demande un charge de travail en plus.	

Nous voyons que le caractère évolutif du contenu de l'outil est particulièrement problématique. Parce que le planning prévisionnel du traitement sera modifié en fonction de l'évolution de la maladie. Cette modification perturbe à la fois le travail des professionnels impliqués dans la prise en charge, et aussi le patient ainsi que son entourage.

En outre, sur le terrain, le PPS est vu comme un outil d'information fourni au patient et à sa famille au moment de la consultation d'annonce par les pédiatres hospitaliers, il comprend uniquement le volet soin (le volet social n'est pas inclus). Mais il n'est pas conçu comme un outil de coordination entre les différents acteurs. Concrètement, c'est le planning prévisionnel

[4] En effet, les assistantes sociales ne sont pas au courant de l'existence du PPS à l'hôpital. Le verbatim illustré dans le tableau 2 est fait sous l'hypothèse que les assistantes sociales sont aussi incluses dans la démarche du PPS.

de soins et de suivi qui manque dans le service par rapport au format de PPS proposé par les institutions. Quand nous essayons de creuser la raison de ce décalage lors des entretiens, il en ressort que : « *c'est une illusion d'HAS/INCa* » selon le médecin coordonnateur du réseau de santé attaché au service. Il est vu comme « *un papier en plus à transcrire* » par certains professionnels de santé. Par conséquent, le PPS appliqué au sein du service oncologie et hématologie ne correspond pas complètement au PPS préconisé par l'HAS ou l'INCa. Comme l'indique le tableau 3, le PPS adapté sur le terrain prend la forme d'un protocole de soins accompagné par les documents divers comme les calendriers des traitements et des examens non synthétisés ou une fiche de liaison. Par ailleurs, dans la prise en charge du patient, l'oncologie connaît des modifications de traitement plus importantes que l'hématologie, ce qui a un impact sur la forme du PPS. Celui-ci sera différent selon la discipline. Ces différences de PPS, alors qu'il s'agit d'un même service, peuvent également s'expliquer par des habitudes de travail et des cultures anciennes (alors qu'il existait deux services différents).

Tableau 3 : le contenu et le format du PPS

Spécialité du service	**Le contenu et le format du PPS utilisé** sur le terrain
hématologie	protocoles de soins (papier) en fonction de la maladie traitée+ les cures à venir par épisode de soins en fonction du traitement. Pas de fiche de liaison
oncologie	50% des cas, les oncologues expliquent oralement au patient le programme thérapeutique prévisionnel. Pour l'autre moitié, ils rentrent dans l'essai clinique avec les documents qui tracent les programmes thérapeutiques à venir. L'existence d'une fiche de liaison

Le tableau suivant résume les principales similitudes et différences entre le PPS théorique et le PPS appliqué sur notre terrain d'étude.

Tableau 4 : le PPS, différences et similitudes

	Le PPS version HAS/INCa	Le PPS adopté sur le terrain
Similitudes	Un outil d'information et de personnalisation Un outil de planification prévisionnelle	
Différences	Un outil de coordination Volet soins et volet social Format synthétique et standardisé	Un outil administratif (traçabilité) Centré sur le volet soins Informations détaillées, supports dispersés (absence format standardisé)

Par ailleurs, d'autres matériaux empiriques révèlent, à l'instar de la littérature, que les prestations de soins de santé et des services sociaux sont encore assez fragmentées et cloisonnées sur le terrain. Cette fragmentation se situe entre les différentes spécialités médicales et les différents métiers de santé).Elle entraîne des conséquences multiples (en ce qui concerne le PPS) :

- Le manque de partage (des bonnes pratiques) et de mutualisation : la fiche de liaison est mise en place en oncologie, mais pas mise en place en hématologie. Pourtant, en hématologie, il n'y a pas d'autres supports permettant au patient de voir les rendez-vous à venir. Il n'y a pas assez d'échange entre ces deux spécialités au sein d'un même service.

Le problème d'ici nous renvoie à un manque d'outil standardisé qui permettrait de limiter le hiatus interdisciplinaire et en conséquence, de favoriser leur intégration (Fabbe-Costes, 2007).

