AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

ÉCOLE DOCTORALE 372
SCIENCES ÉCONOMIQUES ET DE GESTION

CENTRE DE RECHERCHE SUR LE TRANSPORT ET LA LOGISTIQUE (CRET-LOG) – EA 881

Thèse pour l'obtention du
Doctorat en Sciences de Gestion
présentée et soutenue publiquement par

Wei GUAN

le 12 décembre 2018

Le rôle de l'intégration de la supply chain et de la modularité de prestation de services dans le développement de la capacité de personnalisation de masse en santé : le cas de la MAIA

JURY

Directrices de recherche :

Nathalie FABBE-COSTES
Professeur à Aix-Marseille Université

Nathalie SAMPIERI-TEISSIER
Maître de Conférences à Aix-Marseille Université

Rapporteurs :

Muriel JOUGLEUX
Professeur à l'université de Paris Est, Marne la Vallée

Didier VINOT
Professeur à l'Université Lyon 3

Suffragants :

Etienne MINVIELLE
Professeur à École des hautes études en santé publique

Claude FIORE
Professeur à Aix-Marseille Université

CRET-LOG
413 avenue Gaston Berger
13625 AIX-EN-PROVENCE CEDEX 1 – France
http://www.cret-log.com

L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

Le chemin de thèse de chaque doctorant est singulier. Celui que j'ai emprunté peut s'apparenter à un long voyage aux multiples méandres, où avant d'arriver à destination il faut surmonter de nombreux obstacles. Ce qui est important, ce n'est pas le moment où on arrive à destination mais l'expérience tirée de la résolution des problèmes rencontrés durant ce voyage. Grâce à cette expérience, je ne suis plus la même personne à l'arrivée, j'ai grandi. Même si ce sont bien mes pas à moi qui s'impriment sur ce chemin unique, je ne suis heureusement pas tout seul durant mon voyage. Ici, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et accompagné dans ce voyage.

En premier lieu, je souhaite exprimer toute ma gratitude à mes deux co-directrices de thèse, Nathalie Fabbe-Costes, Professeur à Aix-Marseille Université, et Nathalie Sampieri-Teissier, Maître de Conférences à Aix-Marseille Université. Les conseils que vous m'avez donnés durant ces quatre années de thèse m'ont permis de trouver des issues, sans rester trop longtemps dans des impasses, aux différents moments de mon « voyage ». J'ai beaucoup appris avec vous, autant sur le plan académique que professionnel, et j'espère pouvoir continuer à collaborer avec vous sur divers projets dans le futur.

Ensuite, je tiens à remercier le Professeur Muriel Jougleux, et le Professeur Didier Vinot d'avoir accepté de rapporter cette thèse. Merci également au Professeur Etienne Minvielle et au Professeur Claude Fiore d'avoir accepté de participer au jury de cette soutenance. Les questions que vous allez me poser et les remarques que vous allez me faire m'aideront à continuer à améliorer ce travail.

Un grand merci à tous les membres du Cret-Log qui ont fait des suggestions pertinentes à propos de mon travail présenté lors des ateliers doctoraux, aux cours de ces quatre années de thèse. Vos remarques et critiques sont indispensables à l'avancement de mon travail. Merci tout particulièrement à Stéphane, Elisabeth et Laurence, pour votre soutien et votre aide sur le plan administratif.

J’adresse tous mes remerciements à l’équipe de pilotage de MAIA Marseille - Emma Bourcart, Elodie Lys et Valérie Cérase - pour m’avoir accueilli et aidé dans la collecte des données. Merci également à tous les professionnels de santé qui ont participé à mes entretiens. Sans vous, cette thèse n’aurait pas abouti.

Merci à tous mes amis qui m’ont soutenu et encouragé pendant ce long voyage, j’ai pu passer des moments inoubliables avec vous. Il m’est impossible d’oublier Elizabeth et Bernard pour leur aide dans la correction des fautes d’orthographe, et Benyamin, pour tous nos échanges intéressants autour de la vie doctorale.

Un petit mot spécial pour Rui Li, qui m’accompagne depuis presque trois ans dans ce voyage spécial, merci pour toute l’aide et les conseils que tu m’as donnés jusqu’à la finalisation de cette thèse. J’ai hâte de voir le reste du monde avec toi !

Enfin, merci infiniment à mes parents, qui m’ont toujours soutenu, épaulé, boosté, et avec qui j’ai pu partager mes joies, mes angoisses et mes inquiétudes, tout au long de mes études en France. Merci pour tous les sacrifices qu’ils ont fait pour moi. Les mots ne sont pas suffisants pour exprimer ma gratitude envers vous deux, tout simplement, merci pour tout !

L’arrivée à destination est importante, mais ce qui compte c’est surtout le voyage.

Merci à tous !

Wei GUAN 关尉

Sommaire

Introduction générale 7

1. Présentation du contexte de la recherche 7
2. Question de recherche 12
3. Cadre conceptuel et théorique 13
4. Design de la recherche 15
5. Résultats attendus : 18
6. Architecture de la thèse 19

1. La personnalisation de masse et ses deux facteurs facilitant clés : 23

Introduction du chapitre 1 23
1.1 La Personnalisation de Masse (PM) 24
1.1.1 Le concept de la PM et les facteurs facilitant sa réalisation 24
1.1.2 La capacité de personnalisation de masse 29
1.2 L'intégration de la supply chain 35
1.2.1 L'intégration, un élément clé du SCM 35
1.2.2 Les différentes définitions de la SCI 37
1.2.3 L'intégration, un concept multidimensionnel 41
1.3 La modularité et les principes généraux de conception modulaire 49
1.3.1 Les définitions clé de la modularité 49
1.3.2 Les différentes formes de la modularité 51
1.3.3 Les principes généraux de conception modulaire 59
1.4 Les liens entre la CPM, la SCI et la modularité étudiés dans la littérature en SCM et OM 63
1.5 Le cadre théorique mobilisé pour étudier la CPM 81
1.5.1 Resource-Based View (RBV) 82
1.5.2 Capacités Dynamiques 84
1.5.3 Extended Resource-Based View (ERBV) 85
1.5.4 La SCI et la modularité vues comme des ressources nécessaires au développement de la CPM, à l'aune du cadre théorique de la RBV et ERBV 86
Conclusion du chapitre 1 89

2. La conceptualisation et l'opérationnalisation de la CPM, la SCI et la modularité dans le contexte de la santé 92

Introduction du chapitre 2 92

2.1 La CPM de services de santé 94
2.1.1 La capacité à identifier des réponses adaptées aux besoins d'usagers 96
2.1.2 La capacité à développer l'espace de solutions 97
2.1.3 La capacité à concevoir des processus robustes et flexibles 98
2.1.4 La capacité à assurer la continuité de délivrance de services de santé 100
2.2 La modularité de prestation de services de santé 102
2.2.1 L'architecture décomposable de l'offre de services de santé 103
2.2.2 Les interfaces 105
2.2.3 Le processus de spécification du package de services de santé 107
2.3 La SCI dans un contexte de la prestation de services de santé 110
2.3.1 La supply chain santé 110
2.3.2 L'articulation de deux champs de littérature : SCM et management de la santé autour des dimensions de l'intégration 115
2.4 La construction de la proposition de recherche et du modèle d'analyse conceptuel 146
Conclusion du chapitre 2 151
3. Les choix épistémologiques et méthodologiques de la recherche 152
Introduction du chapitre 3 152
3.1 La formulation de l'objet de recherche, une première étape de notre processus de recherche 153
3.2 Le positionnement épistémologique de la recherche 155
3.3 Le choix du mode de raisonnement de la recherche 159
3.3.1 Les différents modes de raisonnement existants 159
3.3.2 Le mode de raisonnement retenu : déduction 162
3.4 Le choix de la méthode de recherche 164
3.4.1 La méthodologie qualitative basée sur l'étude de cas 167
3.4.2 La présentation d'un cas critique choisi : la MAIA Marseille 178
3.4.3 Le protocole de recherche 192
3.4.4 Les critères de qualité à assurer pour la conduite de l'étude de cas 235
Conclusion du chapitre 3 237
4. La présentation et discussion des résultats collectés relatifs respectivement aux trois concepts clés étudiés dans cette recherche 240
Introduction du chapitre 4 240
4.1 La description et la discussion de la CPM de services de santé 241

4.1.1 La présentation des résultats bruts associés à chaque dimension de ce concept 241

4.1.2 La présentation des résultats relatifs aux relations entre les dimensions de la CPM de services de santé 258

4.1.3 La synthèse et la discussion des résultats collectés relatifs à la CPM de services de santé par rapport à la littérature concernée 262

4.2 La description et la discussion de la modularité de prestation de services de santé 265

4.2.1 La présentation des résultats bruts associés à chaque dimension de ce concept 265

4.2.2 La présentation des résultats bruts relatifs aux relations entre les dimensions de ce concept 283

4.2.3 La synthèse et la discussion des résultats collectés relatifs à la modularité de prestation de services de santé par rapport à la littérature concernée 288

4.3 La description et la discussion de la SCI de services de santé 292

4.3.1 La présentation des résultats bruts associés à chaque dimension de la SCI de services de santé 292

4.3.2 La présentation des résultats bruts associés aux relations entre les dimensions de la SCI de services de santé 318

4.3.3 La synthèse et la discussion des résultats collectés relatifs à la SCI de services de santé par rapport à la littérature concernée 324

Conclusion du chapitre 4 328

5. La présentation et discussion des résultats collectés relatifs aux relations identifiées entre les trois concepts clés étudiés dans cette recherche 330

Introduction du chapitre 5 330

5.1 Les relations identifiées entre la SCI de services de santé et la CPM de services de santé 331

5.1.1 La présentation des résultats 331

5.1.2 La synthèse de présentation et de discussion des résultats 341

5.2 Les relations identifiées entre la modularité de prestation de services de santé et la CPM de services de santé 344

5.2.1 La présentation des résultats 344

5.2.2 La synthèse de présentation et de discussion des résultats 350

5.3 L'interdépendance entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé dans le développement de la CPM de services de santé 353

5.3.1 La présentation des résultats 353

5.3.2 La synthèse de présentation et de discussion des résultats 370

Conclusion du chapitre 5 : la discussion des résultats par rapport à la proposition de recherche formulée au départ et au modèle conceptuel de recherche 378

Conclusion générale 382

1. Apports de la recherche 382

2. Limites et perspectives de la recherche 387

ANNEXES 392

Liste des figures 483

Liste des tableaux 484

Bibliographie : 486

Liste des abbréviations :

A3 : Association Aide aux Aidants

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

Carsat : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCOPD : Commission de Concertation de l'Offre de Proximité Départementale

CD : Conseil Départemental

CGD : Centre Gérontologique Départemental

Creedat : Centre Régional d'Ergothérapeutes : Études, Diagnostics, Adaptations, Techniques

CSG : Court Séjour Gériatrique

DCAS : Dossier Commun d'Aides et de Soins

Ehpad : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : Equipes Spécialisées Alzheimer

HAD : Hospitalisation à domicile

HDJ : Hôpital de jour

IMA : Institut de la Maladie d'Alzheimer

RAI : Resident Assessment Instrument

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SACO : Services d'appui à la coordination

SIP : Système d'Informations Partageables

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

TCSD : Table de concertation stratégique départementale

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

Introduction générale :

1. Présentation du contexte de la recherche

Aujourd'hui, le système de santé de la plupart des pays développés ainsi que certains pays en voie de développement font face à deux défis importants : d'un côté, la prise en charge de populations grandissantes de personnes âgées et de personnes atteintes des maladies chroniques nécessite des ressources de plus en plus importantes ; de l'autre côté, les exigences attendues de la part des usagers au niveau de la qualité des prestations de services de santé sont de plus en plus élevées. Face à ce double défi, plusieurs travaux de recherche et rapports institutionnels (Starfield et al., 2005 ; WHO, 2008 ; Feinglass et al., 2018) mettent en avant l'importance d'associer deux approches complémentaires : *population-based care* et *Patient/Person-centered care*, pour délivrer de manière efficiente un ensemble de services de santé destiné à une population spécifique d'usagers, et aussi s'assurer que les services délivrés répondent vraiment aux besoins de chaque individu de cette population.

Selon *Americain medical association*, l'approche populationnelle permet d'évaluer l'état de santé d'une population cible ainsi que ses besoins, de mettre en œuvre et d'évaluer des actions conçues pour améliorer l'état de santé de cette population, et d'assurer l'efficience dans la délivrance de services de santé destinés à chaque individu de cette population, de façon que ça soit compatible avec les valeurs culturelles, politiques et de ressources de la communauté[1]. L'idée clé derrière cette approche consiste à allouer de manière **efficiente** des ressources nécessaires pour répondre aux **besoins communs** d'une population spécifique d'usagers (Starfield et al., 2005).

Cette approche fait partie d'une préoccupation internationale, elle est menée dans différents pays du monde entier à différents niveaux du système de santé. A titre

[1] https://www.acpm.org/resource/resmgr/policyissues-files/physlicensure_resolution.pdf

d'exemple, *Care Management Institute de Kaiser Permanente* aux Etat unis est réputé pour ses programmes de santé basés sur l'approche populationnelle, tels que le diabète, les soins cardiaques (Bodenheimer et al., 2002). En France, il existe aussi divers dispositifs de santé publique mise en œuvre adoptant l'approche populationnelle, comme la MDPH[2] pour la population des personnes handicapées, la MAIA[3] pour la population des personnes âgées de plus de 60 ans.

L'approche *Patient/Person-centered care* consiste à délivrer des services de santé qui répondent aux besoins changeants de chaque personne, tout en respectant ses préférences, valeurs et besoins. Et ce sont les valeurs de la personne qui guident toutes les décisions cliniques (Bardes, 2012). L'idée clé de cette approche s'agit bien d'assurer une **continuité** de délivrance de services de santé **personnalisés** autour des besoins de la personne (Berwick, 2009). En outre, au lieu de focaliser uniquement sur les maladies de la personne (i.e. besoins bio-médicaux), cette approche adopte une vision globale vis-à-vis des besoins de la personne (i.e. médical, psychologique, social), puisque les facteurs sociaux et psychologiques peuvent aussi avoir une influence sur les maladies d'une personne (WONCA Europe, 2002).

L'association de ces deux approches répond à plusieurs enjeux, nous prenons l'exemple du contexte de la santé français pour présenter respectivement ces différents enjeux ci-dessous :

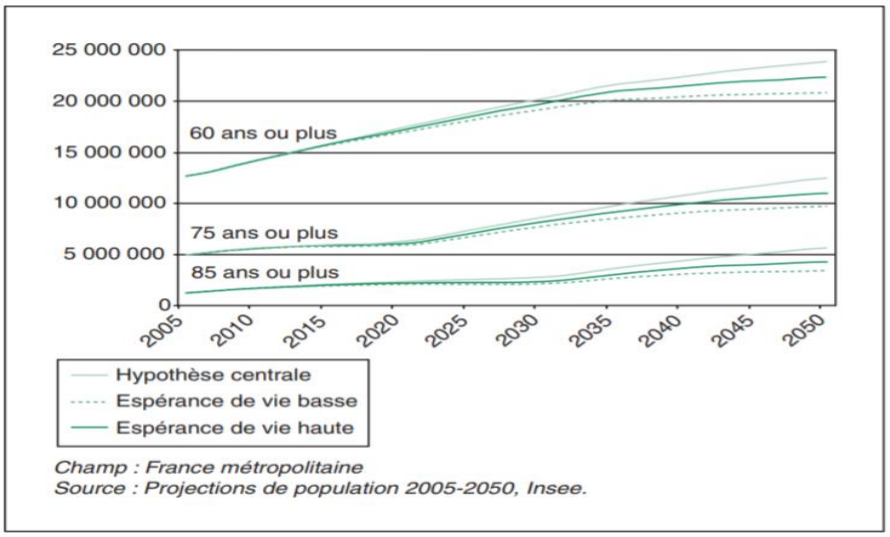
Les enjeux économiques et financiers : selon les données de l'Insee publiées en 2013, 9 % de la population française est âgée de plus de 75 ans, chiffre qui va être doublé d'ici 2060. La figure 1 présentée ci-dessous donne un aperçu général de l'évolution de la population des personnes âgées de respectivement 60, 75 et 85 ans ou plus en France.

Figure 1 : évolution de la population des personnes âgées de respectivement 60, 75 et

[2] Maison Départementale des Personnes Handicapées

[3] Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

85 ans ou plus



Source : projections de population 2005-2050, Insee

Par ailleurs, les personnes âgées sont souvent atteintes de maladies chroniques ou polypathologiques. La Haute Autorité de Santé indique que la présence simultanée d'au moins deux maladies chroniques est très fréquente chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Et les personnes atteintes de maladies chroniques sont généralement très consommatrices des ressources (Brunn et Chevreul, 2013). Plus spécifiquement, en France, plus de 10 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques, soit environ 16.6% de la population, et ce pourcentage est estimé à augmenter jusqu'à 20 % en 2025, selon le dernier bilan annuel de l'Assurance Maladie. Le nombre de personnes souffrant d'une maladie chronique a doublé en 20 ans depuis 1996, et dans l'année 2016 uniquement, 1.6 millions de personnes ont été nouvellement affiliées au régime des affections de longue durée (rapport de la Cour des Comptes, 2016). Selon ce même rapport, les dépenses liées à ces affections représentent 60.8% du total des remboursements de l'assurance maladie et elles vont continuer à augmenter dans les prochaines années. Par conséquent, dans le futur, une dotation au budget destiné à leur prise en charge devrait augmenter aussi. Or la tendance est à l'inverse, le gouvernement français envisage de réaliser environ 4.2 milliards d'euros d'économies en santé pour l'année 2018, soit une augmentation de 19% par rapport à l'année 2016, selon le projet

de loi de financement de la sécurité sociale 2018.

Les enjeux sociétaux : dans un contexte où la population des personnes atteintes de maladies chroniques ou polypathologiques est devenue de plus en plus importante, la question de l'accessibilité aux soins de ces personnes se pose. L'institut Curie en 2017 a commandé un sondage[4] qui a été réalisé auprès d'un échantillon national représentatif de plus de 1000 personnes, sur le sujet du cancer ainsi que des différents enjeux associés. Selon les résultats de ce sondage, 30% des français estiment que l'inégalité d'accès aux soins risqu d'être le sujet le plus porteur d'inégalités en France dans les prochaines années. Et le rapport de la commission des déterminants sociaux de l'Organisation Mondiale de la Santé édité en 2009[5] indique aussi que la réduction des inégalités de santé repose inévitablement sur l'équité d'accès aux soins. Selon ce rapport, l'accès aux soins repose d'un côté sur la proximité géographique des ressources de santé, et de l'autre côté sur la possibilité de financement des soins à délivrer. Selon les données fournies par le commissariat général au développement durable[6], il existe une forte disparité au niveau de la distance aux services de santé de proximité entre territoires. Et selon le bilan des inégalités sociales en santé dressé par la Croix-Rouge française en 2016[7], les populations précaires sont souvent celles qui ont le plus de difficultés d'accès aux soins, et qui renoncent le plus souvent aux soins pour des raisons financières.

Les enjeux managériaux : la prise en charge des usagers atteints de maladies chroniques nécessite souvent un suivi médical et social continu et intensif, provenant de multiples prestataires hétérogènes de services de santé. Il s'agit d'assurer une continuité dans la délivrance de services de santé auprès de ces populations d'usagers pour que ces derniers puissent recevoir les bons services personnalisés, au bon moment, et au bon endroit (Armitage et al., 2009 ; Valentijn et al., 2013). Cependant, les prestations de

[4] https://curie.fr/sites/default/files/medias/documents/2017-09/Dossier%20de%20presse%20Observatoire%20cancer%202017.compressed_0.pdf
[5] http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
[6] http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/indicateurs-indices/f/2486/0/inegalites-temps-dacces-soins-proximite.html
[7] https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Pacte-pour-la-sante-globale-des-plus-vulnerables-1989

soins de santé et de services sociaux sont assez fragmentées et cloisonnées en France (Henrard, 2002 ; Frossard et al., 2004 ; Bruun et Chevreul, 2013). La fragmentation se situe majoritairement entre les secteurs médicaux et sociaux, entre le public et le privé, entre les soins primaires et les soins hospitaliers, entre les soins professionnels et informels (Henrard, 2002). Cette fragmentation du système de santé français entraine des impacts négatifs, tels que l'augmentation des coûts de non qualité lié à la prise en charge d'usagers ; les ruptures de prise en charge ; la diminution de la satisfaction des usagers (OCDE, 2010 ; HAS, 2012).

En résumé, dans un contexte de raréfaction des ressources, la recherche simultanée de l'efficience et de la qualité (e.g. personnalisation) sera inévitable pour mener à bien la prise en charge de chaque individu faisant partie de ces populations d'usagers mentionnées ci-dessus. Ainsi, il s'agit de concevoir et mettre en place un système de prestation de services de santé qui soit capable de concilier les besoins de réduction des coûts de prise en charge d'une population d'usagers et la recherche de la qualité (e.g. personnalisation) dans la prise en charge de chaque usager faisant partie de cette population. La réflexion sur le « comment » mettre en place ce système nous a conduit à poser une **question de départ** suivante :

Comment répondre aux besoins communs d'une population spécifique d'usagers sur un territoire défini, tout en personnalisant la réponse aux besoins spécifiques de chaque usager faisant partie de cette population cible, sans faire des compromis importants en termes de coûts et de qualité de la prestation de services de santé ?

Cette démarche de conciliation mentionnée ci-dessus nous renvoie au concept de Personnalisation de Masse (PM) ayant une origine industrielle, et qui cherche justement à fournir un ensemble de produits ou de services hétérogènes à des segments spécifiques de clients à moindre coût (Pine et al., 1993). Ainsi, pour répondre à la question de départ présentée ci-dessus, nous nous intéressons à **la question de la réalisation de PM dans le contexte de la santé**.

2. Question de recherche

En partant de la question de départ posée, nous nous intéressons à la réalisation de la PM dans le contexte de la santé. Selon Minvielle et al. (2014), il existe encore rarement des recherches qui ont tenté d'étudier le concept de PM dans ce contexte spécifique. Et comme ce concept a été beaucoup étudié en science de gestion, notamment en *Supply Chain Management* (SCM) et *Operations Management* (OM), ainsi, nous sommes emmenés à réaliser une revue de littérature en SCM et OM sur ce concept ainsi que ses facteurs facilitants. Nous choisissons de nous intéresser à ces deux domaines de littérature, car nous avons la volonté de voir comment ces deux domaines de littérature peut apporter des réponses pour concrétiser la PM.

Selon cette revue de littérature, la réalisation de PM repose sur le développement des différentes Capacités de PM (CPM) (Zipkin, 2001 ; Tu et al., 2001 ; Tu et al., 2004 ; Salvador et al., 2009 ; Zhang et al., 2015a). Comme la PM est vue comme un résultat à atteindre via le développement de la CPM, ainsi, dans cette recherche, nous cherchons à étudier ce développement, au lieu d'étudier directement la réalisation de la PM en tant que telle.

A travers une revue de littérature sur les facteurs facilitant le développement de la CPM, parmi dix facteurs facilitants identifiés, Purohit et al. (2016) ont mis en avant trois facteurs facilitants les plus importants : l'intégration de la supply chain (*Supply Chain Integration* - SCI), les pratiques basées sur la modularité ainsi que les outils de production numériques. Comme notre recherche s'inscrit dans le contexte de la santé, nous ne nous intéressons pas au facteur « outils de production numériques » dans cette recherche, puisqu'il est seulement pertinent à tenir compte dans le contexte industriel. Ainsi, dans cette recherche, nous choisissons d'étudier simultanément le rôle de la SCI et de la modularité dans le développement de la CPM. En se basant sur le travail de Dul et al. (2010), nous entendons les facteurs facilitants comme « *les conditions nécessaires*

ou les pré-requis qui peuvent avoir une influence positive sur la réalisation d'un objectif » dans cette recherche.

Après avoir réalisé une revue de littérature en SCM et OM sur les différentes relations étudiées entre la CPM et ses deux facteurs facilitants clés, nous avons trouvé qu'il existe encore très peu de recherches ayant simultanément étudié le rôle de la SCI, la modularité, ainsi que leur relation dans le développement de la CPM. Et il n'existe pas encore de recherches ayant étudié les relations entre ces trois concepts dans le contexte de la santé. A partir de ce manque identifié dans la littérature en SCM et OM, une question de recherche a été formulée :

Est-ce que la SCI et la modularité peuvent être des facteurs facilitant le développement de la CPM en santé ? Si oui, comment ces deux facteurs facilitants contribuent à son développement ?

3. Cadre conceptuel et théorique

Pour apporter une réponse à la question de départ ainsi qu'à la question de recherche posée, nous nous appuyons d'abord sur trois champs de littérature relatifs respectivement à la SCI, la modularité (produit, processus, production), et la CPM dans un contexte général. En étudiant ces trois champs thématiques, nous étudions aussi les travaux étudiant les relations entre ces trois concepts.

Par ailleurs, la littérature en SCM et OM étudiant la CPM se réfèrent rarement à une théorie, et dans cette littérature, nous avons identifié un seul article (Salvador et al., 2009) qui considère la CPM comme un ensemble de capacités organisationnelles, mais sans le caractériser en détail. Étant donné que la CPM est l'objet théorique de cette recherche, pour avoir une compréhension solide sur ce qu'est une capacité et une capacité organisationnelle, nous éprouvons le besoin de nous inscrire dans la théorie de *Resource-Based View* (RBV) et *Extended Resource-Based View* (ERBV). Par ailleurs,

dans cette théorie, nous cherchons aussi des justifications théoriques (comment développer une capacité) permettant de poser un fondement théorique sur les relations étudiées entre la CPM et ses deux facteurs facilitants les plus importants. Pour atteindre ces objectifs, nous nous intéressons aux différents courants de cette théorie, ainsi que des concepts associés importants, comme les Capacités Dynamiques, *Interconnectedeness*.

