

Parcours de soins dans le contexte des urgences pré-hospitalières : perspectives pour une coordination des organisations de santé

Pauline Lenesley

► To cite this version:

Pauline Lenesley. Parcours de soins dans le contexte des urgences pré-hospitalières : perspectives pour une coordination des organisations de santé. L'entrepreneuriat : quels défis pour le management public?, AIRMAP : Association Internationale de Recherche en Management Public, Oct 2020, Montpellier, France. hal-02929557

HAL Id: hal-02929557

<https://hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/hal-02929557>

Submitted on 1 Nov 2020

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.

Atelier 17

Parcours de soins dans le contexte des urgences pré-hospitalières : perspectives pour une coordination de la diversité institutionnelle des organisations concourant à la santé

LENESLEY PAULINE
Maitre de conférences
pauline.lenesley@unicaen.fr
Université de Caen Normandie
EA 969, Laboratoire Nimec

Résumé

« L'affaire » Naomi Musenga, du nom de cette personne décédée après un appel de détresse non pris au sérieux, a relancé les débats sur la prise en compte des appels d'urgence et la complexité du système français. Nous proposons dans cette communication d'étudier le cas des parcours de soin d'urgence pré hospitaliers afin d'identifier comment ceux-ci se construisent et les spécificités de la coordination dans le contexte des soins d'urgences. En effet, comment peut-on coordonner des soins d'urgence qui par leurs natures imprévisibles, inattendues et violentes sont difficilement planifiables ? Le parcours de soin fait directement appel à la coordination. Pour autant, dire qu'un parcours de soin est coordonné ne nous livre pas les manières de le coordonner. L'étude du concept de coordination permet d'identifier une typologie des approches de la coordination (Godé et al 2019) mais nous ne disposons pas de vision articulée de celle-ci (Okhyusen et Bechky 2009). Nous détaillerons comment une approche polycentrique (Aligica et Tarko 2012) de la coordination des parcours de soins d'urgence permettrait de dépasser les discours de choc de simplification plébiscités par les pouvoirs publics. A l'aide d'une analyse et développement institutionnelle (Ostrom 2005), nous montrons alors la richesse des équipes pluri institutionnelles afin de dépasser les recommandations traditionnelles de fusion/unification de services publics.

Mots clefs : coordination, polycentricité, secours d'urgences pré hospitaliers, parcours de soin

Abstract

"The case" Naomi Musenga, named after this person who died after a distress call that was not taken seriously, has revived the debate on the consideration of emergency calls and the complexity of the French system. In this paper, we propose to study the case of pre-hospital emergency care paths in order to identify how they are constructed and the specificities of coordination in the context of emergency care. Indeed, how can we coordinate emergency care which by their unpredictable, unexpected and violent natures is difficult to plan? The treatment path calls directly for coordination. However, saying that a course of care is coordinated does not give us the ways to coordinate it. The study of the concept of coordination makes possible to identify a typology of approaches to coordination (Godé et al 2019) but we do not have an articulated vision of it (Okhyusen and Bechky 2009). We will detail how a polycentric approach (Aligica and Tarko 2012) of coordinating emergency care pathways would go beyond the simplification shock speeches acclaimed by the public authorities. Using an institutional analysis and development (Ostrom 2005), we then show the wealth of multi-institutional teams in order to go beyond traditional recommendations to merge public services, the only reliable solution for better use of public services.

Key Words : coordination, polycentrism, pre-hospital emergency care, care path

INTRODUCTION

« L'affaire » Naomi Musenga, du nom de cette personne décédée après un appel de détresse non pris au sérieux, a relancé les débats sur la prise en compte des appels d'urgence et la complexité du système français. Début 2020, le débat est relancé dans les médias, les sociétés savantes de la médecine d'urgence appellent de nouveau à la création d'un numéro unique pour les urgences médicales mais cela sans consensus entre les différents acteurs de l'aide médicale urgente (AMU). Pour ces acteurs, la clef de la bonne gestion des flux de patients aux urgences résiderait dans une meilleure lisibilité des acteurs de l'urgence pour la population par la création d'un numéro unique d'appel. La solution peut sembler séduisante. Nous appelons à nuancer ces propos en étudiant les parcours de soin d'urgence pré-hospitaliers. L'urgence pré-hospitalière est par définition inattendue, imprévisible et violente. Si nous prenons la définition du CNRTL, centre national des ressources textuelles et linguistiques, l'urgent est ce qui nécessite une action, une décision immédiate, rapide et qui peut entraîner un préjudice possiblement fatal ou irréparable. L'urgence se classe dans le régime de l'exceptionnel. Les urgences médicales peuvent être vitale ou fonctionnelle. Dans les deux cas, elles nécessitent une action, une décision immédiate, rapide pour éviter ou le décès ou des séquelles majeures. En cela, elles demandent une prise en charge rapide, pour des pathologies possiblement complexes ou des situations d'accidents dans des environnements qui sont complexes. Il y a donc une triple expertise à activer : celle de l'analyse de l'histoire médicale de la personne, l'analyse de la situation médicale urgente et l'analyse de l'environnement impactant possiblement soit la situation médicale de la personne passée et présente, soit l'action des équipes d'intervention. Si la prise en charge à effectuer dans le cadre d'une urgence pré-hospitalière consiste en premier lieu à mettre la personne en sécurité, il est néanmoins nécessaire de penser dès sa mise en sécurité à l'action médicale à mettre en œuvre soit immédiatement si les moyens auprès de la personne le permettent soit dans un délai le plus court possible (par exemple lors d'une urgence fonctionnelle avec section d'un doigt).

Nous proposons dans cette communication d'étudier le cas de ces parcours de soin d'urgence pré hospitaliers afin d'identifier comment ceux-ci se construisent et les spécificités de la coordination dans le contexte des soins d'urgences. Comment peut-on coordonner des soins d'urgence qui par leurs natures imprévisibles, inattendues et violentes sont difficilement planifiables ? Quels principes faut-il respecter et cultiver pour garantir un parcours de soins optimal ?

Dans un premier temps nous présenterons ce qu'est un parcours de soin et le système de soins d'urgences français, appelé plus communément « secours d'urgence pré-hospitalier, puis ce que l'on entend par coordination (1). Ceci nous permettra de mettre en évidence que la littérature sur la coordination peine à donner des éléments articulant les différents niveaux de la coordination inter-organisationnelle nécessaire à la coordination des soins d'urgences pré hospitaliers. Cela nous amène à poser la question : comment une approche polycentrique de la coordination des parcours de soins et de santé peut elle favoriser la résilience des équipes faites d'une diversité d'effecteurs (2) ? Nous apporterons des éléments de réponses à cette question de recherche à l'aide d'une étude de cas (3) mobilisant les travaux d'analyse et développement institutionnel d'Ostrom (2005) issus d'une thèse de sciences de gestion pour ensuite proposer une classification des dimensions de la coordination des parcours de soins d'urgence reposant sur un fonctionnement polycentrique (4).

(1) REVUE DE LITTERATURE

Le parcours de soins, de santé et d'humanité

Les parcours de soins sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie. Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Les acteurs de prévention, du sanitaire, du médico-social et du social doivent avoir une action coordonnée. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut organiser des typologies de parcours et anticiper les ressources nécessaires. Les parcours de soins ont pour objectif de faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût (Varroud Vial 2011, guide méthodologique DGOS).

La prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques implique de multiples intervenants et réduit la place des soins aigus, la spécialisation croissante des professionnels de santé amplifie le phénomène. La notion de parcours de soins complexes a donc été explicitée par le Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). « Les points critiques pour la prise en charge des patients » autrement dit les éléments de complexité pour les parcours de soins ¹ sont essentiellement : Les interfaces ville hôpital et médico-social, La place des usagers, Les échanges d'informations, La place des établissements hospitaliers, La tarification et les modes d'exercice, L'accès aux soins (disponibilité, coûts), la complexité et sa définition, La gouvernance (Avis du 22 mars 2012 : avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM).

Il y a désormais un large consensus sur le fait que la coordination des soins « fait intégralement partie de la prise en charge soignante et que cette réalité est particulièrement vraie pour les personnes du grand âge ». Le guide de la DGOS sur les parcours de soins complexes définit la complexité par les aspects :

- de complexité médicale : association de plusieurs pathologies. Affections de Longue Durée (ALD) mobilisant plusieurs intervenants, le degré de sévérité des pathologies, l'équilibre non acceptable depuis plusieurs mois, les hospitalisations répétées dans l'année,
- de complexité médico-sociale : pour les personnes ayant un faible recours aux soins par isolement social, par pratiques de soins inadaptées ou l'intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance.

Dans le cadre de soins d'urgence, la complexité est exacerbée par l'urgence elle-même vitale ou fonctionnelle.

Selon le ministère de la santé et des sports, « *l'urgence pré hospitalière se définit comme toute demande d'intervention non programmée nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient* » (référentiel commun du secours à personne de 2009, p. 5). L'organisation de la prise en charge des urgences se fait selon trois grands principes : la qualité de la prise en charge dans une logique de proximité et de rapidité d'accès grâce à la coopération et à la coordination de tous les acteurs du secours et de la santé. Le tout dans une démarche d'offre

¹

de soins graduée. Celle-ci s'articule entre différents effecteurs appartenant à différentes organisations :

- les services des hôpitaux publics : ils envoient auprès du patient des équipes médicales et paramédicales (Service mobile d'urgence et de réanimation ou SMUR),
- les services privés d'ambulance interviennent dans le cadre de conventions et sur demande du SAMU,
- les services départementaux d'incendie et de secours qui regroupent l'ensemble des centres d'incendie et de secours autour d'un Etat-Major départemental, Ils interviennent selon des conditions spécifiques dans l'aide médicale d'urgence,
- les services des associations agréées de protection civile qui peuvent intervenir sur des missions en lien avec la protection et le soutien à la population, comme les services de sauvetage en mer ou de haute montagne
- tous les praticiens de santé autant médicaux que paramédicaux et citoyens témoins d'une urgence.

Les secours d'urgence pré-hospitaliers suivent un ensemble de règles (textes de références pour la répartition des missions notamment) et de procédures (réalisation de bilan, dimensionnement des moyens à engager) permettant à différentes institutions de participer aux secours d'urgence en garantissant une qualité de service égale pour tous les citoyens.

On mesure à la lecture de cette densité d'intervenant que la coordination des parcours de soins d'urgence est complexe. Comment travailler cette coordination ? et tout d'abord, lorsqu'on fait appel à la notion de coordination, de quoi

La coordination ? De quoi s'agit-il ?

1. La coordination des organisations : aspects design de la coordination

La configuration des organisations ou la structuration est une étape déterminante pour déterminer ensuite les tâches à réaliser et la coordination de celles-ci. Deux dimensions essentielles sont utilisées pour décrire la structure des organisations : l'orientation produit/service/consommateur et la spécialisation fonctionnelle. Miles et Snow (1978) distinguent 4 configurations de base des organisations :

- Simple : c'est une petite organisation comprenant un directeur et quelques employés en supervision directe. La coordination est réalisée par le directeur qui définit les actions à entreprendre, les tâches à réaliser et les contrôle. Cette configuration est flexible mais pas nécessairement efficiente.
- fonctionnelle : cette configuration est plus complexe puisqu'elle présente des managers en charge d'une unité spécifique de travail et spécialisée correspondant à leurs expertises propres. La coordination est effectuée par la hiérarchie de ces différents managers qui élaborent des procédures et règles de fonctionnement. La direction y occupe une place centrale en fixant les objectifs des différentes sous unités. La circulation de l'information vers le centre de décision est un enjeu majeur de ces configurations. Dans des environnements évolutifs, ce type de configuration ne permet pas de s'adapter aussi rapidement que nécessaire pour faire face au changement.
- Divisionnelle : cette configuration repose sur la division en unité indépendante les unes des autres sans segmentation des expertises métiers. Les différentes divisions autonomes peuvent alors prendre leurs décisions et s'adapter plus rapidement que dans une

configuration fonctionnelle. Cependant, certaines activités peuvent être communes à différentes sous unités, l'autonomie caractéristique de cette organisation entraîne la non prise en compte de ces interdépendances et donc, la perte d'efficacité correspondant à cette activité répétée inutilement. Plus une organisation de ce type présente de sous unités, plus la gestion de ses interdépendances sera complexe pour la direction.

- Matricielle : elle associe à la fois configuration fonctionnelle et divisionnelle, ainsi elle peut mieux s'adapter aux changements cependant, si les top-managers ne sont pas en mesure de trouver des solutions organisationnelles à de nouvelles demandes, la réponse peut être inadaptée et mettre à mal toute la structure.

La complexité des organisations se situe dans différenciation à la fois verticale et horizontale des tâches (spécialisation des tâches et degrés de hiérarchie). Dans cet environnement organisationnel, la coordination est un enjeu majeur. En effet, si le centre hiérarchique ne met pas en action les différents outils, les objectifs ne seront pas tenus. Mintzberg propose ainsi une modélisation du fonctionnement des organisations en distinguant les parties de base via la coalition interne et externe.

Coalition interne	Coalition externe
Le sommet stratégique La ligne hiérarchique Le centre opérationnel La technostructure Le support logistique L'idéologie de l'organisation ➔ Idéal type du fonctionnement de l'organisation	Les propriétaires de l'entreprise ou les actionnaires Les partenaires de l'organisation Les associations de salarié Les publics ➔ Cette coalition laisse plus ou moins de possibilités à la coalition interne pour s'organiser

Source d'après Plane (2016 p123)

Ces éléments déterminent les modes de coordination du type ajustement mutuel, supervision directe, standardisation des procédés de travail, standardisation des résultats, standardisation des qualifications et du savoir, standardisation des normes. Pour identifier les modes de coordination, il est nécessaire prendre en compte les facteurs de contingences. Pour Mintzberg (Mintzberg et Romelaer, 1996), ce sont l'âge et la taille de la structure, le système technique et l'environnement de l'organisation. Ces facteurs de contingence font l'objet d'une recherche partagée entre plusieurs auteurs qui se concentrent sur la définition de mécanismes de coordination, des outils et moyens, ceci depuis March et Simon (March, 1993 reed1958), en passant par Lawrence et Lorsch, 1976, Thompson, 2008reed 1967, Van De Ven, Delbecq et Koenig (1976) jusqu'à Mintzberg 1978. En 2002, Pichault décrit l'ajustement/ l'alignement stratégique qui permet de choisir le mécanisme le plus adapté à la situation.

