

# LES ENJEUX ORGANISATIONNELS DES PARCOURS DE SANTÉ : ANALYSE À PARTIR DES PHÉNOMÈNES DE RUPTURE

**Isabelle AUBERT**

Centre de Gestion Scientifique  
Mines ParisTech  
(France)

**Frédéric KLETZ**

Centre de Gestion Scientifique  
Mines ParisTech  
(France)

**Jean-Claude SARDAS**

Centre de Gestion Scientifique  
Mines ParisTech  
(France)

## RÉSUMÉ

Le concept de parcours s'est progressivement imposé dans le champ de la santé jusqu'à devenir la référence dominante des pouvoirs publics et des professionnels. Sa promotion traduit la recherche d'une meilleure coordination et coopération entre les acteurs concourant à la prise en charge des patients. La dynamique des parcours et de leurs ruptures éventuelles reste toutefois mal appréhendée. La présente communication s'attache à explorer ce processus, et à en tirer des enseignements sur la déclinaison opérationnelle des enjeux de coordination et de coopération au sein des parcours.

Notre approche s'inscrit dans la littérature sur la coordination, en privilégiant les approches processuelles (Jarzabkowski et al., 2012) et en intégrant les apports de la littérature sur les acteurs et les outils de la coordination. Elle transpose également les cadres d'analyse de la sociologie sur les parcours de vie, à l'étude des parcours de santé.

Notre recherche est de type qualitatif et repose sur l'étude de dix parcours de personnes prises en charge sur un territoire parisien, couplée avec l'analyse de la vision des parcours développée par les professionnels du territoire lors d'entretiens semi-directifs et de réunions de travail.

Si nos résultats permettent de mieux comprendre les modalités de survenue des ruptures dans les parcours de santé, ils proposent également un complément à la littérature sur la coordination par une formalisation des conditions (pré-requis et outillage) de la coopération inter-organisationnelle et inter-professionnelle.

**Mot clés** : Coopération - coordination – parcours – ruptures – santé

## INTRODUCTION

Nombreux sont les auteurs (Bouquet et Dubéchet, 2017, Jaeger, 2017, Ganne, 2017) qui soulignent l'omniprésence du vocable de « parcours » dans différents champs de la vie économique et sociale. Le secteur de la santé n'échappe pas à cet engouement, qui s'est traduit par l'émergence et la coexistence de deux concepts voisins, le parcours de soins et le parcours de santé, partageant une approche commune de prises en charge coordonnées, personnalisées et globales (Bloch et Hénaut, 2014).

Pourtant, on observe couramment des situations de parcours accidentés, sous la forme d'un désajustement des prestations du système de santé aux besoins du patient, voire de véritables ruptures, se traduisant par la remise en question brutale de l'écosystème du patient. Les mécanismes aboutissant à de telles situations restent aujourd'hui incomplètement explorés par la littérature académique.

Certains auteurs (Nestrigue et al., 2019) privilégient la construction de typologies regroupant des prises en charge proches en termes de consommation de soins et d'actes, associée à l'étude quantitative de l'impact de certaines variables (âge des patients, sexe, caractéristiques cliniques, offre de soins locale...) sur l'orientation des patients vers tel ou tel type de parcours. D'autres auteurs (Bloch et Hénaut, 2014, Bloch et al., 2011a) privilégient une approche micro du déroulement des parcours, et interrogent les modalités de coordination des intervenants et de leurs activités. Ils s'intéressent soit aux acteurs de la coordination, soit à ses outils, analysés simultanément comme des vecteurs de construction d'une représentation partagée du travail à réaliser en commun et des supports pour les activités à articuler.

Quels que soient le niveau des analyses (micro ou macro) et leur objet (variables influençant le déroulement d'un parcours, acteurs, outils), elles ne permettent pas d'analyser la dynamique d'un parcours comme la formation d'un équilibre évolutif et précaire entre une demande et une offre de soins et d'aides, qui obéit à une double logique de mise en cohérence, entre les besoins des patients et les prestations offertes d'une part, et entre les activités des professionnels d'autre part. L'objet de la présente communication est d'analyser les modalités de construction et de déconstruction de cet équilibre, et d'en tirer des enseignements sur la déclinaison opérationnelle des enjeux de coordination et de coopération au sein des parcours de santé. Nous centrerons notre analyse sur des parcours complexes, dont l'enjeu central est le maintien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie.

Notre approche théorique s'inscrit dans la littérature sur la coordination, et privilégie les approches processuelles de la « coordination en train de se faire » (Jarzabkowski et al., 2012), tout en intégrant les apports de la littérature déjà citée sur les acteurs et outils de la coordination. Nous mobilisons également les cadres d'analyse de la sociologie sur les parcours de vie, qui explorent la survenue de « bifurcations biographiques » (Bessin, 2009, Bessin et al., 2009, Bidart, 2006) ou de « turning points » (Abbott, 2009) dans ces parcours, potentiellement assimilables aux ruptures observables dans les parcours de santé. Nous tenterons d'adapter ce type d'analyse au parcours de santé.

Notre recherche repose sur une méthode qualitative et processuelle (Langley et al., 2013). Nous avons procédé à la reconstitution chronologique et à l'analyse de dix parcours de personnes prises en charge par un dispositif d'aide à la coordination (CLIC<sup>1</sup>, MAÏA<sup>2</sup>) ou un EHPAD<sup>3</sup> dans deux arrondissements parisiens, et avons croisé cette étude avec la vision des parcours développée par les professionnels de ce territoire rencontrés lors de 15 entretiens semi-directifs et 30 réunions consacrées au déploiement d'une plateforme numérique destinée à favoriser les échanges d'informations.

Nos résultats permettent d'enrichir l'analyse des parcours de santé par la mise en lumière du processus et des mécanismes à l'origine des ruptures et de compléter les analyses sur la coordination en santé, en formalisant les conditions (pré-requis et outillage) de la coopération inter-organisationnelle et inter-professionnelle.

Après avoir détaillé les orientations théoriques qui structurent notre réflexion, nous présentons notre méthodologie et les résultats de notre recherche, que nous discutons à l'aune de notre cadre théorique.

## **CADRE THÉORIQUE**

Nous rappelons tout d'abord les enseignements de la littérature sur la coordination, en particulier dans le champ de la santé, puis nous explorons le potentiel heuristique de l'approche sociologique des parcours de vie pour tenter de mieux comprendre le déroulement des parcours de santé.

### **Section 1 : Coordination et santé**

- **Les principales approches théoriques en matière de coordination**

La coordination, notamment au sein des organisations, fait l'objet d'une abondante littérature académique. Praetorius et Becker (2015) en proposent une synthèse appliquée au champ de la santé, rappelant les trois orientations principales de la recherche dans ce domaine.