Comme notre recherche s'inscrit dans le contexte de la santé, pour pouvoir étudier ces trois concepts mentionnés ci-dessus, ayant tous une origine industrielle, dans ce contexte spécifique, nous avons réalisé un travail de conceptualisation et d'opérationnalisation de ces concepts, en nous appuyant sur les travaux ayant déjà étudié ces concepts dans le contexte de la santé, et la littérature du management de la santé. Plus spécifiquement, nous nous appuyons sur :

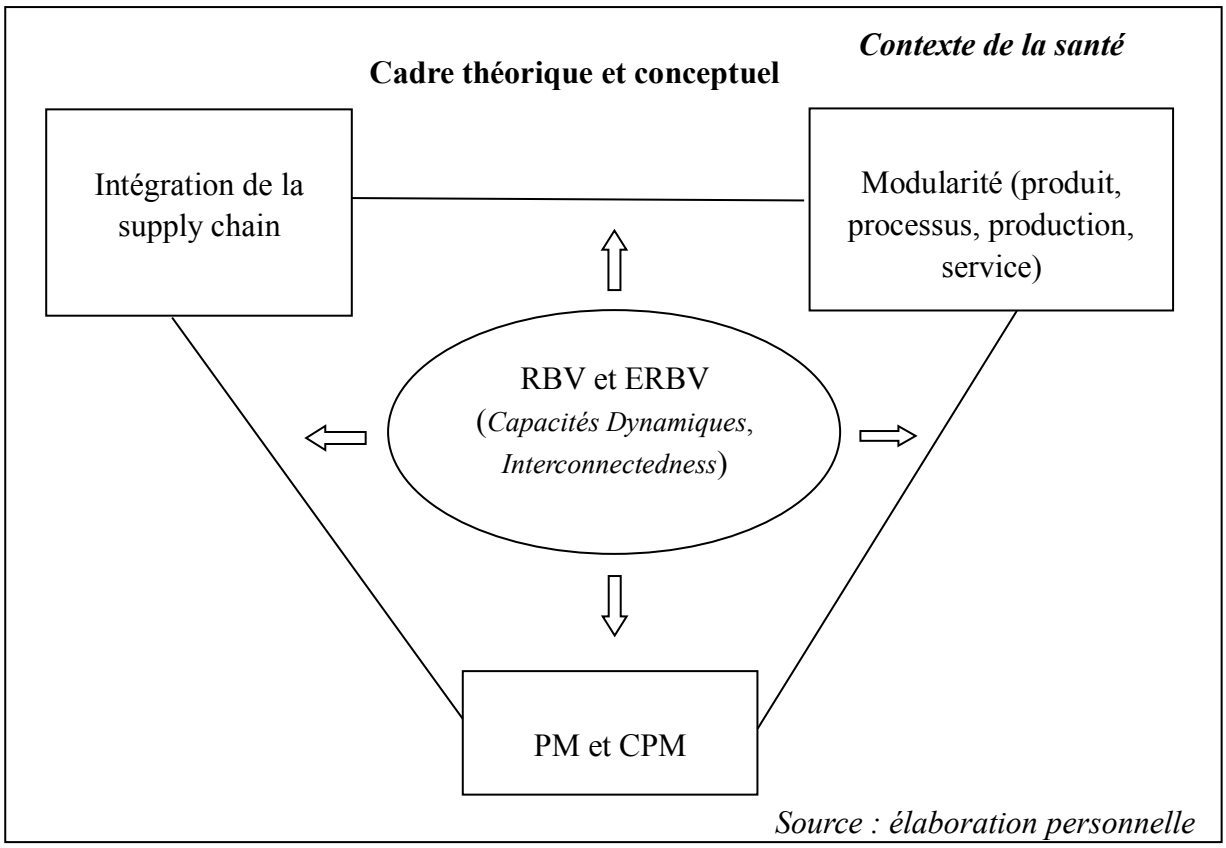
- Le champ de littérature relatif à l'intégration des services de santé : pour conceptualiser et opérationnaliser la SCI de services de santé

- Le champ de littérature relatif à la modularité de prestation de services (santé) : pour conceptualiser et opérationnaliser la modularité de prestation de services de santé

Étant donné qu'il existe rarement des travaux ayant étudié la CPM dans le contexte de la santé, nous nous basons ainsi sur des travaux ayant déjà réalisé le travail de conceptualisation et d'opérationnalisation des différentes capacités de PM dans un contexte général, tout en les (chaque capacité) adaptant au contexte spécifique de la santé, à l'aide de la littérature du management de la santé.

La figure 2 présente les principaux concepts et théorie mobilisés dans cette recherche

Figure 2 : cadre théorique et conceptuel mobilisé pour étudier les relations entre les concepts clés dans le contexte de la santé.



4. Design de la recherche

Dans cette recherche, nous cherchons à savoir comment les différentes capacités de PM se développent sur le terrain. Ce développement n'est pas directement observable, et les acteurs du terrain peuvent s'impliquer dans ce développement sans le savoir, puisqu'ils ne sont pas familiers avec le concept de PM. Ainsi, la capture ou l'appréhension de la « réalité » (i.e. le développment de la CPM en santé) repose sur les interprétations du chercheur vis-à-vis des pratiques professionnelles relatives à ce développement sur le terrain. Autrement dit, cette réalité est seulement observable via une appréhension des expériences véçues par les acteurs du terrain qui sont concernés par ce développement. Ainsi, un positionnement interprétativiste nous semble pertinent à adopter dans cette recherche.

Pour répondre à notre question de recherche posée, nous avons établi un modèle conceptuel de recherche à partir d'une revue de littérature sur les différentes relations

étudiées et non suffisamment étudiées entre les trois concepts clé de cette recherche dans un contexte général. Et nous cherchons par la suite à confronter ce modèle sur le terrain, afin d'éprouver et de raffiner les différentes relations figurant sur ce modèle dans un contexte de prestation de services de santé. Par conséquent, la finalité de cette recherche consiste à tester et raffiner si possible ce modèle, et le processus de recherche suit en conséquence un raisonnement déductif.

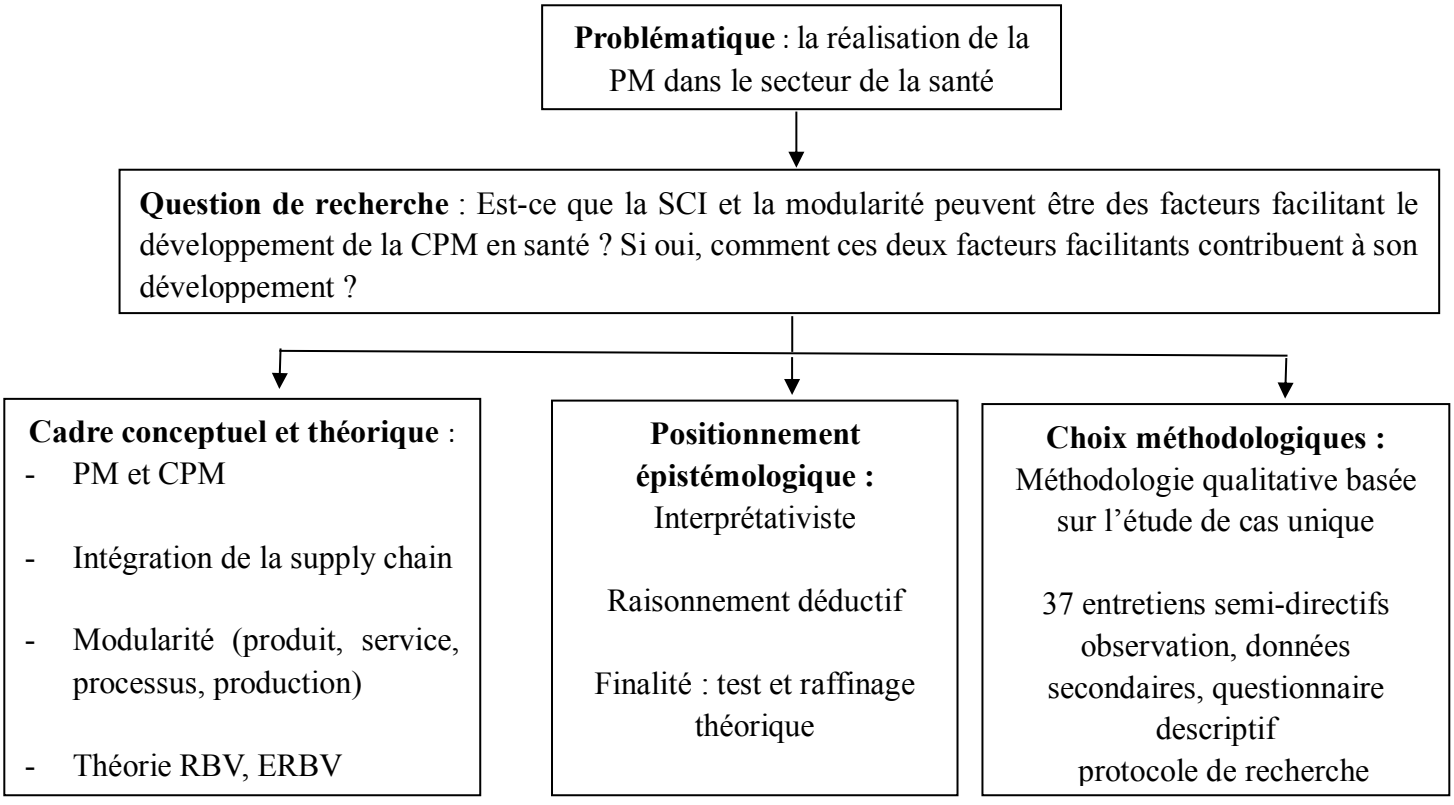
Pour répondre à cette finalité de recherche, une méthodologie qualitative basée sur l'étude de cas unique a été choisie. Nous avons choisi une méthodologie qualitative, car nous ne nous intéressons pas uniquement aux relations de surface entre les trois concepts étudiés, mais aussi pour comprendre comment ces relations, qui n'ont pas été étudiées auparavant dans ce contexte spécifique, se manifestent sur le terrain en profondeur. La méthode de l'étude de cas unique est choisie, car un cas critique et exemplaire : le déploiement de la MAIA Marseille, a été identifié par nous, qui permet justement de mettre à l'épreuve notre modèle de recherche. Le dispositif MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) est destiné à la prise en charge de la population des personnes âgées de plus de 60 ans sur un territoire défini. Et son déploiement vise implicitement à développer les différentes capacités de PM.

Au niveau du recueil et du traitement des données, nous avons établi et suivi un protocole de recherche précis. Un entretien d'expert réalisé au préalable a permis de guider notre démarche de l'échantillonage théorique. Les interviewés sélectionnés sont directement ou indirectement concernés par la prise en charge des cas complexes et/ou les cas non complexes. Et ils sont tous concernés par le déploiement de la MAIA Marseille. Par ailleurs, pour trianguler le profil des répondants, nous avons également essayé d'assurer une représentativité des interviewés dans notre échantillon, en fonction de leurs secteurs d'origines du système de santé (e.g. sanitaire, médico-social et social). Finalement, 37 entretiens semi-directifs ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien, accompagnés aussi d'un questionnaire descriptif à répondre par les interviewés à la fin

de l'entretien. A noter que ce questionnaire n'est pas utilisé pour réaliser une étude empirique quantitative dans cette recherche, le détail de son usage est présenté dans la sous section 3.4.3.2.4 du troisième chapitre. Nous avons également effectué des observations lors des différentes réunions de travails organisées dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille. Pour compléter les données primaires collectées, nous avons mené aussi une analyse des données secondaires, internes et externes, relatives au déploiement de la MAIA Marseille. Concernant l'analyse des données collectées, nous avons fait une analyse de contenu des entretiens retranscrits à l'aide du logiciel Nvivo. Dans cette analyse, nous avons mis en évidence le profil des répondants, mais aussi l'occurrence des verbatim pour les codes hiérarchiques associés à chacun des trois concepts clés étudiés, ainsi que les relations identifiées entre ces codes. En outre, les réponses à chacune des questions du questionnnaire ont été aussi analysées en fonction du profil des répondants.

La figure 3 présentée ci-dessous illustre le design de notre recherche (adapté de Giroux, 2003).

Figure 3 : design de cette recherche



Source : élaboration personnelle

5. Résultats attendus :

Les résultats attendus sur le plan théorique peuvent être décomposés en trois parties :

D'abord, il s'agit de vérifier si les trois concepts clés étudiés ayant tous une origine industrielle sont bien applicables dans le contexte de la santé, à travers une conceptualisation et opérationnalisation de ces concepts dans ce contexte spécifique, en particulier, la SCI de services de santé qui repose sur un rapprochement de la littérature de SCI et la littérature de l'intégration des services de santé.

Ensuite, il s'agit de confronter les différentes relations étudiées et non suffisamment étudiées entre la CPM et ses deux facteurs facilitants clés dans un contexte général (ces relations sont figurées sur notre modèle de recherche) au contexte de la santé. L'objectif consiste à éprouver et si possible de raffiner ces relations dans ce contexte spécifique. La compréhension en profondeur sur le « comment » ces différentes relations étudiées dans un contexte général se manifestent dans ce contexte spécifique constitue un principal apport théorique de cette recherche.

Troisièmement, en étudiant comment l'interaction entre la SCI et la modularité de prestation de services se manifeste dans le contexte de la santé, cette recherche fournit des éléments qui alimenteront le débat théorique sur la relation entre la configuration (intégrée ou modulaire) de la supply chain et la mise en œuvre de la modularité (produit, processus, production) dans un contexte général.

Sur le plan managérial, il s'agit de comprendre comment les différentes capacités de PM se développent dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille pour :

- repérer les difficultés rencontrées dans ce développement
- apporter des conseils pour le surmonter, et mettre en évidence les erreurs à éviter

dans ce développement.

En ce faisant, nous contribuons directement au déploiement de la MAIA Marseille. Et comme certaines leçons à tirer de ce déploiement peuvent aussi être généralisées, nous contribuons aussi indirectement au déploiement du dispositif MAIA en général.

6. Architecture de la thèse

Cette thèse est composée de cinq chapitres.

A partir de l'identification d'une question de départ dans le contexte de la santé, qui consiste à investiguer sur le « comment » assurer l'efficience dans la délivrance d'un ensemble de services de santé destiné à une population spécifique d'usagers, tout en assurant l'accessibilité et la qualité (personnalisation) des services délivrés auprès de chaque individu faisant partie de cette population, nous nous sommes intéressés à la question de réalisation de la PM dans ce contexte spécifique.

Dans le premier chapitre, la revue de littérature en SCM et OM sur le concept de la PM montre que la réalisation de la PM repose sur le développement des différentes Capacités de la PM. Par ailleurs, la SCI et les pratiques basées sur la modularité ont été identifiées comme deux facteurs les plus importants facilitant le développement de la CPM. A travers une revue de littérature en SCM et OM sur les relations étudiées entre la CPM et ses deux facteurs facilitants clés dans un contexte général, nous avons trouvé qu'il existe encore très peu de recherches ayant simultanément étudié le rôle de la SCI, la modularité, ainsi que leur relation dans le développement de la CPM. Et il n'existe pas encore de recherches ayant étudié les relations entre ces trois concepts dans le contexte de la santé. Ce manque identifié dans la littérature nous a conduit à proposer une question de recherche. Par ailleurs, la littérature étudiant la CPM se réfèrent rarement à une théorie, ainsi, pour bien étudier la CPM et comprendre ce que c'est une capacité, nous éprouvons le besoin de nous inscrire dans la théorie de la RBV.

Dans le deuxième chapitre, nous avons effectué respectivement un travail de conceptualisation et d'opérationnalisation de la CPM, la SCI et la modularité, ayant tous une origine industrielle, dans le contexte de la santé. Pour réaliser ce travail, nous sommes basés sur les travaux ayant déjà étudié ces concepts dans le contexte de la santé, et la littérature du management de la santé. A partir du résultat de la revue de littérature présenté dans le premier chapitre sur les relations identifiées entre la CPM, la SCI et la modularité dans un contexte général, et en se basant sur ce travail de conceptualisation et d'opérationnalisation mentionné ci-dessus, nous avons pu formuler une proposition de recherche qui se traduit par un modèle conceptuel de recherche

Dans le troisième chapitre, nous avons présenté et justifié respectivement notre choix épistémologique et méthodologique. La méthode de l'étude de cas unique est considérée comme la méthode la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche, car nous avons pu identifier un cas exemplaire permettant de mettre à l'épreuve notre modèle de recherche sur le terrain. Et nous avons suivi un protocole de recherche détaillé pour la collecte et le traitement des données.

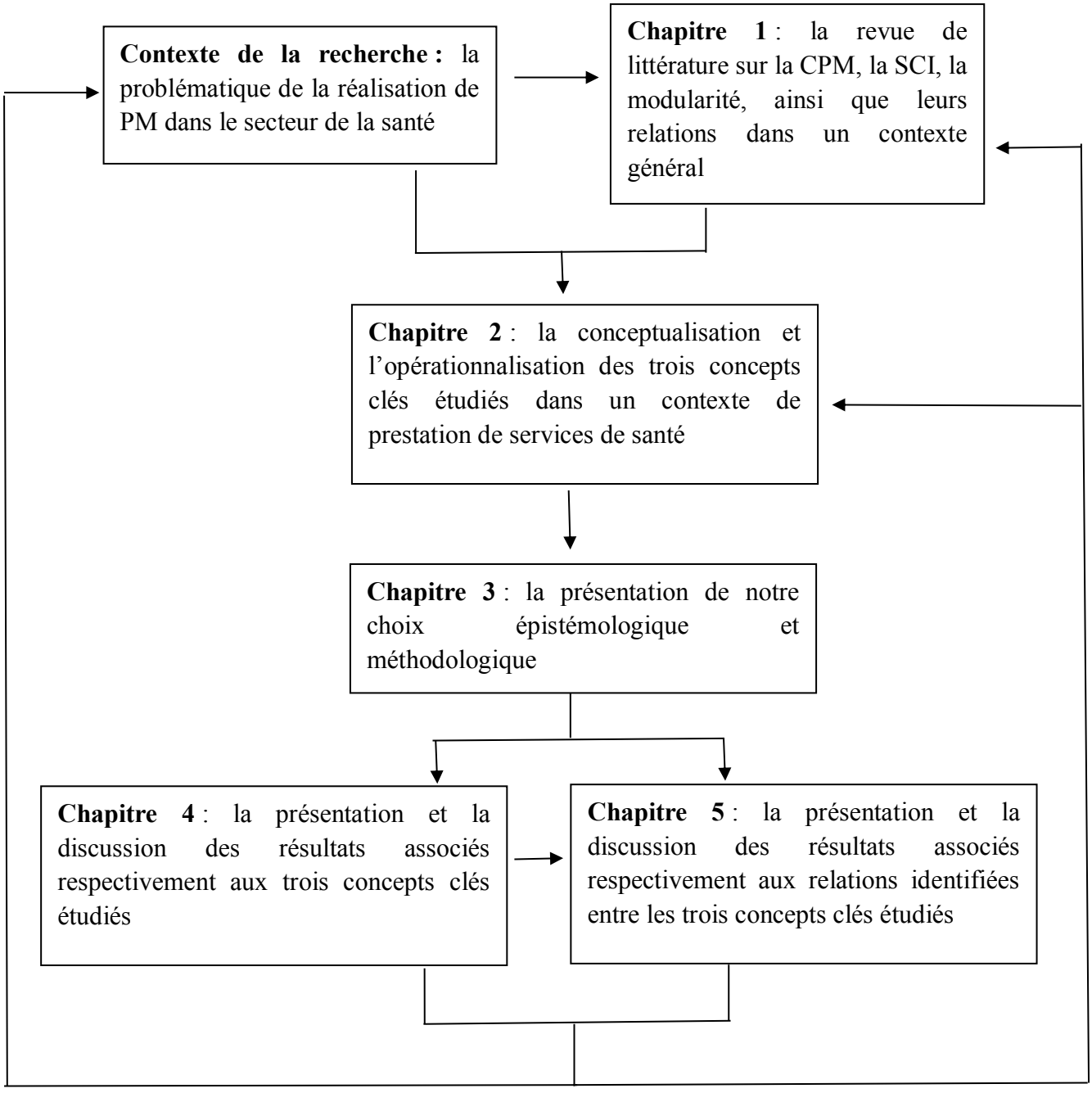
Dans le quatrième chapitre, nous avons présenté respectivement les résultats collectés relatifs aux trois concepts clés étudiés dans cette recherche, ces résultats collectés sont par la suite discutés par rapport à la littérature concernée.

Dans le cinquième chapitre, les résultats collectés relatifs aux différentes relations identifiées entre ces trois concepts clés sont respectivement présentés. Nous avons également mené une discussion de ces résultats collectés par rapport à la question de recherche posée, le cadre théorique et conceptuel mobilisé ainsi que le modèle conceptuel de recherche.

Enfin, les différents apports théoriques, managériaux et méthodologiques, les limites ainsi que les perspectives de recherche futures sont présentées dans la conclusion générale.

La figure 4 présentée ci-dessous permet de synthétiser et d'illustrer le chemin de thèse emprunté.

Figure 4 : le chemin de la thèse



Source: élaboration personnelle

1. La personnalisation de masse et ses deux facteurs facilitant clés :

Introduction du chapitre 1

Dans le premier chapitre, nous allons d'abord présenter notre revue de littérature en *Operations Management* (OM) *et Supply Chain Management* (SCM) sur le concept de la PM, les différentes capacités nécessaires pour concrétiser la PM, ainsi que les facteurs facilitant la réalisation de la PM (le développement des différentes capacités de PM) dans un contexte général (section 1.1). Et parmi les facteurs facilitant identifiés, nous choisissons d'étudier ces deux facteurs facilitant les plus importants : la SCI (section 1.2) et la modularité (section 1.3). Notre revue de littérature réalisée respectivement sur ces trois concepts (PM, SCI, Modularité) mentionnés ci-dessus se base principalement sur des articles clés ayant réalisé une revue de littérature critique ou systématique sur chacun de ces trois concepts étudiés. Et à partir de ces articles, nous identifions des références fondatrices, et des références incontournables pour avoir une compréhension solide de ce que dit la littérature sur chacun de ces trois concepts. Comme ces trois concepts sont déjà beaucoup étudiés en *OM et SCM*, ainsi, nous n'envisageons pas d'identifier tous les articles possibles étudiant ces concepts.

Dans la section 1.4, en se basant sur une revue de littérature détaillées des travaux étudiant les relations entre ces trois concepts, nous avons pu mettre en avant les différentes relations étudiées et non suffisamment étudiées entre ces trois concepts clés dans la littérature de SCM et OM. Ce travail d'articulation des concepts permet d'aboutir à une question de recherche centrale.

Enfin, pour répondre à notre question de recherche, nous allons présenter le cadre théorique mobilisé et justifier la pertinence du choix de ce cadre dans la section 1.5.

1.1 La Personnalisation de Masse (PM)

Dans cette section, nous allons d'abord présenter les principales définitions clés de la PM, les stratégies associées à sa mise en œuvre, ainsi que ses facteurs facilitant (sous section 1.1.1). Ensuite, nous présenterons les différentes capacités nesessaires à la réalisation de PM, tout en mettant en avant deux facteurs les plus importants facilitant le développement de ces capacités (sous section 1.1.2).

1.1.1 la PM et les facteurs facilitant sa réalisation

Ce concept a été premièrement abordé par Davis (1989) qui le définit de manière générale comme « *la capacité de fournir des produits et services conçus individuellement pour chaque client à travers la haute agilité ou flexibilité du processus et intégration »* (Pine et al., 1993). Il existe aussi une définition plus précise de ce concept : « *un système qui utilise la technologie de l'information, des processus flexibles et des structures organisationnelles pour offrir une large gamme de produits et de services qui répondent aux besoins spécifiques de chaque clients (souvent définis par une série d'options), à un coût proche de celui des articles produits en série* » (Hart, 1995a ; Kotha, 1995).

En se basant principalement sur deux références clés (Da Silveira et al., 2001 ; Fogliatto et al., 2012) qui ont effectué une revue de littérature détaillée sur le concept de la PM à temporalité différente, nous arrivons à identifier les autres références clés de cette littérature (Pine, 1993 ; Pine et al., 1993 ; Kotha, 1995, 1996 ; Feitzinger et Lee, 1997 ; Duray et al., 2000 ; Zipkin, 2001 ; Da Silveira et al., 2001 ; Tu et al., 2001 ; Tu et al., 2004 ; Salvador et al., 2009).

Les deux travaux de Pine (et ses collègues) publiés en 1993 peuvent être vus comme des travaux fondateurs qui ont décrit de manière détaillée ce que c'est la PM, et qui ont discuté de sa mise en œuvre. Selon ces auteurs et d'autres articles fondateurs (Kotha,

1995, 1996 ; Feitzinger et Lee, 1997), il existe principalement trois époques de la production industrielle : la production artisanale, la production de masse et la personnalisation de masse. Elles se distinguent par les différentes caractéristiques de production en matière du volume et de la variété. La production artisanale est caractérisée par une haute variété de production et un bas volume de production. Au contraire de cette époque de production, grâce à l'évolution industrielle, le mode de la production de masse est apparu qui a augmenté considérablement la capacité de production en matière de volume, mais avec peu de variété. Et la personnalisation de masse est apparue après, qui est caractérisée par la capacité à produire un grand volume de produits hétérogènes. En effet, ces trois époques ont marqué l'évolution de la technologie industrielle et des besoins des consommateurs.

Cette littérature identifie principalement trois forces derrières l'évolution du mode de production de masse à celui de la personnalisation de masse : l'accélération de l'évolution technologique, l'évolution des besoins de consommateurs vers la recherche d'une grande variété de produits à bas coût et la complexité accrue des produits à forte intensité technologique (Hart, 1995a ; Tu et al., 2004). Rungtusanatham et Salvador (2008) ont aussi identifié les différentes barrières associées à cette transition (de la production de masse à la personnalisation de masse), comme :

- une approche marketing focalisée sur la spécification du produit qui cherche à identifier et exploiter au maximum les besoins similaires au sein d'un segment de client visé.

- La procédure comptable qui ne peut pas imputer et allouer la partie des frais généraux de fabrication générés en raison de la prolifération de pièces à des offres de produits spécifiques.

- La culture de conception qui met en avant l'originalité de la conception et la minimisation des coûts comme les critères prioritaires dans la conception du produit.

- La difficulté de transition d'une logique fondée sur l'économie d'échelle, à une logique fondée sur l'économie d'envergure au niveau de l'investissement des actifs (production).

Par conséquent, pour mieux réussir la mise en place de la PM, Hart (1995a) met en évidence quatre piliers pour poursuivre la stratégie de la personnalisation de masse qui sont respectivement : la sensibilité du client à la personnalisation (*Customer customization sensitivity*), l'existence ou la possibilité de développer des processus soutenant la stratégie de la PM (*Process amenability*), l'environnement compétitif (*Competitive environment*) et la préparation organisationnelle (*Organizational readiness*).

Tout d'abord, pour les entreprises qui envisagent de poursuivre cette stratégie, les besoins de chaque client de ces entreprises doivent être uniques. Ensuite, ces entreprises doivent disposer des éléments technologiques (e.g. capacité de conception modulaire du produit, systèmes de production reconfigurable) et organisationnels (e.g. la polyvalence des employées) pour pouvoir satisfaire les besoins hétérogènes de ses clients à bas coût. Troisièmement, ces entreprises doivent aussi évaluer l'environnement de leur marché afin de voir si les facteurs environnementaux soutenant la poursuite de la stratégie de la PM existent. Par exemples, l'instabilité et l'hétérogénéité de la demande, le nombre de concurrent adoptant déjà cette stratégie, etc. Enfin, ces entreprises doivent aussi se préparer pour disposer des attitudes, de la culture et des ressources en faveur de l'adoption de la PM. Ces quatre piliers sont aussi interdépendants entre eux. Par ailleurs, Feitzinger et Lee (1997) nous fournissent un exemple concret de mise en place de la stratégie de PM. Ils ont étudié de quelles manières Hewlett-Packard était capable d'implanter cette stratégie. Deux capacités opérationnelles ont été identifiées comme facteurs facilitant : la conception modulaire du produit et la mise en place des techniques de la différenciation retardée. Cela confirmait en partie ce que préconisait par Hart (1995a).

A travers une revue de littérature sur le concept de PM, Da Silveira et al. (2001) démontrent qu'à part les demandes des clients (la recherche simultanée de la variété et du volume), le marché de l'entreprise, les technologies de l'information et de la communication, les technologies de production, l'offre de produit et/ou de service personnalisable, il existe encore deux autres facteurs clé de succès que Hart (1995a) n'a pas mentionné. La supply chain et le partage de connaissances parmi les membres de la supply chain. Da Silveira et al. (2001) insistent sur le fait que la PM soit un concept basé sur la supply chain, la réussite de l'exécution de la stratégie de PM dépend de la participation volontaire de tous les membres de la supply chain. La continuité des différents types de flux (physiques, informations, connaissances) circulant au sein de la supply chain contribue considérablement à la réussite de l'implantation de la PM (Kotha, 1996).