- Le manque de compréhension entre les différents acteurs de santé (méconnaissance des contraintes des autres) : les assistantes sociales ne sont pas au courant du format standard du PPS proposé par l'HAS/INCa. Elles ont leur propre dossier social en main qui est indépendant du dossier médical. Elles peuvent accéder au Dossier Patient Informatisé (DPI), mais il n'existe pas de volet social dans le DPI.

Ainsi, l'absence d'intégration du PPS au DPI ne facilite pas l'échange entre les professionnels des soins et les assistantes sociales, en conséquence, ce qui limite l'intégration des différents professionnels de santé dans la prise en charge globale et continue du patient.

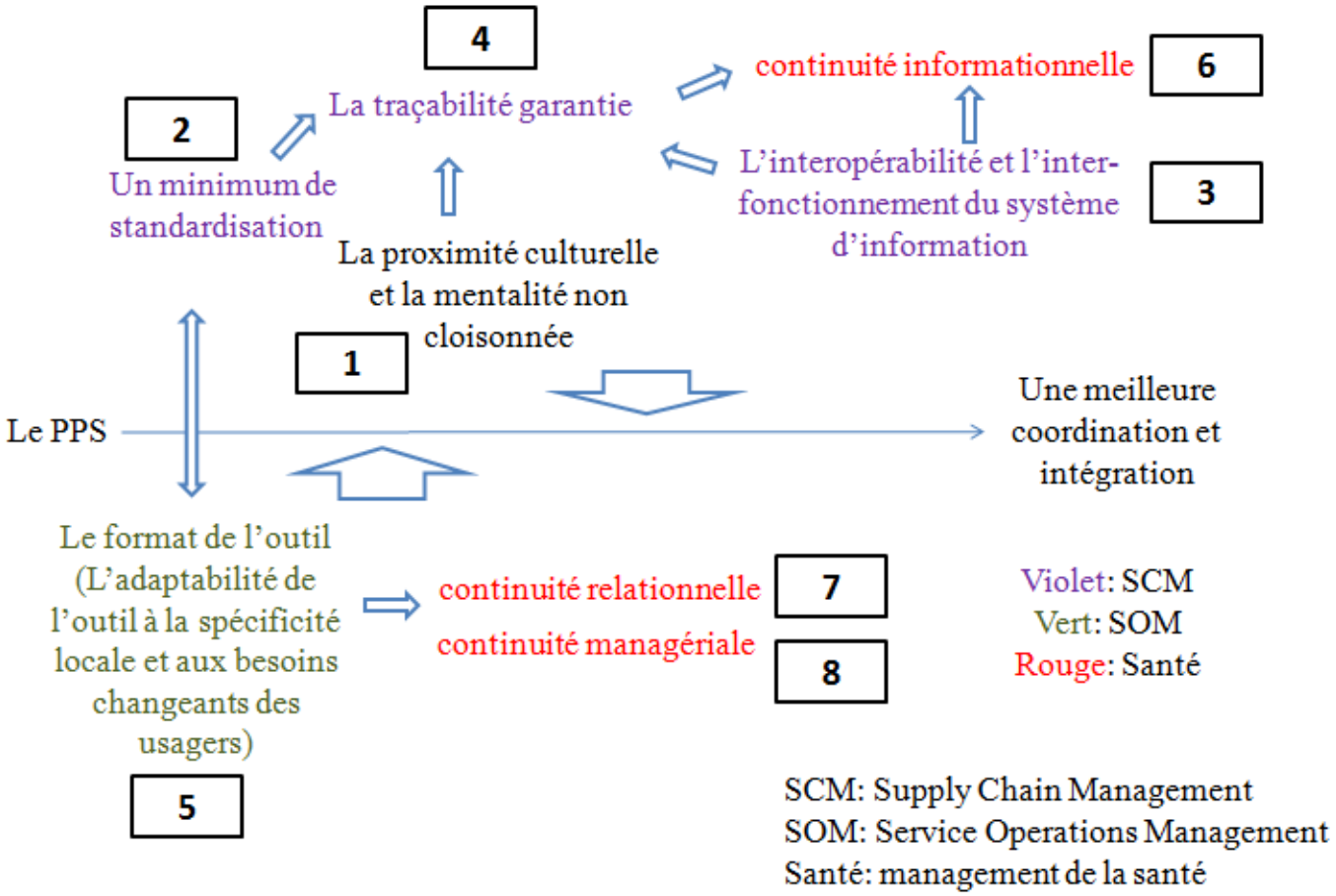
CONCLUSION ET DISCUSSION

De manière générale, cette recherche contribue au champ du management de la santé sur les modalités de coordination et d'intégration de prise en charge du patient dans son parcours de santé (Angelé-Halgand, 2014, Bloch et Hénaut, 2014), notamment destinées aux patients atteints de maladies complexes et chroniques. En particulier, il s'agit d'analyser un outil de gestion spécifique, le PPS, sensé améliorer l'intégration et la coordination des services de santé, d'en comprendre les enjeux et limites.

Pour cela, nous avons adopté une approche originale en mobilisant la littérature en Supply Chain Management, dans la mesure où elle met en avant des caractéristiques complémentaires à l'intégration en santé, en particulier la traçabilité, les standards, l'interopérabilité des systèmes d'information et de communication. En outre, à l'instar de l'industrie, le secteur de la santé est composé d'une multitudes d'acteurs qui doivent s'intégrer autour d'un parcours de patient, puis se désintégrer lorsque la prise en charge du patient n'a plus lieu d'être (en particulier lorsque le patient est guéri ou qu'il change de médecin ou d'infirmier libéral en ville).