Selon l'approche classique, qui définit la coordination comme l'alignement d'actions inter-dépendantes, celle-ci est obtenue par des « mécanismes », qui permettent de concilier les « deux exigences fondamentales et contradictoires » (Mintzberg, 2013) de toute activité humaine : la division du travail entre les différentes tâches à accomplir et la coordination de ces tâches pour la réalisation du travail. Mintzberg (2013) distingue cinq mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, la standardisation des résultats du travail et la standardisation des qualifications. La mobilisation de tel ou tel mécanisme dépend de la nature de l'activité et du niveau d'interdépendance entre les tâches.

Cette approche classique a été complétée par des recherches plus récentes, visant à mieux comprendre la coordination en pratique ou « coordinating »

---

<sup>1</sup> Centre Local d'Information et de Coordination

<sup>2</sup> Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

<sup>3</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

(Jarzabkowski et al., 2012), c'est-à-dire le processus dynamique par lequel celle-ci est obtenue. Pour ces auteurs, les mécanismes de coordination n'existent pas préalablement à l'activité de coordination, mais émergent à travers elle, selon un processus constitué de cinq cycles qui inter-agissent de manière circulaire et non pas séquentielle : la compréhension du besoin de coordination, qui repose sur le diagnostic d'une rupture dans le processus productif, mettant en lumière l'obsolescence ou l'absence de modes de coordination passés ; l'orientation vers les manques grâce à l'analyse des besoins de coordination ; la création d'éléments de coordination par des actions correctives ; la constitution de modes formels de coordination par la définition de règles de travail et de procédures ; et enfin, la stabilisation de ces modes, qui se traduit par l'institutionnalisation d'une nouvelle manière de se coordonner. Cette approche processuelle permet de mieux comprendre comment émergent les mécanismes identifiés par l'approche classique et comment ils produisent des effets de coordination.

Okhuysen et Bechky (2009) proposent un cadre intégrateur de ces deux approches, reposant sur une nouvelle classification des mécanismes de coordination, et montrent que leur efficacité est liée à leur capacité à faire émerger l'une au moins des trois conditions suivantes : la capacité à rendre des comptes, la prévisibilité ou la compréhension commune d'une situation. Okhuysen et Bechky précisent que les mécanismes ou vecteurs de coordination se déclenchent de manière anticipée ou émergent dans le cours de l'action. Ils en définissent cinq : les objets et représentations, les plans et règles, les rôles, les routines et la proximité. Ces mécanismes peuvent produire soit de la reddition de comptes (« accountability »), en définissant qui est responsable de quoi, soit de la prédictabilité, en donnant de l'information sur le contenu, les modalités et la temporalité des tâches, ainsi que leur auteur, soit enfin une compréhension commune, qui se traduit par une conception partagée des activités.

- **Les outils et les acteurs de la coordination**

Or, l'un des enjeux d'une meilleure coordination ou coopération entre les acteurs d'un parcours de santé réside précisément dans cette capacité à construire une compréhension commune des situations des patients, au-delà des frontières inter-professionnelles et inter-organisationnelles. La littérature en santé a identifié plusieurs mécanismes concourant à cet objectif. Ainsi, à propos du développement de la coopération entre gériatres et oncologues, Routelous et al. (2014) mettent en évidence le rôle d'appui à la coordination joué par un outil de dépistage des fragilités des patients (la grille « oncodage »), qui déclenche le recours à un avis d'oncogériatre, et qu'ils analysent comme un "point de passage obligé", conformément à la théorie de la traduction (Callon, 1986), et un « objet frontière » (Star et Griesemer, 1989, Star, 2010), source d'intercompréhension. Les auteurs définissent par ailleurs les gériatres comme des « acteurs frontières » cumulant plusieurs rôles identifiés dans la littérature, à la fois intermédiaires, traducteurs et entrepreneurs frontière à l'égard de leurs collègues oncologues.

De leur côté, Bergeron et al. (2010) insistent sur le caractère « structurellement déséquilibré » des réseaux de coopération autour des patients, articulés autour de deux types d'intervenants : les professionnels "captants", qui assument un rôle central dans les décisions de traitement et le suivi du patient, et les professionnels

"non captants" qui interviennent de manière ponctuelle dans la prise en charge. C'est l'appariement entre un professionnel captant et des professionnels non captants qui fonde la coopération autour du patient. Des stratégies de partage d'informations, de surveillance alternée ou la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires, permettent d'entretenir ces réseaux de coopération, sans remettre en question la hiérarchie entre les captants et les non captants. A l'occasion de notre étude, nous nous interrogerons sur les conditions qui permettraient de remédier à ce déséquilibre, afin de créer une véritable coopération entre les professionnels intervenant conjointement dans des parcours de patients.

## **Section 2 : Les parcours de santé au prisme des analyses développées par la sociologie des parcours de vie**

- **Brève présentation des apports potentiels de la sociologie des parcours de vie pour l'analyse des parcours de santé**

En dépit de leur intérêt pour la compréhension des enjeux et mécanismes de la coordination dans le champ de la santé, les cadres théoriques que nous avons mobilisés jusqu'ici ne nous permettent pas d'analyser la dynamique du déroulement d'un parcours, appréhendée comme l'alternance de périodes d'équilibres et de déséquilibres entre des besoins et une offre de soins et d'aides émise par le système de santé. Quels sont les paramètres structurant ces périodes et comment passe-t-on d'une séquence à une autre ? Ces questions ont été particulièrement étudiées par la théorie sociologique des parcours de vie, qui met l'accent sur les notions de trajectoires et de transitions (Carpentier et White, 2013).

Plusieurs aspects de la théorie des parcours de vie nous semblent pertinents pour analyser les parcours de santé. En premier lieu, l'intérêt porté au temps, qui constitue un facteur d'intelligibilité des parcours à prendre en compte en tant que tel ; ce constat rejoint celui posé par les auteurs du courant des « process studies » (Langley et al., 2013), relatif au caractère temporellement situé de toute pratique individuelle ou sociale, l'analyse de l'enchaînement temporel des pratiques permettant de donner du sens à certains changements.

Dans la théorie des parcours de vie, le temps est saisi selon trois échelles. La première, biographique, permet de comprendre les spécificités individuelles d'un parcours, la deuxième, sociale, renvoie aux influences familiales et sociales du groupe auquel l'individu appartient, et la troisième, historique, fait référence aux déterminants sociétaux et historiques des parcours. L'interaction entre ces dimensions, déclinées selon des caractéristiques objectives et les perceptions subjectives des individus (Bidart, 2006), rend compte de la spécificité de chaque parcours.