Si ces différentes organisations du travail tendent à prendre en compte les individus et leurs capacités dans les organisations, cette perception est centrée sur une approche mécaniste de l'individu au travail pour améliorer la performance de l'organisation. La progression exponentielle des découvertes scientifiques a entraîné une diversification des savoirs et des expertises bien spécifiques en constante évolution. C'est dans ce contexte que les études

cognitives de la coordination du travail sont intervenues sous l'influence des travaux de psychologie cognitive (Piaget (1973) et le sujet apprenant notamment) : qu'est-ce que l'intelligence collective, la mémoire collective, les savoir-faire partagés ? Comment peut-on y avoir accès ?

2. La prise en compte de l'individu et du groupe de travail : aspect cognitif de la coordination

Les aspects cognitifs de la coordination se rassemblent dans le concept des systèmes apprenants. Les systèmes apprenants s'intéressent à : l'intelligence collective (système expert et intelligence artificielle), à la mémoire collective, aux modèles mentaux d'équipe, à l'apprentissage organisationnel, au management des savoirs, à la conversion des connaissances, aux connaissances tacites ou explicites, à la notion de spirale de connaissance, de routine défensive (listés par Bouvier (2010)). Les travaux ayant mené à la conceptualisation de l'intelligence collective s'inspirent des travaux sur les systèmes collectifs dans la nature qui sont capables d'accomplir des tâches difficiles dans des environnements dynamiques et variés en l'absence de contrôle ou de coordination centrale : ce sont les colonies d'insectes, les fourmis, les abeilles, les guêpes pour citer les plus étudiés. Ces systèmes collectifs possèdent des routines et pourtant ils sont capables de s'adapter en cas de perturbations importantes de l'environnement. L'analyse de ces systèmes a demandé de quitter la conception de système d'autorité centrale, régulatrice pour conceptualiser le collectif et penser la notion d'intelligence (Bonabeau et Theraulaz, 1994). Comment la transition se fait-elle entre des capacités individuelles restreintes (ces chercheurs s'intéressent aux insectes) pour devenir collectivement, et de manière auto-organisée un système complexe doté d'une intelligence collective tout à fait différente ? En management, les chercheurs se sont appropriés ces théories et ont eu recours aux neurosciences, à la psychologie sociale, aux études comportementales, à la sociologie. Aussi, les études de la coordination dans une perspective cognitive vont être essentiellement descriptives sur le comportement des individus et des groupes. Si bien que le management intégrant ces théories devra prendre en compte l'apprentissage individuel de chaque acteur, de chaque équipe et de l'organisation en retour.

Dans ces travaux, le contexte organisationnel est sous-évalué. Rico et al., (2008) soulignent dans leurs travaux sur la coordination implicite que les implications sont centrées sur le management des équipes et sur la nécessité de renforcer les études sur le plan méthodologique. Les aspects cognitifs sont incontournables dans le management des équipes mais les auteurs ne présentent pas les rétroactions sur les éléments macro de coordination sauf en termes de conséquences de l'augmentation de la coordination implicite sur la coordination explicite (les macro-arrangements) : cette dernière aura moins sa place dans l'organisation. L'environnement dans lequel se fait la coordination est également peu évoqué en termes d'inclusion dans les processus de coordination.

Les chercheurs inscrits dans le tournant pratique s'intéressent à ces éléments en situant les actions qu'ils analysent. Ils plongent ainsi dans les micro-actions des individus en prenant en compte les interactions avec les structures sociales et environnementales.

3. Les conséquences du contexte sur la coordination, intérêts de situer les activités : la perspective pratique de la coordination

La perspective pratique distingue *pratique* et *pratiques*. La pratique est une conception globale intégrant les différentes activités en situation (Jarzabkowski, et al 2007) dans un contexte, un environnement qui permet leurs expressions. La pratique est une manière de faire d'ensemble stabilisée dans le temps car issue de la rencontre des activités de l'ensemble d'un groupe d'acteurs sociaux (Gherardi, 2006). Les pratiques quant à elles sont des façons de faire en situation : elles associent les ressources dont disposent les acteurs pour construire une activité bien délimitée dans un ensemble cohérent – groupe social donné.

Pour Godé C 2015, l'approche pratique de la coordination permet l'examen de la production de la coordination en situation. Elle s'intéresse aux processus qui conduisent à la coordination. Ainsi la perspective pratique peut intégrer des dimensions cognitives, des dimensions sociales et des dimensions organisationnelles dans un contexte qui est déterminant. La perspective pratique met en évidence des sous ensembles de pratiques de coordination comme le recours à « l'expertise, le protocole, le débat, les moqueries amicales, les plaisanteries » (p42 Godé 2015)

4. Apports des contextes d'étude dans la progression de compréhension de la coordination et limites : les situations de gestion

Le concept de situation de gestion est précisé par Girin (1990) : « *une situation de gestion se présente lorsque des participants sont réunis et doivent accomplir, dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe* » (142), c'est « *une réaction collective à un impératif* » (p144). Les situations de gestion sont nombreuses et peuvent être liées ou emboîtées si bien que des participants peuvent être présents dans plusieurs situations. Arnaud N.(2007) cite Zarifian (Zarifian P., Le travail et l'événement, Paris, L'Harmattan, 1995) pour préciser que l'événement « *va révéler le collectif qui variera donc en fonction des caractéristiques de la situation en cours* » (p5). Ainsi aborder la coordination dans le cadre de situation de gestion permettrait d'étudier le phénomène collectif coordonné mettant en jeu différents participants soumis à évaluation. Les situations se déroulent dans un contexte donné, dans un environnement donné qui va déterminer le contenu et l'enchaînement des situations de gestion.

C'est ainsi que les chercheurs sur la coordination se sont intéressés aux situations de gestion en environnement extrême. En effet cet environnement est caractérisé par une forte évolutivité, une incertitude notable et un haut niveau de risque. Ces caractéristiques vont influencer les situations de gestion autant routinières, imprévisibles que les situations de crise avec des degrés variables. L'étude en environnement extrême permet de mettre en évidence que ce type d'environnement ne conduit pas nécessairement à un travail en situation de crise permanente (Godé 2015). Les travaux sur la coordination s'inscrivant dans différents environnements, contextes permettent de mettre en évidence des caractéristiques spécifiques des équipes en train de se coordonner. Ils permettent de mettre en évidence le niveau d'intervention pour favoriser la coordination (l'équipe, l'organisation) en proposant des outils et processus associés à des résultats attendus, mesurables.

Il semble donc nécessaire d'aborder la coordination en se situant dans un contexte où celle-ci se fait dans des situations complexes. Nous allons présenter à présent en quoi la perspective institutionnelle de la coordination en environnement polycentrique pourrait nous aider à progresser dans notre connaissance de la manière dont les équipes se coordonnent tout en

s'inscrivant dans le courant des chercheurs adoptant la perspective pratique en situation extrême.