Les résultats de notre étude de cas ont permis de révéler quelques éléments saillants qu'il convient à présent de discuter. Leurs liens ont été mis en évidence dans le schéma 1 présenté ci-dessous. Les facteurs déterminants de l'intégration et de la coordination sont en couleur violet ou vert, les conséquences de l'intégration et de la coordination sont en rouge. Après avoir analysé les résultats issus du terrain, nous avons identifié cinq facteurs déterminants de la coordination et de l'intégration des services de santé: la proximité culturelle, la standardisation, l'interopérabilité avec les systèmes d'information, la traçabilité, et l'adaptabilité.

Schéma 1 : les facteurs déterminants et les conséquences de l'intégration et de la coordination via le PPS:



Plus spécifiquement, l'outil PPS peut contribuer à une meilleure coordination et intégration des services de santé dans la mesure où :

La proximité culturelle /de la discipline médicale **(1)** est présente. Parce que les pratiques professionnelles et la mentalité des professionnels peuvent être différentes selon leur environnement. Ainsi, l'environnement dans lequel cet outil est mis en place peut avoir un impact important sur la manière dont il va être conçu et utilisé par les professionnels. Si la mentalité des professionnels est cloisonnée même au sein d'un même service, cet outil peut difficilement conduire à une coordination efficace et une intégration satisfaisante. Cette remarque rejoint l'idée de Pagell (2004) qui considère que la culture organisationnelle fait partie de l'un des facteurs déterminants de l'intégration intra-organisationnelle.

L'outil PPS est conçu avec un minimum de *standardisation* **(2).** Ici, nous citons encore l'exemple de la fiche de liaison mentionnée auparavant. Le partage des bonnes pratiques est possible, grâce à la standardisation. Elle favorise l'intégration dans la mesure où le processus de prise de rendez-vous est standardisé au sein du service hématologie/oncologie, cela facilitera aussi l'intégration des flux informationnels représentés par le support utilisé, en l'occurrence, le PPS. Et comme les professionnels de santé pluridisciplinaires et inter-sectoriels peuvent désormais utiliser le même outil pour s'informer, communiquer et se coordonner autour de la prise en charge du patient, ces acteurs sont intégrés aussi.