Un dernier facteur susceptible de nourrir l'analyse des parcours de santé concerne l'attention portée par la théorie des parcours de vie aux phénomènes de ruptures de parcours, parfois nommés « bifurcations » ou « turning point ». Les bifurcations sont entendues comme « l'apparition d'une crise ouvrant un carrefour biographique imprévisible, dont les voies sont elles aussi au départ imprévues (...), [et] au sein desquelles sera choisie une issue qui induit un changement important d'orientation » (Bidart, 2006). Selon Grossetti (2006), qui analyse les

situations dans les parcours selon deux critères, le niveau d'imprévisibilité et celui d'irréversibilité, ce changement d'orientation produit des conséquences irréversibles, au sens où « déconstruire ce qui a été construit ou défaire ce qui a été fait n'est pas revenir au point de départ ». Ces définitions sont proches de celle de « turning point » d'Abbott (2009), qui les présente comme un moment où l'individu sort d'une trajectoire pour entrer dans une nouvelle, « des points où les réseaux de relations encastrés qui assurent ordinairement la stabilité des trajectoires se dissolvent ».

- **L'analyse des bifurcations selon l'approche des parcours de vie**

Bidart (2006) considère l'analyse des bifurcations comme étant d'un grand pouvoir heuristique. Dans son analyse tirée d'une enquête longitudinale menée auprès de jeunes entrant dans la vie adulte, elle détaille les étapes conduisant à la déstructuration de la cohérence initiale entre la situation d'un jeune dans différents domaines (personnel, familial, professionnel) et ses valeurs et capacités, puis la construction d'une nouvelle cohérence dans une autre situation, postérieurement à la bifurcation. Elle montre que le processus par lequel la bifurcation advient intègre une « période critique » préalable, durant laquelle la situation se dégrade, et qui se clôt par un moment-clé marqué par un ou plusieurs événements. Une nouvelle période s'ouvre alors, avec différentes voies possibles, combinant divers ingrédients (cf ci-dessous). Le jeune effectue un choix parmi les voies disponibles, matérialisant ainsi un tournant dans sa vie, et reconstruisant dans la trajectoire retenue un « monde à nouveau cohérent et intégrateur ».

Au service de cette analyse du processus de bifurcation, l'approche par les ruptures mobilise l'étude des interactions entre les différentes sphères de la vie. Bidart (2006) montre que la bifurcation survient lorsqu'un événement se produisant dans l'une des sphères de la vie, produit des effets dans d'autres sphères, entraînant une remise en question globale de la logique de la trajectoire alors suivie.

Enfin, l'analyse des parcours de vie à partir des phénomènes de rupture biographique révèle la diversité des ingrédients qui participent à la recomposition des trajectoires. Bidart (2006) distingue des éléments objectifs, relevant de trois échelles, macro, méso et micro-sociales, et des données subjectives, leur correspondant plus ou moins étroitement. Les éléments objectifs rassemblent en premier lieu des déterminants macro-sociaux, renvoyant au cadre historique, juridique, institutionnel et culturel, dans lequel l'individu évolue. A une échelle plus locale (niveau méso-social) interviennent d'autres réalités, concernant le territoire dans lequel vit la personne, et l'entourage familial dont elle bénéficie. Enfin, à l'échelle individuelle, la définition des possibilités fait intervenir les caractéristiques personnelles de chaque personne et son expérience de vie. Les éléments subjectifs ayant influencé le choix de la personne relèvent eux aussi des trois échelles précédemment citées. Ils alimentent l'éclairage donné par la personne sur le poids des différents atouts et contraintes qui ont influencé sa prise de décision ; il s'agit, selon les termes de Bidart (2006) de la version « racontée » par l'acteur de ces éléments-là. Les ingrédients structurels et les appréciations personnelles inter-agissent ainsi de manière dialectique, cette interférence étant particulièrement visible au moment des bifurcations.

## MÉTHODOLOGIE

Notre recherche se fonde sur une méthodologie qualitative, développée à travers une étude de cas multiples sur un territoire.

### Section 1 : Présentation du terrain investigué

- **Principales caractéristiques**

Le territoire sur lequel nous avons collecté et analysé nos données recouvre deux arrondissements de Paris, périmètre retenu par les acteurs locaux pour envisager la co-construction de nouveaux modes de coordination. Ses habitants sont vieillissants<sup>4</sup> et présentent une prévalence d'ALD (Affection de Longue Durée) supérieure à la moyenne francilienne pour certaines pathologies chroniques, comme les AVC, les pathologies cancéreuses, le VIH, les troubles de la personnalité et les maladies coronaires, nécessitant un suivi au long cours et une coordination entre de nombreux acteurs<sup>5</sup>. L'offre de soins, médico-sociale et d'accompagnement social est importante et diversifiée. A titre d'exemple, la densité de l'offre de soins libérale y est supérieure à la moyenne de l'Ile-de-France, quel que soit le type de professionnel étudié : médecin généraliste, spécialiste, infirmier, kinésithérapeute.... Le maillage par des établissements de santé est également resserré, avec deux Centres Hospitalo-Universitaires, quatre établissements privés à but non lucratif et quatre cliniques privées. Au regard de ces caractéristiques, les enjeux autour de l'organisation des parcours semblent relever de la mise en cohérence et de l'articulation de ces nombreux acteurs et de l'outillage de leur coopération.

- **Les projets du territoire sur les parcours**

Dans ce territoire, les professionnels sont particulièrement investis sur les questions de parcours et plus généralement d'amélioration de la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. En témoignent différents projets récents, réalisés ou en cours : la création de deux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), le dépôt d'un projet d'Initiative de Prise en charge Partagée (IPEP) au titre des expérimentations autorisées par l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018, et enfin la participation au programme national e-parcours.

Le projet IPEP, porté par les CPTS des deux arrondissements, concerne l'amélioration des parcours des personnes âgées de plus de 75 ans. Le dossier déposé auprès des pouvoirs publics résume bien l'ensemble des enjeux afférents aux parcours de santé de ces personnes, selon les trois niveaux habituels de l'analyse - micro, méso et macrosocial - : il s'agit de sécuriser le parcours de ces personnes en préservant au maximum leur autonomie, tout en développant le travail en équipe et la coopération entre les professionnels ; le projet vise également à obtenir une réduction des coûts par une diminution des

---

<sup>4</sup> La part des personnes âgées de 75 ans et plus est passée de 7.7% de la population en 2011 à 8% en 2016 dans l'un des arrondissements et de 8.3% à 8.7% sur la même période dans l'autre arrondissement (données INSEE).

<sup>5</sup> Source : dossier d'analyse du projet – Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

hospitalisations, passages aux urgences et prescriptions inappropriés, ainsi qu'une baisse des événements indésirables associés aux soins.