Perspective institutionnelle dans l'étude de la coordination

Les théoriciens institutionnels posent que les interactions et actions des individus se déroulent dans une diversité d'arrangements institutionnels où de nombreuses règles de comportements sont réparties plus ou moins formellement dans la vie sociale. La diversité des situations auxquelles les individus sont confrontés nécessitent de nombreux ajustements pour repenser les systèmes de normes et règles conciliables avec les contraintes du moment. Associés aux variations des comportements des individus (préférences, croyances, interprétations, stratégies), la diversité de ses arrangements devient de plus en plus dynamique, évolutive selon la combinaison opérée par les individus, par les relations interindividuelles, par les organisations (Aligica, 2014)

L'analyse institutionnelle s'est développée les cinquante dernières années par l'étude dans les sciences de l'homme des relations et enjeux de pouvoir institutionnels localisés (dans l'éducation et l'enseignement notamment) parallèlement à des analyses macro-sociales sur des institutions globales (psychiatrie, partis politiques). L'ambition des analyses institutionnelles est de rapprocher dimensions « *micro et macrosociales des réalités étudiées en tentant de comprendre, à la fois, comment l'universel sociétal se réfracte dans la singularité des situations institutionnelles localisées et comment celles-ci tissent celui-là* » (Monceau et Savoye, 2003 p1). Nous proposons de nous situer dans les travaux d'Elinor Ostrom (2005) qui propose un cadre d'analyse dédié aux situations à multiples institutions : le cadre d'analyse et de développement institutionnel (ADI). Dans ce cadre, l'analyse est centrée autour d'une « l'action arena ». Celle-ci, regroupe des acteurs dans une situation d'action. La situation d'action fait appel à l'espace social dans lequel les acteurs, ayant de multiples caractéristiques (qu'il convient de détailler dans l'analyse), sont en interaction dans le but d'échanger des biens et services en résolvant d'éventuels problèmes (ce qui peut les amener à se battre, se dominer). L'ADI distingue ensuite, au-delà de cette arène, un ensemble de facteurs externes affectant la structure de l'action. Ils sont les attributs du monde biophysique, les attributs de la communauté et les règles en usage. Le cadre ADI est conçu comme un langage général à propos d'un ensemble de facteurs internes et externes affectant la structure d'une arène d'action puis les résultats de l'action. C'est une grille de lecture, une base pour une évaluation des problèmes de gestion de ressources communes.

1. Aspects institutionnels dans les travaux dédiés à la coordination

Dans les théories institutionnelles et dans les analyses institutionnelles, il est question de macro arrangements pour obtenir un équilibre social autour d'une activité dans le cadre d'une gestion commune. Dans l'ADI, nous percevons des éléments pratiques, situés : les actions font suite à des interactions gouvernées par des connaissances implicites, des attentes des acteurs les uns envers les autres, à niveau micro, auto-intégrées pour produire des résultats. Il semblerait alors, que la perspective d'analyse de la coordination via un outil d'analyse institutionnel puisse mettre en évidence les différents aspects des théories de la coordination tout en présentant un cadre pour les relier. La notion de diversité institutionnelle, situation dans laquelle la coordination est plus que nécessaire tant les équipes se constituent dans ces situations alors que les acteurs qui les composent présentent des normes institutionnelles

propres nous amène à considérer le concept de polycentricité : disposition spécifique de diversité institutionnelle.

Contexte polycentrique et coordination

Selon Aligica et Tarko (2012) synthétisant les travaux de Polanyi et d'Ostrom, les systèmes polycentriques sont des systèmes complexes de pouvoirs, de motivations, de récompenses, de règles et de valeurs prenant en compte les attitudes individuelles reliées dans un système de relations complexes à différents niveaux, tous interdépendants. Le concept de système polycentrique associe ainsi des éléments liés à l'individu, au contexte dans lequel celui-ci intervient, aux interactions qui peuvent naître ou sont imposées. C'est un système social où des règles de différentes natures et des normes adaptées se rencontrent, s'adaptant les unes avec les autres selon des itinéraires variables. Cette définition nous permet d'identifier les construits que nous avons abordés dans notre revue des travaux sur la coordination en associant différents niveaux d'analyse. Le concept polycentrique n'est pas à opposer à celui de monocentrique, selon Aligica 2014, les systèmes monocentriques peuvent être également étudiés en utilisant l'analyse polycentrique. L'innovation de cette conception est de permettre l'analyse de systèmes complexes avec des niveaux d'actions et de décisions entrelacés. Ce concept, au sein de l'analyse institutionnelle, permet d'associer les niveaux d'analyse pour produire une synthèse du fonctionnement au sein d'un système institutionnel hétérogène ou multiple. Adopter une approche polycentrique au sein de l'analyse institutionnelle proposée par Elinor Ostrom nécessite de s'intéresser aux individus et aux actions plus qu'à des constructions abstraites comme les Etats, les gouvernements. Ce serait une théorie de l'action humaine incluant une théorie des organisations sociales (Aligica et Boettke 2009) qui se fonde sur « *a substantial structure of inferential reasoning about the consequences that will follow when individuals pursue strategies consistent with their interests in light of different types of decision structures in order to realize opportunities inherent in differently structured sets of events* » (propos de Vincent Ostrom repris par Aligica Boettke 2009 p 29).

Les contextes polycentriques semblent structurer un ensemble de pratiques pour coordonner des acteurs dans la réalisation d'une activité avec un objectif commun. Pour cette communication, c'est la coordination des soins d'urgence pré hospitaliers qui nous interroge.

(2) QUESTION DE RECHERCHE

Comment une approche polycentrique de la coordination des parcours de soins et de santé peut-elle favoriser la résilience des équipes faites d'une diversité d'effecteurs ?

(3) METHODOLOGIE

Nous avons mené une analyse qualitative compréhensive qui « *se focalisera [...] sur le sens : d'une part, les êtres humains réagissent par rapport aux déterminismes qui pèsent sur eux ; d'autre part, ils sont les propres créateurs d'une partie de ces déterminismes* » (Schurmans 2010 reed de 2003 p47). Nous avons réalisé un recueil de données ethnométhodologique (Garfinkel, Barthélemy et Quéré, 2007, Garfinkel 1967). Nous reprenons dans cette communication les données de la thèse portant sur la coordination des secours d'urgences pré hospitaliers soutenue en 2018 (Lenesley 2018).

Nous présentons donc ici, l'étude des situations d'action se déroulant dans le cadre du secours d'urgence pré hospitalier. Ce système est polycentrique : plusieurs centres de décisions

autonomes mais interdépendants doivent s'accorder pour proposer une système d'aide médicale urgente. Les centres de décisions sont multiples et peuvent se décliner à différents niveaux. Au niveau ministériel, les débats sur l'aide médicale urgente est à l'agenda du ministère de l'intérieur (les services des sapeurs pompiers et de la sécurité civile) et de la santé (les services d'aide médicale urgente) mais aussi de la défense (les bataillons des marins pompiers de Marseille, la brigade des sapeurs pompiers) et de l'écologie (les services des centres régionaux d'opérations et de sauvetages maritimes notamment). Au niveau régional et départemental, nous retrouverons des centres interdépendants avec les services de la préfecture, de la préfecture maritime, de l'agence régionale de santé, du conseil régional et départemental, puis dans les territoires ce seront les organisations de santé, les services départementaux d'incendie et de secours, les bases de la sécurité civile, les services interministériels départementaux de la protection civile, les associations agréées de protection civile, les ambulanciers privés, les services de soins à domicile et les professionnels de santé libéraux. Tous doivent s'accorder dans le cadre de l'aide médicale urgente.