L'*interopérabilité et l'inter-fonctionnement du système d'information sont garantis* **(3).** Le PPS facilite la coordination pluridisciplinaire et inter-sectorielle, s'il est intégré au système d'information et ce dernier peut être consulté par de multiples acteurs dans des services ou organisations différentes. Ainsi, il nous semble que l'intégration du système d'information est une condition pré-requise pour une coordination efficace. Par ailleurs, cette intégration facilitera aussi l'intégration des multiples acteurs qui utilisent ce système d'information intégré.

La *traçabilité* **(4)** fournie par cet outil est assurée. Parce qu'elle fournit une meilleure visibilité aux acteurs qui se coordonnent et s'intègrent pour une prise en charge continue et globale du patient. La traçabilité a été identifiée sur le terrain comme un dysfonctionnement important. Le fait qu'elle ne soit pas réalisée en temps réel, pose des problèmes au niveau de la visibilité des professionnels.

En effet, l'interopérabilité du système d'information et la traçabilité **(3 et 4)** favorisent la continuité informationnelle **(6),** puisque ces facteurs cherchent à éliminer le hiatus se trouvant aux interfaces physiques ou organisationnelles et les angle mort (problème de visibilité) existants dans la prise en charge du patient. La traçabilité **(4)** est en lien avec les trois facteurs présentés précédemment. La culture du service ou d'organisation **(1)** peut encourager à tracer ou au contraire, peut être réticente à tracer. Le standard défini **(2)** et le système d'information intégré **(3)** sont garants de la traçabilité.

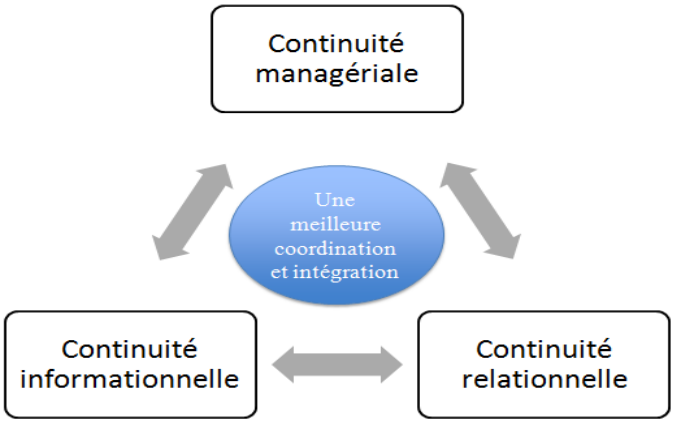
Il nous semble que l'outil PPS doit être *personnalisé et adaptable* **(5)** avec un minimum de standardisation. Selon nous, il doit être adaptable, parce qu'il doit être d'abord en mesure de s'adapter aux spécificités contextuelles afin d'établir la base de la coordination et de l'intégration. En outre, il faudrait ajuster le contenu du PPS en fonction des besoins de chaque patient. Parce que « *il est difficile de fixer un contenu standard pour tout le monde, parce que certains patients pensent avoir trop d'information fournie par les médecins et les autres pensent en avoir très peu.* » raconté par un oncologue du service. Cette remarque nous renvoie au format du PPS : faut-il, par exemple, favoriser un outil très standardisé, très formalisé, ou au contraire plus « lâche », adaptable à chaque trajectoire de patient, ou faut-il faire les deux en même temps ? Il convient probablement de concevoir un outil qui soit en mesure de répondre à ces deux exigences. Par ailleurs, la dimension de personnalisation de cet outil favorise la continuité relationnelle **(7).** Parce qu'elle permet de renforcer le lien entre le patient et les professionnels de santé qui le prennent en charge.

Selon nous, l'adaptabilité de cet outil facilitera également la continuité managériale **(8),** dans la mesure où cet outil est en mesure de s'adapter à différents contextes et que le contenu de l'outil évoluera en fonction des besoins changeants du patient, ce qui est en conforme avec le principe de la continuité managériale.