Le projet IPEP s'articule avec un projet déposé en 2017 en réponse à un premier appel à projets régional déclinant le programme national e-parcours (les acteurs impliqués dans les deux projets étant pour partie les mêmes). L'objectif de l'appel à projets était de mettre à disposition de collectifs d'acteurs prêts à s'engager dans des actions d'amélioration des parcours, la plateforme numérique régionale Terr-esanté, conçue pour faciliter le partage et l'échange d'informations. Terr-esanté apparaît ainsi comme un dispositif de soutien aux autres projets développés par les acteurs du territoire pour améliorer la prise en charge des patients.

## **Section 2 : Collecte et analyse des données**

- **Collecte des données**

Afin d'analyser des parcours « concrets », nous avons collecté des données provenant du CLIC, de la MAÏA et d'un EHPAD. Ces acteurs nous ont transmis les « traces » des parcours de personnes qu'ils avaient accompagnés de manière récente, matérialisées par différents types de documents : Formulaire d'Analyse Multi-dimensionnelle et d'Orientation (FAMO), échanges de mails avec les différents partenaires sur la situation, comptes-rendus d'évaluations effectuées au domicile des patients, synthèses et comptes-rendus de réunions, plan personnalisé de soins. Le choix des situations a été réalisé en concertation avec les professionnels des services concernés, et rendait compte de parcours ayant présenté des ruptures avérées ou évitées. Au total, nous avons eu accès aux données concernant dix parcours, trois pris en charge par le CLIC, quatre par la MAÏA, un conjointement par le CLIC et la MAÏA, et deux par l'EHPAD. Cette étude a été autorisée par la CNIL.

Nous avons croisé ce matériau avec les informations recueillies lors d'entretiens semi-directifs réalisés avec les acteurs du projet e-parcours et au cours de réunions organisées sur la mise en œuvre et le suivi de ce projet. 15 entretiens ont été réalisés entre novembre 2018 et juin 2019, auprès des acteurs suivants : médecins généralistes (3), représentants de directions hospitalières (4), représentants de M2A<sup>6</sup> (4), directrice d'EHPAD (1), chefs de projet e-parcours (2), représentant de la direction départementale de l'ARS à Paris (1). Nous avons évoqué avec eux leur vision des parcours sur le territoire, leurs attentes par rapport au projet e-parcours, les questions de gouvernance territoriale autour de l'analyse et du traitement des problématiques de parcours, et lors des rencontres avec les acteurs des dispositifs d'appui (CLIC, MAÏA et réseau), la perspective de leur fusion et de l'élargissement de leurs missions à tous les parcours, quels que soient l'âge et la pathologie des personnes à accompagner. D'octobre 2018 à décembre 2019, nous avons par ailleurs participé à 30 réunions portant principalement sur le déploiement de Terr-esanté, également révélatrices des visions des acteurs et de leurs capacités à dialoguer sur les problématiques de parcours sur le territoire.

---

<sup>6</sup> Maison des Aînés et des Aidants, regroupant CLIC, MAÏA et réseau.

- **Analyse des données**

Nous avons reconstitué la chronologie de chaque parcours, en adoptant une méthode de type processuelle (Langley, 2013), puis nous avons analysé les principales étapes de leur déroulement, le rôle des différents acteurs, ainsi que les enjeux et questions soulevés par chaque parcours. Notre analyse a été éclairée par au moins un entretien préalable avec des professionnels de chacune des structures concernées, afin de bien comprendre les logiques d'intervention des professionnels et leurs modes d'action.

Les données collectées lors des entretiens ont été analysées par grand type d'acteurs, en montrant les points communs et les nuances pouvant exister dans leur approche des parcours, et dans leur analyse des besoins de coordination entre professionnels et entre organisations. Nous avons complété cette analyse par l'étude des documents produits par les acteurs du territoire : présentation du projet e-parcours, dossier de réponse à l'appel à manifestation d'intérêt déposé au titre du projet IPEP, projet médical de l'une des CPTS, et comptes-rendus des comités de projet e-parcours réunis avant notre intervention.

En décembre 2019 et février 2020, nous avons restitué devant les acteurs du comité de projet e-parcours l'ensemble de nos analyses, portant sur les enseignements que nous avons tirés de l'étude des parcours et des entretiens réalisés avec eux, afin de valider notre interprétation de leurs propos et évoquer avec eux des pistes de réflexion sur les moyens d'améliorer leur coopération et le déroulement des parcours.

## **RÉSULTATS**

Nous montrons dans un premier temps que les acteurs du territoire partagent avec néanmoins certaines différences, les enjeux de coordination et de coopération attachés aux parcours, mais peinent à les traduire dans des dispositifs opérationnels (section 1). Nous mettons ensuite en évidence, à travers notre analyse des parcours, des configurations à risque de ruptures, dont l'issue dépend assez largement de la capacité du système d'aides et de soins à inventer des solutions innovantes, qui mobilisent des acteurs et des modalités d'actions en-dehors du champ institutionnel ou réglementaire classique (section 2).

### **Section 1 : Des enjeux de coordination et de coopération partagés, avec des nuances, entre les acteurs, mais une difficulté à les traduire dans des dispositifs opérationnels.**

- **Un consensus nuancé**

Globalement, nos discussions avec les acteurs du territoire font apparaître un consensus sur l'importance d'éviter des ruptures ou des redondances dans les parcours, et donc la nécessité d'organiser une coordination et une coopération entre les professionnels intervenant tout au long des parcours. L'existence de projets tels que le projet e-parcours ou l'expérimentation IPEP témoigne également d'une volonté et d'une capacité de développer des actions communes autour de l'amélioration des parcours sur le territoire.

Toutefois, selon les interlocuteurs, des nuances apparaissent. Les médecins hospitaliers apparaissent inégalement sensibles aux enjeux de la coordination avec la médecine de ville et s'y impliquent de manière variable. Les urgentistes et médecins d'équipe mobile gériatrique intervenant dans les services d'urgences manifestent un intérêt clair au partage d'informations en provenance des professionnels et structures adresseurs de patients, afin de guider leur démarche diagnostique et thérapeutique. A contrario, d'autres médecins exerçant dans des services d'hospitalisation font état de demandes plus limitées dans leurs relations avec la ville, et ne semblent pas partager le constat posé par leurs confrères généralistes de lacunes dans le partage d'informations et de défaut de travail en commun.

En outre, la vision des parcours des patients diffère selon les acteurs. Les hospitaliers les abordent au prisme des pathologies, conformément à une logique hospitalière dominée par la vision des spécialités, alors que l'approche des acteurs de ville est plus globale, et intègre les problématiques médicales et sociales. Les problèmes liés à la dépendance des personnes âgées, notamment dans le cadre de leur maintien à domicile, sont plus systématiquement évoqués comme un sujet majeur par les acteurs de ville.