En parallèle, d'autres chercheurs ont cherché à développer une typologie des stratégies de la PM. Par exemples, Gilmore et Pine (1997) ont proposé quatre approches pour conduire la stratégie de la PM :

- Collaborative : l'entreprise collabore avec ses clients pour développer les produits et services personnalisés.
- Adaptative : l'entreprise conçoit un produit standard, mais personnalisable et ses clients peuvent adapter l'usage de ce produit à différentes occasions.
- Cosmétique : l'emballage du produit standardisé est personnalisé en fonction des goûts uniques de différents clients.
- Transparent : les produits standardisés sont adaptés en fonction des besoins uniques de chaque client sans que ce dernier le sache.

Toujours selon ces mêmes auteurs, avant de choisir l'une des ces quatre approches, les managers doivent peser le pour et le contre de chacune de ces quatre approches pour en choisir une la plus adaptée. Dans certains cas, les managers peuvent aussi combiner ces quatre approches pour satisfaire les besoins uniques de leurs clients. En outre, en se basant sur différents critères comme, la configuration des processus, des produits et la

nature de processus de transaction client (générique ou spécifique), Lampel et Mintzberg (1996) ont mis en avant un continuum de stratégies, de la pure standardisation jusqu'à la pure personnalisation en passant par trois formes hybrides de la stratégie de PM.

En mettant à jour la revue de littérature réalisée par Da Silveira et al. (2001) sur le concept de la PM, Fogliatto et al. (2012) classifient les différents facteurs facilitant la PM identifiés dans la littérature en quatre catégories présentées en dessous. Par ailleurs, selon ces mêmes auteurs, ces facteurs facilitant permettent de soutenir le développement ou la réalisation des facteurs clés de succès associés à l'implantation de la stratégie de PM mentionnées par Hart (1995a), Kotha (1996) et Da Silveira et al. (2001) auparavant.

- **les méthodologies de la PM** (les stratégies clés permettant de guider ou encadrer l'implantation de la PM) : la combinaison des stratégies lean et agile.

- **les processus de la PM** (les facteurs facilitant classés dans les différentes phases de ces processus) :
    1. la phase de l'identification et de la spécification des besoins de clients (*order elicitation*) : les outils et les systèmes facilitant l'implication des clients dans la conception des produits et des services, les techniques de *data mining*.
    2. la phase de la conception : la différenciation retardée et l'architecture modulaire du produit.
    3. La phase de la production : les techniques d'optimisation au niveau de la planification et du contrôle de la production.
    4. La coordination et l'intégration de la supply chain.

- **les technologies de la production** : *Advanced Manufacturing Technologies (AMTs), computer-aided design (CAD)*.

- **les technologies de l'information et de la communication (TIC)** : l'utilisation de l'internet et de l'e-commerce dans le traitement de commandes ; l'adoption des TICs facilitant l'intégration du client dans le co-développement du produit.

Après avoir présenté les principales caractéristiques de la PM, ses facteurs clés de succès, les différents types de stratégies associées à la PM et les facteurs facilitant de sa mise en œuvre. Nous allons présenter dans la sous section suivante, les différentes capacités nécessaires pour concrétiser la PM.

1.1.2 La capacité de personnalisation de masse

La réalisation de la PM repose sur le développement des différentes Capacités de PM (CPM) (Zipkin, 2001 ; Tu et al., 2001 ; Tu et al., 2004 ; Salvador et al., 2009 ; Zhang et al., 2015a). Selon Trentin et al. (2015), le courant de recherche qui étudie la CPM est encore relativement récent et sous-développé.

Pour mieux comprendre les idées clés de ce courant de recherche, et compléter notre revue de littérature sur le concept de la PM présentée ci-dessus, nous avons effectué plusieurs recherches dans les trois bases de données suivantes : EBSCO, Emerald, Sciencedirect sur les articles qui ont conceptualisé la CPM et/ou qui l'ont étudié dans une recherche empirique. Ces trois bases de données ont été choisies, car elles couvrent quasiment la totalité des revues académiques à comité de lecture dans les domaines du SCM, et *Operations Management*. A noter que notre objectif ici n'est pas de faire une revue de littérature systématique autour de la CPM, mais d'avoir une compréhension globale et détaillée sur comment la CPM est conceptualisée et opérationnalisée.

Concrètement, nous avons utilisé la combinaison des mots clés suivants : *mass customization ability* ou *mass customization capability*, avec une recherche dans le titre, le résumé et les mots clés des références inclues dans les trois bases de données mentionnées ci-dessus, sur la période de 2000 à 2017. Nous choisissons de nous

focaliser sur cette période, car Tu et al. (2001) et Zipkin (2001) sont les premiers auteurs qui ont associé le mot « capacité » avec la PM, et qui ont conceptualisé la CPM (Tu et al., 2004 ; Liu et al., 2006 ; Zhang et al., 2015a). Par ailleurs, parmi les références identifiées, nous retenons uniquement les articles qui ont été publiés dans des revues académiques à comité de lecture. Ces recherches dans les bases de données concernées ont abouti respectivement à un résultat initial de 62 références pour EBSCO, 114 références pour Sciencedirect et 31 références pour Emerald, soit au total 207 références. Après avoir exclu les doublons et les références qui ne traitent pas spécifiquement la question de la conceptualisation et de l'opérationnalisation de la CPM, via une lecture référence par référence de leurs titres, mots clés, résumé, et la totalité de leurs textes (si nécessaire), nous avons retenu finalement 33 articles (présentés dans Annexe 1).

.

Parmi ces 33 articles identifiés, la grande majorité d'entre eux (29 articles) ont étudié la CPM dans une recherche empirique avec la méthode quantitative (traitement statistique), 2 articles théoriques ont cherché à conceptualiser la CPM (Zipkin, 2001 ; Salvador et al., 2009), il y a seulement 1 article qui a étudié la CPM via la méthode de l'étude de cas (Trentin et al., 2015), et 1 article l'a étudié via la combinaison de la méthode quantitative (traitement statistique) et la méthode *fuzzy-set qualitative comparative analysis* (Sjodin et al., 2016).

Parmi les articles qui ont étudié quantitativement la CPM, la grande majorité d'entre eux se sont basées sur le travail de conceptualisation et d'opérationnalisation de la CPM mené par Tu et al. (2001). Ce travail est ensuite complété par Liu et al. (2006). Tu et al. (2001) définissent la CPM comme « *the capability to offer a reliably high volume of different products for a relatively large market and adjust product and process designs according to customer demands quickly, without substantial trade-offs in cost, delivery, and quality* ». Ces mêmes auteurs ont proposé trois capacités distinctes de la PM présentées ci-dessous, ces capacités permettent de mesurer la performance attendue de la réalisation de la PM :

- L'efficacité de la personnalisation au niveau du coût (*Customization cost-effectiveness*) : la capacité à personnaliser les produits sans augmenter les coûts de production.

- L'efficacité de la personnalisation au niveau du volume (*Customization volume effectiveness*) : la capacité à ajouter la variété de produit sans sacrifier le volume de production.

- La réactivité de la personnalisation (*Customization responsiveness*) : la capacité à réorganiser rapidement les processus de production en réponse aux besoins individuels des clients.

En outre, Liu et al. (2006) ont ajouté une quatrième capacité de la PM : la qualité de la personnalisation (*Customization quality*) qui réfère à la capacité à ajouter la variété de produits sans sacrifier la qualité de produits.

Le travail de Trentin et al. (2015) est le seul article identifié par nous qui a apprécié de manière qualitative la CPM. Ces auteurs ont étudié la CPM, en se basant sur deux travaux conceptuels (Zipkin, 2001 ; Salvador et al., 2009) identifiés également par notre recherche. Ces deux travaux ont conceptualisé la CPM différemment que Tu et al. (2001) et Liu et al. (2006). Nous allons présenter respectivement le résultat de conceptualisation de la CPM de ces deux travaux en dessous.

D'abord, Zipkin (2001) a proposé trois capacités de PM suivantes :

- L'incitation (*elicitation*) qui désigne la capacité à identifier exactement ce que le client veut, ce qui peut être difficile, puisque parfois les clients eux-mêmes ont souvent des difficultés à décider ce qu'ils veulent et à communiquer ou à agir sur leurs décisions.

- La flexibilité du processus (*Process flexibility*) qui renvoie à la capacité à innover la technologie de production pour augmenter la flexibilité des processus.

- La logistique (*logistics*) se réfère à la capacité à s'assurer que le bon produit soit livré à chaque client au bon moment, et au bon endroit.

Ensuite, Salvador et al. (2009) considèrent la CPM comme un ensemble des capacités organisationnelles (Eisenhardt et Martin, 2000). En se basant sur le travail de Zipkin (2001), Salvador et al. (2009) ont également proposé trois capacités de PM :

- Le développement de l'espace de solution (*Solution space development*) : la capacité à identifier les attributs du produit selon lesquels les besoins des clients divergent pour qu'une entreprise puisse délimiter clairement ce qu'elle offrira dans son espace de solution (gamme des produits ou des services offerts) et ce qu'elle n'offrira pas.

- La choice navigation (*Choice navigation*) : la capacité à aider les clients à faire leurs propres choix tout en minimisant la complexité et le fardeau de ces choix.

- La conception robuste de processus (*Robust process design*) : la capacité à réutiliser ou recombiner les ressources intra et inter-organisationnelles pour répondre aux besoins hétérogènes de clients. A titre d'exemple, la recombinaison des mêmes composantes ou processus de production pour offrir les produits ayant des options différentes.

Selon Salvador et al. (2009), ce sont ces trois capacités fondamentales présentées ci-dessus qui déterminent la capacité d'une entreprise à réaliser la PM. Ils indiquent aussi que ces capacités organisationnelles représentent en effet une idéalisation de ce que peut être la PM, l'importance est d'aller vers cet état idéalisé, mais pas forcément de

l'atteindre parfaitement.

En se basant principalement sur le travail de Salvador et al. (2009), et en articulant les capacités de PM proposées par Zipkin (2001) et Salvador et al. (2009), Trentin et al. (2015) considèrent la logistique comme une quatrième capacité organisationnelle dans leur travail, en complément des trois capacités organisationnelles proposées par Salvador et al. (2009).

Selon Trentin et al. (2015, p.254), les capacités de PM développées par Zipkin (2001) et Salvador et al. (2009) peuvent être considérés comme les moyens pour atteindre les capacités de PM proposés par Tu et al. (2001). Par ailleurs, nous rappelons que ces différentes capacités de PM développées par Zipkin (2001) et Salvador et al. (2009) ont été aussi utilisés par les recherches empiriques mobilisant la méthode quantitative (traitement statistique). Par exemple, Zhang et al. (2015a) ont étudié la complémentarité des trois capacités de PM développés par Zipkin (2001). Ils concluent que ces trois capacités se sont positivement associées entre eux, et cette complémentarité contribue à l'amélioration de la performance financière de l'entreprise.

Par ailleurs, selon notre revue de littérature sur la PM et la CPM présentée dans la sous section précédente et cette sous section, la SCI et la modularité (produit, processus, production) ont été souvent mentionnés comme des facteurs facilitant la réalisation de la PM (Da silveira et al., 2001 ; Fogliatto et al., 2012), ainsi, le développement de la CPM (Liao et al., 2013 ; Salvador et al., 2015). En fait, nous retrouvons souvent les mêmes facteurs facilitant la réalisation de la PM identifiées par notre revue de littérature présentée dans la sous section 1.1.2 dans les travaux qui étudient les facteurs facilitant le développement de la CPM. A travers une revue de littérature sur les facteurs facilitant le développement de la CPM, Purohit et al. (2016) ont mis en avant dix facteurs essentiaux. Et à travers une hiérarchisation de ces facteurs via la méthode *interpretive structural modelling* dans l'industrie textile, ces auteurs ont mis en évidence trois facteurs les plus importants facilitant le développement de la CPM :

- les **pratiques basées sur la modularité**
- les **outils de production numériques** (e.g. CAD, RFID)
- l'**intégration de la supply chain**

Comme notre recherche s'inscrit dans le contexte de la santé et nous cherchons à comprendre comment réaliser la PM (le développement de la CPM) dans ce contexte spécifique, nous ne nous intéressons pas au facteur suivant dans cette recherche : outils de production numériques, puisqu'il est seulement pertinent à tenir compte dans le contexte industriel.

Par ailleurs, certaines recherches (Lai et al., 2012 ; Wang et al., 2014) appellent plus de travaux à mener pour investiguer simultanément le rôle de la SCI et de la modularité dans le développement des différentes capacités de PM. Ainsi, en se basant sur les travaux présentés ci-dessus et pour répondre à l'appel de Lai et al. (2012) et de Wang et al. (2014), nous choisissons de nous intéresser simultanément à deux autres facteurs les plus importants facilitant le développement de la CPM dans cette recherche : l'intégration de la supply chain et la modularité (produit, processus, production).

Par conséquent, nous allons respectivement présenter notre revue de littérature sur le concept de la SCI dans la section 1.2, et notre revue de littérature sur le concept de la modularité dans la section 1.3, avant de présenter les liens identifiés dans la littérature entre les trois concepts clés de cette recherche (la CPM, la SCI et la modularité) dans la section 1.4.

1.2 L'intégration de la supply chain

Dans cette section, nous allons dans un premier temps aborder le concept de la supply chain et le Supply Chain Management (SCM). En se basant sur des diverses définitions de la SCM, nous constatons que l'intégration est vue comme un élément clé du SCM (sous section 1.2.1). Ensuite, parmi les différentes définitions de l'intégration de la supply chain **(***Supply Chain Integration*-SCI**)**, nous avons choisi la définition qui nous convient le mieux dans cette recherche (sous section 1.2.2). Et selon notre revue de littérature sur la SCI, cette dernière est souvent vue comme un concept multidimensionnel, nous allons ainsi mettre en exergue ses dimensions les plus souvent mobilisées dans la littérature (sous section 1.2.3).

1.2.1 L'intégration, un élément clé du SCM

Depuis les deux dernière décennies, un changement de focus en science de gestion s'est réalisé au niveau de la stratégie des opérations : de l'alignement des opérations fonctionnelles à la stratégie d'entreprise au niveau intra-organisationnel dans les années 80 (Hayes et Wheelwright, 1984) à l'alignement «horizontal» des opérations aux processus traversant la frontière fonctionnelle et organisationnelle (Ghoshal et Bartlett, 1995) dans les années 90, en se basant sur une approche orientée vers la demande de client (Womack et al., 1991). Nous voyons que les entreprises se sont rendu compte de l'importance d'étendre leur périmètre de contrôle et d'influence afin de chercher les synergies et la complémentarité nécessaires, auprès de leurs partenaires, au gain des avantages compétitifs. Dans ce contexte, le terme management de la supply chain (*Supply Chain Management*-SCM) est né en 1982 (Oliver et Weber, 1982) et a attiré l'attention de nombreux chercheurs en sciences de gestion depuis plus de 35 ans déjà. A titre d'exemple, le nombre des articles publiés dans des revues académiques à comité de lecture portant sur le sujet de SCM est passé de 49 articles publiés en 1994 à plus de 1100 articles publiés en 2008 (Stock et Boyer, 2009). Et ce chiffre ne cesse de s'accroitre.

Mentzer et al. (2001) définissent la supply chain comme « *trois entités (organisations ou individus) ou plus qui sont directement impliqués dans les flux de produits, services, finances et / ou informations, circulés de l'amont vers l'aval (d'une source à un client) et de l'aval vers l'amont (d'un client à une source)* ». Ces mêmes auteurs font la distinction entre la supply chain qui est vue comme un phénomène existant dans le monde des affaires, et le **management** de ces supply chain. Il manque un consensus sur la définition du SCM dans la littérature (Stock et Boyer, 2009). Ces derniers ont identifié plus de 160 définitions de SCM dans la littérature académique. Mentzer et al. (2001) classifient ces différentes définitions en trois catégories :

- le SCM est une philosophie du management ;
- le SCM cherche à concrétiser cette philosophie via l'implantation d'une série d'activités entre les acteurs au sein de la supply chain (e.g. le partage mutuel des informations ; la mise en place des équipes inter-fonctionnelles) ;
- au lieu de focaliser sur les activités, certaines chercheurs (Cooper et al., 1997 ; Lambert et al., 1998) adoptent une vision processuelles qui cherchent à mettre en place des *business processes* pour concrétiser cette philosophie.

En se basant sur ces différentes définitions existantes de la SCM, Mentzer et al. (2001) définissent la SCM comme « *the systemic, strategic coordination of the traditional business functions and the tactics across these business functions within a particular company and across businesses within the supply chain, for the purposes of improving the long-term performance of the individual companies and the supply chain as a whole* ».

En outre, parmi ces nombreuses définitions existantes dans la littérature académique, la plupart d'entre eux considère de manière explicite l'intégration comme un élément clé du SCM (Cooper et al., 1997 ; Cooke, 1997 ; Mentzer et al., 2001 ; Chen et al., 2009b). A titre d'exemple, Lambert (1994) définit le SCM comme « *l'**intégration** des business processes de clients finaux jusqu'aux fournisseurs…* ». Celle de Cooper et al.

(1997) considère que le SCM est avant tout une **philosophie intégrative**. Cooke (1997) défini le SCM comme « *la coordination et l'**intégration** réussie de toutes les activités associées à l'acheminement des marchandises de l'étape des matières premières jusqu'à l'utilisateur final…* ». Ainsi, dans les sous sections suivantes, nous allons nous focaliser sur le concept de la SCI.

1.2.2 Les différentes définitions de la SCI

Selon le dictionnaire de Larousse en ligne, l'intégration signifie « *assemblage des différentes parties constitutives d'un système, en veillant à leur compatibilité et au bon fonctionnement du système complet* ». Il existe une confusion terminologique et conceptuelle sur ce que c'est l'intégration de la supply chain (*Supply Chain Integration-SCI*) dans la littérature du SCM (Fawcett et Magnan, 2002 ; Pagell, 2004 ; Autry et al., 2014).

En se basant sur les deux articles récents qui ont effectué une méta-analyse sur la relation entre la SCI et la performance (Leuschner et al., 2013 ; Mackelprang et al., 2014), ainsi que des articles qui ont effectué une revue de littérature analytique ou révision critique des recherches menées sur le sujet de la SCI (e.g. Power, 2005 ; Bagchi et al., 2005 ; Van der Vaart et van Donk, 2008 ; Fabbe-Costes et Jahre, 2008 ; Stevens et Johnson, 2016), nous avons pu identifier dix définitions clés de la SCI présentés dans le tableau 1 ci-après, via une lecture et analyse des références bibliographiques de ces articles. A noter que ces définitions présentées ne sont pas exhaustives, mais représentatives des définitions existantes de la SCI. Autrement, dit, ces définitions permettent d'illustrer les convergences et les divergences entre les différentes définitions de la SCI qui existent dans la littérature en SCM. Par ailleurs, certaines définitions présentées dans ce tableau ont été beaucoup citées par les autres chercheurs, notamment, celle de Narasimhan et al. (2010, p.356), selon Mackelprang et al. (2014), et celle de Flynn et al. (2010, p.66), selon wong et al. (2011) et Huo et al. (2014).

Après leur analyse des travaux portant sur la SCI, Leuschner et al. (2013, p.34) et Mackelprang et al. (2014, p.71) arrivent sur la même conclusion que la SCI représente l'**étendue** et le **niveau** de **l'alignement et de la liaison des processus** entre les différents membres de la supply chain. En effet, nous constatons que la vision processuelle ou transversale est adoptée par la plupart des définitions présentées dans le tableau 2. Ces définitions présentées reflètent souvent une approche stratégique et systématique dans l'alignement des *business processes* au niveau de la frontière fonctionnelle et organisationnelle (Mackelprang et al., 2014, p.72). L'objectif de la SCI consiste à fonctionner comme un ensemble cohérent et harmonieux via l'alignement sans couture (*seamless*) de ces processus (Mentzer et al., 2001 ; Chen et al., 2009a). Par ailleurs, les définitions présentées s'accordent sur le point suivant : l'enjeu principal de la SCI consiste à assurer **l'efficacité et l'efficience** dans la gestion des flux circulant au sein de la supply chain (Power, 2005 ; Chen et al., 2009a ; Flynn et al., 2010 ; Richey et al., 2010 ; Stevens et Johnson, 2016). Une orientation client (i.e. la création de la valeur ajoutée pour le client) est aussi mise en avant par certaines de ces définitions (Stevens, 1989 ; Flynn et al., 2010 ; Stevens et Johnson, 2016).

Malgré les convergences identifiées de ces définitions, ces dernières divergent aussi sur les différents points suivants : premièrement, les termes suivants : coordination, collaboration et intégration sont utilisés de manière interchangeable dans ces définitions (Autry et al., 2014). Romano (2003) a fait un effort de distinction entre le concept de la coordination et celui de l'intégration dans le contexte du SCM. Selon l'auteur, la coordination permet aux managers de choisir l'action la plus appropriée à réaliser à partir d'un ensemble de solutions alternatives dans le processus de prise de décision. Tandis que l'intégration les aide à définir dans quelle mesure ces actions doivent aller au-delà des frontières organisationnelles entre les fonctions d'une entreprise et/ou entre les entreprises. Ainsi, l'intégration repose sur la coordination et la coordination est un élément facilitateur de l'intégration (Frohlich et Westbrook, 2001). Par ailleurs, comme « *Integration involves the strength of collaboration that exists between members of a supply chain; includes the establishment of collaborative relationships and efficient*

and effective coordination between members » (Autry et al., 2014, p.276), la collaboration, comme la coordination, a été souvent vue aussi comme un élément faisant partie de l'intégration (Leuschner et al 2013, Mackelprang et al., 2014).

Deuxièmement, au fur et à mesure de l'avancement des recherches portant sur la SCI, le périmètre des flux focalisés par ces définitions s'élargit. Dans les années 90s et au début de 21ème siècle, les flux physiques et les flux d'information ont été mis en avant (Stevens, 1989 ; Frohlich et Westbrook, 2001), tandis que les autres types de flux (e.g. service, finance, connaissance) ont été aussi tenus compte par les chercheurs depuis les dix dernières années (Flynn et al., 2010 ; Stevens et Johnson, 2016).

Troisièmement, certaines définitions ne focalisent que sur un aspect précis de la SCI, comme celle de Chen et al. (2009a) focalisant sur *Supply Chain Process Integration,* tandis que d'autres définitions adoptent plutôt une vision holistique de l'intégration en focalisant sur les flux, les processus et activités, et les relations inter-organisationnelles de la SCI (Flynn et al., 2010 ; Narasimhan et al., 2010 ; Stevens et Johnson, 2016).

Quatrièmement, parmi ces différentes définitions, certaines focalisent sur les côtés opérationnels et tactiques de la SCI (Frohlich et Westbrook, 2001), tandis que certaines d'autres mettent l'accent sur le côté stratégique de la SCI (Narasimhan et al., 2010 ; Flynn et al., 2010). Ces derniers indiquent que l'intégration opérationnelle et tactique conduit seulement à une amélioration de la performance opérationnelle, tandis que l'intégration stratégique peut contribuer à la performance opérationnelle et aussi stratégique. Il existe aussi des définitions qui adoptent une vision holistique en focalisant sur les aspects opérationnels, tactiques et stratégiques de l'intégration (Bagchi et al., 2005 ; Richey et al., 2010). Ce point de divergence reflète les différents niveaux d'analyse que les travaux en SCM adoptent pour aborder le sujet de la SCI (Autry et al., 2014).

Enfin, quant à l'amélioration de la performance, certaines de ces définitions se réfèrent

à la performance individuelle de l'entreprise focale (Richey et al., 2010 ; Narasimhan et al., 2010), et d'autres se réfèrent à la performance globale de toute la supply chain (Chen et al., 2009a ; Flynn et al., 2010 ; Stevens et Johnson, 2016).

Tableau 1 : les définitions clés de la SCI

Définitions de SCI	Référence
The objective of managing the supply chain is to synchronize the requirements of the customer with the flow of materials from suppliers in order to effect a balance between what are often seen as conflicting goals of high customer service, low inventory management, and low unit cost.	Stevens (1989, p.3)
The first type of integration involves coordinating and integrating the forward physical flow of deliveries between suppliers, manufacturers, and customer. The other prevalent type of integration involves the backward coordination of information technologies and the flow of data from customers to suppliers.	Frohlich et Westbrook (2001, p.186)
The comprehensive collaboration among supply chain network members in strategic, tactical and operational decision-making.	Bagchi et al. (2005, p.278)
Process integration refers to the management of various sets of activities that aims at seamlessly linking relevant business processes within and across firms and eliminating duplicate or unnecessary parts of the processes for the purpose of building a better-functioning supply chain.	Chen et al. (2009a, p.66)
supply chain integration refers to linking major business functions and business processes within and across companies into a cohesive and high-performing business model.	Le glossaire de CSCMP cité par Chen et al. (2009a, p.27)
a firm's objective to attain operational and strategic efficiencies through collaboration among internal functions and with other firms.	Richey et al. (2010, p.238)
the combination of efforts to integrate supplier and customer information and inputs into internal planning and capabilities through cross business relationships and internal cross-functional teams.	Narasimhan et al. (2010, p.356).
The degree to which a manufacturer strategically collaborates with its supply chain partners and collaboratively manages intra- and inter-organization processes. The goal is to achieve effective and efficient flows of products and services, information, money and decisions, to provide maximum value to the customer at low cost and high speed.	Flynn et al. (2010, p.59)
SCI is the scope and strength of linkages in supply chain processes across firms.	Leuschner et al., (2013, p.34)
the alignment, linkage and coordination of people, processes, information, knowledge, and strategies across the supply chain between all points of contact and influence to facilitate the efficient and effective flows of	Stevens et Johnson (2016, p.22)

material, money, information, and knowledge in response to customer needs.	

Parmi toutes ces définitions présentées, nous choisissons de nous baser sur celle de Stevens et Johnson (2016) dans cette recherche, car selon nous, leur définition résume bien les points de convergences et de divergences de ces définitions mentionnées ci-dessus. Plus spécifiquement, cette définition met en avant les éléments à intégrer (i.e. personnes, processus, informations, connaissances et stratégies), les mécanismes de l'intégration (i.e. l'alignement, la liaison et la coordination), le périmètre ou l'étendu de l'intégration (i.e. tous les points de contact et d'influence de la supply chain), les types de flux à gérer (i.e. matériel, information, connaissance, finance) et enfin l'objectif ultime de cette intégration (i.e. la satisfaction des besoins de client final). Et elle implique en plus de manière implicite tous les trois niveaux d'analyse de la SCI (i.e. stratégique, tactique, opérationnel). Ainsi, cette définition constitue selon nous un bon point de départ pour appréhender la complexité de SCI.

1.2.3 L'intégration, un concept multidimensionnel

En nous basant sur les mêmes articles qui nous ont aidés à identifier les différentes définitions clés de la SCI, nous avons pu identifier douze références clés portant sur les différentes dimensions de la SCI (présenté dans Annexe 2). Elles sont choisies pour trois raisons : premièrement, ces travaux ont étudié empiriquement la relation entre la SCI et la performance associée. Deuxièmement, ces travaux sélectionnés datant de 2001 jusqu'à 2016 permettent d'étudier l'évolution des recherches associée à la SCI pendant une quinzaine d'années. Troisièmement, ils sont tous publiés dans les revues académiques bien classés (Rang 1 et 2, classement CNRS) et la grande majorité d'entre eux ont été beaucoup cités dans la littérature de la SCI. A titre d'exemple, « *there are some which are used in many papers and can be considered as being fundamental: Stevens (1989), Frohlich and Westbrook (2001), Narasimhan and Kim (2002) and Vickery et al. (2003)* » (Fabbe-Costes et Jahre (2008, p. 144). Par conséquent, ces trois

dernières références ayant effectué des études empiriques ont été sélectionnées. En outre, selon Leuschner et al. (2013) et Mackelprang et al. (2014), les autres références sélectionnées, comme Pagell (2004), Swink et al. (2007), Flynn et al. (2010) et Wong et al. (2011), font partie aussi des références clés dans la littérature de la SCI.