Les résultats de notre étude de cas mettent en évidence l'interdépendance de ces trois dimensions présentées dans le schéma 2 ci-dessous, ce qui ne ressort pas explicitement des travaux de Haggerty et al (2003). La continuité relationnelle **(7)** entre le patient et le professionnel de santé est basée sur la disponibilité de l'information en temps réel relative à l'input patient ainsi que sa prise en charge. La continuité informationnelle **(6)** à son tour repose sur un outil adaptable **(5)** au contexte changeant, nécessitant une implantation et utilisation flexible de l'outil. Cette dernière est faisable une fois que les besoins du patient ainsi que son input associé seront identifiés via le maintien d'une relation durable entre le patient et les professionnels qui le prennent en charge. Par conséquent, la continuité

managériale **(8)** se dissout et s'infiltre dans les deux autres dimensions de la continuité. Elles forment un ensemble cohérent que la coordination et l'intégration des services de santé cherchent à atteindre.

Schéma 2: l'interdépendance des trois dimensions de la continuité des soins



Toutes les couches de l'intégration présentées dans la partie de littérature ont été étudiées et discutées via notre étude de cas : la standardisation contribue à l'intégration des processus opérationnels (comme celui de la prise de rendez-vous) ; la traçabilité et l'interopérabilité du système d'information contribuent à l'intégration des systèmes et technologies ; ces trois facteurs ensemble contribuent à l'intégration des acteurs et des flux informationnels. Au final, c'est le flux du patient qui sera intégré et la continuité de prise en charge du patient qui sera assurée. La mise en évidence de l'interdépendance des facteurs déterminants issus de Fabbe-Costes (2007) constitue un apport théorique à la compréhension de la réalisation de l'intégration et de la coordination.

Concernant le dernier facteur identifié : l'adaptabilité, nous rappelons que l'intégration étudiée ici doit être associée à l'adaptabilité afin de se confronter à la différenciation existante des services de santé et d'assurer l'efficacité de la coordination et de l'intégration (Lawrence et Lorsch, 1967 ; Axelsson et Bihari Axelsson, 2006 ; St-Pierre et Gauthier, 2011).C'est ainsi ce que nous préconisons aux organisations de santé souhaitant mettre en place un PPS : standardiser tout en l'adaptant aux contraintes et spécificités locales. En bref, il nous semble que ces facteurs déterminants identifiés par Fabbe-Costes (2007) dans les autres secteurs sont aussi valables dans le secteur de la santé au niveau de l'intégration et de la coordination intra-organisationnelle. Toutefois, il conviendrait d'observer ces variables dans un contexte plus large, intégrant d'autres acteurs que ceux issus de l'hôpital.

Au-delà des facteurs déterminants permettant au PPS de contribuer à une meilleure coordination et intégration des services de santé, la question du pilote/coordonnateur de l'outil PPS reste encore une problématique à creuser dans le futur. « *Il n'y a pas forcément un pivot à la tête de PPS* » selon un chirurgien référent de tumeur osseuse. Elle relève du champ de la littérature en stratégie autour du rôle du pivot dans le pilotage multi-acteur (multi-pivots ou un pivot qui centralise tout, par exemple).

Malgré tout, notre recherche comporte des limites. Sur le plan théorique, l'étude de cas ne nous permet pas de dissocier l'apport de ces facteurs à la coordination et l'intégration, puisqu'ils sont très liés et même superposés, malgré l'existence de nuance entre ces deux concepts dans la littérature en santé. Par exemple, au contraire du point de vue d'HAS (2014) qui met l'accent sur la nuance de ces deux concepts, Axelsson et Axelsson (2006) considèrent que la coordination est une forme de l'intégration verticale. Un effort de clarification de la différence et la similitude entre ces deux concepts constitue effectivement une piste de recherche à creuser.

Sur le plan empirique, nous avons essentiellement rencontré et suivi les acteurs intra-hospitaliers, néanmoins, nous n'avons pas pu rencontrer beaucoup d'acteurs extra-hospitaliers, ce qui reste une lacune à compléter ultérieurement par les études empiriques. En particulier, nous n'avons pas pu encore interviewer les patients afin d'appréhender leurs expériences propres de prise en charge.