La déclinaison des enjeux de coordination et de coopération fait apparaître des difficultés, notamment autour des transitions ville-hôpital, unanimement décrites comme dysfonctionnelles. Les professionnels déplorent le manque d'anticipation et de concertation, à l'entrée comme à la sortie des établissements de santé. Des désaccords sur la manière de travailler ensemble apparaissent également. Les discussions sur le territoire ont par exemple fait émerger une difficulté à stabiliser le contenu d'une fiche d'adressage de patients atteints de BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) suivis en ville vers un service hospitalier de pneumologie : la nature des informations souhaitées par le service de pneumologie semblait trop pointue et éloignée de leur pratique, aux yeux des médecins généralistes. L'enjeu semble dans ce cas dépasser la question de la coordination par la transmission d'informations destinées à assurer la cohérence des actions entreprises autour des patients, et renvoie à la création d'une véritable coopération, au sens du « souci de l'autre » (Jaeger, 2010), qui permettrait de partager les contraintes et besoins des autres acteurs (Bloch et al., 2011b), au service d'un fonctionnement solidaire, à l'image d'une équipe réunie dans un service.

- **Des pistes de solutions, mais peu de dispositifs opérationnels**

Pour tenter de résoudre ces difficultés, plusieurs pistes de solutions sont formulées par les acteurs. Une première concerne la facilitation des échanges d'informations que permettrait l'utilisation d'une plateforme comme Terr-esanté. Toutefois, deux questions concernant l'outil numérique restent à ce stade mal prises en compte. D'une part, la fonction de coordination que pourrait jouer Terr-esanté est encore peu définie. Dans l'usage qui est aujourd'hui le leur, les acteurs utilisent Terr-esanté essentiellement comme un dossier médical partagé, par le dépôt de différents documents (compte-rendus de consultations, d'hospitalisations...). La réception des notifications de passages aux urgences des patients est toutefois présentée comme un levier d'action possible par l'un des médecins généralistes,

qui pourrait se servir de cette information pour contacter les établissements ayant accueilli les patients et se concerter avec eux sur la suite de la prise en charge. D'autre part et corrélativement, la place de l'outil entre une coordination « froide » que permettrait le DMP (Dossier Médical Partagé, mis en place à l'échelle nationale par l'Assurance Maladie) et une coordination « chaude » qui nécessiterait un contact rapide de type téléphonique ou par SMS, en raison d'un contexte d'urgence, n'est pas déterminée.

La création d'acteurs dédiés en partie ou complètement à des fonctions de coordination entre la ville et l'hôpital est une autre proposition plébiscitée par les acteurs, et déjà mise en œuvre sur le territoire, par exemple à travers des postes partagés. Un poste de médecin généraliste à mi-temps dans l'un des CHU du territoire et mi-temps dans une maison de santé pluridisciplinaire a ainsi été mis en place en novembre 2019. Ces acteurs s'intègrent dans le paysage institutionnel déjà étoffé des acteurs de la coordination, qu'il s'agisse de professionnels exerçant des fonctions d'appui à la coordination (CLIC, MAÏA et réseau), des acteurs ayant un rôle privilégié dans l'orientation et le suivi des patients, comme les médecins généralistes, et enfin des coordonnateurs informels, tels que le patient lui-même ou ses proches. Il semble qu'on assiste à un empilement d'acteurs de coordination, plus qu'à une organisation concertée de cette fonction, d'où un double risque de redondance entre certaines interventions et de rupture sur des problématiques de coordination qui ne seraient couvertes par aucun acteur.

Dernière piste évoquée par les professionnels, la protocolisation de la gestion de certaines situations de crise, visant à créer des accords anticipés sur la « conduite à tenir ». A titre d'exemple, le projet IPEP propose la rédaction de protocoles concernant les « urgences sociales », définies comme des situations rendant le maintien à domicile transitoirement impossible, sans qu'une hospitalisation soit justifiée. Les protocoles viseraient à définir les conditions de mobilisation d'un auxiliaire de vie en urgence ou de l'organisation d'un séjour temporaire en EHPAD.

## **Section 2 : Les parcours et leurs ruptures : à la recherche d'innovations organisationnelles**

Nous analysons dans cette section certains mécanismes à l'œuvre dans les ruptures des parcours de santé, ce qui nous permet d'identifier des configurations de paramètres « à risque », et nous éclairons le rôle joué par différents acteurs, leurs difficultés, mais aussi les solutions, parfois innovantes, qui ont été mises en œuvre pour éviter certaines ruptures.

- **Des configurations à risque : la conjonction de l'aggravation de la dépendance avec l'absence ou la défaillance de l'aidant et le refus d'aides.**

Nous illustrons cette situation avec l'histoire de Mme A., âgée de plus de 80 ans, habitant avec sa sœur sur le territoire. Elle a été prise en charge successivement par le CLIC puis par une gestionnaire de cas de la MAÏA. Elle souffre de troubles mnésiques et est dépendante.

La situation de Mme A. a été signalée en juillet 2018 par la psychomotricienne de l'équipe spécialisée Alzheimer intervenant auprès d'elle, pour alerter sur l'épuisement de sa sœur, aidante de Mme A., et le besoin de trouver un hébergement temporaire pour Mme A., pendant les hospitalisations tous les deux mois de sa sœur, suivie pour une maladie neurologique.

L'évaluation gériatrique réalisée par une gériatre d'un réseau en juillet 2018 confirme la perte d'autonomie de Mme A. et l'épuisement de sa sœur, qui n'est plus en capacité d'assumer les démarches administratives courantes. Lors de chacune de ses hospitalisations, le réseau parvient à faire hospitaliser Mme A. dans un établissement gériatrique, souvent difficilement. Le CLIC met en place un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), mais la sœur de Mme A. annule souvent les passages, ce qui conduit le SSIAD à menacer d'arrêter ses interventions. De même, le Service d'Aide à Domicile (SAAD) introduit à la demande de la sœur de Mme A. rencontre des difficultés dans l'exécution de sa prestation, du fait d'annulations, du refus de Mme A. de manger ou de l'interdiction faite à l'auxiliaire de réaliser certaines tâches. La coordinatrice du CLIC mène également des démarches auprès des impôts pour régulariser la situation de Mme A. et pouvoir enclencher des demandes d'aides (Aide Personnalisée à l'Autonomie).