A la suite de leur identification, nous l'avons comparé, et le résultat de cette comparaison est présenté dans le tableau 2 en-dessous (CF Annexe 2 pour le détail de l'analyse). Pour effectuer ce travail de comparaison, nous sommes basés sur les différentes catégories de dimensions développés par Fabbe-Costes et Jahre (2008), parce que ces catégories ont été proposées à l'issue d'un travail de comparaison et de synthèse des différentes dimensions existantes de la SCI. Ainsi, nous servons de leurs catégories proposées comme une grille de comparaison pour étudier et comparer les dimensions de la SCI utilisées par ces douze références clés datant de 2001 jusqu'à 2016. Voici les trois grandes catégories de dimensions de la SCI proposées par Fabbe-Costes et Jahre (2008) :

- les couches d'intégration : les flux (physiques, information, financiers) ; les processus et activités (opérationnels, support, pilotage) ; les systèmes et technologies (physiques, informationnels) ; et les acteurs (individus, équipes, fonctions, entreprises).

- L'étendue de l'intégration (la nature et le nombre d'organisations ou participants impliqués) : intra-organisationnel ; inter-organisationnel (i.e. dyade, triade) ; multi-supply chain ou réseau ; sociétale.

- Le degré d'intégration pour chaque couche ou étendue ou la combinaison de couches et étendues.

Tableau 2 : la synthèse des différentes dimensions de SCI étudiés dans la littérature

Les dimensions de SCI										La relation SCI et performance
Les couches de l'intégration (le quoi à intégrer)				Les étendues de l'intégration (avec qui à intégrer)					Les niveaux de l'intégration	
Flux	Processus & activités	Systèmes& technologies	Acteur	Intra-orga	dyade	triade	chaîne étendue	Réseau	Niveau maximal *versus* Niveau différencié	
12(I) 0 (E)	7 (I) 5 (E)	7 (I) 2 (E)	5 (I) 6 (E)	0 (I) 10(E)	0 (I) 11 (E)	0 (I) 8 (E)	0 (I) 2 (E)	0 (I) 0 (E)	9 (M) 3 (D)	10 (P) 2 (A)

Note : (I) signifie que l'élément correspondant a été implicitement étudié par les auteurs, (E) signifie que l'élément correspondant a été explicitement mentionné comme une dimension de SCI étudiée par les auteurs. (M) signifie la recherche d'un niveau maximal de l'intégration sur toute la supply chain et (D) signifie la différenciation du niveau de l'intégration en fonction du contexte. (P) signifie positif et (A) signifie ambivalent.

Source : élaboration personnelle

A travers ce tableau de synthèse, nous pouvons en tirer trois conclusions générales :

Premièrement, parmi les travaux clés portant sur la SCI, les dimensions de la SCI ont été conceptualisés et opérationnalisés différemment (Fabbe-Costes et Jahre, 2008 ; Flynn et al., 2010 ; Mackelprang et al., 2014). Certaines recherches, comme celle de Vickery et al. (2003) et Rosenzweig et al. (2003), adoptent une conceptualisation unidimensionnelle de la SCI (i.e. la SCI est vue comme une seule dimension incluant toutes les couches de l'intégration et/ou avec qui à intégrer et/ou le degré de l'intégration), et d'autres considère la SCI comme un concept multidimensionnelle (Swink et al., 2007 ; Flynn et al., 2010 ; Prajogo et Olhager, 2012 ; Prajogo et al., 2016). L'approche de conceptualisation de la SCI en une seule dimension a été critiquée, car cette approche peut négliger l'interaction des différentes couches, et/ou étendues et/ou degrés de l'intégration dans la réalisation de la SCI, et ignorer la différence de l'impact de ces éléments sur la performance attendue de la SCI (Wong et al., 2011, p.605). Par conséquent, nous nous alignons avec la vision qui considère la SCI comme un concept multidimensionnel.

Parmi les travaux qui conceptualisent la SCI comme un concept multidimensionnel,

certaines recherches focalisent essentiellement sur l'étendue de l'intégration (avec « qui » à intégrer) en mentionnant implicitement le « quoi » à intégrer (Frohlich et Westbrook, 2001 ; Narasimhan et Kim, 2002 ; Fawcett et Magnan, 2002 ; Gimenez et Ventura, 2005 ; Flynn et al., 2010 ; Wong et al., 2011 ; Jin et al., 2013). D'autres focalisent à la fois sur le « quoi » à intégrer et avec « qui » à intégrer (Vickery et al., 2003 ; Pagell, 2004 ; Swink et al., 2007 ; Chen et al., 2009b ; Prajogo et al., 2016). Par ailleurs, nous remarquons que le degré de l'intégration est souvent aussi abordé de manière implicite par ces deux groupes de travaux mentionnés précédemment (Frohlich et Westbrook, 2001 ; Vickery et al., 2003 ; Swink et al., 2007 ; Flynn et al., 2010 ; Jin et al., 2013). A titre d'exemple, Gimenez et Ventura (2005) ont développé une échelle de mesure pour évaluer le niveau de l'intégration interne et externe de l'entreprise focale avec leurs partenaires de la supply chain.

En comparant les dimensions développées par ces différents travaux mentionnés ci-dessus, trois dimensions les plus utilisées de la SCI ont été identifiées : l'intégration avec le client, l'intégration interne, et l'intégration avec le fournisseur. Ces trois dimensions relèvent principalement l'étendue de l'intégration ou avec qui à intégrer (Autry et al., 2014). Ces trois dimensions clés, leurs définitions associées ainsi que les références qui ont mobilisé simultanément ces trois dimensions sont tous présentées et synthétisées dans le tableau 3 en dessous.

Tableau 3 : les dimensions de la SCI les plus mobilisées

les dimensions clés (avec qui à intégrer)	**Les définitions**	**Les références mobilisant ces dimensions**
L'intégration avec les fournisseurs	Le processus d'acquisition et de partage des informations opérationnelles, techniques et financières et des connaissances connexes avec le fournisseur et vice versa. Cette intégration cherche à mieux répondre aux exigences de produits et de production de la part de l'entreprise focale via le développement et l'exploitation efficace des capacités et des structures de coûts du fournisseur et de l'entreprise focale (Swink et al., 2007, p.151).	Swink et al. (2007) ; Lee et al. (2007) ; Flynn et al. (2010) ; Wong et al. (2011) ; Schoenherr et Swink (2012) ; Droge et al. (2012) ;

L'intégration interne (l'entreprise focale)	La mesure dans laquelle une entreprise structure ses propres stratégies, pratiques et processus organisationnels en processus collaboratifs et synchronisés afin de répondre aux besoins de ses clients et d'interagir de manière efficiente avec ses fournisseurs (Flynn et al., p.59).	Terjesen et al. (2012) ; Jin et al. (2013) ; Yu et al. (2013) ; Mackelprang et al. (2014)
L'intégration avec les clients	Le processus d'acquisition et d'assimilation de l'information sur les besoins des clients et des connaissances connexes. Cette intégration cherche à avoir une compréhension plus profonde des attentes et des opportunités du marché, ce qui contribue à une réponse plus précise et plus rapide aux besoins et exigences des clients (Swink et al., 2007, p.151).	

Source : élaboration personnelle

Parmi les travaux mentionnés ci-dessus qui ont mobilisé simultanément ces trois dimensions clés de la SCI, nous y retrouvons en effet toutes les quatre couches de l'intégration mentionnées auparavant dans leurs mesures de ces dimensions. Autrement dit, l'intégration avec le fournisseur, l'intégration interne et l'intégration avec le client sont mesurées en matière des flux, des processus, des systèmes&technologies, et des acteurs par ces travaux. Nous allons ainsi détailler ces mesures correspondant à chaque couche de l'intégration.

L'intégration des acteurs se réfère à l'interaction, la coordination et la collaboration entre les individus, les équipes, les fonctions et les organisations. Il s'agit de développer un niveau nécessaire de congruence stratégique, organisationnelle, culturelle et structurelle entre les acteurs concernés de la supply chain (Mentzer et al., 2001, Barrat, 2004 ; Power, 2005). Au niveau de cette couche, les mesures mobilisées pour opérationnaliser les trois dimensions clés de la SCI sont les suivantes (Frohlich et Westbrook, 2001 ; Vickery et al., 2003 ; Gimenez et Ventura, 2005 ; Swink et al., 2007 ; Flynn et al., 2010 ; Wong et al., 2011; Jin et al., 2013) : le partage des informations (e.g. prévision, coût, qualité, niveau de stock, capacité) avec les clients et les fournisseurs ; le développement des objectifs en commun, la prise de décision partagé, le partage des risques et des récompenses (Congruence stratégique) ; la mise en place des réunions et équipes inter-fonctionnelles et inter-organisationnelles, la rotation des postes, le

développement des activités en commun (congruence organisationnelle et structurelle) ; le développement conjoint de la compréhension des responsabilités de chacun, l'établissement de la confiance et une relation de partenariat à long terme (congruence culturelle).

L'intégration des systèmes et technologies correspond à l'interconnectivité et l'interopérabilité des systèmes et technologies au niveau intra et inter-organisationnelle (Vickery et al., 2003 ; Prajogo et Olhager, 2012). Au niveau de cette couche, les mesures mobilisées pour opérationnaliser les trois dimensions clés de la SCI sont les suivantes (Frohlich et Westbrook, 2001 ; Narasimhan et Kim, 2002 ; Flynn et al., 2010 ; Prajogo et Olhager, 2012) : l'établissement de *quick ordering system* avec les clients et fournisseurs ; l'accès en commun des EDI ; l'utilisation des systèmes de production informatisé (MRP ; MRPII).

L'intégration des processus se réfèrent à la recherche de simplification et de l'amélioration de la connexion des processus intra et inter-organisationnels (Chen et al., 2009a ; 2009b ; Flynn et al., 2010). Au niveau de cette couche, les mesures mobilisées pour opérationnaliser les trois dimensions clés de la SCI sont les suivantes (Swink et al., 2007 ; Chen et al., 2009a ; Flynn et al., 2010 ; Wong et al., 2011 ; Prajogo et al., 2016) : l'élimination des redondances et gaspillages au sein des processus intra et inter-organisationnels ; l'alignement des objectifs inter-organisationnels pour développer des processus en commun ; la définition et l'adoption des standards communs pour connecter sans couture les processus.

L'intégration des flux se réfère à la continuité et la fluidité des différents types de flux (e.g. physiques, informations, financiers). Les flux physiques sont pilotés par les flux d'informations (Frohlich et Westbrook, 2001 ; Mentzer et al., 2001). Le flux financier n'a pas vraiment été étudié dans les travaux que nous avons lus. Par ailleurs, cette couche de l'intégration n'a pas été mesurée de manière explicite par ces travaux lus, à part de celui de Wong et al. (2011, p.609) et de Prajogo et Olhager (2012, p.518). Elle

est plutôt considérée comme le résultat de la SCI et elle dépend de toutes les trois autres couches de l'intégration mentionnées ci-dessus (Fabbe-Costes et Jahre, 2008).

Deuxièmement, la grande majorité des travaux étudiés (Frohlich et Westbrook, 2001 ; Narasimhan et Kim, 2002 ; Vickery et al., 2003 ; Chen et al., 2009 ; Flynn et al., 2010 ; Prajogo et al., 2016) démontrent que la relation entre la SCI et la performance associée est globalement positive. Seulement quelques travaux (Swink et al., 2007 ; Wong et al., 2011) remettent en question ce lien en indiquant que la mise en place de SCI n'améliore pas systématiquement la performance. Ce constat nous renvoie à un grand débat entre deux courants de recherche dans la littérature de la SCI. Le premier courant de recherche réclame que plus le degré de toutes les dimensions de la SCI serait élevé, meilleure serait sa performance (Stevens, 1989 ; Stock et al., 1998 ; Flynn et al., 2010 ; Prajogo et al., 2016). En revanche, l'idée défendue par ce courant de recherche est remise en question par d'autres travaux indiquant que la preuve empirique soutenant cette idée n'est pas suffisante, lorsque l'étendue de l'intégration va au-delà de la relation dyadique dans la supply chain (Fabbe-Coste et Jahre, 2008 ; Näslund et Hulthen, 2012 ; Claye-Puaux *et al.,* 2014). Au contraire de ce premier courant de recherche, un autre courant de recherche appelle à adapter le degré de l'intégration en fonction des couches de l'intégration mises en place et des acteurs avec qui l'entreprise focale cherche à intégrer (Bask et Juga, 2001 ; Hertz, 2001 ; Bagchi et Skjoett-Larsen, 2002, p.106 ; Swink et al., 2007 ; Wong et al., 2011). En effet, la recherche d'un maximum degré de l'intégration à toutes les couches et avec tous les acteurs de la supply chain n'est ni faisable ni intéressante, car des supply chain trop intégrées peuvent être peu flexible et très vulnérables à l'évolution de l'environnement d'affaire (Fabbe-Costes, 2007).

Troisièmement, comme l'avaient déjà soulignés par Fabbe-Coste et Jahre (2008), il existe beaucoup moins de recherches étudiant la SCI au-delà d'une relation de triade parmi toutes les références étudiées ici. Ce constat est en concordance avec celui de Näslund et Hulthen, (2012, P.485). Par ailleurs, beaucoup de recherches réclament qu'elles étudient la SCI à l'échelle d'une supply chain triade ou étendue, mais elles

n'ont empiriquement que mesurer l'impact de la SCI sur la performance de l'entreprise focale (e.g. le fabricant) (Jin et al., 2013). Ceci est probablement dû à la difficulté méthodologique, et aussi la complexité d'appréhender la globalité de l'intégration quand elle se réalise au-delà d'une relation dyade.

1.3 La modularité et les principes généraux de conception modulaire

Dans cette section, nous allons d'abord présenter les définitions clés du concept de la modularité (sous section 1.3.1), ensuite, nous présentons les différents thèmes ou formes existants de la modularité dans la littérature associée (sous section 1.3.2), et enfin, nous allons aborder les règles de conception modulaire communes à ces différentes formes de modularité (sous section 1.3.3).

1.3.1 Les définitions clé de la modularité

En se basant sur les références clés récentes qui ont effectués une revue de littérature critiques et/ou systématique sur le concept de modularité en général (e.g. Salvador, 2007 ; Campagnolo et Camuffo, 2010), de la modularité de service (e.g. Bask et al., 2011 ; Iman, 2016 ; Brax et al., 2017) et une comparaison de ces deux thèmes de recherche (Bask et al., 2010) en science de gestion, et via une lecture et analyse des références citées par ces articles, nous avons pu identifier les différentes définitions clés de la modularité et aussi les autres références clés dans cette littérature (e.g. Simon, 1962 ; Ulrich et Tung, 1991 ; Sundbo, 1994 ; Sanchez et Mahoney, 1996 ; Baldwin et Clark, 1997, 2000 ; Fine, 1998 ; Schilling, 2000 ; Hsuan Mikkola et Skjøtt-Larsen, 2004 ; Tu et al., 2004 ; Fixson, 2005 ; Jacobs et al., 2007 ; Pekkarinen et Ulkuniemi, 2008 ; De Blok et al., 2014). Le résultat de cette revue de littérature est présenté en dessous.

Le concept de modularité a été d'abord évoqué par Simon (1962) dans son papier portant sur le concept « *nearly-decomposable system* » dans les années 60, ensuite, il a été davantage développé à partir des années 90. Parmi les définitions proposées dans la littérature de modularité, celles de Baldwin et Clark (2000), d'Ulrich et Tung (1991), et d'Ulrich (1995) sont les plus citées (Bask et al., 2010). Baldwin et Clark (1997) définissent la modularité comme « *Building a complex product or process from smaller subsystems that can be designed independently yet function together as a whole* ». En

allant plus précis, Baldwin et Clark (2000) définissent un module comme « *a unit whose structural elements are powerfully connected among themselves and relatively weakly connected to elements in other units* ». Ulrich et Tung (1991) et Ulrich (1995) définissent tous la modularité comme « *the relationship between a product's functional and physical structures such that there is a one-to-one or many-to-one correspondence between the functional and physical structures and unintended interactions between modules are minimize* ». En outre, la definition de la modularité fournie par Schilling (2000) est aussi très connue : « *the degree to which the components of a system can be separated and recombined to create a variety of configurations without losing in functionality* ». En se basant sur ces définitions fondamentales de la modularité, et à travers leur revue de littérature sur la modularité de produit et de service, Bask et al. (2010, p.366) définissent un système modulaire comme « *a system built of components, where the structure ["architecture"] of the system, functions of components ["elements", "modules"], and relations ["interfaces"] of the components can be described so that the system is replicable, the components are replaceable, and the system is manageable* ».

A travers ces différentes définitions clé de la modularité proposées, nous voyons qu'elles partagent des points communs. De manière générale, elles montrent les différentes caractéristiques fondamentales d'un système modulaire :

- La facilité de décomposition : un système global peut être décomposé en différents modules, l'interdépendance des éléments au sein de chaque module est maximisée et l'interdépendance entre les modules est minimisée.
- La fonction spécifique attribuée : chaque module d'un système global exécute une ou plusieurs fonctions spécifiques de ce système.
- La flexibilité de recombinaison des modules : les mêmes modules peuvent être recombinés de différentes façons en différentes configurations finales du système sans compromettre à chaque fois le fonctionnement global du système reconfiguré.
- L'hétérogénéité des outputs à l'issue de la combinaison et la recombinaison.

Nous choisissons de nous baser sur la définition proposée par Bask et al. (2010, p.366) dans cette recherche, car leur définition résume bien les différentes caractéristiques fondamentales d'un système modulaire mentionné ci-dessus.

1.3.2 Les différentes formes de la modularité

La littérature qui traite de la modularité s'organise principalement autour des quatre thèmes suivants (Pekkarinen et Ulkuniemi, 2008 ; Campagnolo et Camuffo, 2010 ; Bask et al., 2010 ; Bask et al., 2011) : la modularité du produit ; la modularité de processus et de la production ; la modularité de l'organisation et de la supply chain ; la modularité de services. Les travaux portant sur les trois premiers thèmes sont essentiellement réalisés dans un contexte industriel (industrie informatique et automobile en particulier). Le dernier thème englobe aussi les trois premiers thèmes mais avec une adaptation de ces thèmes dans le secteur des services : la modularité de prestation de services ; la modularité de processus et de la production de services ; la modularité de l'organisation et la supply chain de services. Selon Bask et al. (2010), les travaux réalisés dans la littérature sur la modularité sont d'abord focalisés sur la modularité du produit, et ensuite ils se sont progressivement étendus à d'autres thèmes ou formes de la modularité : processus, organisation, service. Nous allons présenter ci-après ces différents thèmes pour montrer leurs différences et similitudes.

1.3.2.1 La modularité du produit

La modularité du produit se réfère à « *the use of standardized and interchangeable parts or components that enable the configuration of a wide variety of end products* » (Jacobs et al., 2007, p.1048). Campagnolo et Camuffo (2010) identifient trois courants de recherche dans la littérature de la conception modulaire du produit : la perspective « fonctionnelle » ; la perspective « cycle de la vie du produit » et la perspective « mixte ».

La première perspective focalise sur l'aspect technique de l'architecture du produit. Parmi les travaux qui s'inscrivent dans cette courant de recherche, Ulrich (1995) distingue l'architecture **modulaire** du produit de l'architecture **intégrale** du produit, en précisant que l'architecture modulaire du produit se caractérise par

- la correspondance ou affectation « un pour un » des éléments fonctionnels d'un produit à des composants physiques du produit.
- l'assurance de l'indépendance des composants physiques du produit.
- la spécification des interfaces permettant de faire interagir ces composants physiques du produit.

Grâce à cette architecture modulaire du produit, les différents composants faisant partie de cette architecture sont spécifiques, transférables et séparables (Lau et al., 2007). Selon ces auteurs, la **spécificité** se réfère à la mesure dans laquelle chaque composant de produit remplit une fonction claire, unique et définie de ce produit. L'interaction de ces fonctions est régie par les interfaces au sein de l'architecture du produit. La **transférabilité** se réfère à la mesure dans laquelle les composants de ce produit peuvent être réutilisés dans les autres produits. La **séparabilité** renvoie à la mesure dans laquelle un produit peut être désassemblé et recombinée dans de nouvelles configurations de produits sans perte de sa fonctionnalité.

Par conséquent, la flexibilité d'une architecture modulaire du produit est révélée. Cette flexibilité repose sur la possibilité de combinaison et de recombinaison des mêmes composants standardisés, via les interfaces standardisées, en différentes configurations du produit final sans compromettre le fonctionnement global de chaque configuration de ce produit (Sanchez et Mahoney 1996 ; Jacobs et al., 2007). Comme ceci, la fabrication répétitive de ces composants sera possible, et cela permet de réaliser la personnalisation de masse (Pine, 1993 ; Hsuan Mikkola et Skjøtt-Larsen, 2004).

La perspective « cycle de vie du produit » aborde la modularité du produit sous l'angle des objectifs de la modularité (Gershenson et al., 1999). Selon ces mêmes auteurs, les

objectifs de la modularité varient en fonction des différentes étapes du cycle de vie d'un produit : conception, production, utilisation, recyclage. Et c'est les objectifs de la modularité qui vont encadrer les méthodes de la conception modulaire du produit et les mesures associés dans chacune de ces étapes. Campagnolo et Camuffo (2010, p.267) donnent un exemple permettant d'illustrer ce propos. Dans la phase de conception du produit, si l'objectif de la modularité est de diminuer le *time to market* d'un modèle spécifique du produit, les ingénieurs vont essayer de maximiser l'utilisation des modules en commun des autres modèles (qui ont été déjà utilisés dans les autres modèles du produit - la transférabilité des composants mentionnés ci-dessus), dans ce modèle spécifique. Et les mesures associées à cette méthode de conception modulaire du produit peuvent être le nombre des composants communs utilisés dans les différents modèles d'une même gamme du produit. Par ailleurs, la définition des objectifs de la modularité du produit dépend aussi de la stratégie de l'entreprise et aussi de l'environnement d'affaire dans lequel se situe l'entreprise (Campagnolo et Camuffo, 2010).

La perspective « mixte », comme son nom indique, représente un mixte de ces deux perspectives mentionnées ci-dessus. En s'inscrivant dans cette perspective, Sako (2003) considère la modularité comme un assemblage des différents éléments suivants : les interfaces, la correspondance entre les fonctions d'un produit et les composants de ce dernier, la variation des architectures hiérarchiques du produit en fonction de différentes phases du cycle de vie d'un produit. Baldwin et Clark (1997, 2000) proposent une méthodologie (i.e. les règles de conceptions visibles et les paramètres de conception cachés - le détail est expliqué dans la sous section 1.3.3) pour encadrer la conception modulaire du produit tout en tenant compte de la possibilité de variation de l'architecture du produit dans les différentes étapes de son cycle de vie.

1.3.2.2 La modularité du processus et de la production

La modularité du processus et de la production peut être vue comme un résultat de

l'adoption d'une conception modulaire des produits et de leur fabrication associée. Selon Bask et al. (2010, p.363), la modularité du processus de production consiste à décomposer le processus en sous-processus standardisé et sous-processus personnalisé, et placer le sous-processus standardisé avant le sous-processus personnalisé afin d'obtenir au maximum la flexibilité dans la production.

L'application du principe de différenciation retardée dans le processus de fabrication illustre bien ce propos : l'assemblage modulaire du produit final est reporté au centre de distribution du fabricant, voire le site du client, ceci permet de répondre rapidement aux besoins changeants des clients (Tu et al., 2004). Les éléments clés dans la modularité du processus et de la production s'agissent de la mesure dans laquelle le processus de production peut être couplé de manière faible/flexible, les interfaces standardisées articulant les sous-processus et la possibilité de l'interchange des éléments dans le système de production. Cependant, comme le processus de fabrication implique l'interaction humaine et organisationnelle, la standardisation des interfaces entre eux nécessitera des mécanismes de coordination supplémentaires, comme par exemple, les systèmes d'information (Bask et al., 2010).

1.3.2.3 La modularité de l'organisation et de la supply chain

Selon Schilling et Steensma (2001), la modularité organisationnelle permet de recombiner de manière flexible les composants organisationnels dans une variété de configurations organisationnelles. Appliqué dans un contexte de SCM, une supply chain modulaire peut être vue comme la combinaison et la recombinaison d'un ensemble de modules d'un produit ou d'un service, fabriqués et ou délivrés par les fournisseurs en différentes configurations, pour le compte des différents clients finaux (Voordijk et al., 2006).

Fine (1998) propose une grille d'évaluation du degré de la modularité d'une supply chain en se basant sur quatre critères de proximité suivants :

- La proximité géographique : la distance physique entre les membres de la supply chain.
- La proximité organisationnelle : le partage de propriété ; le contrôle de gestion partagé ; l'équipe mixée et la relation interpersonnelle.
- La proximité culturelle : le langage commun ; la norme commune ; l'habitude d'affaire commune.
- La proximité électronique : l'e-mail ; EDI ; l'intranet ; la vidéo conférence.

Selon cette grille, plus une supply chain est modulaire, plus le degré de tous ces quatre critères de proximité est bas, et vice-versa.

1.3.2.4 La modularité des services

La littérature concernant la modularité des services est encore émergente, il y a un nombre limité de recherches étudiant la modularité dans le secteur de service (Bask et al., 2010 ; Carlborg et Kindström, 2014 ; Iman, 2016). « *Although study of the development and application of modularity in services has been proposed over half a decade ago (Menor et al., 2002), research on service modularity is relatively scarce. Among notable exceptions are Meyer and DeTore (1999, 2001), Sundbo (1994), Pekkarinen and Ulkuniemi (2008) and Voss and Hsuan (2009)* » (De Blok et al., 2010b, p.79).

Sundbo (1994) est l'un des premiers pionniers qui a introduit le concept de la modularité dans le secteur de la prestation de service (Pekkarinen et Ulkuniemi, 2008 ; De Blok et al., 2010b ; Iman, 2016). Sundbo (1994) propose une définition suivante de la modularité des services : « *les services sont créés à partir des éléments standard - modules - qui peuvent être combinés pour le client individuel au moment de l'achat. Ainsi, le contenu des services est standardisé, mais les éléments standardisés peuvent être combinés de différentes façons lorsqu'ils sont délivrés* ».

Plusieurs chercheurs indiquent que le secteur des services présente des spécificités et

que nous ne pouvons pas appliquer strictement les principes de la modularité utilisés dans le secteur industriel au secteur de service (De Block et al., 2014). Même si le développement du principe de la modularité des services s'inspire de la modularité du produit. Selon Bask et al. (2010), la modularité des services diffère de la modularité du produit dans la mesure où la modularité des services partage beaucoup de caractéristiques de la modularité du processus. L'une des caractéristiques des services, c'est que la production et la consommation du service se réalise en même temps, ainsi l'offre du service (en tant qu'un produit) peut aussi être vu comme un processus de coproduction de service. En outre, toujours selon ces mêmes auteurs, le « contact humain » dans la prestation du service est la raison pour laquelle les interfaces entre les modules de service sont souvent « soft » / les humains et ce n'est pas le cas du produit modulaire. Les être-humains, l'information ou les règles du pilotage du flux d'information font tous partie des interfaces dans les services. Il apparaît ainsi que la modularité de services est une entité plus complexe que la modularité du produit, et il ressemble plus à la modularité des processus qu'à celle du produit.