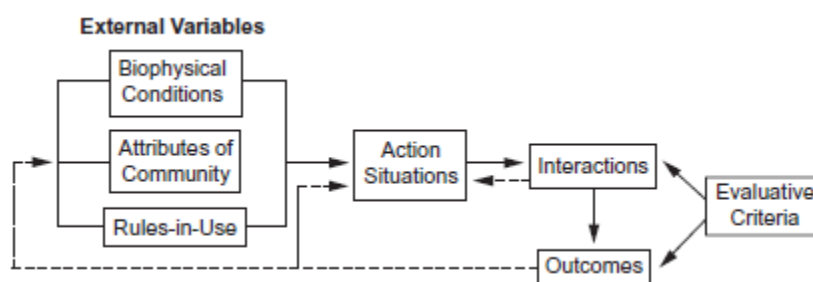
Pour mener notre recueil de données dédié à l'étude de la coordination dans le contexte de l'urgence pré hospitalière, nous avons envisagé un échantillonnage par variation maximale (Huberman et Miles, 2003) de situations d'action au sens d'Ostrom et de son cadre ADI. Les données recueillies sont des données verbales ou textuelles issues d'entretiens, d'observations, de documents institutionnels et ont été recueillies pendant un an.

L'ensemble des données issues de l'étude de ces situations a été codé afin de repérer les caractéristiques correspondant aux travaux sur la coordination et rassemblé dans une analyse institutionnelle polycentrique afin d'apporter des éléments de compréhension sur : le lieu, les acteurs et le processus de coordination, la polycentricité lors de la coordination et l'articulation des différentes approches de la coordination..

(4) RESULTATS ET DISCUSSION

18 situations d'action ont été analysées (Tableau 1) sous le prisme de l'analyse et développement institutionnel d'Ostrom.

Le cadre ADI d'Ostrom est schématisé ainsi :



Ostrom 2005

Chacune des variables externes, ou situation d'action est décrits dans ce modèle (Ostrom 2005). Nous avons donc analysé les situations d'action en reprenant chaque variable et détaillé l'ensemble des dimensions qu'elles comprennent.

Tableau n°1 : les situations d'action

SITUATION	DATE	DESCRIPTION
1	27/07/2016 14h15	Carence d'ambulance privée
2	27/07/2016 12h35	Intoxication médicamenteuse
3	12/07/2016 21h	Chute dans les rochers sur un archipel
4	3/08/2016 14h25	Malaise dans un lieu recevant du public
5	3/08/2016 15h15	Plaie à la tête d'un enfant dans un lieu public
6	2/07/2016 17h	Chute dans la foule
7	5/10/2016 23h05	Obstruction des voies aériennes dans un navire à passagers
8	12/07/2016 12h20	Tentative de suicide
9	29/07/2016 10h30	Douleurs abdominales monument historique isolé
10	1/07/2016 9h00	Malaise cardiaque à domicile
11	1/07/2016 13h26	Chute à domicile
12	1/07/2016 16h49	Accident de voiture sur la voie publique
13	8/10/2016 13h	Malaise cardiaque à domicile
14	8/10/2016 14h25	Malaise diabétique dans un supermarché, et seconde urgence fausse menace d'accouchement prématuré
15	14/10/2016 20h11	Malaise cardiaque à domicile
16	14/10/2016 22h	Détresse psychiatrique sur la voie publique
17	3/07/2016 16h15	Chute d'un enfant lors d'un grand évènement
18	27/07/2016 16h30	Chute dans les falaises département limitrophe

(d'après Lenesley 2018)

Le système polycentrique et le parcours d'urgence pré hospitalier, Synthèse de l'approche pratique de l'ADI

Les variables externes du cadre ADI dans le SUPH : attributs du monde biophysique, attributs de la communauté et système de règles

Deux types d'attributs du monde biophysique sont identifiables sur notre terrain : ceux de l'environnement naturel, changeant, qui caractérise l'action des services d'urgence pré-hospitaliers et ceux correspondant au monde de la santé et du secours, c'est-à-dire le monde de l'incertitude médicale en contexte d'urgence. Les équipes de secours de ce contexte polycentrique ont développé une capacité à s'approprier un environnement complexe et évolutif. Ils rassemblent les informations disponibles sur le site en mobilisant les connaissances personnelles des différents participants à une action et les connaissances professionnelles par voie d'expertise des institutions partenaires de l'action. Même si l'environnement est particulièrement variable, les équipes, quelle que soit leur composition, s'emploient à créer un climat d'intervention propice à la production d'un bilan circonstanciel

et d'urgence vitale précis. Cela passe par la stabilisation de l'environnement dans lequel ils interviennent ou le déplacement vers une zone de sécurité. Par exemple, sur l'archipel de Chausey (situation 3), la difficulté est de s'adapter au sol instable de la falaise dont l'accessibilité est contrainte par les horaires des marées (à la fois pour accéder au niveau de l'accident mais également pour faire partir un navire de secours depuis le port le plus proche (impossibilité de sortir du port à marée basse)).

La communauté du secours d'urgence rassemble de nombreux professionnels aux parcours et formations très variables : le secouriste volontaire ou le bénévole peut avoir une profession très éloignée des champs de l'urgence sanitaire, alors que d'autres professionnels ont commencé leur carrière comme jeune sapeur-pompier (avant 18 ans) et sont entrés dans les rangs des sapeurs-pompiers professionnels rapidement à leur majorité. Le faible nombre de médecins du côté des centres hospitaliers et Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) encourage à la parcimonie dans leur sollicitation alors que les sapeurs-pompiers qui sont répartis sur tout le département selon un schéma départemental validé par les autorités vont davantage opter pour des déclenchements de secours rapides et systématiques dans une « logique assurantielle » (terme utilisé par un directeur adjoint de SDIS). La ressource n'est pas autant limitée que la ressource médicale, il est donc possible de redimensionner (en nombre et en compétence) en cours d'intervention si l'équipe envoyée sur les lieux n'est pas adaptée.

La communauté du secours d'urgence se rassemble sur l'aide médicale d'urgence avec des nuances en termes de prérogatives et une culture dans l'action différente, un médecin de SAMU nous révèle : « *La culture médicale est un peu particulière, c'est un entre soi sur des études qui sont assez longues, l'apprentissage du métier de médecin se fait ... sur... le modèle d'une relation duelle contractuelle avec le médecin et le malade. Avec des règles de confidentialité qui sont particulières. Les sapeurs-pompiers et ... eux font du secours à personne. Sur des procédures et des protocoles. Qui leur sont propres. Qui ne sont pas ... rarement partagés avec le SAMU. Et les ambulanciers ont un éventail de missions dont le secours à personne dans le cadre de la mise à disponibilité des pôles mais qui ne représente qu'une partie de leurs activités.* ».

Dans le système que nous étudions, nous remarquons que les règles utilisées et mentionnées par les acteurs sont autant des règles de régulation que des instructions, des préceptes ou des principes. Nous sommes dans les configurations de règles selon Black (1962) sur lesquelles se base Ostrom (2005). La maîtrise de l'ensemble des règles de tous les participants permet également aux acteurs d'argumenter les choix à effectuer dans l'action de secours : « *L'équipier me dit « tu vas voir va falloir négocier avec le SAMU pour les emmener parce que là, clairement, on n'a rien à faire, mais qu'est-ce qu'on peut leur dire, ils ont rien ces gens, c'est de l'humain là. La pauvre gamine elle a 5 ans. On est juste à côté de l'hôpital. Si elle ne modifie pas son bilan, on ne la transportera pas. Faut toujours se débrouiller* » (sapeur-pompier conducteur situation 5).