En décembre 2018, le CLIC sollicite une prise de relais par la gestion de cas. Plusieurs visites à domicile proposées par la gestionnaire de cas sont annulées par la sœur de Mme A. qui fait part de sa fatigue consécutive à ses hospitalisations. Elle refuse également la proposition d'augmenter le nombre de passages du SSIAD à deux fois par jour, ainsi que l'hébergement temporaire de sa sœur dans un EHPAD pendant l'une de ses hospitalisations, en raison du coût trop élevé. Chaque hospitalisation de la sœur de Mme A. crée une situation tendue, résolue in extremis par l'hospitalisation de Mme A. obtenue grâce à l'intervention de la gériatre du réseau auprès de ses confrères. Un accueil de jour est envisagé à compter du mois de février 2019, date à laquelle nous avons arrêté notre suivi de cette situation.

Le parcours de Mme A. illustre l'installation d'une situation de dépendance, dans son cas avancée, au domicile, palliée par l'implication de sa sœur, aidante unique. L'équilibre fragile de la dyade aidée/aidante est remis en question par l'épuisement de l'aidant et ses hospitalisations itératives, qui mettent en lumière l'impossibilité pour Mme A. de rester à son domicile sans un dispositif d'aides étoffé. Les deux sœurs se montrent ambivalentes sur les aides apportées, les acceptant, voire les demandant, tout en multipliant les difficultés lors de leur mise en œuvre, jusqu'à risquer de provoquer le retrait des intervenants. Si les difficultés financières semblent jouer un rôle dans leur attitude, celle-ci témoigne également plus profondément de leur refus d'être aidées.

La majorité des dossiers que nous avons étudiés fait apparaître cette configuration à risque de l'aggravation de la dépendance conjuguée à l'absence ou la défaillance de l'aidant et le refus d'aide. La prise en charge de ces situations très complexes s'est parfois traduite par l'adoption de solutions innovantes, comme en témoigne l'exemple suivant.

- **L'exploration de solutions innovantes : l'intégration des fonctions de coordination et de gestion des ressources, au service d'une prestation personnalisée**

Le parcours de Mme B. illustre la capacité du système d'aides et de soins à prendre en compte la spécificité des situations individuelles en proposant des prestations « sur-mesure ».

Mme B. est âgée de plus de 70 ans. Mi-2016, elle perd son époux et vit dès lors seule à son domicile. Elle a une fille, avec qui elle entretient des relations compliquées. Elle souffre d'une tumeur au cerveau et de troubles cognitifs débutants. Sa fille s'inquiète de son isolement social. Elle est désireuse que celle-ci intègre l'accueil de jour d'un EHPAD, en l'occurrence membre du comité de projet e-parcours, et qu'elle bénéficie d'aides à domicile. Mme B. est réservée au départ sur sa participation à l'accueil de jour, mais elle accepte de s'y rendre à partir d'octobre 2016, et son intégration se passe bien. Une aide à domicile est également mise en place, une fois par semaine.

En mars 2017, Mme B. subit une intervention chirurgicale en urgence au cerveau, pour ablation de sa tumeur. Elle est accueillie jusqu'en août 2017 en hébergement temporaire à l'EHPAD pour sa convalescence. Le retour à domicile de Mme B. est jugé périlleux par les professionnels au regard de son état de santé, mais cette dernière ne veut pas rester à l'EHPAD. Un retour à domicile « aménagé » est finalement organisé à partir d'août 2017 jusqu'en août 2018 : Mme B. fréquente l'accueil de jour tous les jours et prend ses repas les soirs et les week-ends à l'EHPAD. Les aides à domicile sont renforcées (passage biquotidien des auxiliaires de vie pour l'emmener à l'EHPAD et la ramener) et Mme B. est placée sous tutelle à partir de juillet 2017.

Début août 2018, Mme B. est admise aux urgences d'un établissement du territoire, amenée par les pompiers après avoir tenu des propos incohérents sur la voie publique. Elle est renvoyée à son domicile, avec une suspicion d'ischémie cérébrale. Trois jours plus tard, elle est de nouveau admise aux urgences, pour crise nerveuse devant son auxiliaire de vie. Elle tient des propos incohérents. L'hôpital contacte l'EHPAD, qui accepte de l'accueillir temporairement jusqu'au 15 août. Mme B. part ensuite dans un autre EHPAD, où son séjour se passe mal, puis rejoint un troisième EHPAD proche du domicile de sa fille.

Contrairement à d'autres situations que nous avons étudiées, Mme B. bénéficie d'un suivi médical organisé et de la présence de sa fille, en dépit de relations compliquées. Cet environnement permet que sa fragilisation soit bien repérée et prise en compte par le système d'aides et de soins, d'une manière initialement classique, mais qui évolue ensuite vers une prestation « sur-mesure » mise en place par l'EHPAD, pour permettre et sécuriser le retour à domicile, repoussant ainsi une entrée définitive en EHPAD rejetée par Mme B.

## DISCUSSION

Nous développons dans cette partie deux enseignements de notre analyse : l'interprétation des ruptures de parcours, comme des processus de déconstruction de la cohérence entre les besoins et l'offre d'aides et de soins (section 1) ; l'analyse des pré-requis et de l'outillage de la coopération inter-organisationnelle et inter-professionnelle (section 2).

- **Section 1 : Pertinence et perspectives d'utilisation de la grille d'analyse issue de la sociologie des parcours de vie : l'interprétation des ruptures de parcours comme des processus de déconstruction de la cohérence entre les besoins des personnes et l'offre d'aides et de soins**

Notre étude des parcours confirme la pertinence du cadre d'analyse de la sociologie des parcours de vie pour comprendre la manière dont les ruptures de parcours de santé surviennent.

En premier lieu, comme lors des bifurcations dans les parcours de vie, les ruptures des parcours de santé obéissent à un schéma temporel que l'on peut décomposer en plusieurs phases : une « période critique » d'accumulation des difficultés conduisant à une perte de cohérence entre la situation de la personne et ses valeurs et capacités, puis la survenue d'un événement exogène ou endogène, précipitant la « crise », et obligeant à envisager des choix alternatifs fondés sur une relecture de la situation, et enfin le choix d'une nouvelle trajectoire, articulée à un certain nombre d'actions, qui concrétisent l'orientation retenue et crée un nouvel équilibre provisoire entre la situation de la personne et ses besoins.

Ainsi, dans les différents parcours présentés plus haut, la rupture a toujours été précédée d'une période plus ou moins longue de fragilisation progressive de la situation des personnes, parfois invisible. Les deux sœurs A. ont vu leur état de santé se dégrader, avec comme corollaire la dépendance de l'aidée et l'épuisement de l'aidante. A contrario, Mme B. a pu éviter une rupture au début du parcours que nous avons étudié, car sa situation fragile (perte de son époux, isolement social et démarrage de troubles cognitifs) avait été identifiée et prise en charge grâce à son inscription à l'accueil de jour et la mise en place d'aides à domicile. La rupture observée en août 2018 a été en revanche précédée d'une période de fragilisation au domicile, marquée par des troubles cognitifs croissants. Ces situations confirment que la rupture est un processus non réductible à l'événement qui provoque un basculement de situation. Celui-ci est le révélateur d'un déséquilibre installé progressivement plutôt que sa cause.