Parmi les références clés dans la littérature de la modularité de service, Pekkarinen et Ulkuniemi (2008) développent une approche de plateforme mettant en évidence l'interaction entre les quatre dimensions de la modularité des services :

1. la modularité de l'offre de service
2. la modularité du processus
3. la modularité au niveau de l'organisation de service
4. l'interface client

Malgré la différence entre le produit et le service, le principe des trois premières dimensions est quand même basé sur les principes des trois dimensions de modularité dans le secteur industriel. La première dimension représente les différents modules de service (un module correspond à une offre de service) à délivrer auprès des clients, ainsi elle est visible pour le client. La deuxièmement et la troisièmement dimensions sont cachées à l'intérieur du prestataire de service. La dernière dimension - l'interface client

vise à identifier les besoins du client et de manager la relation avec la clientèle. Elle repose sur l'interaction des trois premières dimensions et son rôle est de co-créer une offre de service adaptée aux besoins du client et avec le client, en combinant de manière flexible les modules de service.

Voss et Hsuan (2009) ont développé une approche systématique de décomposition de l'architecture de l'offre de service dans leur papier. Cette approche permet aux prestataires de services d'appréhender l'architecture de leur offre de services, d'évaluer les autres alternatives possibles pour améliorer leur architecture, et d'identifier les interfaces clés entre les différentes parties de services à différents niveaux de leurs architectures. En outre, ces auteurs ont développé une *service modularity function*, un modèle mathématique permettant de mesure le degré de modularité des (modules) prestations de services uniques (difficilement imitable et l'apport de l'avantage compétitif pour l'entreprise de service) et la mesure dans laquelle ces modules de services peuvent être réutilisés dans les autres gammes de services que l'entreprise offre.

Bask et al. (2010) ont fait un état de l'art sur le concept de la modularité en général et étudié la possibilité d'appliquer ce concept qui s'est développé au départ dans un contexte industriel, dans le contexte de service. Plus tard, Bask et al. (2011) ont proposé une typologie de conceptions de services en se basant sur deux critères suivants : le degré de modularité et le degré de personnalisation. Ces auteurs ont utilisé cette typologie pour analyser les différents types de l'offre de service, de la production de services et des réseaux de prestation de services.

Après avoir réalisé une revue de littérature critique sur la modularité de service, Iman (2016) indique que la plupart des recherches portant sur la modularité de service adoptent une perspective technique : la capacité à décomposer les modules et les assembler de manière dynamique. En revanche, l'interaction humaine et l'implication du client dans l'application du principe de la modularité dans la prestation de services sont encore peu étudiées. Ce qui rejoint le propos de Brax et al. (2017). En effet,

toujours selon Iman (2016), la littérature sur la modularité de service ne nous a pas fournit suffisamment de réponses sur comment la gestion des opérations de service font face aux situations où :

- les interfaces sont problématiques (ou ne peuvent pas être complètement spécifiées en avance) ;
- les interdépendances entre les modules ne peuvent pas être suffisamment anticipées en avance ;
- le dysfonctionnement constaté au niveau de l'architecture de l'offre de service prédéfinis.

Un an plus tard, Brax et al. (2017) indiquent neuf domaines dans la littérature de la modularité de service qui nécessitent d'être étudiés davantage par les recherches dans le futur : le développement des théories et des principes spécifiquement liés à la modularité de services, les *business models* de personnalisation de masse, les conceptions de la recherche comparative, l'expérience de prestation de services vécue par le consommateur, la mise en place de la modularité dans un contexte multi-prestataires, etc.

Nous voyons aussi que parmi les recherches se focalisant sur le thème de la modularité de service, elles sont réparties dans les différents secteurs de la prestation de services. A titre d'exemple, certains sont intéressés par le tourisme (Voss et Husan, 2009 ; Avlonitis et Hsuan, 2017) ; la prestation de service logistique (Pekkarinen et Ulkuniemi, 2008) ; l'e-commerce (Bask et al., 2010) ; la finance (Silvestro et Lustrato, 2015) ; le service humanitaire (Jahre et Fabbe-Costes, 2015) ; la prestation de services de santé (De Blok et al., 2010a, 2010b ; De Blok et al., 2014).

Selon nous, parmi les travaux mentionnés ci-dessus qui se sont intéressés à la méthodologie de mise en place de la modularité de services, la plupart d'entre eux se basent sur les principes généraux de conception modulaire d'un système modulaire développés par Baldwin et Clark (1997 ; 2000), et l'adaptent dans un contexte de

service (Bask et al., 2010a ; Soffers et al., 2014). Par conséquent, nous allons présenter en détail ces principes dans la prochaine sous section.

1.3.3 Les principes généraux de conception modulaire

Il existe des règles de conception sur lesquels chaque système modulaire repose. Baldwin et Clark (1997 ; 2000) mettent en évidence les règles de conceptions visibles et les paramètres de conception cachés du système modulaire. Ces derniers se réfèrent à l'autonomie de chaque module du système modulaire. Plus spécifiquement, chaque module est responsable de sa propre conception, sous condition que les outputs de chaque module soient conformes aux règles générales ou spécifications du système global. Au contraire, les règles de conceptions visibles peuvent avoir des impacts sur les décisions subséquentes de conception des autres modules. Ces règles ont pour objectifs de faire fonctionner ensemble les différents modules indépendants au sein d'un système global comme un tout unifié. Et il est indispensable de définir et communiquer ces règles entre les différents acteurs concernés le plus tôt possible dans le processus de conception, et ils ont intérêt à rester stables ou inchangés tout le long du fonctionnement du système global, puisque ces règles fournissent le fondement d'un système modulaire. Ces règles peuvent être divisées en trois catégories différentes (Baldwin et Clark, 1997 ; 2000) :

- **Architecture décomposable**

De manière générale, l'architecture indique des spécifications sur quels sont les modules qui feront partie du système modulaire et quelles sont leurs fonctions respectives. Chaque module est conçu pour contribuer à la performance globale du système en remplissant une fonction spécifique, ce qui relève du **principe de la fonction spécifique** (Fixson, 2005). Et cette fonction spécifique attribuée à chaque module peut avoir différents niveaux de détail (e.g. spécification de manière générale – *voyage en Chin*e - ou encore plus fine – *visite du palais interdit en Chine*). Ces différents niveaux de détail relèvent de la structure hiérarchique de l'architecture, ce qui est en

ligne avec l'idée de Simon (1962) sur la hiérarchie (un système complexe peut être divisés en plusieurs sous-systèmes, et ces sous-systèmes sont divisibles encore). En effet, le défi dans la conception d'une architecture pour un système modulaire repose sur l'identification d'une structure qui donne la meilleure décomposition de ce système. Cette dernière repose sur la définition des frontières des sous-systèmes afin que les interdépendances entre les sous-systèmes soient minimisées et que le système puisse être proprement décomposé (Langlois, 2002). Cela renvoie au principe de **l'indépendance relative des modules** (Simon, 1962 ; Baldwin et Clark, 2000), c'est-à-dire la minimisation de l'interdépendance entre les modules au sein d'un système modulaire, et la réservation de l'interdépendance entre les composantes au sein de chaque module. Ici, les composantes peuvent être considérés comme l'élément le plus petit d'un système modulaire (Salvador, 2007 ; Voss et Hsuan, 2009).

- **Interface**

Dans la littérature de la modularité, la définition de l'interface fournie par l'ESD Architecture Committee (2004) est très souvent citée (Voss et Hsuan, 2009 ; De Blok et al., 2014). Selon eux, l'interface est définie comme « *an elaboration of the physical architecture that comprises a minimal set of rules governing the arrangement, interconnections, and interdependence of the elements* ». L'interface permet de décrire en détail comment les modules vont interagir entre eux, y compris la façon dont ils vont s'adapter, se connecter et communiquer (Schilling, 2000). Et la standardisation des interfaces assure le couplage faible, ce qui permet non seulement aux sous-systèmes de fonctionner de façon indépendante, et aussi permet de les recombiner et substituer (*plug and play*) en différentes configurations finales en fonction des besoins des clients (Sanchez et Mahoney, 1996 ; Baldwin et Clark, 1997, 2000).

- **Standard**

Les standards permettent de tester la conformité d'un module aux règles de conception d'un système modulaire (est-ce qu'un module peut fonctionner au sein du système modulaire ?). A titre d'exemple, il s'agit de respecter les standards pour les interfaces

pour que le module puisse fonctionner ensemble avec les autres modules du système. Les standards permettent aussi de mesurer la performance d'un module par rapport à un autre module (dans le cas où deux concurrents conçoivent deux versions de module utilisant les différentes approches tout en répondant aux exigences des règles de conception du système global). Selon Schilling (2000) et Schilling et Steensma (2001), l'existence des standards est considérée comme l'un des catalyseurs qui font évoluer un système vers un système modulaire. En effet, les standards et la modularité sont conceptuellement inséparables (Jacobs et al., 2007). La définition des standards contribuent à développer des interfaces standardisées, qui selon Sanchez et Mahoney (1996) permettent d'assurer la coordination encastrée (*embedded coordination)* dans le processus de combinaison et recombinaison des modules en différentes configurations finales, sans augmenter les coûts associés à la coordination managériale.

A travers notre revue de littérature sur le concept de la modularité en général et son application dans le contexte de service, nous remarquons que ces principes (i.e. règles de conception visibles) ont été mobilisés par les différents travaux dans les différents contextes pour concevoir et/ou mesurer les différents systèmes modulaires, que ce soit les produits et/ou les services, les processus, les organisations (Jacobs et al., 2007 ; de Waard et kramer, 2008 ; Voss et Hsuan, 2009 ; Bask et al., 2010 ; De Blok et al., 2010a ; Droge et al., 2012 ; De Blok et al., 2014).

A titre d'exemple, Jacobs et al. (2007, p.1056) dans leur papier se sont basés sur les règles de conception visibles pour mesurer empiriquement le degré de modularité du produit dans l'industrie automobile. Plus tard, leurs mesures ont été adoptées par Droge et al. (2012) qui ont étudié l'impact de la modularité du produit et de processus sur la performance de l'entreprise via la SCI dans le même secteur que Jacob et al. (2007). Comme le degré de modularité du produit, ces derniers ont aussi mesuré empiriquement le degré de modularité de processus de production en s'inspirant des règles de conception visibles développés par Baldwin et Clark (1997, 2000).

De Waard et kramer (2008) se sont basés sur ces règles de conception visibles pour étudier comment, à partir d'une organisation mère permanente, les différentes organisations temporaires peuvent être formées pour réaliser les différents projets temporaires dans l'industrie de la défense hollandaise.

Dans le contexte de service, Pekkarinen et Ulkuniemi (2008) ont développé un modèle de plateforme de services modulaire en se basant sur ces principes de conceptions visibles. Un an plus tard, Voss et Hsuan (2009) dans leur article ont proposé deux dimensions suivantes de la modularité en matière d'assemblage des services (*bundles of services*) : la mesure dans laquelle plusieurs services sont délivrés de manières consécutives dans le temps et le nombre des modules disponibles pour un client à choisir pendant la prestation de service. Ces deux dimensions renvoient aux règles de conceptions visibles. Par exemple, la deuxième dimension qu'ils proposent repose sur une architecture de service qui peut être décomposées en différentes modules indépendants, et ces modules indépendants peuvent être assemblés en différentes configurations via les différentes interfaces standardisées. Dans l'article de Bask et al. (2010, p.367), les auteurs ont distingué la modularité de produit, de service, de processus et d'organisation en se basant sur les critères suivants : le module, l'architecture et l'interface. Tuunanen et al. (2012) ont proposé une typologie de la conception modulaire de services, en se basant sur les trois concepts suivants : les modules de service, l'architecture de service (y compris les interfaces et les standards) et l'expérience du service vécue. Les auteurs mentionnés ci-dessus se sont tous basés ou inspirés des règles visibles de conception modulaire proposées par Baldwin et Clark (1997, 2000), mais avec une adaptation de ces règles dans le contexte de service.

Dans le secteur de la santé en particulier, en se basant sur les dimensions suivantes : composant, module, interface, package, De Blok et al. (2010a) ont étudié comment les principes de la conception modulaire peuvent se manifester dans la prestation de services de santé à long terme pour les patients ayant des conditions chroniques. Soffers et al. (2014) se sont basés sur les trois dimensions suivantes pour étudier la possibilité

d'application des principes de conception modulaire dans le secteur de la santé mentale : l'architecture modulaire de services, l'interface et le processus de spécification et d'assemblage des modules de services en différents packages de service. Nous voyons que les dimensions employées par ces deux articles se basent aussi sur les règles visibles de conceptions modulaires avec une adaptation de ces règles dans leur contexte d'étude spécifique.

1.4 Les liens entre la CPM, la SCI et la modularité étudiés dans la littérature en SCM et OM

Dans les sections précédentes de ce chapitre, nous avons respectivement présenté notre revue de littérature sur les trois concepts clés de cette recherche : la CPM, la SCI et la modularité. La SCI et la modularité ont été identifiées comme les facteurs facilitant importants dans le développement de la CPM (Pine, 1993 ; Duray et al., 2000 ; Hsuan Mikkola et Skjøtt-Larsen, 2004 ; Fogliatto et al., 2012 ; Lai et al., 2012 ; Zhang et al., 2014 ; Salvador et al., 2015). Par ailleurs, certaines recherches indiquent que ces deux facteurs facilitant sont interdépendants dans ce développement (Salvador et al., 2015 ; Purohit et al., 2016). Par conséquent, afin de développer une compréhension approfondie sur les liens entre ces trois concepts clés, et plus spécifiquement, de voir comment ces deux facteurs facilitant identifiés : la modularité et la SCI, contribuent au développement de la CPM, nous avons réalisé une revue de littérature en SCM et OM sur les différents liens étudiés entre ces trois concepts clés.

Dans la suite de cette section, nous allons d'abord présenter la méthodologie utilisée

pour réaliser cette revue de littérature, ensuite, nous allons montrer le résultat de cette revue de littérature qui sera synthétisé sous forme d'un tableau (présenté dans l'annexe 3) reprenant l'idée clé des différentes références clés identifiées traitant des liens entre ces trois concepts clés. A partir de cette revue de littérature, nous mettons en avant aussi les liens restant à explorer entre ces trois concepts clés qui nous permettent de proposer une question de recherche.

Tout d'abord, pour identifier les liens entre ces trois concepts clés étudiés dans notre recherche, nous avons combiné deux approches suivantes de la revue de littérature :

Premièrement, nous avons effectué plusieurs recherches dans les trois bases de données suivantes : EBSCO, Emerald, Sciencedirect sur les articles qui ont focalisé sur les liens parmi ces trois concepts clés étudiés. Ces trois bases de données ont été choisies, car elles couvrent quasiment la totalité des revues académiques à comité de lecture dans les domaines du SCM, de la PM et de la Modularité (Operations Management et Service Operations Management). Concrètement, nous avons d'abord utilisé la combinaison des mots clés suivants : *mass customization ability* ou *mass customization capability* and *supply chain* and *modular**, et les chercher dans le titre, le résumé, les mots clés et tout le texte des références inclus dans ces trois bases de données mentionnées ci-dessus[8], sur la période de 2000 à 2017. Par ailleurs, parmi les références identifiées, nous retenons uniquement les articles qui ont été publiés dans des revues académiques à comité de lecture. Ces recherches dans les bases de données concernées ont abouti respectivement à un résultat initial de 79 références pour EBSCO, 21 références pour Sciencedirect et 17 références pour Emerald, soit au total 117 références.

Ensuite, pour compléter les références identifiées par cette première recherche

[8] Pour la base de données Sciencedirect, nous avons utilisé *expert search* pour chercher les références avec la combinaison de plus de deux mots clés, la combinaison des mots clés utilisés est la suivante : *title-abs-key (mass customization capability)* and *title-abs-key (supply chain)* and *title-abs-key (modular*).*

mentionnée ci-dessus et pour assurer que nous n'avons pas raté de références qui sont focalisées uniquement sur le lien entre la SCI et la modularité[9] (comme nos recherches précédentes inclus déjà les mots clés associés à la CPM), nous avons utilisé les combinaisons des mots clés suivantes :

supply chain and *modular** and *integration*
supply chain and *modular** and *coordination*
supply chain and *modular** and *collaboration*

Et les chercher dans le titre, le résumé, les mots clés et tout le texte des références inclus dans ces trois bases de données mentionnées ci-dessus[10], sur la période de 2000 à 2017. Comme la recherche précédente, nous retenons uniquement les articles qui ont été publiés dans des revues académiques à comité de lecture. Ces recherches dans les bases de données concernées ont abouti respectivement à un résultat initial de 122 références pour EBSCO, 132 références pour Sciencedirect et 84 références pour Emerald, soit au total 338 références.

A travers une lecture de ces 117 références et 338 références en examinant le titre, les mots clés, le résumé, et la totalité de texte (si nécessaire) de ces références, nous avons pu exclure les doublons et les références qui ne traitent pas spécifiquement les liens entre la SCI, la modularité et la CPM, et nous avons retenu finalement 57 références au total. Parmi ces 57 références identifiées :

- 26 articles se focalisent essentiellement sur la relation entre la SCI et la modularité du produit, du processus et de la production.

- 10 articles se focalisent principalement sur la relation entre la modularité du produit,

[9] Nous estimons qu'il n'est pas nécessaire de chercher spécifiquement la combinaison des mots clés entre la CPM et la SCI, et entre la CPM et la modularité, car nous avons déjà effectué des recherches dans la section 1.1.2 avec uniquement le mot clé « CPM » dans ces bases de données. Ainsi, nous pouvons comparer les résultats de notre première recherche dans cette section (CPM, SCI, Modularité) avec ceux de la section 1.1.2, pour assurer que nous n'avons pas raté des références étudiant spécifiquement la relation entre la CPM et la SCI, ou la relation entre la CPM et la modularité.

[10] Les mots clés suivants ont été cherchés dans tout le texte : Intégration, coordination, collaboration. Par ailleurs, pour la base de données Sciencedirect, nous avons utilisé *expert search*, la combinaison des mots clés utilisés est la suivante : *title-abs-key (supply chain)* and *title-abs-key (modular*)* and integration (idem pour deux autres mots clés : coordination et collaboration).

du service, du processus et de la production et la CPM

- 13 articles étudient principalement la relation entre la SCI et la CPM.

- 8 articles étudient simultanément les trois concepts clés de cette recherche : la SCI, la modularité du produit et la CPM, et seulement 5 références parmi eux ont étudié spécifiquement les liens parmi ces trois concepts (Hsuan Mikkola et Skjøtt-Larsen, 2004 ; Peng et al., 2011 ; Liao et al., 2013 ; Salvador et al., 2015 ; Purohit et al., 2016).

Deuxièmement, à travers une analyse des références bibliographiques de l'ensemble de ces articles retenus mentionnés ci-dessus, et nous avons identifié respectivement :

- 4 articles en plus étudiant la relation entre la SCI et la modularité du produit, du processus et de la production (soit 30 références au total).
- 4 articles en plus focalisant sur la relation entre la modularité du produit, du service, du processus et de la production et la CPM (soit 14 références au total).
- 1 article en plus focalisant sur la relation entre la SCI et la CPM (soit 14 références au total).

Ainsi, il s'agit de 66 références identifiées au total portant sur les liens entre ces trois concepts clé étudiés.

Nous rappelons que l'objectif de cette revue de littérature consiste à identifier essentiellement les références clés focalisant sur les liens entre les trois concepts clés étudiés de cette recherche, et nous n'avons pas l'ambition à identifier toutes les références possibles étudiant les liens entre ces concepts. A titre d'exemple, pour la relation entre la CPM et la modularité, comme la modularité a été souvent mentionnée par nombreuses recherches comme un antécédent de la PM (Duray et al., 2000 ; Tu et al., 2004 ; Bask et al., 2011 ; Zhang et al., 2017), ainsi, pour étudier cette relation, nous avons sélectionné surtout les articles ayant posé le fondement théorique de cette relation

(Pine, 1993 ; Baldwin et Clark, 1997 ; Duray et al., 2000) ; les articles qui ont étudié spécifiquement l'impact de la modularité sur la CPM (Tu et al., 2004), et les articles étudiant les facteurs de modération et de médiation de cette relation (Ahmad et al., 2010 ; Zhang et al., 2014 ; Tang et al., 2017).

Au contraire de la relation entre la modularité et la CPM, plusieurs chercheurs indiquent que la relation entre la SCI et la modularité n'a pas été suffisamment étudiée dans la littérature académique (Brusoni et Prencipe, 2001 ; Lau et al., 2007 ; Lau et al., 2010a ; Salvador et Villena, 2013), ainsi, nous cherchons à présenter tous les articles identifiés focalisant sur cette relation pour avoir une compréhension plus globale et détaillée vis-à-vis de cette relation encore sous-exploitée. Par ailleurs, en général, nous gardons aussi le principe de saturation (Glaser et Strauss, 1967) dans notre l'esprit, quand nous identifions les références faisant partie d'un courant de recherche qui disent tous la même chose dans la littérature, nous arrêtons notre recherche des références faisant partie de ce courant de recherche.

En outre, il y a encore un point à noter par rapport aux références retenues étudiant les différentes relations entre les concepts clés de cette recherche. A travers la lecture de l'ensemble des articles identifiés focalisant sur la relation entre la SCI et la modularité (soit 30 références au total), nous avons identifié deux courants de recherche qui se contredisent. Le premier courant indique que la mise en place de la modularité du produit engendre une configuration modulaire de la supply chain (Sanchez et Mahoney, 1996 ; Baldwin et Clark, 2000 ; Fine et al., 2005 ; Hoetker et al., 2007 ; Squire et al., 2009 ; Pero et al., 2015). Selon Sanchez et Mahoney (1996), grâce à la standardisation des interfaces, les composants sont faiblement intégrés au sein d'une architecture modulaire de produit, ce qui réduit le besoin d'interdépendance entre les différents fournisseurs qui fabriquent ces composants et le fabricant qui le sous-traitent. Les coûts de la coordination peuvent être réduit, idem pour le besoin d'intégration (Baldwin et Clark, 2000 ; Fine et al., 2005 ; Hoetker et al., 2007).

Cependant, cette vision est de plus en plus remise en question par les travaux qui ont identifiés des résultats contradictoires. Pour eux, la modularité du produit nécessite ou engendre la SCI (Hsuan, 1999 ; Howard et Squire, 2007 ; Ro et al., 2007 ; Lau et al., 2010a ; Droge et al., 2012). Selon Brusoni et Prencipe (2001), une division du travail plus profonde au sein de la supply chain modulaire nécessite plus de l'effort dans la coordination et interaction entre les membres de la supply chain. Howard et Squire (2007) indiquent qu'une transformation vers l'architecture modulaire du produit nécessite d'un haut niveau de l'intégration entre les membres d'une supply chain, ce qui va créer un haut niveau de dépendance entre eux. Ce constat est en concordance avec les résultats de Jacobs et al. (2007) et Droge et al. (2012). Droge et al. (2012, p.258) indiquent que la modularité (produit, processus production) contribue à la réduction des barrières à la collaboration inter-organisationnelle, et elle peut faciliter les initiatives relatives à « *boundary spanning* ». Par ailleurs, Lau et al. (2010a) indiquent que les mécanismes de la SCI, tels que le co-développement du produit client-fournisseur, la coordination inter-organisationnelle contribuent à la mise en œuvre de la modularité du produit, et qui à son tour améliore la performance du produit. En résumé, selon ce deuxième courtant de recherche, la relation entre la SCI et la modularité (produit, processus production) est réciproque. La mise en oeuvre de la modularité (produit, processus production) peut engendrer la SCI, et la SCI facilite aussi la réalisation de la modularité (produit, processus production).

Par rapport à cette controverse identifiée, Caridi et al. (2012) disent que ce résultat contradictoire identifié peut être en partie dû à la différence en matière de niveau de modularité des produits manufacturés et de processus d'innovation des produits dans les différentes industries. Ces mêmes auteurs ont donné un exemple sur la différence entre le secteur électronique et le secteur automobile : le niveau de la modularité des produits fabriqués dans le secteur électronique est plus élevé que celui des produits manufacturés dans le secteur automobile. En outre, dans le secteur électronique, quand une nouvelle technologie est apparue et qui peut transformer l'architecture de certains modèles de produits électroniques, les fournisseurs peuvent le prendre en considération

individuellement dans le développement des composants sans forcément besoin d'interagir de manière intensive avec les clients (sauf un nouveau standard est adoptée pour toute l'industrie). Ce qui n'est pas le cas pour le secteur industriel où les modules sont en général fortement interconnectés entre eux. Ainsi, les fournisseurs et les fabricants travaillent souvent conjointement dans le développement du nouveau produit.

En concordance avec le constat de Caridi et al. (2012) mentionné ci-dessus, certains travaux ont trouvé aussi des résultats ambivalents (Lau et al., 2010b ; Caridi et al., 2012 ; Cabigiosu et Camuffo, 2017). A travers une étude de cas dans l'industrie du meuble en italie, Caridi et al. (2012) indiquent que les produits caractérisés par un haut niveau de modularité peuvent être développés et délivrés par des supply chain intégrés et collaboratives, les produits caractérisés par un bas niveau de modularité peuvent être aussi développés et délivrés par des supply chain modulaires (faiblement couplées). En revanche, en fonction du degré d'innovation du produit, la correspondance entre le degré de modularité du produit et la configuration (intégré ou modulaire) de la supply chain est variée. Si les produits à développer sont très innovants, une supply chain intégrée est à conseiller et vice versa, ce qui rejoint aussi les propos de Lau et al. (2010b) et de Cabigiosu et Camuffo (2017). Par ailleurs, ces derniers indiquent aussi que plus le degré de complexité des composants et de l'architecture du produit est élevé, plus le besoin d'intégration avec les fournisseurs dans le développement du nouveau produit sera nécessaire et vice versa. Ces auteurs rappellent que, à part les facteurs technologiques, les caractéristiques des entreprises, leurs stratégies et compétences peuvent tous avoir un impact sur ce degré de complexité du produit modulaire mentionné ci-dessus.

Dans la littérature en SCM et OM, la SCI et la modularité ont été mentionnés comme deux facteurs les plus importants facilitant le développement de la CPM (Fogliatto et al., 2012 ; Salvador et al., 2015 ; Purohit et al., 2016). Dans cette recherche, nous nous intéressons à étudier comment ces deux facteurs interagissent dans le développement de la CPM, puisqu'il existe peu de recherches qui associent simultanément les trois

concepts clés de notre recherche en étudiant leur liens (Lai et al., 2012 ; Wang et al., 2014). En outre, le résultat de notre revue de littérature a confirmé aussi ce gap identifié dans la littérature, dans la mesure où il y a seulement 5 références identifiées focalisant spécifiquement sur leurs liens. Par conséquent, concernant la controverse mentionnée ci-dessus relative à la relation entre la SCI et la modularité, nous nous inscrivons dans le courant de recherche qui indique que la mise en place de la modularité peut engendrer ou nécessiter de la SCI (i.e. une relation d'influence réciproque entre ces deux concepts).

Ainsi, pour le reste de cette section, nous nous focalisons essentiellement sur les références faisant partie de ce courant de recherche : soit 21 références parmi 30 références[11] identifiées au total. Parmi ces 21 références, 19 références ont été identifiées dans les bases de données et 2 références ont été identifiés en analysant les références bibliographiques de ces 19 références.