Enfin, dans la mesure où nous sommes dans une démarche encore exploratoire à ce stade, nous n'avons pas pu analyser de manière fine l'intégralité de nos matériaux empiriques, en particulier la façon dont cet outil est approprié et transformé par les acteurs, ni en quoi cet outil, ou instrument (Aggeri et Labatut, 2010), peut contribuer, par sa forme notamment, à contrôler le comportement des acteurs impliqués dans le parcours et faciliter ainsi leur coordination. La littérature sur les outils et les instruments de gestion apparaît ainsi comme une piste particulièrement pertinente. Notamment la question des standards et leur rôle dans l'intégration et la coordination des acteurs dans une perspective intra ou inter-organisationnelle (Rouquet, 2012). Enfin, il pourrait être intéressant de chercher à analyser en quoi le PPS peut constituer un objet frontière (OF) au sens de Star et Griesemer (1989), dans le prolongement de travaux précédents dans le secteur de la santé (Lancini et Sampieri-Teissier, 2012). Star et Griesemer (1989) définissent un OF comme un « *objet, abstrait ou concret, dont la structure est suffisamment commune à plusieurs mondes sociaux pour qu'elle assure un minimum d'identité au niveau de l'intersection tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes. Il est supposé maximiser à la fois l'autonomie de ces mondes sociaux et la communication entre eux* » (traduction). Ce concept est ensuite repris par de nombreux chercheurs en organisation et en système d'information, en particulier pour analyser le lien entre coordination et gestion des connaissances aux frontières entre des mondes sociaux hétérogènes (Carlile, 2002, 2004). Il est un concept qui permet d'approcher au plus près la façon dont la coordination se réalise entre acteurs ; la coordination pouvant revêtir une approche syntaxique (une syntaxe commune et stable est le gage d'une bonne coordination entre les différents groupes en présence), sémantique (un travail de traduction va être nécessaire pour construire une vision partagée, un cadre commun de compréhension) et/ou pragmatique (la coordination réside dans la capacité d'ajustement qui consiste à faire évoluer ses propres savoirs et à transformer éventuellement les connaissances utilisées par les autres groupes).

Bibliographie académique et professionnelle

Agence Régionale de Santé. Glossaire. La définition du Plan Personnalisé de Santé.

http://ars.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Prof_sante_qualite_perf/Acrobat/Permanence_des_soins/Documents_FIQCS/Reseaux/Boite_outils/Evaluation/Glossaire.pdf

Agence Régionale de Santé. 2012. « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, lexique de A à Z », p.1-33. Le site internet consultable : http://www.ars.sante.fr/uploads/media/Lexique_parcours_def.pdf

Aggeri, F., & Labatut, J. (2010). La gestion au prisme de ses instruments. Une analyse généalogique des approches théoriques fondées sur les instruments de gestion. *Finance Contrôle Stratégie*, *13*(3), 5-37.

Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International journal of integrated care*, *5*.

Angelé-Halgand, N. (2014). Tarification au parcours ou au cycle de soins? *Journal de gestion et d'économie médicales*, *32*(2), 141-142.

Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, *9*.

Aronsson, H., Abrahamsson, M., & Spens, K. (2011). Developing lean and agile health care supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3), 176-183.

Axelsson, R., &Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health-a conceptual framework. *International journal of health planning and management*, *21*(1), 75.

Bachrach LL (1993). Continuity of care: a context for case management. In: Harris M,BergmanHC, eds. *Case management for mentally ill patients: theory and practice.* Langhorne, PA: Harwood Academic, Gordon and Breach Science: 183-97.

Bloch, M. A., Hénaut, L., Sardas, J. C., & Gand, S. (2011). *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles* (No. hal-00818111).

Bloch, M. A., & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod.

Bruyère, C. &Fabbe-Costes N. (2011) « Le pilotage des chaînes multi-acteurs temporaires : une analyse des processus décisionnels », *Revue française de gestion industrielle*, Vol 30, N°3 Octobre.

Carlile P R. (2002) A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in New Product Development. *Organization Science*, Vol 13 N°4, 442-455.