Dans tous les cas, un événement précipite effectivement la rupture : les hospitalisations itératives de sa sœur pour Mme A., un accident ischémique puis une crise de nerf pour Mme B., entraînant deux passages rapprochés aux urgences. Dans ce contexte, une nouvelle séquence s'ouvre pour les personnes, à l'issue d'une période plus ou moins longue de maturation. Pour Mme A., il s'agit de la mise en place, encore partielle au moment de l'étude, d'un dispositif d'aides au domicile, couplé à un accueil de jour. Mme B. doit quant à elle se résoudre à une admission définitive en EHPAD, son état de santé précaire ne lui permettant plus de rester à domicile.

Comme dans la sociologie des parcours de vie, les parcours de santé peuvent être analysés à partir de l'intrication entre plusieurs types de déterminants, objectifs et subjectifs, se situant à des échelles sociales et temporelles différentes. Tous les parcours étudiés s'inscrivent dans un contexte sociétal, caractérisé par la priorité donnée au maintien à domicile des personnes âgées, qui justifie la mise à disposition d'aides et l'intervention d'acteurs spécialisés dans l'analyse des besoins et la coordination d'intervenants. Le contexte local de ces différents parcours met en lumière des ressources territoriales en termes d'offre de soins et d'aides conséquentes, qui permettent que de nombreux services soient proposés au domicile et en EHPAD : ainsi, les sœurs A. bénéficient des services d'une équipe spécialisée Alzheimer, d'un SSIAD, d'un SAAD et selon le projet envisagé, d'un accueil de jour. Des ingrédients individuels interfèrent également dans les parcours. La situation matérielle assez précaire des sœurs S. les conduit à refuser des placements temporaires en EHPAD, qu'elles jugent trop coûteux. A contrario, Mme B. est insérée socialement et bénéficie d'un niveau de retraite suffisamment élevé pour lui permettre de s'inscrire dans tous les dispositifs qui lui ont été proposés (notamment l'accueil de jour et les séjours temporaires à l'EHPAD).

A ces facteurs objectifs, se mêlent des éléments subjectifs, de différents ordres. Les contextes familiaux influencent l'évolution des parcours. Ainsi, c'est la fille de Mme B. qui effectue les premières démarches de recherche d'un accueil de jour pour sa mère et qui se préoccupe de la sécurisation de son maintien à domicile. Sur un plan individuel, interviennent d'autres facteurs, notamment la réticence, très courante, envers la mise en place d'aides, ainsi que le déni de l'aggravation de la situation, qui peut être liée à des troubles cognitifs, mais qui relève aussi de mécanismes psychologiques de défense face à une perte de contrôle de la situation.

L'usage de cette grille d'analyse des ruptures de parcours dessine quelques pistes susceptibles d'améliorer la gestion des parcours de santé. L'identification précoce des situations de fragilisation au domicile pourrait permettre d'entamer avec les personnes concernées une réflexion sur l'opportunité de mettre en place des aides, et favoriser dans certains cas leur acceptation. Les professionnels du territoire sur lequel nous avons collecté nos données mènent actuellement une réflexion sur ce sujet, visant à impliquer le médecin traitant dans la détection des fragilités, afin de proposer et d'organiser un accompagnement précoce aux personnes qui l'accepteraient. La prise en charge conjointe de l'aidé et de l'aidant apparaît également comme un levier important dans la construction du consentement à être aidé et la prévention de l'épuisement de l'aidant. Enfin, l'exemple du parcours de Madame D. montre que la priorité actuelle accordée au maintien à domicile oblige à re-penser le rôle et les modalités d'intervention des professionnels, et rend assez floue la frontière entre les acteurs qui interviennent au domicile et ceux en charge de l'institutionnalisation. Leur action concertée et coordonnée peut favoriser et sécuriser le maintien à domicile.

- **Section 2 : les pré-requis et l'outillage de la coopération inter-organisationnelle et inter-professionnelle**

A l'instar des réseaux dont le fonctionnement a été analysé par Grenier (2006), les parcours présentent la particularité d'obliger les professionnels de différentes

spécialités et structures à travailler « à la frontière » des pratiques et des connaissances des uns et des autres. Pour certains auteurs (Haland et al., 2015), le parcours peut être lui-même considéré comme un objet-frontière, s'il parvient à générer des compréhensions et des apprentissages partagés, conformément au rôle attendu de ce type d'objet. Mais l'émergence de tels effets suppose que soient réunis un certain nombre de pré-requis favorisant la confiance et le dialogue entre les acteurs, et aboutissant in fine à la constitution d'équipes inter-organisationnelles et inter-professionnelles, « virtuelles » selon les termes de Deneckere et al. (2012), car éclatées dans des lieux d'exercice séparés.

Une certaine stabilité des acteurs, en ville comme à l'hôpital, est tout d'abord nécessaire pour que se créent des habitudes de travail en commun. Nous avons ainsi pu constater sur le territoire étudié que l'association des mêmes acteurs sur différents projets (e-parcours, IPEP, les CPTS) avait favorisé une connaissance et une reconnaissance mutuelle du rôle des uns et des autres, et de leur contribution à la prise en charge des patients. La colocalisation des deux CPTS et de la M2A facilite également les échanges entre les différents professionnels.

Des dispositifs doivent venir soutenir cette connaissance mutuelle. Sur le territoire, l'acceptation du projet IPEP a ouvert une phase de travail collectif, visant à établir un diagnostic et à faire émerger des propositions opérationnelles sur les différents sous-thèmes du projet. Des groupes de travail, qui brassent des professionnels de tous métiers et toutes organisations, viennent ainsi d'être constitués sur des thématiques ciblant les principaux enjeux des parcours, tels que l'évaluation des patients, la coordination ville-hôpital ou la réponse à l'urgence et les soins non programmés. Grâce à cette organisation de réflexions communes, une dynamique coopérative locale pourrait naître, sous réserve d'un partage et d'une appropriation des conclusions des groupes de travail à l'échelle du territoire.

Des outils tels que Terr-esanté participent également au renforcement de la coordination entre les professionnels. Un groupe de travail constitué sur le sujet a vocation à stimuler son usage, en précisant les conditions de création des comptes des patients (par qui, à quel moment, avec quelles informations pour le patient ?) et le type de documents à déposer. Au-delà du partage d'informations, l'intérêt de la constitution de ce groupe de travail sur Terr-esanté est de susciter une réflexion sur les informations utiles aux différents acteurs et de faire évoluer certains supports de transmission ou certaines pratiques.