En résumé, nous avons identifié et analysé au total 56 références étudiant les liens entre les trois concepts étudiés :

- 21 références focalisant sur la relation entre la SCI et la modularité
- 14 références focalisant sur la relation entre la modularité et la CPM.
- 14 références focalisant sur la relation entre la SCI et la CPM.
- 7 références focalisant sur les liens parmi la SCI, la modularité et la CPM au lieu de 8. La référence suivante : Zhang et al. (2017) n'est pas incluse, car elle étudie l'impact de la modularité du produit sur la SCI en matière du management de la qualité (*supply chain quality integration*), via le développement de la CPM. Or, dans cette recherche, nous cherchons à étudier les impacts de la SCI et de la modularité sur le développement de la CPM (le sens inverse).

Le tableau 4 présenté ci-dessous synthétise les principales étapes de recherche et de

[11] 30 références au total focalisant sur la relation entre la SCI et la modularité : 26 références identifiées dans les bases de données et 4 références identifiées via l'analyse des références bibliographiques de ces 26 références.

filtration des références étudiant les relations entre les trois concepts clés étudiés, ainsi que les résultats de recherche associés à chacune de ces étapes.

Tableau 4 : le processus d'identification des références clé étudiant les relations entre les trois concepts étudiés

Principales étapes de recherche et de filtration	Résultats associés à chaque étape
Etape 1 : recherche des mots clés associés à la SCI, la modularité et la CPM dans les trois bases de données les plus importants pour le sujet de la recherche, sur la période de 2000 à 2017	un **résultat initial** de 79 références pour EBSCO, 21 références pour Sciencedirect et 17 références pour Emerald, soit au total **117** références
Etape 2 : recherche des mots clés associés à la SCI et la modularité dans les mêmes bases de données sur la même période pour ne pas rater les références étudiant uniquement des relations entre ces deux concepts.	un **résultat initial de** 122 références pour EBSCO, 132 références pour Sciencedirect et 84 références pour Emerald, soit au total **338** références
Etape 3 : une lecture des références identifiées (117+338) dans ces bases de données pour exclure les doublons et les références qui ne traitement pas spécifiquement les liens : - entre la SCI, la modularité et la CPM pour la première recherche - entre la SCI et la modularité pour la deuxième recherche	Un **résultat intermédiaire** de **57** références au total : - 26 articles sur la relation entre la SCI et la modularité (produit, processus, production) - 10 articles sur la relation entre la modularité et la CPM - 13 articles sur la relation entre la SCI et la CPM - 8 articles qui ont étudié simultanément les trois concepts clés ainsi que leurs relations
Etape 4 : une analyse des références bibliographiques de l'ensemble des articles dans l'étape 3	- 4 articles en plus sur la relation entre la SCI et la modularité (**soit 30 au total**) - 4 articles en plus sur la relation entre la modularité et la CPM (**soit 14 au total**) - 1 article en plus sur la relation entre la SCI et la CPM (**soit 14 au total**) ➔Un **résultat intermédiaire** de **66** références au total
Etape 5 : Parmi les **30** références identifiées étudiant la relation entre la SCI et la modularité (produit, processus, production) dans l'étape 4, **9** références qui font le constat que la mise en œuvre de la modularité	**21** références sur la relation entre la SCI et la modularité sont retenues au final. ➔ Un **résultat intermédiaire** de **57**

engendre une configuration modulaire (et non pas intégrée) de la supply chain ont été exclues. Parce que nous cherchons à étudier uniquement la relation entre la SCI et la modularité dans cette recherche.	références au total (66 ref -9 ref)
Etape 6 : Parmi les 8 références identifiées dans l'étape 4 qui étudient simultanément les trois concepts clés ainsi que leurs relations, une référence qui n'est pas spécifiquement concernée par le sujet de cette recherche a été exclue.	**7** références qui ont étudié simultanément les trois concepts clés ainsi que leurs relations sont retenues au final. ➔ Un **résultat final** de **56** références au total (66 ref -9 ref -1 ref)

Source : élaboration personnelle

A travers une lecture de l'ensemble des références identifiées focalisant sur les liens entre la SCI, la modularité et la CPM, nous identifions en général trois types de liens[12] qui sont illustrés ci-dessous par les citations :

- **Le lien de causalité ou le lien d'influence** : « *la modularité du produit peut conduire à un haut niveau de collaboration (intégration) client-fournisseur* » (Howard et Squire, 2007, p.1192) ; « *l'étude identifie théoriquement et empiriquement trois processus organisationnels spécifiques de la SCI, qui ont un impact sur la conception modulaire du produit et la performance du produi*t » (Lau et al., 2010a, p.42).

- **Le lien du type « par étape ou en cascade »** : « *un manager peut commencer par mettre en place une stratégie de l'architecture modulaire du produit. Seulement après avoir implanté la modularité du produit, l'accent doit être mis (par le manager) sur l'encouragement de la réalisation de l'intégration, d'abord dans la production (i.e. intégration interne), puis dans la conception et la gestion de l'approvisionnement (i.e. intégration interne / externe)* » (Jacobs et al., 2007, p.1064).

[12] Ces types de liens sont inspirées du travail de Fabbe-Costes, N., & Jahre, M. (2009). Integrated and flexible project supply chains and networks-Developing a research platform. In *25th Industrial Marketing and Purchasing Group Conference (IMP-conference), September* (pp. 3-5).

- **Le lien du type « combinaison »** : « *pour que la différenciation retardée soit couronné de succès, les produits ou les processus devraient être modulaires (...) En outre, comme les stratégies de la différenciation retardée impliquent le développement de produits et de nombreux membres de la chaîne de valeur, la collaboration devient inévitable entre plusieurs fonctions (e.g. intégration fonctionnelles) ou organisations (e.g. efforts de collaboration entre plusieurs entreprises). (...) Les stratégies de la différenciation retardée sont également considérées comme des moyens pour bénéficier de la personnalisation de masse et vice-versa* » (Hsuan Mikkola et Skjøtt-Larsen, 2004, p.358).

Parmi ces trois types de lien identifiés, le lien de causalité ou le lien d'influence est le type de liens le plus souvent étudié. Les liens de causalité sont identifiés dans des recherches empiriques quantitatives qui ont réalisé les tests de causalité. Ces liens de causalité identifiés peuvent être divisés en deux types de lien : les liens de causalité focalisant sur la positivité de l'influence (e.g, la SCI a une influence positive sur la modularité du produit) ; les liens de causalité focalisent sur le niveau de l'influence (e.g, plus le niveau de l'intégration est élevé, plus le niveau de la modularité du produit est élevé). Et les liens d'influence sont déduis des recherches empiriques qualitatives et des recherches conceptuelles. Ces relations causales ou liens d'influence identifiés entre les trois concepts clés étudiés peuvent être encore divisées en quatre catégories. Le détail de la comparaison de l'occurrence des liens de causalité et d'influence de ces quatre catégories est présenté dans le tableau 5 en dessous. Ce tableau comprend l'ensemble des relations identifiées entre les trois concepts étudiés dans les 56 références retenues au final.

A noter que parmi ces 56 références, quelques travaux ont non seulement montré l'existence des liens de causalisé ou des liens d'influence entre les trois concepts clés étudiés, mais elles ont aussi abordé d'autres types de lien (par étape ou combinaison) entre ces concepts dans une même étude. A titre d'exemple, Jacobs et al. (2007) ont non

seulement mis en évidence l'impact de la modularité du produit sur la mise en place de certaines initiatives de la SCI (lien de causalité), mais ils suggèrent aussi que la mise en place de la modularité du produit précède la mise en place de la SCI pour améliorer la performance de l'entreprise (Lien-par étape). En outre, selon Hsuan Mikkola et Skjøtt-Larsen (2004), la SCI et la conception modulaire du produit peuvent non seulement être vues comme des antécédentes de la réalisation de la CPM (lien d'influence), mais elles s'associent aussi entre eux dans cette réalisation (lien-combinaison). Et comme les deux autres types de liens (par étape et combinaison) sont beaucoup moins abordés par les 56 références retenues par rapport aux liens de causalité ou d'influence, ainsi, leur occurrence ne sont pas comparée.

Tableau 5 : la comparaison de l'occurrence des liens de causalité et d'influence identifiés entre les concepts clé

Le lien de causalité et d'influence identifiés entre les concepts clés			**Occurrence**	**Références clés**
La SCI ⇔ la modularité	Les liens de causalité	Positivité du lien	9	Kim et al. (2006) ; Lau et al. (2007) ; Howard et Squire (2007) ; Doran et al. (2007) ; Jacobs et al. (2007) ; Droge et al. (2012) ; Lau et al. (2010a) ; Lau (2011a) ; Davies et Joglekar (2013)
		Niveau du lien	2	Terjesen et al. (2012) ; Salvador et Villena (2013)
	Les liens d'influence	Recherche empirique (quali)	7	Brusoni et Prencipe (2001) ; Lau et Yam (2005) ; Ro et al. (2007) ; Gomes et Dahab (2010) ; Lau et al. (2011b) ; Doran et Giannakis (2011) ; Persson et al. (2016)
		Recherche	3	Hoek et Weken

		conceptuelle		(1998) ; Hsuan (1999) ; Hsuan (2003)
La modularité➔la CPM	Les liens de causalité	Positivité du lien	2	Duray et al. (2000) ; Zhang et al. (2014)
		Niveau du lien	5	Tu et al. (2004) ; Ahmad et al. (2010) ; Wang et al. (2014) ; Salvador et al. (2015) ; Tang et al. (2017)
	Les liens d'influence	Recherche empirique (quali)	1	Silvestro et Lustrato (2015)
		Recherche conceptuelle ou ouvrage	6	Pine (1993) ; Baldwin et Clark (1997) ; Berman (2002) ; Salvador et al. (2009) ; Voss et Hsuan (2009) ; Bask et al. (2011)
La SCI ➔ la CPM	Les liens de causalité	Positivité du lien	7	Lai et al. (2012) ; Trentin et al. (2012) ; Zhang et al. (2014) ; Qi et al. (2014) ; Hong et al. (2010) ; Liu et Deitz (2011) ; Murat Kristal et al. (2010)
		Niveau du lien	4	Jitpaiboon et al. (2009) ; Jitpaiboon et al. (2013) ; Liao et al. (2011) ; Liao et al. (2012)
	Les liens d'influence	Recherche empirique (quali)	1	Brown et Bessant (2003) ;
		Recherche conceptuelle	2	Feitzinger et Lee (1997) ; Vrechopoulos (2004)
Les recherches étudiant simultanément le rôle de la SCI, de la modularité ainsi que leur relation dans le développement de la CPM	Les liens de causalité	Positivité du lien	3	Peng et al. (2011) ; Liao et al. (2013) ; Purohit et al. (2016)
		Niveau du lien	1	Salvador et al. (2015)
	Les liens d'influence	Recherche empirique (quali)	1	Lin et al. (2012)
		Recherche conceptuelle	2	Hsuan Mikkola et Skjøtt-Larsen (2004) ; Smith et al.

				(2013)

Source : élaboration personnelle

Les idées clés de l'ensemble des références retenues ayant étudiés ces quatre catégories de liens (causalité et d'influence) sont présentées dans l'annexe 3 sous forme d'un tableau. Par ailleurs, dans ce tableau, nous avons souligné les références identifiées par l'analyse des références bibliographiques des références identifiées dans les bases de données, pour les distinguer.

En se basant sur une lecture de toutes les références présentées dans l'annexe 3, les idées essentielles de ces quatre catégories de liens de causalité ou d'influence sont résumées en dessous :

1. **La modularité (produit, processus, production) ↔ la SCI** : il s'agit d'une relation de causalité réciproque (Thiétard et al., 2014, p.338) ou lien d'influence réciproque. Parmi les recherches focalisant sur cette relation réciproque, certaines disent que la mise en place de la modularité du produit, de processus et de services engendre la SCI (Jacobs et al., 2007 ; Droge et al., 2012 ; Zhang et al., 2017). Et d'autres disent que la SCI contribue aussi à

- la <u>conception</u> modulaire du produit et de services via notamment le co-développement du nouveau produit ou service, la création des interfaces pour les nouveaux modules (Hsuan, 1999 ; Howard et Squire, 2007 ; Lau et al., 2010b ; Lau et al., 2011b) ;

- la <u>production et la délivrance</u> des produits ou services modulaires via la collaboration entre les membres de la supply chain (Lau et al., 2010a ; Doran et Giannakis, 2011 ; Iman, 2016) pour :
  - la réduction des contraintes relatives aux interfaces,
  - la résolution des problèmes liés à l'interdépendance de certains modules non

anticipée (problèmes des règles de conception prédéfinis)

- et tout d'autres problèmes liés au fonctionnement du système modulaire mis en place.

En outre, certaines recherches indiquent aussi qu'un haut niveau de congruence entre la SCI et la modularité du produit et de la production est nécessaire pour améliorer la performance des entreprises (Lau et Yam, 2005 ; Terjesen et al., 2012 ; Davies et Joglekar, 2013).

2. **La SCI➔le développement de la CPM** : l'intégration interne et l'intégration en aval avec les clients peuvent avoir un impact direct et positif sur le développement de la CPM, l'intégration en amont avec les fournisseurs a souvent un impact indirect sur le développement de la CPM (Jitpaiboon et al., 2009 ; Jitpaiboon et al., 2013). L'intégration en aval avec les clients prime par rapport aux autres dimensions de l'intégration, puisque le développement d'une relation étroite avec les clients clés permet aux entreprises de mieux connaitre les demandes des clients et leur évolution pour que ces derniers puissent proposer des offres personnalisées (Lai et al., 2012). Parmi les mécanismes de la SCI, l'intégration informationnelle, la planification intégrée et la coordination inter-organisationnelle pour développer les actions en commun parmi les membres de la supply chain s'avèrent primordiaux pour le développement de la CPM (Hong et al., 2010 ; Liu et Deitz, 2011 ; Qi et al., 2014 ; Zhang et al., 2014).

3. **La modularité (produit, processus, service) ➔ le développement de la CPM** : de nombreux travaux affirment que le développement de la CPM repose sur la modularité au niveau des produits, processus et services (Pine, 1993 ; Baldwin et Clark, 1997 ; Tu et al., 2004 ; Bask et al., 2011). Un système modulaire permet de combiner et recombiner les modules standardisés en différentes configurations finales, via les interfaces standardisées pour répondre aux besoins hétérogènes de clients à moindre coût (Pine, 1993 ; Voss et Hsuan, 2009).

4. **L'impact de la modularité (produit, processus, production), de la SCI, ainsi que de leur relation vis à vis du développement de la CPM** : seulement quelques travaux identifiés ont simultanément et empiriquement étudié le rôle de la SCI, de la modularité, ainsi que leur relation dans le développement de la CPM (Liao et al., 2013 ; Salvador et al., 2015 ; Purohit et al., 2016). Purohit et al. (2016) indiquent que les pratiques basées sur la modularité (*modularity-based practices*) conduisent à la mise en place de la SCI, et qu'elles sont des facteurs facilitants les plus importants pour mener à bien la PM. Liao et al. (2013) démontrent qu'un mécanisme d'intégration suivant : l'alignement tactique (un consensus sur la répartition des responsabilités en matière de la gestion des opérations en commun) entre les fournisseurs et leurs clients facilitent la conception modulaire des produits et des processus chez les fournisseurs. Et la conception modulaire des produits et des processus contribue au développement de la CPM. Salvador et al. (2015) précisent que l'association des pratiques associées à l'intégration des clients avec la conception modulaire des produits et des processus exerce des effets complémentaires vis à vis du développement de la CPM. Ainsi, selon ces travaux présentés ci-dessus, la SCI et la modularité sont interdépendantes et complémentaires dans le développement de la CPM.

En résumé, à travers cette revue de littérature sur les liens étudiés entre la SCI, la modularité et la CPM, nous avons pu identifier principalement quatre types de relation causale ou lien d'influence. Et selon ce que nous avons présenté ci-dessus, il existe encore peu de recherches qui associent simultanément ces trois concepts clés pour étudier l'impact de l'interdépendance entre la SCI et la modularité sur le développement de la CPM (Lai et al., 2012 ; Wang et al., 2014). Nous rappelons que la SCI et la modularité sont considérées comme des facteurs facilitant le développement de la CPM dans la littérature en SCM et OM (Fogliatto et al., 2012 ; Salvador et al., 2015 ; Purohit et al., 2016). Mikkola et Skjoett-Larsen (2004) ont discuté de manière conceptuelle les liens entre la SCI, la modularité et la CPM, et ces auteurs indiquent que le

développement de la CPM repose à la fois sur la SCI et la modularité.

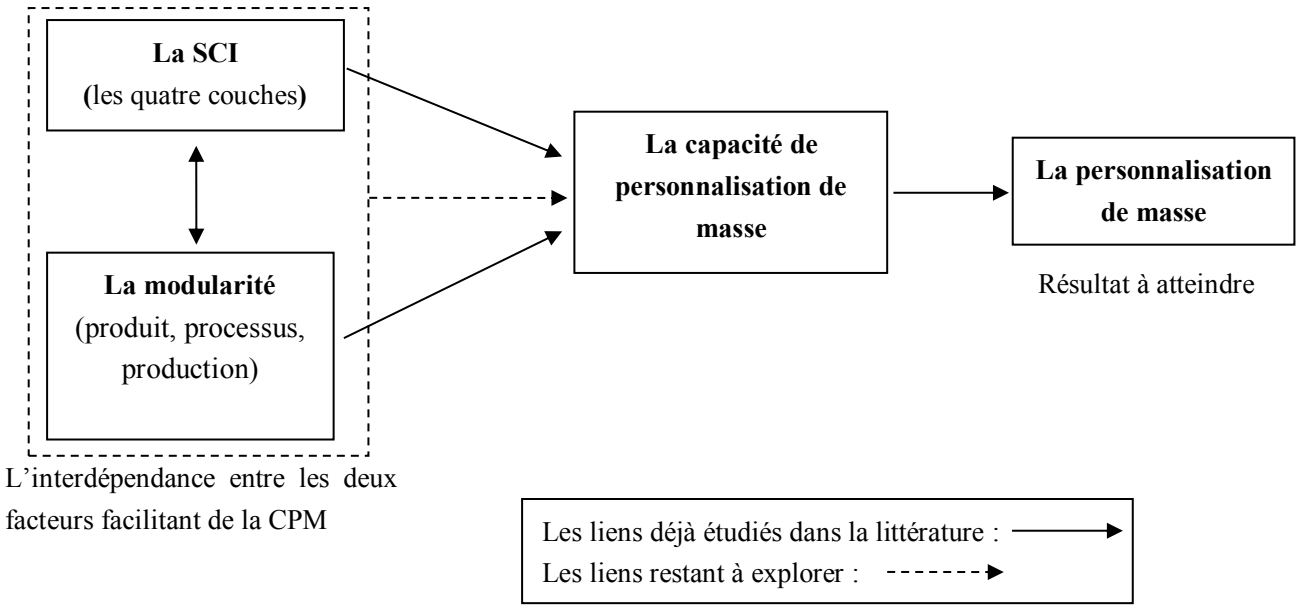
Parmi les 5 recherches empiriques (ayant fourni des preuves empiriques) identifiées étudiant spécifiquement les liens parmi ces trois concepts (CF tableau 5), elles sont focalisées seulement sur une ou quelques pratiques associées à la SCI, à part l'article de Purohit et al. (2016). Par exemple, Peng et al. (2011) s'intéressent à l'intégration des technologies d'informations entre les fournisseurs et leurs clients. Lin et al. (2012) ont étudié l'intégration des activités logistiques (flux entrantes et sortantes) au sein des fabricants des bus. Liao et al. (2013) ont investigué l'impact d'un mécanisme de la SCI (l'alignement tactique) sur la conception modulaire du produit et du processus pour développer la CPM. Salvador et al. (2015) mettent en avant l'intégration des clients comme un des moyens d'acquisition des ressources nécessaires au développement de la CPM.

Cependant, il existe rarement des recherches qui étudient systématiquement les quatre couches de la SCI (CF la section 1.2), quant à l'investigation des liens parmi la SCI, la modularité et la CPM. Par ailleurs, ces recherches ont étudiés les différents aspects de la modularité (produit, processus, production) dans le secteur industriel. Mais aucun d'entre eux n'a étudié les liens entre ces concepts dans le contexte de service. Ainsi, l'interdépendance entre la SCI et la modularité, et l'influence de cette interdépendance sur le développement de la CPM dans un contexte de prestation de service n'ont à notre connaissance pas été étudiés dans la littérature en SCM et OM/SOM. C'est pour cette raison que quelques travaux récents appellent à plus de recherches dans le futur associant simultanément la SCI et la modularité pour étudier leurs impacts sur le développement de la CPM, en s'appuyant sur des preuves empiriques dans des contextes différents (Lai et al., 2012 ; Wang et al., 2014).

La figure 5 présentée en dessous reflète à la fois les liens déjà étudiés dans la littérature et les liens restant à explorer encore. Par ailleurs, comme ce que nous avons mentionné dans la sous section 1.1.2, la réalisation de la PM repose sur le développement des

différentes capacités de PM, par conséquent, dans cette recherche, sa réalisation est vue comme un résulat de ce développement. Autrement dit, nous ne cherchons pas directement à étudier la réalisation de la PM dans cette recherche, mais les différentes capacités permettant de concrétiser la PM.

Figure 5 : les liens identifiés parmi ces concepts clés dans la littérature



Source : élaboration personnelle

Comme notre recherche s'inscrit dans le contexte de la prestation de services de santé, et que nous nous intéressons à la question de réalisation de la PM dans ce contexte spécifique, nous allons ainsi étudier l'influence de l'interdépendance entre la SCI et la modularité sur le développement de la CPM dans le secteur de la santé. Par ailleurs, nous cherchons aussi à confronter les liens déjà étudiés dans la littérature générale (contexte industriel) au contexte de la prestation de services de santé pour voir comment ces liens figurés en ligne continue dans la figure 5 se manifestent dans le secteur de la santé. Par conséquent, la question de départ que nous avons formulée dans l'introduction générale se transforme en une question de recherche en dessous :

Question de recherche : est-ce que la SCI et la modularité peuvent être des facteurs

facilitant le développement de la CPM en santé ? Si oui, comment ces deux facteurs facilitants contribuent à son développement ?

La littérature en SCM et OM étudiant la CPM se réfèrent rarement à une théorie, et dans cette littérature, nous avons identifié un seul article (Salvador et al., 2009) qui considère la CPM comme un ensemble de capacités organisationnelles, mais sans le caractériser en détail. Étant donné que la CPM est l'objet théorique de cette recherche, pour avoir une compréhension solide sur ce qu'est une capacité et une capacité organisationnelle, nous éprouvons le besoin de nous inscrire dans la théorie de *Resource-Based View* (RBV) et *Extended Resource-Based View* (ERBV). Par ailleurs, dans cette théorie, nous cherchons aussi des justifications théoriques (comment développer une capacité) permettant de poser un fondement théorique sur les relations étudiées entre la CPM et ses deux facteurs facilitants les plus importants. Pour atteindre ces objectifs, dans la section suivante, nous allons présenter en détail ce cadre théorique.

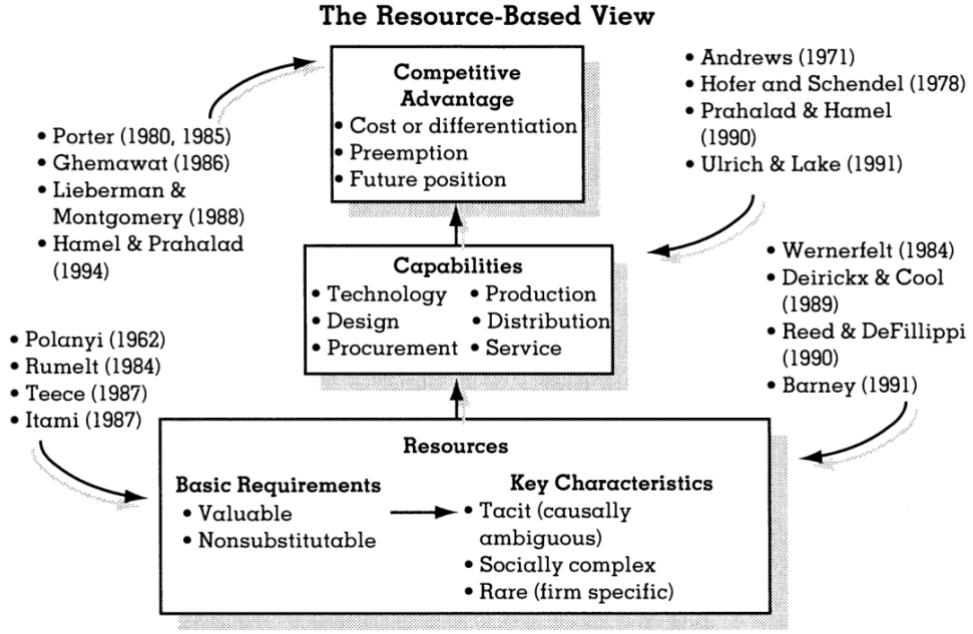
1.5 Le cadre théorique mobilisé pour étudier la CPM

En se référant au travail d'Eisenhardt et Martin (2000), Salvador et al. (2009) considèrent la CPM comme un ensemble de capacités organisationnelles. Et ces capacités organisationnelles déterminent la capacité d'une entreprise à réaliser la PM. En revanche, la littérature en SCM et OM étudiant la CPM se réfèrent rarement à une théorie. Pour bien étudier la CPM (l'objet théorique de la recherche) et comprendre ce que c'est une capacité, nous éprouvons le besoin de nous inscrire dans la théorie de « *Resource-Based View* » (RBV).

La RBV est vue comme un cadre théorique indispensable pour comprendre comment les avantages concurrentiels d'une entreprise peuvent être atteints et comment ces avantages peuvent être maintenus de manière durable dans le temps (Penrose, 1959 ;

Wernerfelt, 1984 ; Barney, 1991 ; Teece et al., 1997 ; Eisenhardt et Martin, 2000). En effet, le maintien durable de ces avantages repose sur le développement de capacités organisationnelles, qui lui-même repose sur l'acquisition de ressources rares et difficilement imitables par les concurrents (Hart, 1995b). La figure 6 présentée en dessous permet d'illustrer l'interaction entre les ressources, les capacités et les avantages concurrentiels dans le cadre de la RBV.

Figure 6 : un aperçu général de la RBV



Source : Hart (1995b, p.988)

Salvador et al. (2009) mettent en avant les valeurs stratégiques associées au développement des capacités organisationnelles pour mener à bien la réalisation de la PM. Ces mêmes auteurs indiquent que ces capacités organisationnelles sont les sources des avantages concurrentiels durables. Les entreprises doivent à la fois intégrer les ressources internes et externes pour développer ces capacités organisationnelles face à un environnement fluctuant (Lai et al., 2012).

1.5.1 Resource-Based View (RBV)

L'ouvrage de Penrose (1959) est vu comme un travail pionnier et séminal de l'approche

par les ressources, ses écrits ont influencé de nombreux travaux qui ont posé les fondements de cette approche. Au contraire de la logique concurrentielle de l'époque qui est basée sur la nature de l'offre (produit et/ou service) proposée par l'entreprise, les écrits de Penrose (1959) mettent l'accent sur l'importance des ressources internes d'une entreprise et les capacités distinctives de cette dernière à les identifier et exploiter pour fonder ses avantages concurrentiels.