Carlile P R. (2004) Transferring, Translating, and Transforming: An Integrative Framework for Managing Knowledge Across Boundaries. *Organization Science*. Vol 15 N°5, 555-568.

Collège de la Médecine Générale, 2011, le Plan de Santé Personnalisé [PSP] -Un outil de la décision partagée. http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/PSP_CMG.pdf

De Vries, J., & Huijsman, R. (2011). Supply chain management in health services: an overview. *Supply Chain Management: An International Journal*, *16*(3), 159-165.

Eisenhardt, K. M. (1989).« Building Theories from Case Study Research », *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.

Fabbe-Costes, N. (2005). La gestion dynamique des supply chains des entreprises virtuelles. *Revue française de gestion*, *156*(3), 151-166.

Fabbe-Costes, N. (2007), « La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs : les dimensions organisationnelles d'une gestion lean et agile », In Paché, G. et Spalanzani, A., *La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs : perspectives stratégiques*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, p.19-43.

Fabbe-Costes, N., & Jahre, M. (2008). Supply chain integration and performance: a review of the evidence. *International Journal of Logistics Management*, *19* (2), 130-154.

Fayol, H. (1949). *General and Industrial Management* (Translated by Storrs, C.) (London: Pitman)

Frossard M., Genin N., Guisset M.-J. &Villez A. (2004). *« Providing integrated health and social care for older persons in France - An old idea with a great future ».In European* Centre, Editor, Ashgate.

Gentil, S. (2012). *Gérer l'événement dans un contexte d'industrialisation des soins. Une approche par l'activité de la coordination au bloc opératoire* (Thèse de doctorat, IEMN-IAE (Université de Nantes).

Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective: le travail à l'hôpital*. Presses Universitaires de France-PUF.

Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). What is' continuity of care'? *Journal of health services research & policy*, 11(4), 248-250.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219.

Hatchuel, A., & Moisdon, J. C. (1993). Modèles et apprentissage organisationnel. *Cahiers d'économie et sociologie rurales*, (28), 17-32.

Haute Autorité de Santé (2012), Rapport d'analyse des projets article 70, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/rapport_analyse_projets_article_70.pdf

Haute Autorité de Santé (2014), Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux. http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/fps_integration__25_09_2014.pdf

Haute Autorité de Santé, Plan Personnalisé de Santé - Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA, 2014) :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf

Haute Autorité de Santé, Plan Personnalisé de Santé inclu dans les parcours de soins dédiés aux maladies chroniques (2012, 2013, 2014). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_parkinson.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1680745/fr/le-plan-personnalise-de-sante-un-outil-pour-un-parcours-de-soins-coordonne-du-patient-age-fragile

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1751924/fr/le-plan-personnalise-de-sante-inclus-dans-les-parcours-de-soins

Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2012), « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », p1-p31.

Henrard JC (2002). Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées. Santé Société et Solidarité; 2:73–82.

Jahre, M,. & Fabbe-Costes, N. (2010).Standardization and modularity - Achieving flexibility and integration in disaster relief logistics, full paper presented at the *22nd NOFOMA conference*, organized in Kolding by the University of South Denmark, Denmark, June 10-11, 2010. Published in the proceedings, edited by Jan Stentoft Arlbjorn, pp.1081-1096. ISBN 978-91-86345-01-3.

Institut National de Cancer (INC), *Le Plan de Santé Personnalisé - un outil indispensable pour personnaliser la prise en charge des malades*.

Kacioui-Maurin, E., Pellegrin-Romeggio, F., &Sampieri Teissier, N (2013). « La logistique des services » in *La logistique. Une approche innovante des organisations* Editions Presse Universitaire de Provence, coordonnés par Nathalie Fabbe-Costes et Gilles Paché. Aix-Marseille Université, AMU. ISBN : 978-2-85399-868-0. 272 pages.

Kodner, D. & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. *International journal of integrated care*.