L'ensemble des règles structurant le secours d'urgence pré-hospitalier est suffisamment dense pour permettre une déclinaison de ces règles selon les urgences et la diversité de leurs localisations et spécificités.

L'arène d'action

Les participants des situations d'action sont au minimum 6. Il y a l'appelant, le professionnel qui prend l'appel à la régulation médicale, le professionnel qui envoie les moyens de secours

sur place selon les disponibilités et l'équipe de secours composée à minima d'un conducteur et d'un binôme (secouriste, ambulancier). Ces participants peuvent être rejoints par un professionnel de santé (médecin ou infirmier selon le degré d'urgence). D'autres participants peuvent aussi rejoindre l'arène pour assurer la sécurité de l'action (gendarmerie, police, gestion des routes). Par exemple, pour sécuriser le passage du tour de France - dans la situation 6 - et assurer la bonne circulation des engins de secours, le concours de la Direction Interrégionale des routes est indispensable. Il permet de construire les itinéraires qui permettront l'accès au site en cas de besoin sans être gêné par le nombre de spectateurs répartis sur l'évènement. Dans le cadre de certaines actions, le centre de régulation peut être déplacé du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) vers le Centre de Coordination Médical Maritime (CCMM) qui est une entité plus spécialisée dans les interventions en mer. Dans la situation 7, l'arène se situe au large, en mer du Nord, sur un ferry à distance des côtes. Les éléments à prendre en compte pour l'évaluation de la situation clinique du passager en détresse sont plus nombreux que lors d'une urgence à terre tant l'évacuation peut être délicate : l'hélicoptère peut être difficile et n'être envisageable qu'en cas de détresse vitale si ... toutefois ... cette détresse peut résister à l'hélicoptère.

Les situations d'action se décomposent en plusieurs étapes : la prise d'appel d'urgence, la régulation de la situation d'urgence (le diagnostic à distance), le déclenchement des moyens et leurs arrivées sur les lieux, la prise en charge sur le terrain, puis le transfert. Un environnement institutionnel du secours d'urgence pré-hospitalier est repérable : il s'agit de faire le bilan des circonstances de survenue de l'accident, de la détresse, mettre en sécurité et évaluer la gravité pour déterminer la meilleure prise en charge autant pour « l'évacuation » ou le « transport » de la personne et également le lieu de destination selon l'urgence à traiter afin de limiter le recours aux transferts interhospitaliers qui pourraient être pris en charge par les mêmes acteurs mais dans un second temps en plus de toutes les urgences du moment. Tous les acteurs se rassemblent sur ces points et s'accordent dans un ensemble cohérent (comme nous l'a présentée Gherardi, 2006) et justifié. Des catégories d'objectifs sont identifiables. Selon les institutions deux logiques vis-à-vis de ces objectifs peuvent être distinguées : des logiques de respect de l'égalité de traitement d'une demande de tous les usagers et des logiques d'action raisonnées par une gradation de besoin identifiés ou non comme prioritaires. Les objectifs sont partagés par l'ensemble des acteurs et sont présentés comme guidant la coordination des actions. Les choix se font selon les objectifs spécifiques de chaque individu avec son institution d'appartenance tout en ayant l'objectif commun d'apporter la meilleure réponse à la personne prise en charge.

Les urgences que nous avons observées n'ont pas toutes les mêmes caractéristiques : urgences médicales, chirurgicales, vitales, fonctionnelles, ressenties... Les équipes de secours anticipent l'action en élaborant des scénarii lorsqu'ils reçoivent l'alerte.

Une fois le lieu de l'intervention regagné, l'action de secours se met en place, le parcours de soins complexes s'initient. Le véhicule se stationne alors à proximité de la personne en détresse afin de limiter au mieux le temps et la distance de brancardage. Dans les situations sur lieux publics, le périmètre de l'action de secours est délimité par les véhicules. Il en résulte une forte théâtralisation de la situation avec les gyrophares et les nombreux mouvements des sapeurs-pompiers. Les bilans sont réalisés selon les standards du référentiel de premier secours. Les questions posées sont normées et correspondent à un champ de la fiche bilan que le chef d'agrès doit compléter. Un sapeur-pompier volontaire nous confie que ces fiches leur sont utiles pour bien des raisons, pour lui : « *c'est pratique [...] elles sont même traduites en anglais, et ici, c'est utile !* ». Dès que le bilan d'urgence vitale est fait, les équipes de secouristes attendent l'accord du médecin régulateur pour le brancardage dans

l'ambulance. S'ils pressentent un transport dans un centre de soins, le brancardage peut être fait alors que le chef d'agrès réalise son bilan au SAMU. Dans la situation 5, parce que les bilans d'urgence sont rassurants, un transport vers le centre hospitalier par les services de sapeurs-pompiers n'est pas nécessaire : les proches de la personne en détresse peuvent se rendre à l'hôpital par leur propre moyen sans mettre en péril la victime. Cependant, ils sont dans l'impossibilité matérielle de le faire. Pour assurer la prise en charge de la personne, le chef d'agrès peut faire en sorte de ne donner que les informations que le régulateur demande. Cela peut être suffisamment vague pour laisser le doute sur une nécessité de transport et ainsi orienter la prise en charge pour que celle-ci soit juste selon lui.

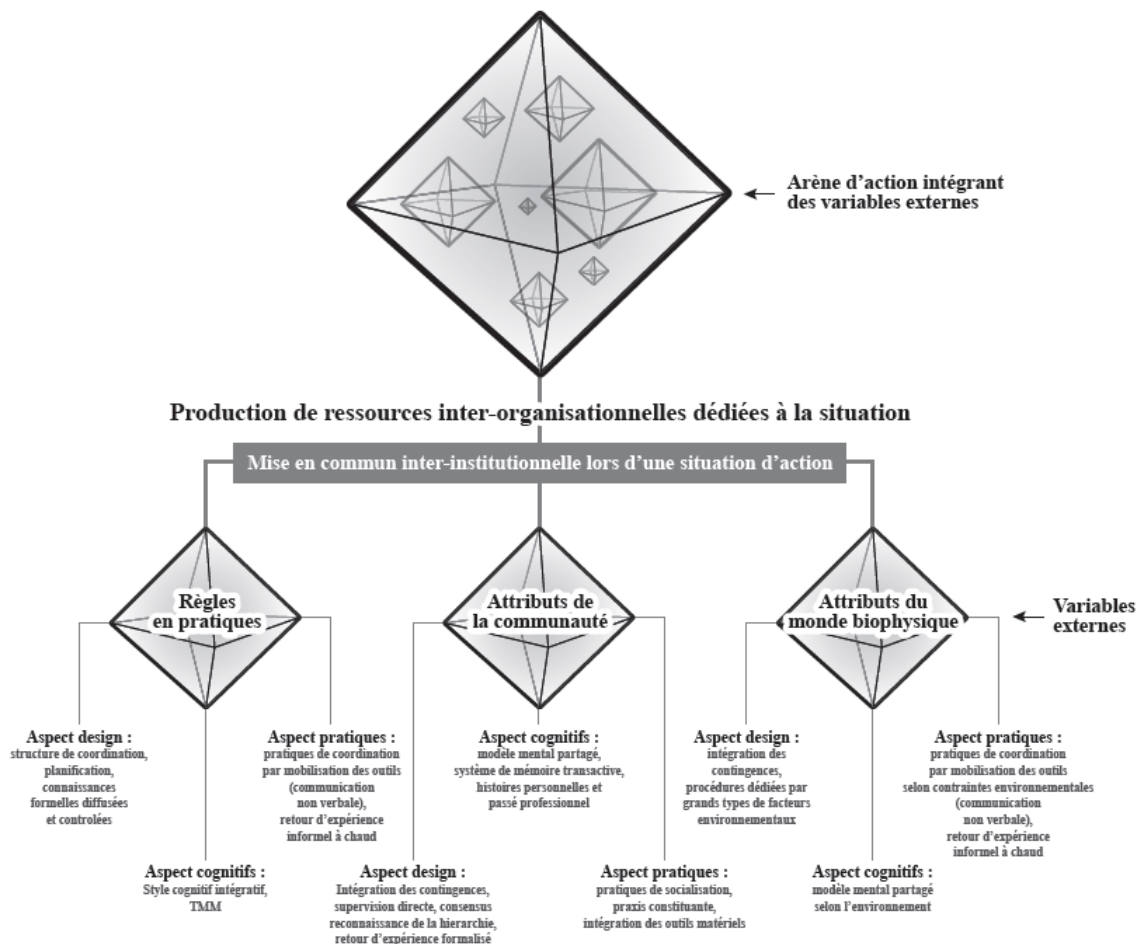
Pendant toutes les actions de secours, nous pouvons observer des acteurs qui échangent sur ce qu'ils font. Ils anticipent les réactions des uns et des autres pour s'inscrire dans un schéma qu'ils connaissent même s'il y a toujours des nuances. C'est la réalisation de bilan régulier à l'organe de régulation gérant l'intervention qui permet de structurer le parcours de soin complexe. Adaptant les personnes qui interviennent, envisageant les lieux de transferts de la personne et préparant alors l'admission selon les cas.