Plus tard, le travail de Wernerfelt (1984) a posé le premier fondement solide de l'approche par les ressources. Selon lui, les ressources d'une entreprise à un moment donné peuvent être divisées en deux parties : les ressources tangibles et les ressources intangibles, qui sont associés à cette entreprise de manière semi permanente (Wernerfelt, 1984, p.172). D'après Grant (1991), les ressources peuvent être vues comme le fondement de la stratégie d'une entreprise. Ce sont les unités d'analyse basique et les inputs des processus de production. Elles comprennent les équipements de production, les marques, les brevets, les compétences des employées, la finance, etc (Grant, 1991, p.188). Barney (1991, p.101) défini les ressources d'une entreprise comme « tous les actifs, les capacités, les processus organisationnels, les attributs de l'entreprise, l'information, la connaissance, contrôlés par cette dernière, qui permet à l'entreprise de concevoir et d'implémenter des stratégies qui améliorent son efficacité et sa rentabilité ».

En effet, parmi toutes les ressources qu'une entreprise peut détenir, seulement une partie de ces ressources sont stratégiques, ou autrement dit, les ressources conduisant à des avantages concurrentiels de l'entreprise. Barney (1991) propose le modèle VRIN en mettant en avant les principales caractéristiques des ressources stratégiques, à savoir la valeur, la rareté, la ressource difficilement substituable et la ressource difficilement imitable. Et plus tard, une nouvelle version du modèle VRIN a été développée (Barney, 2002) : VRIO, qui inclut la notion de l'organisation dans ce modèle. Cette dernière se réfère aux structures de gouvernance et d'évaluation de l'entreprise permettant à l'entreprise d'absorber et utiliser les ressources stratégiques ayant ces quatre

caractéristiques mentionnées ci-dessus.

Par ailleurs, Grant (1991) indique que les ressources en elles-mêmes ne génèrent pas de valeurs, pour obtenir les avantages concurrentiels durables, il faudrait développer les capacités à utiliser et transformer les ressources stratégiques en avantage concurrentiels. Par conséquent, selon lui, les ressources sont les inputs ou les sources des capacités d'une entreprise, et les capacités d'une entreprise constituent des sources principales des avantages compétitifs de cette entreprise (Grant, 1991, p.119).

1.5.2 Capacités Dynamiques

Plus tard, la perspective traditionnelle de la RBV a été remise en question par les chercheurs pour plusieurs raisons (Eisenhardt et Martin, 2000). Teece et al. (1997) indiquent que cette perspective n'a pas suffisamment expliqué comment et pourquoi certaines entreprises peuvent atteindre un avantage concurrentiel face à l'évolution rapide et imprévisible de leur environnement d'affaire. Cette perspective n'a pas mis l'accent sur les mécanismes par lesquels les ressources contribuent effectivement à la compétitivité de l'entreprise. Et cette perspective a été aussi critiquée, parce qu'elle repose sur peu de fondement empirique (Eisenhardt et Martin, 2000). Par ailleurs, selon ces derniers, les avantages compétitifs durables ont été considérés comme peu probables dans le marché dynamique. Dans ce contexte, un nouveau courant théorique : les Capacités Dynamiques s'émerge (Teece et al., 1997 ; Eisenhardt et Martin, 2000).

Selon ce courant de recherche, une capacité peut être définie comme **la combinaison des différentes ressources permettant à une organisation de réaliser des actions pour atteindre un objectif précis** (Koenig, 2004, p. 511 ; Helfat et al. 2007). Et une capacité peut être considérée comme une capacité organisationnelle, sous condition que ces actions soient réalisées de manière collective (Nelson et Winter, 1982). Dans cette recherche, la PM est vue comme un objectif à atteindre via le développement de la CPM, ainsi, elle ne sera pas étudiée en tant que telle. Et Les capacités dynamiques se réfèrent

à « *la capacité d'une entreprise à acquérir, intégrer et supprimer les ressources, et à reconfigurer les compétences internes et externes pour faire face au changement rapide de son environnemen*t » (Teece et al., 1997). Selon ces derniers, l'accent doit non seulement être mis sur les ressources et compétences internes, mais aussi sur l'évolution constante de l'environnement d'affaire où se situe l'entreprise.

Eisenhardt et Martin (2000) considèrent les capacités dynamiques comme un ensemble de processus organisationnels spécifiques et identifiables, tels que le développement du nouveau produit, la prise de décision stratégique et le management de la connaissance. Ils indiquent que mêmes si le chemin par lequel on parvient à chaque capacité dynamique est idiosyncrasique dans leur détail, mais les *best practices* existent dans le développement et l'exécution d'une capacité dynamique spécifique. Ceci implique qu'il existe différents chemins pour parvenir à une même capacité dynamique, ainsi, les capacités dynamiques sont substituables, et les avantages compétitifs engendrés par ces capacités ne sont pas forcément durables. Pour Eisenhardt et Martin (2000), les capacités dynamiques sont des conditions nécessaires, mais pas suffisantes pour obtenir les avantages compétitifs. Selon ces auteurs, les avantages compétitifs reposent sur la configuration et la reconfiguration des ressources engendrés par les capacités dynamiques, en fonction de l'évolution de l'environnement d'affaires, mais non pas sur les capacités dynamiques en tant que telles.

Comme la perspective traditionnelle de la RBV, les recherches portant sur les capacités dynamiques focalisent essentiellement sur le niveau intra-organisationnel (Meurier, 2014). Les recherches commencent à étendre l'unité d'analyse de ce courant en dehors de la frontière de l'entreprise. A titre d'exemple, Meurier (2014) s'est intéressé au caractère inter-organisationnel des capacités dynamiques, et elle montre que l'interaction entre les organisations en réseau contribue à la création et au déploiement des capacités dynamiques, caractérisées comme « réticulaires ».

1.5.3 Extended Resource-Based View (ERBV)

Bien que la littérature traditionnelle autour de l'approche par les ressources se focalise sur les ressources internes de l'entreprise, les chercheurs commencent à mettre en avant l'importance de ressources externes auxquelles l'entreprise peut avoir accès via le développement de la relation inter-organisationnelle (Gulati, 1999 ; Chen et al., 2009a). Dans ce contexte, un nouvel courant théorique s'émerge et se focalise sur l'*Extended Resource Based View* (ERBV) qui est vue comme une extension de la RBV (Lewis, 2000 ; Matthews, 2003 ; Lai et al., 2012). Matthews (2003) est le premier auteur qui a officiellement proposé ce terme.

Par rapport à la RBV, l'ERBV indique que les ressources stratégiques peuvent aussi être obtenues en dehors de la frontière de l'entreprise, ces ressources permettent de combler « *resource gap* » (Grant, 1991) de l'entreprise en question. Par conséquent, les capacités stratégiques et organisationnelles d'une entreprise peuvent être développées en intégrant à la fois les ressources internes et externes (Matthews, 2003 ; Squire et al., 2009 ; Lai et al., 2012). Ainsi, Squire et al. (2009) indiquent que dans le cadre de l'ERBV, les unités d'analyse doivent passer du niveau de l'entreprise, au niveau dyadique ou du réseau. Selon ces mêmes auteurs, les entreprises doivent tenir compte non seulement des ressources et capacités externes, mais aussi de l'interface utilisé pour acquérir ces ressources et capacités. Dans leur article, l'interface de ressource est vue comme la relation collaborative inter-organisationnelle entre le fournisseur et le client. Et cette interface de ressource permet de mieux mobiliser les capacités externes des partenaires pour améliorer la performance interne de l'entreprise en question.

1.5.4 La SCI et la modularité vues comme des ressources nécessaires au développement de la CPM, à l'aune du cadre théorique de la RBV et ERBV

Selon la RBV et l'ERBV, les capacités organisationnelles peuvent être développées via l'acquisition et l'intégration des ressources externes et internes (Grant, 1991, p.119), et ceci se manifeste notamment à travers le développement d'une relation collaborative

inter-organisationnelle (Chen et al., 2009a ; Squire et al., 2009). En s'appuyant sur l'ERBV, Lai et al. (2012) mettent en évidence que la SCI peut être vue comme une ressource stratégique pour développer la CPM. Par ailleurs, les pratiques basées sur la modularité peuvent aussi être considérée comme une ressource permettant de faciliter la création et le développement des capacités organisationnelles (Sanchez et Mahoney, 2001 ; Ravishankar et Pan, 2013). Salvador et al. (2015) considèrent la SCI et les pratiques basées sur la modularité comme deux types de ressources nécessaires au développement de la CPM.

Hart (1995b) est l'auteur fondateur qui a associé le concept de l'interconnexion (*interconnectedness*) avec la théorie de la RBV. Il indique que selon le langage de la RBV, l'interconnexion peut être interprétée de deux manières : 1) l'acquisition d'une certaine ressource pourrait dépendre de la présence des autres ressources déjà développées en premier. 2) le développement d'une capacité organisationnelle donnée repose sur la présence simultanée des autres ressources déjà acquises, en raison d'un chemin unique déjà emprunté dans l'histoire. Ces deux manières de l'interprétation révèlent tous que l'interconnexion peut être décomposée en deux dimensions sous jacentes : la dépendance de sentier (*path dependence*) et l'enchâssement (*embeddedness*). *Path dependence* indique qu'il peut exister une séquence particulière de l'accumulation des ressources ou capacités. *Embeddedness* signifie que le développement d'une nouvelle ressource ou capacité peut rencontrer des difficultés, si certaines d'autres ressources ne sont pas déjà présentes.

Dans cette recherche, notre revue de littérature présentée dans la section 1.4 de ce chapitre, sur les liens existants entre la SCI, la modularité et la CPM, montre que la mise en place de la SCI et de la modularité sont interdépendantes (Lau et Yam, 2005 ; Terjesen et al., 2012 ; Persson et al., 2016). Ceci renvoie à la dimension *emdeddedness*. Et selon Jacobs et al. (2007, p.1064), leur mise en place peut suivre une séquence spécifique en fonction du contexte. Ceci renvoie à la dimension *path dependence*. La SCI et la modularité peuvent être vues comme des ressources nécessaires au

développement de la CPM, et ces deux ressouces sont aussi interdépendantes dans ce développement (Salvador et al., 2015).

Conclusion du chapitre 1

Pour répondre à la question de départ qui consiste à investiguer sur le « comment » réaliser la PM dans le contexte de la santé, et comme le concept de la PM a été rarement étudié dans ce contexte spécifique, dans ce premier chapitre, nous avons effectué une revue de littérature en SCM et OM sur le concept de la PM, ses facteurs facilitants, ainsi que leurs relations étudiées dans un contexte général.

D'abord, la revue de littérature sur la PM montre que sa réalisation repose sur le développement des différentes capacités de PM. Par ailleurs, parmi les facteurs facilitant le développement de la CPM, la SCI et les pratiques basées sur la modularité ont été identifiées comme deux facteurs facilitants les plus importants. Ensuite, une revue de littérature respective sur la SCI et la modularité nous a permis d'avoir une compréhension solide sur les caractéristiques de ces deux concepts dans un contexte général.

La revue de littérature sur les relations étudiées entre la CPM, la SCI et la modularité a permis de montrer d'une part, l'existence d'une controverse sur la relation entre la SCI et la mise en œuvre de la modularité (produit, processus, production), et d'autre part, les différentes relations étudiées et non suffisamment étudiées entre ces trois concepts. Il existe encore très peu de recherches ayant simultanément étudié le rôle de la SCI, la modularité, ainsi que leur relation dans le développement de la CPM. Et il n'existe pas encore de recherches ayant étudié les relations entre ces trois concepts dans le contexte de la santé. A partir de ce manque identifié dans la littérature en SCM et OM, une question de recherche a été formulée : **est-ce que la SCI et la modularité peuvent être des facteurs facilitant le développement de la CPM en santé ? Si oui, comment ces deux facteurs facilitants contribuent à son développement ?**

Par ailleurs, la littérature en SCM et OM étudiant la CPM se réfèrent rarement à une théorie, ainsi, pour bien comprendre ce que c'est une capacité, nous éprouvons le besoin

de nous inscrire dans la théorie de la RBV, et l'ERBV. Selon cette théorie, la capacité se réfère à la combinaison des différentes ressources nécessaire permettant à une organisation de réaliser des actions pour atteindre un objectif précis. Dans cette recherche, la PM est vue comme un résultat à atteindre via le développement de la CPM, ainsi, elle ne sera pas étudiée en tant que telle dans cette recherche. En outre, le développement d'une capacité organisationnelle repose sur la présence simultanée de plusieurs ressources déjà acquises. En tant que deux facteurs les plus important facilitant le développement de la CPM, la SCI et les pratiques basées sur la modularité peuvent aussi être considérées comme des ressources nécessaires au développement de la CPM.

Après avoir explicité le cadre théorique mobilisé et justifié la pertinence du choix de ce cadre théorique, dans le chapitre suivant, nous cherchons à conceptualiser et opérationnaliser les trois concepts étudiés dans cette recherche, ayant tous une origine industrielle, dans le contexte de la santé. Ce travail permettra de poser un fondement pour étudier les relations entre ces trois concepts étudiés dans le contexte de la santé.

2. La conceptualisation et l'opérationnalisation de la CPM, la SCI et la modularité dans le contexte de la santé

Introduction du chapitre 2

Les concepts, méthodes ou techniques qui proviennent du secteur industriel ne peuvent pas être appliqués directement dans le contexte de la prestation de services, une adaptation des ces éléments est nécessaire (Bask et al., 2010). Dans ce chapitre, nous visons à conceptualiser et opérationnaliser respectivement les trois concepts clés étudiés ayant une origine industrielle dans le contexte de la prestation de services de santé. Ce travail permet ainsi de poser la base pour étudier ces trois concepts ainsi que leur relation dans ce contexte spécifique.

Selon Quivy et Van Campenhoudt (1995, p.120), l'opérationnalisation des concepts correspond à une « *construction abstraite visant à rendre compte du réel* ». Quivy et Van Campenhoudt (2011, p.122) le qualifient comme la « *construction-sélection* » qui cherche à retenir uniquement les aspects de la réalité les plus pertinents. Selon ces auteurs, un concept est composé de dimensions, composantes et indicateurs. Un concept peut être unidimensionnel ou multidimensionnel, les dimensions de ce concept peuvent être déclinées en composantes, et qui peuvent être par la suite mesurées ou appréciées à l'aide des indicateurs[13] (Quivy et Van Campenhoudt, 2011, p.122). Dans cette recherche, les indicateurs développés à l'issue de notre travail d'opérationnalisation sont vus comme des éléments de preuve à identifier sur le terrain qui permettent d'attester l'existence ou non des dimensions associées à chacun des trois concepts appliqués dans le contexte de la santé.

D'abord, étant donné que le concept de la PM a été rarement étudié dans le contexte de la santé (Minvielle et al., 2014), et comme nous nous intéressons aux différentes

[13] les termes équivalents : attributs et descripteurs

capacités permettant de concrétiser la PM dans cette recherche[14], pour conceptualiser et opérationnaliser la CPM étudiée dans un contexte général à ce contexte spécifique, nous nous basons sur des travaux ayant effectué le travail de conceptualisation et d'opérationnalisation des différentes capacités de PM dans un contexte général (évoquées dans la sous section 1.1.2), tout en les (chaque capacité) adaptant au contexte spécifique de la santé, à l'aide de la littérature du management de la santé. Le travail de conceptualisation et d'opérationnalisation de la CPM de services de santé est présenté en détail dans la section 2.1.

Ensuite, il existe déjà des travaux qui ont étudié le concept de la modularité dans un contexte de la prestation de services, notamment, le contexte de la santé, même si le courant de recherche portant sur ce sujet est encore émergeant. Par conséquent, dans la section 2.2, pour étudier l'application du concept de la modularité dans le contexte de la santé, nous nous basons principalement sur des travaux ayant déjà conceptualisé et opérationnalisé la modularité de prestation de services de santé.

Troisièmement, comme la notion de l'intégration a été déjà beaucoup étudiée dans la littérature du management de la santé, ainsi, à travers une articulation de deux champs de littérature : la SCI et l'intégration des services de santé, nous avons conceptualisé et opérationnalisé la SCI de services de santé dans la section 2.3.

Enfin, en se basant sur les résultats de la revue de littérature portant sur les liens existants entre les trois concepts clés : la CPM, la SCI et la modularité (CF la section 1.4), et à partir de ce travail de conceptulisation et d'opérationnalisation des trois concepts au contexte de la santé, nous allons établir un modèle conceptuel de recherche dans la section 2.4.

[14] Nous n'étudions pas la réalisation de la PM en tant que telle dans cette recherche

2.1 La CPM de services de santé

Dans cette section, nous allons d'abord présenter la définition de la CPM de services de santé. Ensuite, en se basant sur les dimensions de la CPM identifiées dans la section 1.1 du premier chapitre, nous allons respectivement présenter les quatre dimensions de la CPM de services de santé ainsi que les différents indicateurs associés : l'indentification des réponses aux besoins d'usagers (section 2.1.1), le développement de l'espace de solutions (section 2.1.2), la conception robuste des processus flexibles (section 2.1.3), la gestion de la continuité de délivrance de services de santé (section 2.1.4).

En adaptant la définition de la CPM proposée par Tu et al. (2001) dans un contexte de service, Sjödin et al. (2016, p.5331) définissent la CPM de service comme « *la capacité à offrir de manière efficiente un volume important de services différents pour les marchés mondiaux, et ajuster rapidement la conception de services et des processus de délivrances de ces services en fonction des besoins de clients, sans faire des compromis importants en termes de coûts de délivrance de services et de qualité des services* ».

Dans le contexte de la prestation de services de santé, la réalisation de la PM devrait destiner à un groupe ou une population spécifique d'usagers ayant des besoins relativement homogènes, et résidant dans un territoire bien défini. Et tous les prestataires de services impliqués dans la prise en charge de ce groupe ou population spécifique d'usagers sont concernés par le développement de la CPM. En adaptant la définition de la CPM de service proposé par Sjödin et al. (2016) dans le contexte de notre recherche, nous entendons la CPM de services de santé comme « *la capacité à offrir un large éventail de services hétérogènes adaptés aux besoins généraux d'un groupe ou d'une population spécifique d'usagers ayant des besoins relativement homogènes sur un territoire bien défini, tout en personnalisant ces services en fonction des besoins spécifiques de chaque usager de ce groupe ou population, sans faire des compromis importants en termes de coûts, de délivrance de services et de qualité des*

services ».

La réalisation de la PM dans le secteur de la santé est encore un thème de recherche nouveau (Minvielle et al., 2014), et selon ces mêmes auteurs, il existe encore très peu de recherches empiriques dans la littérature du management de la santé ayant développé des mesures pour apprécier ou étudier ce concept. Comme ce que nous avons mentionné dans la section 1.1, Tu et al. (2001), Liu et al. (2006), Zipkin (2001) ainsi que Salvador et al. (2009) ont tous cherché à conceptualiser et opérationnaliser la CPM permettant de concrétiser la PM. Les différentes capacités de PM développés par Tu et al. (2001) et complétés par Liu et al. (2006) permettent de mesurer directement la performance attendue de la mise en place de la PM. Tandis que ceux de Zipkin (2001) et Salvador et al. (2009) peuvent être considérés comme les moyens pour atteindre les capacités de PM proposées par Tu et al. (2001) (Trentin et al., 2015). Etant donné que le concept de la PM est encore nouveau pour le secteur de la santé, et il n'est probablement pas encore largement appliquée en pratique dans le secteur de la santé, nous choisissons ainsi de nous baser sur les capacités de PM développées par Zipkin (2001) et Salvador et al. (2009) pour opérationnaliser la CPM dans ce contexte spécifique.

Selon nous, les différentes capacités de PM proposés par ces deux travaux mentionnés ci-dessus sont complémentaires. Premièrement, la capacité « *elicitation* » (i.e. aider le client à identifier exactement ce qu'il veut) développée par Zipkin (2001) et la capacité « choice navigation » (i.e. aider les clients à faire leurs propres choix) proposée par Salvador et al. (2009) mettent tous en avant l'importance de développer la capacité d'identification des réponses adaptées aux besoins spécifiques de chaque client.

En outre, la capacité « développement de l'espace de solution » développée par Salvador et al. (2009), met en avant aussi la capacité à délimiter la gamme de produits et/ou services offerts en fonction des besoins hétérogènes des clients ciblés.

Ensuite, ces deux travaux insistent tous sur l'importance de développer la capacité à

concevoir des processus flexibles et robustes pour soutenir la réalisation de la stratégie de PM. Zipkin (2001) focalise sur les technologies de production pour concevoir et développer ces processus flexibles, tandis que Salvador et al. (2009) focalisent à la fois sur les facteurs technologiques (*hard*) et aussi les facteurs humains (*soft*) dans la conception de ces processus flexibles.

Enfin, Zipkin (2001) met en avant aussi la logistique comme une capacité organisationnelle à développer pour délivrer le bon produit personnalisé à chaque client dans le meilleur délai, et au bon endroit. Autrement dit, la logistique contribue au développement de la CPM via l'assurance de la continuité et la fluidité des flux.

En s'inspirant des effets associés à la logistique vis-à-vis du développement de la CPM mentionnée ci-dessus, et en l'adaptant au contexte de la prestation de services de santé, il s'agit d'assurer la continuité de délivrance des services de santé auprès de chaque usager d'une population cible pour que ce dernier puisse recevoir un ensemble de services nécessaires et personnalisés au bon moment, au bon endroit, et de façon cliniquement appropriée dans son parcours de santé (HAS, 2012).

En se basant sur les différentes capacités de PM proposés par ces deux travaux et en les adaptant dans le contexte de la santé, nous proposons ainsi quatre (i.e. dimensions) capacités de PM de services de santé suivants :

2.1.1 La capacité à identifier des réponses adaptées aux besoins d'usagers

Cette capacité est adaptée de la capacité « *elicitation* » proposée par Zipkin (2001) et la capacité « *choice navigation* » proposée par Salvador et al. (2009). Dans le contexte de cette recherche, cette capacité se réfère à la « *capacité à identifer des bons services adaptés en fonction des besoins spécifiques de chaque usager (ainsi que leurs évolutions), faisant partie d'une population spécifique d'usagers ».*

Plus spécifiquement, il consiste à identifier et spécifier les différents aspects des besoins de chaque individu (e.g. médical, psychologique et social) d'une population cible, et leur évolution tout le long du processus de sa prise en charge (Valentijn et al., 2015, p.8). Une fois que les besoins sont identifiés à travers un diagnostique ou une évaluation de l'état de santé des usagers, il faudrait aussi les recommander ou les orienter vers les services les plus adaptés à leurs besoins. Par ailleurs, si les besoins de la personne évoluent, il faudrait aussi adapter les prestations de service en fonction de cette évolution. Ceci renvoie en fait à la capacité « *elicitation* » proposée par Zipkin (2001) et à la capacité « *choice navigation* » proposée par Salvador et al (2009), comme ils focalisent sur le soutien fourni aux clients dans l'identification de ce qu'ils veulent.

Par conséquent, nous retenons les indicateurs suivants :

- Tous les aspects des besoins identifiés (médical, psychologique, social) de la personne ;
- Les modes d'identification des besoins de chaque usager ainsi que leur évolution ;
- Les modes d'identification des services les plus adaptés en fonction des besoins identifiés

2.1.2 La capacité à développer l'espace de solutions

Cette capacité est adaptée de la capacité « *solution space development* » proposée par Salvador et al. (2009). Selon ces auteurs, il est important pour une entreprise d'identifier les besoins hétérogènes de ses clients, pour délimiter ses offres de produits ou services, et proposer un large éventail des solutions adaptées à ses clients. Par exemple, la collecte en permenance d'informations relatives à l'expérience passée des clients dans l'achat et l'utilisation des produits, permet d'aider une entreprise à comprendre les préférences de ses clients, et qui permet par la suite de délimiter ses offres de produits ou services.

Dans le contexte de cette recherche, cette capacité se réfère à la « *capacité à délimiter les offres de services destinées à un groupe ou une population spécifique d'usagers, en fonction de la divergence des besoins des usagers de cette population ».* Et il s'agit à la fois de développer un éventail satisfaisant d'offre de services adaptés en fonction de la divergence des besoins des usagers faisant partie d'une population cible, et aussi de faire la veille de l'évolution de ces besoins, pour pouvoir renouveler en permanance l'offre de services existants en fonction de cette évolution.

Par conséquent, nous retenons l'indicateur suivant :

- les modes de développement et de délimitation des offres de services destinées à une population spécifique d'usager (la veille de l'évolution des besoins de la population…)

2.1.3 La capacité à concevoir des processus robustes et flexibles

Cette capacité rejoint à la capacité de « la flexibilité des processus » proposée par Zipkin (2001) et à la « conception robuste de processus » proposée par Salvador et al. (2009). Cette dernière se réfère à la capacité à réutiliser ou recombiner les ressources intra et inter-organisationnelles pour répondre aux besoins hétérogènes des clients. Dans le contexte de cette recherche, il consiste à « *reutiliser les processus de prise en charge standardisés en les combinant avec les différents processus de prise en charge personnalisés pour répondre aux besoins hétérogènes de chaque usager faisant partie d'une population spécifique* ». Selon Salvador et al. (2009, p.5), cette capacité peut être développée via trois approches différentes : l'automatisation flexible, la modularité des processus et le capital humain flexible.

L'automatisation n'est pas un synonyme de rigidité, elle peut être considérée comme un élément clé da la réalisation de la personnalisation de masse pour les produits et les services, si elle est flexible (Salvador et al., 2009, p.9). Cette automatisation flexible

peut être réalisée via les différents moyens, comme les technologies de l'information et de la communication (TIC), les robots et les protocoles. Comme les TIC ainsi que les protocoles sont aussi utilisés dans le contexte de la santé, ainsi, la réalisation de l'automatisation flexible destinée à la prise en charge des usagers est possible dans ce contexte spécifique.

La modularité des processus est une approche complémentaire de celle mentionnée ci-dessus (Salvador et al., 2009, p.9). Grâce à la décomposition du processus général en différents sous-processus (segments) standardisé et personnalisé (chaque segment correspond à une fonction spécifique à remplir pour répondre les besoins variables de la population de client visée), on peut ainsi placer les sous-processus standardisés avant les sous-processus personnalisés afin de répondre de manière flexible aux besoins hétérogènes de différents clients tout en économisant les coûts de la personnalisation (Bask et al., 2010). Derrière le principe de la modularité des processus, il y a la pensée modulaire au niveau de la conception des processus. Ce principe provient de la pensée modulaire, et la capacité à penser modulaire est indispensable pour concevoir des processus flexibles et robustes, que ce soit dans un contexte industriel, ou dans un contexte de la santé.

Par ailleurs, il est aussi important de prendre compte du facteur humain dans la conception des processus flexibles, l'investissement dans le capital humain flexible et adaptatif permet les professionnels d'être flexibles et polyvalents pour faire face à l'arrivés des imprévus et des nouvelles tâches ambigües, et aux rigidités encastrées au sein des processus et technologies (Salvador et al., 2009, p.10).

Par conséquent, nous retenons les indicateurs suivants :

- Les types d'automatisation flexible existants
- La pensée modulaire au niveau de la conception des processus
- Le capital humain adaptatif

2.1.4 La capacité à assurer la continuité de délivrance de services de santé

Cette dimension est adaptée de la dimension « logistique » proposée par Zipkin (2001) pour étudier le développement de la CPM dans le contexte de cette recherche. Dans un contexte de la prestation de services de santé, nous entendons « *la capacité à s'assurer que le bon produit soit livré à chaque client au bon moment, et au bon endroit* » (Zipkin, 2001) par « *la capacité à s'adapter aux besoins et situations des usagers qui évoluent au fil du temps dans la délivrance complémentaire de différents types de soins et de services, pour assurer que ces services sont fournis dans la bonne séquence, au bon moment et de façon cliniquement appropriée* ». Ce qui correspond à la notion de la continuité de la prestation de services de santé tout le long du parcours de santé des usagers (HAS, 2012, p.7). En effet, au contraire du secteur industriel qui focalise principalement sur le flux de produit physique, dans le secteur de la santé, c'est le flux humain qui prime (Guan et al., 2017).