Lancini, A., & Sampieri-Teissier, N. (2012). Contribution des Objets-Frontière (OF) à la Gestion des Connaissances (GC): analyse des dépendances dans un bloc opératoire. *Systèmes d'information & management*, *17*(4), 9-37.

Lawrence, P.R. & Lorsch, J.W. (1967), “Differentiation and integration in complexorganizations”, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 12 No. 1, pp. 1-47.

Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Millbank Quarterly* 1999 ; 77(1): 77–110.

Mathe, H., Dubosson, M., & Rousseau, M. (1997). *Le service global: innovations et stratégies internationales de développement dans les services*. Editions Maxima.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et Dynamique des organisations*, Éditions d’Organisation, Paris.

Mintzberg, H. (1989). *Le Management. Voyage au centre des organisations*. Paris: Editions d’Organisation.

Missonier, A., & Missonier, S., (2007), Chap. 4, La structure : de la nécessité à la difficulté de changer, dans *Gestion du changement*, Meier, O., al., Dunod.

Nizet, J., & Pichault, F. (1999). Configurations organisationnelles: Mintzberg revisité. *Revue française de gestion*, (123), 30-43.

Organisation Mondiale de la Santé - World Health Organization (2008) Technical brief No. 1. Integrated health services–what and why?

Orlikowski, W. J. (2002) « Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing », *Organization Science*, 13(3), 249-273.

Pagell, M. (2004). Understanding the factors that enable and inhibit the integration of operations, purchasing and logistics. *Journal of operations management*, *22*(5), 459-487.

Pellegrin-Romeggio, F. & Vega, D. (2014). L'assemblage de réseaux et de chaînes logistiques comme nouvelle forme de collaboration. *Revue française de gestion*, (2), 91-105.

Réunion ministérielle de l’OCDE sur la santé, Octobre, 2010. Les priorités des systèmes de santé au lendemain de la crise. Paris.

Rouquet, A. (2012). Les standards inter-organisationnels Des outils de gestion s'intégrant toujours dans les rapports marchands?. *Revue française de gestion*, (1), 31-49.

Sampieri-Teissier, N. (2000). *Contribution à l'analyse de la logistique hospitalière: proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publics français à partir d'une étude empirique* (thèse).

Sampson, S. E. 2000. Customer-supplier duality and bidirectional supply chains in service organizations. *International Journal of Service Industry Management* 11(4) 348 –364.

Sampson, S. E., & Froehle, C. M. (2006). Foundations and implications of a proposed unified services theory. *Production and operations management*,*15*(2), 329-343.

Smith, P., & Barry, J. (1991), Logistics in service industries[M]. Council of Logistics Management, 1991.

Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology,translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, *19*(3), 387-420.

St-Pierre, M., & Gauthier, J. B. (2011). Les conditions de passage de l'action en réseau à un réseau en action dans le secteur de la santé. *La Revue des Sciences de Gestion*, *251*(5), 31-36.

Toffler, A. (1988), *La troisième vague*, Gallimard.

Tsai, W. (2002), “Social Structure of "Coopetition" Within a Multiunit Organization: Coordination, Competition, and Intraorganizational Knowledge Sharing”, *Organization Science*, Vol. 13 n°2, pp. 179-190.

Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R., & Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14(3), 117-123.

Voss, C., Tsikriktsis, N., & Frohlich., M (2002). « Case research in operations management », *International Journal of Operations & Production Management*, 22(2), 195.

Wemmerlov, U. (1990). A taxonomy for service processes and its implications for system design. *International Journal of Service Industry Management* 1(3) 13–27.

Wise, R., & Baumgartner, P. (1999). Go downstream: the new profit imperative in manufacturing. *Harvard business review*, *77*(5), 133-141.

Wistow, G., & Dickinson, H. (2012). Integration: work still in progress. *Journal of health organization and management*, *26*(6), 676-684.

Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1990). *Machine that changed the world*. Simon and Schuster.

Womack J., & Jones D. (2005), *Système lean. Penser l’entreprise au plus juste*, Pearson Education France, Paris

Yin, R. K. (1991) *Case Study Research, Design and Methods*, London - USA, Sage Publications.