Cette analyse institutionnelle de l'action collective des secours d'urgence pré hospitaliers permet de repérer des éléments design avec l'ensemble des règles structurant l'action associée à des mécanismes d'ajustement mutuel. La capacité réflexive des acteurs et la manière d'appliquer et adapter les règles en équipe changeante témoigne de la diversité des modèles mentaux des équipes dans ces systèmes et notre approche permet de les identifier. Enfin, nous pouvons également repérer la densité des pratiques de coordination dans ce système. Au quotidien, ces acteurs s'adaptent en situation, ils composent avec les éléments de l'environnement, les éléments de la règle de secours et les possibilités d'intervention.

Implications théoriques

Nous avons identifié que le cadre ADI d'Ostrom E. permet de combiner les approches design, cognitive et pratique de la coordination dans une perspective institutionnelle.

Figure 1 : articulation des approches de la coordination dans un ADI étendu



Réalisé avec Adobe Illustrator

(Lenesley 2018)

De plus, le croisement théorique entre ce cadre et les approches de la coordination permet d'offrir une vision plus détaillée de l'élément central du cadre ADI : l'arène d'action. Elle est lieu de bien des pratiques de coordination dans lesquelles s'intègrent des variables externes constamment réactualisées par ces mêmes pratiques. C'est la production de ressources inter-organisationnelles dédiées à une situation.

La mobilisation du cadre ADI n'est cependant possible que dans le cadre de gestion de ressources communes. Ce bien est particulier, au sens où il n'est ni public ni privé. Nous pouvons alors sortir des scissions analytiques issues des théories de la firme et de l'Etat.

Implications managériales

En gestion, penser polycentrique est une manière de cultiver un rapport spécifique avec la ressource commune : les participants du système développent un sentiment de responsabilité vis-à-vis de celle-ci. Inscrire les activités humaines de travail dans des approches polycentriques permettrait de développer les liens entre les individus d'une société dont les membres se sentent responsables et impliqués dans un tout.

La réflexion sur l'usage des règles et le retour d'expérience dans les arènes d'action permettent de ré-interroger les équilibres passés et de saisir la dynamique de la coordination. Les environnements biophysique, communautaire et réglementaire contraignent l'action en situation mais sont influencés par la dynamique réflexive que suscite cette contrainte.

La richesse des contextes à diversité institutionnelle élevée où les regards s'entrecroisent est cependant impressionnante par la complexité des tissus de relations à sécuriser. Le travail dans la diversité institutionnelle peut s'articuler et ne se limite pas à la mutualisation ou à la fusion des missions. Il nécessite une prise de conscience de son existence et de ses forces. En effet, il est nécessaire d'éviter la mise en place de rapports de forces dans la maîtrise et l'appropriation de la ressource qui pourraient annihiler un des principes de la polycentricité : une approche démocratique de la coordination pour la gestion d'une ressource commune instituée et ce dans un rapport de confiance mutuelle. Les participants de ces systèmes peuvent recourir à des stratégies pour toujours tirer un profit personnel des situations en accord avec la théorie de la tragédie des communs de Hardin (1968). La veille sur les normes institutionnelles, les valeurs partagées et l'objectif général rassemblant l'ensemble des actions dans le cadre de gestion de ressources communes, sont à fixer, rappeler et adapter en priorité pour le management de ces systèmes. Ce positionnement doit pouvoir contrebalancer, ou du moins limiter, les attitudes non souhaitables des participants. Si elles persistent, il deviendra urgent de les prendre en compte pour repenser les fondements du système. La validité de la volonté de gestion de cette ressource commune ne fait plus consensus ; dès lors, le système n'est donc plus adapté, la coordination des parcours ne peut plus se faire convenablement.

Nous avons mis en évidence l'importance de composer avec la diversité institutionnelle pour faire face à l'ensemble des situations possibles ; pour reprendre les mots de la professionnelle de l'Agence Régionale de Santé que nous avons rencontrée, « *il n'y a pas de système purement sanitaire* ». Pour assurer la durabilité de nos systèmes de gestion de ressources communes, cultiver la diversité est indispensable. Notre travail montre que sortir de la logique d'unification comme seule possibilité d'efficience est non seulement envisageable mais aussi que les systèmes multi-institutionnels sont flexibles, résilients et sûrs. Nous pouvons prendre l'exemple de la gestion de la crise COVID 19. Nous avons vu comment l'association des institutions était essentielle pour la gestion des flux de patients en réanimation. L'aide de la sécurité civile et des sapeurs pompiers a été déterminante pour transférer les patients d'un territoire en tension vers un territoire préparé « à la vague ». Si les moyens de l'urgence pré hospitalière avaient été fusionnés et redimensionnés sous le seul prisme sanitaire, aurions-nous pu faire face à toutes ces hospitalisations dans certains territoires ? Cette même crise a pu mettre en évidence les lacunes d'un système qui ne reposerait que sur une régulation des appels « d'urgences » par le SAMU comme défendu dans les derniers rapports sur l'urgence pré hospitalière. Tenir cette position c'est faire le pari que la population sait se repérer dans le système de santé si complexe et surtout qu'elle dispose d'une connaissance médicale pour évaluer un degré d'urgence. Nous sommes ainsi passé du « appelez le SAMU pour toutes fièvres, ne consultez pas votre médecin traitant », à « n'appellez plus le SAMU pour une fièvre voyons !, le SAMU c'est pour les urgences ». Ce rappel d'événements bien douloureux quant à la gestion des appels et urgences dans le cadre de la crise covid 19, nous montre bien que, par l'association des institutions concourant aux secours d'urgence (en associant les compétences SDIS et SAMU autant pour la prise d'appel que pour la gestion des flux), le système a pu faire face à la densité de l'activité du moment. C'est donc bien l'analyse de l'activité à effectuer, la bonne définition des missions à accomplir et à effectuer par l'analyse d'acteurs en interinstitutionnel qui permet de construire le système le plus adapté à la situation du moment. Dans les systèmes polycentriques qui se reconnaissent comme tels, nous avons pu constater qu'il y avait bien un ensemble d'acteurs spécialisés mais dont chacun est sensible à l'autre. Ils sont « vigilants » dans leurs rapports à