Ces exemples d'expérimentation de dispositifs de soutien à la coordination mettent en évidence un point important : leur synergie et leur mise en cohérence indispensable, afin d'en maximiser les effets. L'initiative prise sur le territoire par le chef de projet e-parcours de prioriser en 2020 la stratégie de déploiement de Terr-esanté sur les personnes âgées de 75 ans et plus crée cette cohérence entre le projet e-parcours et le projet IPEP, et devrait à la fois améliorer la diffusion et l'usage de Terr-esanté sur le territoire, en l'articulant à la stratégie d'amélioration des parcours des personnes âgées inscrite dans le projet IPEP, et faciliter le partage des informations utiles aux intervenants sur ces parcours, grâce à l'outil numérique.

## CONCLUSION

Notre étude avait pour ambition de mieux comprendre la dynamique de déroulement des parcours de santé et la survenue d'éventuelles ruptures, ainsi que, de manière plus générale, de préciser les enjeux de coordination et de coopération attachés au concept de parcours.

Nos résultats permettent de compléter les enseignements de la littérature sur ces deux plans. Grâce à la mobilisation de cadres d'analyse issus de la sociologie des parcours de vie, nous proposons une lecture des ruptures de parcours de santé comme un processus de désynchronisation et de re-synchronisation des besoins des personnes et de l'offre d'aides et de soins, caractérisé par l'intrication de paramètres objectifs et subjectifs, interférant à différents niveaux (individuel, local et sociétal). Nous montrons également que l'évolution vers une réelle capacité à penser et agir selon une logique de parcours est très exigeante : il faut notamment mettre en place les conditions pour qu'émergent et se structurent des équipes sanitaires et médico-sociales élargies (traversant les frontières ville/hôpital et interprofessionnelles), avec un noyau stable de professionnels habitués à travailler ensemble, et bénéficiant de dispositifs de soutien.

Notre étude se poursuit afin de remédier à un certain nombre de limites dans son état actuel. Des entretiens vont être programmés dans les prochains mois pour recueillir l'avis de patients et/ou de leurs aidants sur le déroulement des parcours que nous avons analysés. Parallèlement, nous poursuivons nos échanges avec les participants au projet IPEP afin d'évaluer la manière dont les collectifs de travail mis en place dans le cadre du projet parviennent à structurer des dispositifs favorisant une meilleure coopération entre les acteurs. Enfin, nous avons ouvert notre recherche à un deuxième territoire aux caractéristiques très différentes, tant en termes de profils socio-démographiques que d'offre de soins et d'accompagnement des patients, afin de mesurer l'impact des contextes territoriaux sur l'organisation des parcours de santé.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott A. (2009) : A propos du concept de turning point, in Grossetti M. et al., *Bifurcations*, p. 187-211. La Découverte. Recherches.
- Bergeron H., Castel P. et Nouguez E. (2013) : Eléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière : genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. *Revue française de sociologie*, vol. 54, p. 263-302.
- Bergeron H. et Castel P. (2010) : Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins. *Sociologie du travail*, vol 52, n°4, p. 441-460.
- Bessin M. (2009) : Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique. *Informations sociales*, vol. 6, n°156, p. 12-21.
- Bessin M., Bidart C. et Grossetti M. (2009) : Les bifurcations, un état de la question en sociologie. *Bifurcations*, p. 23-35. Recherches. La Découverte.
- Bidart C. (2006) : Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques. *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. n°1, n°120, p. 29-57.

- Bloch M.-A., Hénaut L., Gand S. et Sardas J.-C. (2011a) : Les gestionnaires de cas : une nouvelle figure de tiers... *Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales*, n°3, p.103-111.
- Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C. et Gand S. (2011b) : *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Etude réalisée pour la fondation Paul Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines Paris Tech.
- Bloch M.-A. et Hénaut L. (2014) : *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Edition Dunod.
- Bouquet B. et Dubéchet P. (2017) : Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts. *Vie sociale*, vol 2, n°18, p. 13-23.
- Callon M. (1986) : Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique* n°36, p. 169-208.
- Carpentier N. et White D. (2013) : Perspective des parcours de vie et sociologie de l'individuation. *Sociologie et sociétés*, vol n°45, n°1.
- Deneckere S. et al. (2012) : Care pathways lead to better team work : Results of a systematic review. *Social Science & Medicine*, 75, p. 264-268.
- Ganne C. (2017) : L'analyse séquentielle des parcours : pour une approche longitudinale et non causale des effets des interventions sociales. *Vie sociale*, vol n°2, n°18, p. 25-44.
- Grenier C. (2006) : Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels : le cas d'un réseau de santé. *Gérer et comprendre*, n°83.
- Grossetti M. (2006) : L'imprévisibilité dans les parcours sociaux. *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. n°1, n°120, p. 5-28.
- Haland E., Rosstad T. et Osmundsen T.C. (2015) : Care pathways as boundary objects between primary and secondary care : Experiences from Norwegian home care services. *Health*, vol. 19, n°6, p. 635-651.
- Jaeger M. (2017) : Une nouvelle temporalité dans l'action sociale et médico-sociale. *Vie sociale*, vol. n°2, n°18, p. 45-56.
- Jaeger M. (2010) : L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs. *Vie sociale*, vol. n°1, n°1, p. 13-23.
- Jarzabkowski P. A. et al. (2012) : Toward a theory of coordinating : creating coordinating mechanisms in practice. *Organization Science*, vol. 23, n°4, p. 907-927.
- Langley A. and al. (2013) : Process studies of change in organization and management : unveiling temporality, activity and flow. *Academy of Management Journal*, vol. n°56, n°1, p. 1-13.
- Mintzberg H. (2013) : *Structure et dynamique des organisations*. Eyrolles. Editions d'Organisation.
- Nestrigue C., Com-Ruelle L. et Bricard D. (2019) : Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). *Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)*, document de travail n°89.
- Okhuysen G. A. et Bechky B. A. (2009) : Coordination in Organizations : an integrative perspective. *The Academy of Management Annals*, vol. n°3, n°1, p. 463-502.

Praetorius T. et Becker M. C. (2015) : How to achieve care coordination inside health care organizations : insights from organization theory on coordination in theory and in action. *International Journal of Care Coordination*, vol 8(4), p. 85-92.

Routelous C., Lapointe L. et Vedel I. (2014) : Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. n°32, n°7, p. 481-499.

Star L. S. (2010) : Ceci n'est pas un objet-frontière ! Réflexions sur l'origine d'un concept. *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. n°4, n°1, p. 18-35.

Star L. S. et Griesemer J. (1989) : Institutional ecology : translations and boundary objects : amateurs and professionals en Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939. *Social Studies of Science*, vol n°19, p. 387-420.