la ressource et la mobilisation de partenaires. Cependant, ce système polycentrique repose sur un système de règles robuste et adaptable : les nombreux retours d'expérience informels sont à exploiter et encourager pour assurer la pérennité de la ressource commune. L'évolution du système se fait alors selon les nécessités suscitées par les actions à réaliser et les enjeux du moment. Le système peut s'adapter de lui-même par modification régulière des dispositions pour agir. L'attention doit se porter sur le passage de « règles en usages » au stade « règles institutionnalisées » pour assurer la fiabilité du système.

CONCLUSION

Notre principale contribution concerne la mise en évidence de la force des systèmes polycentriques. Elle est liée à la présence de participants appartenant à des arènes multiples, faisant intervenir des savoirs divers dans une activité professionnelle. Cela concerne le rapport des individus à leur travail dans des organisations de services. Ils sont acteurs d'une organisation mais sont avant tout des citoyens agissant dans une perspective de vie collective, attentive et vigilante. La place de l'utilisateur dans les services est également à interroger à la suite de ce travail. En effet, l'ensemble des acteurs présents sur une situation participe à l'action, avec leurs savoirs, qu'il soit profane ou professionnel. C'est le rapport à la ressource commune qui les guide, les motive et autorise la conception polycentrique de l'activité. Travailler sur l'identification des pools de ressources communes apparaît alors comme un projet de société. Le terrain étudié concerne la santé et le secours, nous pouvons identifier des ressources communes dans bien des secteurs : la culture, la connaissance, les espaces de stockage sur le net, toutes les ressources naturelles autant animales, halieutes que végétales ... Identifier les ressources à préserver et présenter l'intérêt de celles-ci assureraient la naissance d'organisations validées par la population.

Indications Bibliographiques

Aligica P.D. (2014), *Institutional diversity and political economy: the Ostroms and beyond*, New York, Oxford University Press, 229 p.

Aligica P.D. et Tarko V. (2012), « Polycentricity: From Polanyi to Ostrom, and Beyond », *Governance*, vol. 25, n°2, pp. 237-262.

Arnaud N. (2007), « Étudier, relever et analyser la communication organisationnelle en situation de gestion, ou comment accéder à la conversation et aux textes », *Communication et organisation*, n°32, pp. 168-191.

Avis du 22 mars 2012 : Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM disponible sur http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/1_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

Bonabeau, E. et Theraulaz, G. (dir.) (1994), *Intelligence collective*, Paris, Hermès (Collection Systèmes complexes), 288 p.

Bonnet J. (2010), « interprofessionnalité et complexité : une tentative de compréhension et d'articulation des cultures et des pratiques professionnelles liées à la santé », in *Interprofessionnalité en gérontologie*, ERES, pp. 29-56.

- Bouvier A. (2010), *Management et sciences cognitives*, Paris, diffusion] Cairn.info.
- Garfinkel H., Barthélemy M. et Quéré L. (2007), *Recherches en ethnométhodologie*, Paris, Presses universitaires de France (Quadrige).
- Gherardi S. (2006), *Organizational knowledge: The texture of workplace learning*, Oxford, Blackwell Publishing.
- Godé C. (2015), *Le coordination des équipes en environnement extrême : pratiques de travail et usages technologiques en situation d'incertitude*.
- Golsorkhi D. (2006), *La fabrique de la stratégie: une perspective multidimensionnelle*, Paris, Vuibert.
- Guide de la HAS – maladies chroniques disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1501098/fr/maladies-chroniques-parcours-de-soins?xtmc=&xtr=2 consulté le 10 mars 2020
- Guide méthodologique DGOS (2012) « coordination des parcours de santé » disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf décembre 2012> consulté le 10 mars 2020
- Hardin G. (1968), « The Tragedy of the Commons », *Science*, vol. 162, n°3859, pp. 1243-1248.
- Huberman A.-M. et Miles M.-B. (2003), *Analyse des données qualitatives*, 2e édition, Bruxelles; Paris, De Boeck, 626 p.
- Jarzabkowski P., Balogun J. et Seidl D. (2007), « Strategizing: The challenges of a practice perspective », *Human relations*, vol. 60, n°1, pp. 5–27.
- Koenig G. (1993), « Production de la connaissance et constitution de pratiques organisationnelles », *Revue de gestion des ressources humaines*, vol. 9, n°11, pp. 4-17.
- Lawrence P.R. et Lorsch J.W. (1976), *Organization and environment: managing differentiation and integration*, 6. print, Boston, Mass, Harvard Business School Press, 279 p.
- March J.G. (1993), *Organizations*, 2nd Edition, Cambridge, Mass., USA, Wiley-Blackwell, 300 p.
- Miles R.E., Snow C.C., Meyer A.D. et Coleman H.J. (1978), « Organizational Strategy, Structure and Process », *The Academy of Management Review*, vol. 3, n°3, pp. 546-562.
- Mintzberg H. et Romelaer P. (1996), *Structure et dynamique des organisations*.
- Monceau G. et Savoye A. (2003), « L'analyse institutionnelle : entre socio-clinique et socio-histoire », *L'Homme et la société*, n°147, pp. 7-10.
- Okhuysen G.A. et Bechky B.A. (2009), « Coordination in Organizations: An Integrative Perspective », *The Academy of Management Annals*, vol. 3, n°1, pp. 463-502.
- Ostrom E. (2005), *Understanding institutional diversity*, Princeton, Princeton University Press (Princeton paperbacks), 355 p.
- Ostrom V. (1961), «The organization of government in metropolitan areas : a theoretical inquiry » *American political science review*, vol 55, n°4, pp. 831-842.
- Plane J.-M. (2016), *Management des organisations: théories, concepts, performances*, Malakoff, Dunod.

Rico R., Sánchez-Manzanares M., Gil F. et Gibson C. (2008), « Team implicit coordination processes: A team knowledge-based approach », *Academy of Management Review*, vol. 33, n°1, pp. 163–184.

Schurmans M.-N. (2010), *La construction sociale de la connaissance comme action*, De Boeck Supérieur.

Thompson J.D. (2008), *Organizations in action: social science bases of administrative theory*, 6. print, New Brunswick, NJ, Transaction Publ (Classics in organization and management), 192 p.

Van De Ven A.H., Delbecq A.L. et Koenig R. (1976), « Determinants of coordination modes within organizations », *American Sociological Review*, vol. 41, n°2, pp. 322-338.

Varroud-Vial, M. (2011). *Le parcours de soin : Une solution ou une contrainte supplémentaire ? Médecine des Maladies Métaboliques*, 5, S81-S85.

[https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(11\)70080-3](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(11)70080-3)