Selon la littérature du management de la santé, il existe différents modèles de continuité de la prestation de services de santé (Gulliford et al., 2006). Haggerty et al. (2003) ont fait un effort de synthèse et d'affinage des dimensions de cette continuité, et qui a posé un fondement pour étudier le concept de la continuité de la prestation de services de santé (Puntis et al., 2015). Plus spécifiquement, Haggerty et al. (2003) proposent trois dimensions de cette continuité :

- la continuité managériale : la cohérence de la coordination des interventions en fonction de l'évolution des besoins d'usagers. Elle est particulièrement importante pour les usagers qui sont atteints de maladies chroniques ou complexes. Cette continuité est atteinte quand les différents services de santé sont délivrés de manière complémentaire et en temps réel. Le partage des protocoles de soins et le développement de l'outil de planification de prise en charge en commun contribuent à cette continuité.

- la continuité relationnelle : le maintien d'une relation thérapeutique continue entre un usager et un ou plusieurs professionnels de santé. La régularité de contact est ainsi un élément important à tenir compte quand on étudie cette continuité (Puntis et al., 2015 ; Valentijn et al 2015).

- la continuité informationnelle : l'utilisation des informations relatives aux événements passés et à la situation personnelle (e.g. ses préférences, valeurs, contexte de vie en général) afin de rendre le soin actuel approprié pour chaque usager.

A travers l'étude du rôle d'un outil de planification dans l'amélioration de la coordination et de l'intégration des services de santé, Guan et Sampieri-Teissier (2016) démontrent que ces trois types de continuité sont bien interdépendants entre eux, ce qui n'est pas ressorti explicitement des travaux de Haggerty et al. (2003). Plus spécifiquement, la relation thérapeutique continue entre un usager et un professionnel de santé repose sur la traçabilité des informations relatives à l'état de santé de cet usager et sa prise en charge. Le maintien d'une relation thérapeutique durable entre les deux parties alimentera de manière continue les informations nécessaires à une meilleure prise en charge de l'usager. Enfin, la délivrance de la prestation de services de santé adaptées et adaptables en fonction des besoins changeant de l'usager repose à la fois sur la disponibilité des informations relatives à la prise en charge de l'usager, mais aussi sur la relation thérapeutique durable entre l'usager et le professionnel de santé qui à son tour facilitera le suivi et la détection du changement de la situation de l'usager.

Ainsi, nous retenons les indicateurs suivants :

Pour la continuité managériale :

- l'absence de rupture de prise en charge des usagers
- le temps de réponse aux besoins changeants d'usagers

Pour la continuité relationnelle :

- la fréquence de contact/interaction entre les professionnels et les usagers (intensité, régularité)

Pour la continuité informationnelle :

- la traçabilité des informations relatives à la prise en charge des usagers

2.2 La modularité de prestation de services de santé

Dans cette section, nous allons d'abord présenter la définition de la prestation modulaire de services de santé (dans cette recherche, la modularité de prestation de services de santé et la prestation modulaire de services de santé sont vues comme deux termes équivalents qui désignent la même chose). Ensuite, en se basant sur les travaux ayant déjà étudié l'application du concept de la modularité dans le contexte de la santé, nous allons respectivement présenter les trois dimensions de la modularité de prestation de services de santé, ainsi que les différents indicateurs associés : l'architecture décomposable de prestation de services de santé (section 2.2.1), les interfaces (section 2.2.2), le processus de spécification du package de services de santé (section 2.2.3).

Comme dans le contexte industriel, la modularité a été aussi mentionnée comme un antécédent de la réalisation de la PM dans le contexte de la prestation des services (Bask et al., 2010, 2011 ; Silvestro et Lustrato, 2015). Les recherches appliquant les principes de la modularité dans le secteur de la santé sont encore limitées (Soffers et al., 2014 ; De Blok et al., 2014 ; Silander et al., 2017). Parmi ces recherches, plusieurs travaux affirment que la prestation de services de santé peut être considérée comme modulaire jusqu'à certains degré (Sampson et al., 2015 ; Vähätalo et Kallio, 2015). Par exemple, la prise en charge des personnes âgées est souvent considérée modulaire (De Blok et al., 2010a, 2010b ; De Blok et al., 2014). La prise en charge des patients ayant des

problèmes de santé mentale dispose des pré-requis pour être qualifiée comme modulaire (Soffers et al., 2014).

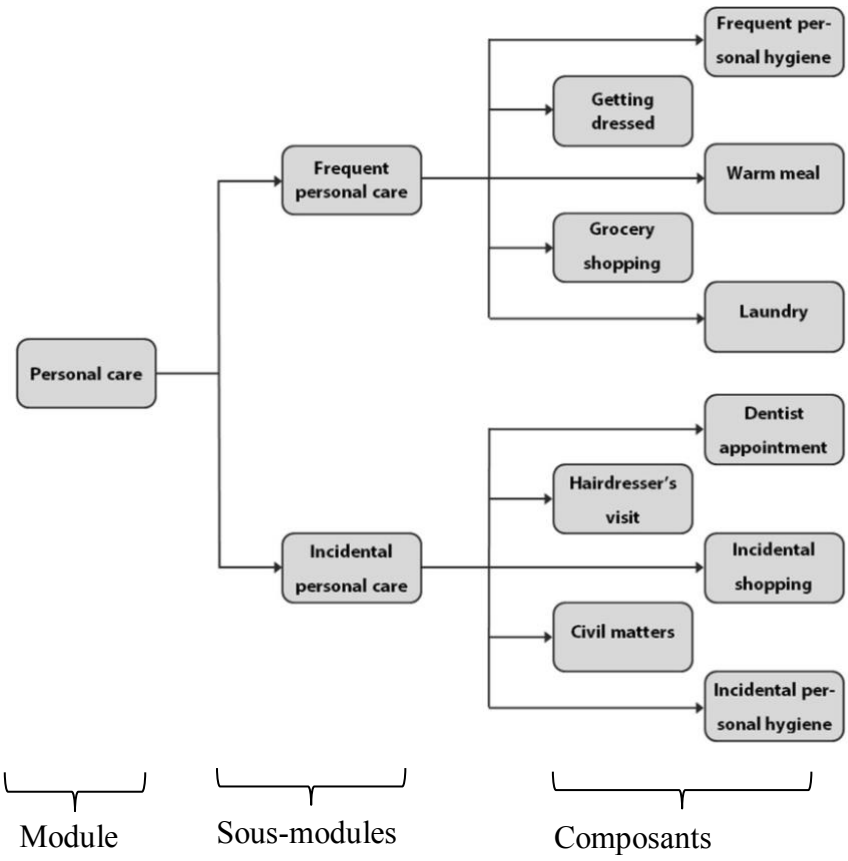
Selon Vähätalo et Kallio (2015, p.926), la prestation modulaire de services de santé est « *composée de multiples modules de service qui sont compatibles de manière flexible et unique, et qui sont typiquement réalisés par multiples prestataires de services* ». Les recherches appliquant les principes de la modularité dans le secteur de santé focalisent à la fois sur les règles de conceptions de la modularité (Baldwin et Clark, 1997 ; Baldwin et Clark, 2000) abordé dans la sous section 1.3.3, et aussi sur le processus de spécification du package de services (De Blok et al., 2010a ; De Blok et al., 2014 ; Van der Laan, 2015 ; Vahathalo, 2016 ; Soffers et al., 2016 ; Silander et al., 2017). Par conséquent, en se basant sur ces différents travaux mentionnés ci-dessus, nous allons présenter les trois dimensions de la modularité de prestation de services de santé ainsi que leur opérationnalisation ci-après.

2.2.1 L'architecture décomposable de l'offre de services de santé

Dans un contexte de prestation de services, une architecture décomposable permet de spécifier quels sont les modules de services qui feront partie du système modulaire et quelles sont leurs fonctions respectives (Simon, 1962 ; Baldwin et Clark, 1997). Selon ces auteurs, chaque module de service est conçu pour contribuer à la performance globale du système en remplissant une fonction spécifique. Les composants au sein d'un module de service sont interdépendants entre eux, mais l'interdépendance entre les modules de service est minimisée (Campagnolo et Camuffo, 2010). Par ailleurs, le « composant » et le « module » est souvent utilisé de manière interchangeable dans la littérature de modularité de service (Voss et Hsuan, 2009). Dans cette recherche, nous adoptons la vision qui considère le composant comme la plus petite unité de décomposition d'un service (Pekkarinen et Ulkuniemi, 2008). Un module de service est composé d'un ou plusieurs composants de service exécutant une caractéristique de l'offre de service global (Pekkarinen et Ulkuniemi, 2008).

A travers une étude de cas sur la prestation modulaire des services de santé auprès des personnes âgées indépendantes aux Pays-Bas, De Blok et al. (2010a) indiquent que l'architecture de prestation de services de santé destinée à la prise en charge des personnes âgées peut être décomposée en différents modules et/ou sous-modules de service, ces modules ou sous-modules de service peuvent encore être décomposés en différents composants de services. La figure 7 adaptée de Soffers et al. (2014, p.6) qui est présentée en dessous permet d'illustrer le propos de De Blok et al. (2010a), ce premier a étudié l'applicabilité des principes de modularité dans la prestation des services de santé mentale.

Figure 7 : un exemple de la décomposition des services de santé fournis dans un centre de santé mentale



Source : adaptée de Soffers et al. (2014, p.6)

Par conséquent, nous retenons les éléments suivants permettant d'apprécier l'existance ou non de l'architecture décomposable de l'offre de services :

- L'indépendance relative des modules de service
- Les fonctions spécifiques de chaque module de service

2.2.2 Les interfaces

Dans le contexte de prestation de services, en se basant sur la définition d'ESD Architecture Committee (2004, p. 5), De blok et al. (2014) définissent l'interface dans la prestation de service de santé modulaire comme « *l'ensemble des règles et des directives régissant l'arrangement flexible, les interconnexions, et l'interdépendance des composantes*[15] *de services et les prestataires de services* ». Les interfaces dans les services comprennent souvent des être-humains, l'information ou les règles de partage d'information, car la conception de service implique souvent le contact humain (Voss et Hsuan, 2009). De blok et al. (2014) ont proposé une typologie d'interfaces (quatre catégories d'interfaces) pour la prestation modulaire de services de santé en se basant sur les deux critères suivants :

- L'entité d'interaction : l'interface peut être analysée à deux niveaux : le niveau de module de service et le niveau de prestataire de services. Les interfaces qui gèrent l'interdépendance des modules au sein d'un package de services destinés à un individu, ont un impact direct sur **les flux de clients** (le parcours d'usagers). Les interfaces qui gèrent l'interdépendance des prestataires de service, réalisant et délivrant ces modules, ont un impact direct sur les **flux d'information** circulant entre ces prestataires.

- l'objectif de l'interface : l'interface peut avoir deux objectifs distincts, mais interdépendants : la variété et la cohérence. Les interfaces qui ont pour objectif

[15] De Blok et al. (2014, p.177) ne distinguent pas les composants des modules, pour eux, les composants sont équivalent aux modules.

d'adapter la configuration du package de services (capacité à assembler et substituer les modules variées) aux besoins de client font partie de la catégorie « **variété** ». Les interfaces cherchant à mettre en cohérence l'interaction au niveau de composants et au niveau des prestataires, dans l'assemblage et la délivrance du package de services de santé, font partie de la catégorie « **cohérence** ».

Le tableau 6 présenté ci-dessous reprend un ensemble d'interfaces identifiées par De blok et al. (2014), faisant partie de chacune des quatres catégories d'interfaces, et qui sont nécessaires à la prestation modulaire de services de santé.

Tableau 6 : la typologie d'interfaces destinée à la prestation modulaire de services de santé

La catégorie des interfaces variété module	**La catégorie des interfaces variété flux d'informations**
- les catalogues de l'offre de services - les programmes de l'offre de services (packages) pré-combinés	- les réunions de concertation (prise en charge patient) - les lignes de communication préétablies - l'évaluation continue des besoins
La catégorie des interfaces cohérence module	**La catégorie des interfaces cohérence flux d'informations**
- les règles de planification pour un flux d'usager fluide - les règles de planification pour un flux d'usager sûr	- la division du travail - le dossier patient

Source : adaptée de De Blok et al. (2014)

En se basant sur la définition et la typologie d'interfaces proposée par De Blok et al. (2014), Van der Laan (2015) distingue deux types d'interfaces standardisées pour le

secteur de service en général : les interfaces standardisées fonctionnelles qui cherchent à combiner et assembler les différents modules de l'offre de services ; les interfaces standardisées organisationnelles visant à combiner et assembler les différents prestataires de services réalisant les modules de service.

L'auteur développe le premier type d'interface en se référant aux trois types de l'architecture modulaire développé par Ulrich (1995) : « *slot* », « *bus* », « *sectional* ». Les fonctions des interfaces ainsi que les façons dont ces interfaces se standardisent se diffèrent en fonction du type de l'architecture modulaire. Le deuxième type d'interface repose sur les mécanismes de coordination qui renvoient au mode de coordination via la standardisation (Mintzberg, 1980 ; Galbraith, 1995) : la standardisation des qualifications (les interfaces permettant de spécifier les compétences pré-requises pour délivrer les modules de service concernés. e.g., la réunion multidisciplinaire en santé) ; la standardisation des résultats (les interfaces permettant de spécifier les résultats attendus par la contribution de chaque module de service concernés) ; la standardisation des procédés (les interfaces permettant de spécifier la séquence dans laquelle les modules de services concernés sont délivrée. e.g., le protocole ou la spécification du processus).

Ainsi, nous allons étudier les différentes catégories d'interfaces mises en oeuvre sur le terrain, en nous basant sur la typologie d'interfaces proposée par De Blok et al. (2014) présentée ci-dessous :

Interface variété module

Interface cohérence module

Interface variété flux d'informations

Inteface cohérence flux d'informations

2.2.3 Le processus de spécification du package de services de santé

Dans un contexte de prestation de services de santé, les différents modules de service

peuvent être assemblés et recombinés en différentes configurations de packages de service pour répondre aux besoins hétérogènes d'usagers à travers les interfaces (De Blok et al., 2014 ; Soffers et al., 2014).

De Blok et al. (2010a) définissent un package de services modulaires comme « *la combinaison et la connexion des divers composants via les interfaces pour créer un paquet modulaire offert* ». Par ailleurs, De Blok et al. (2010b) ont étudié le processus de spécification d'un package de services. Selon ces auteurs, le processus de spécification des composants d'un package de services repose sur l'identification des besoins de bénéficiaire, deux phases ont été identifiées dans le processus de spécification des besoins du bénéficiaire :

- Une phase d'assemblage du package a priori : les premiers contacts (téléphone, face à face) avec le client avant la prestation officielle de services : une compréhension globale des besoins de clients et quels sont les composants à assembler pour le package de service dédié- un package préliminaire.
- Une phase d'assemblage du package a posteriori : une fois que la prestation officielle de services commence, un ajustement éventuel du package préliminaire est possible (enlever, ajouter ou adapter des composants standards aux besoins spécifiques de client), à l'issue d'une compréhension encore plus fine et détaillée des besoins de clients. Par ailleurs, ce package réajusté à un instant T peut être évolué encore en fonction de l'évolution des besoins de l'usager.

Dans un contexte industriel, Duray et al. (2000) indiquent que plus tôt les préférences de client seront tenues compte dans le cycle de production, plus le degré de personnalisation du produit final sera élevé et vice-versa. Tandis que De Blok et al. (2010b) montrent que c'est exactement l'inverse dans le secteur de la santé, puisque l'état de santé du bénéficiaire est intangible, une appréhension globale et complète de ses besoins ne peut que se passer au moment de co-production de services de santé.

Ainsi, l'intensité de l'implication du bénéficiaire dans la production de services est un facteur important à prendre compte dans l'étude de la modularité en santé.

Par ailleurs, il existe principalement deux approches pour assembler les modules de services en packages de service :

- L'approche pilotée par le menu (Bohmer, 2005 ; De Blok et al., 2014) : les modules de services sont assemblés à partir d'une listes de modules disponibles et prédéterminés. La personnalisation est possible en assemblant les différents modules de services standardisés en différentes configurations uniques pour répondre aux besoins spécifiques de différents usagers (personnalisation de l'assemblage des prestations de services standardisées ou routinières). La personnalisation peut aller encore plus loin, en adaptant une partie ou toutes les parties de modules de services standardisés d'un package de service en fonction des besoins spécifiques de chaque usager et leurs évolutions (l'assemblage des prestations de services personnalisées).

- L'approche pilotée par le prototype (Chorpita et al., 2005 ; Voss et Hsuan, 2009) : les modules de services sont pré-assemblés en suivant généralement les étapes d'un prototype de traitement. La personnalisation peut avoir lieu en ajoutant les modules de service supplémentaires ou enlevant certains modules pré-assemblés à partir de la base des modules de service pré-assemblés (personnalisation de l'assemblage des prestations de services standardisés ou routinières).

Par conséquent, nous retenons les éléments suivants pour étudier le processus de spécification du package de services de santé sur le terrain :

- La phase d'assemblage du package de services (a priori-préliminaire, a posteriori)

- Les méthodes d'assemblage du package associées (e.g. approche pilotée par le menu ; approche pilotée par le prototype)

2.3 La SCI dans un contexte de la prestation de services de santé

Dans cette section, nous allons d'abord proposer notre vision sur ce que c'est une supply chain de services dans le secteur de la santé (section 2.3.1). Ensuite, nous cherchons à articuler ces deux champs de littérature autour des dimensions de l'intégration pour adapter les dimensions de la SCI dans un contexte de la prestation de services de santé (section 2.3.2). Dans cette même sous section, nous allons aussi présenter le travail de l'opérationnalisation des dimensions de la SCI de services de santé proposés.

2.3.1 La supply chain santé

Avant aller plus loin, il est important de comprendre ce que représente une supply chain dans un contexte de prestation de services. Au contraire de la production industrielle, la prestation de services possède des caractéristiques uniques que nous ne pourrions pas ignorer, quant à l'application du concept de la supply chain dans le secteur de services (Vargo et Lusch, 2004 ; Sampson et Froehle, 2006). Ces caractéristiques sont les suivantes :

- l'hétérogénéité (l'input fourni par le client),
- la simultanéité (la production et la consommation du service se réalise en même temps),
- la périssabilité (le service fourni est périssable car sa délivrance est limitée par le temps),
- l'intangibilité (contrairement au produit physique, le service fourni est souvent intangible),
- la participation du client (le fournisseur coproduit un service avec le client).

En tenant compte les caractéristiques présentées ci-dessus, Sampson et Froehle (2006) indiquent que la supply chain de services est bi-directionnelle (*bi-directional Service SC*), et une supply chain de services bi-directionnelle signifie que « *le client fournit une ressource de production au prestataire de services, ce dernier travaille en modifiant*

cette ressource et il retourne cette même ressource modifiée au client » (Sampson 2000). Plus spécifiquement, le client interagit avec le prestataire de services pendant le processus de prestation de services, et il fournit les inputs essentiels au prestataire de service dans le processus de co-production de services (Sampson et Froehle, 2006). Les inputs fournis par le client comprennent les esprits et le corps humain du client, les affaires personnels de clients, et les informations fournies par le client (Lovelock, 1983). Par conséquent, dans une supply chain de services, les clients sont à la fois les fournisseurs des inputs et aussi les bénéficiaires des outputs.

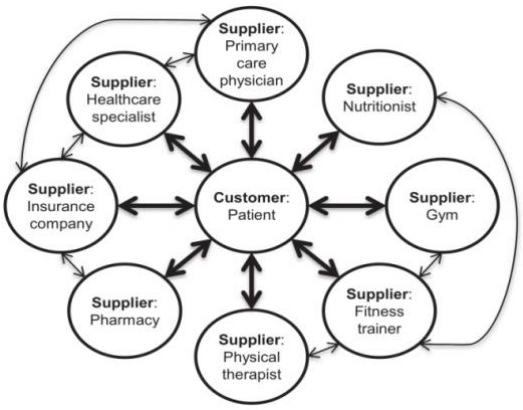
En outre, certaines recherches disent que quand il y a au-delà de deux entités dans une supply chain de services, c'est un réseau de prestation de services (Choi et Wu, 2009 ; Tax et al., 2013) ou une supply chain de services à deux niveaux et plus (Sampson, 2000). Tax et al. (2013, p.455) définissent un réseau de prestation de services comme « *deux organisations ou plus qui, aux yeux du client, sont responsables de la délivrance d'un ensemble de services connectés* ».

Dans cette recherche, nous choisissons de continuer à utiliser le terme « supply chain » au lieu de réseau, parce que quant à la supply chain de services, nous raisonnons en termes des flux d'usagers qui circulent d'un prestataire à l'autre (i.e. l'existence d'un point de départ et un point final clairement défini) au sein de cette supply chain. L'état de santé de ces usagers se transforme et s'évolue via leur interaction avec les prestataires de services de cette supply chain.

Pour les chercheurs en SCM de service, les interactions entre les différents prestataires de services impliqués dans la délivrance de services peuvent avoir un impact important sur la qualité et la continuité de services reçues par chaque client (Sampson et al., 2015, p.358). Pour illustrer leur propos, ces mêmes auteurs fournissent un exemple de supply chain de services dans un contexte de prestation de services de santé (supply chain santé) présenté dans la figure 8 en-dessous. Cette supply chain comprend un ensemble de prestataires de services de santé concernés dans la prise en charge d'un patient

diabétique (les flèches épaisses de la figure 8).

La figure 8 : un exemple de supply chain santé destinée à un patient diabétique



Source : Sampson et al. (2015, p.358)

A travers cette figure, nous voyons que ces prestations de services réalisées sont bien complémentaires. Une prescription médicale de la part de médecin spécialiste à ce patient peut induire à une interaction parmi le médecin spécialiste, le médecin généraliste, le nutritionniste, la pharmacie et la compagnie d'assurance au sein de cette supply chain. Les interactions (les flèches fines de la figure 8) de ces différents acteurs peuvent en effet avoir un impact important sur la qualité et la continuité de services reçus par ce patient. L'enjeu derrière cet exemple relève ainsi de la question de l'intégration de la supply chain santé.

En parallèle de la littérature du SCM de service, la littérature du management de la santé propose un autre concept qui peut être comparé à une supply chain santé : chains of care. Cette dernière comprend toutes les prestations de services de santé fournies par les acteurs (prestataires de services) impliqués, destinées à une population ou un groupe spécifique d'usagers ayant des besoins relativement homogènes (e.g. diabète, Alzheimer), sur un territoire bien défini (Åhgren, 2003 ; Åhgren et Axelsson, 2007). La structuration de *chains of care* est souvent basée sur des directives ou protocoles cliniques, qui précisent par exemple la répartition des tâches et des responsabilités entre

les différents acteurs concernés (Åhgren et Axelsson, 2007 ; Ham et Curry, 2011). La différence entre ces deux visions, c'est que la littérature du SCM de service considère une supply chain santé comme un ensemble de prestataires de services impliqués dans la prise en charge des clients individuels (Tax et al., 2013 ; Sampson et al., 2015), tandis que la littérature du management de la santé considère que *chains of care* est plutôt destinée à une population spécifique d'usagers (Angelé-Halgand et Garrot, 2015 ; Guan et al., 2017).

Pour les recherches en management de la santé : l'intégration de *chains of care* permet de fournir une réponse anticipée et adaptée (i.e. les processus de soins calibrés et adaptés à priori) à un groupe ou une population spécifique d'usager, en rendant la personnalisation des parcours de santé[16] de chaque usager possible au sein de cette supply chain. Cette intégration a pour objectif d'assurer de manière efficiente la continuité de la délivrance de services de santé pour que les différents usagers faisant partie d'une même population puissent recevoir des bons services dans la bonne séquence, au bon endroit et au bon moment (Fredendall et al., 2009 ; Guan et Sampieri-Teissier, 2016).

Dans cette recherche, nous considérons *chains of care* comme un type particulier de supply chain santé. Par ailleurs, comme ce que nous venons de présenter, la littérature en management de la santé distinguent *chains of care* avec le parcours de santé (usagers). Et il nous semble que la vision adoptée par les chercheurs en SCM de service vis-à-vis de la supply chain de services dans un contexte de la santé, ressemble plutôt à un parcours de santé (notion traitée en littérature santé). Parce que ces deux derniers mettent tous en avant l'individu, comme le destinataire d'un ensemble de services de santé délivrés.

[16] l'ARS Ile de France (ARS, 2012, p.21) : *« la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires ».*

Par conséquent, dans cette recherche, nous tenons compte de tous ces deux types de supply chain santé complémentaires : **la supply chain santé globale** (fait référence à *chains of care*) comprend un ensemble de prestations de services destinées à une population spécifique d'usagers ayant des besoins relativement homogènes, sur un territoire bien défini. La structuration de cette supply chain se base sur des directives ou protocoles cliniques, qui précisent par exemple la répartition des tâches et des responsabilités entre les différents acteurs concernés. Et au sein de cette supply chain globale, **les supply chain santé individualisées** (fait référence à parcours de santé – supply chain de services étudiée par la littérature de SCM de services dans le contexte de la santé) peuvent être formées qui sont destinées aux besoins spécifiques de chaque usager faisant partie de cette population.

Par ailleurs, l'enjeu de l'intégration se révèle dans le management de ces deux types de supply chain santé, en particulier, dans la structuration de la supply chain santé globale. Cette intégration est essentielle, puisqu'elle permet de structurer le travail collectif d'un ensemble des prestataires de services concernés en vue d'organiser une réponse anticipée et adaptée aux besoins communs d'une population spécifique d'usagers, via le déploiement des différents mécanismes d'intégration, permettant par exemple d'aboutir à une répartition claire des tâches et des responsabilités (Åhgren et Axelsson, 2007 ; Ham et Curry, 2011) entre les acteurs de la supply chain santé globale. Cette intégration permet aussi d'assurer une cohérence au niveau de l'interaction des prestataires, se trouvant au sein des supply chain santé individualisées, dans la prise en charge des individus faisant partie de cette population.

Par conséquent, dans le reste de cette recherche, lorsque nous parlons de la terme « la SCI de services de santé », cette intégration se réalise à la fois au niveau de la supply chain santé globale, et aussi au niveau de la supply chain santé individualisée.

2.3.2 L'articulation de deux champs de littérature : SCM et management de la santé autour des dimensions de l'intégration

Pour adapter les dimensions de la SCI dans un contexte de la prestation de services de santé, nous allons d'abord présenter les différentes dimensions de l'intégration étudiés dans la littérature du management de la santé (sous section 2.3.2.1). Ensuite, à travers une comparaison entre les dimensions de l'intégration étudiées dans ces deux champs de littératures, nous présenterons les dimensions de la SCI adaptées dans le contexte de la prestation de services de santé ainsi que les différents indicateurs associés (sous section 2.3.2.2).

2.3.2.1 les dimensions de l'intégration étudiée dans la littérature de l'intégration des services de santé

En synthétisant les définitions de l'intégration des services de santé utilisées par les institutions, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2008, p.4) propose la définition suivante de l'intégration des services de santé : « *un ensemble de démarches managériales et organisationnelles de la prestation de services de santé pour que les patients puissent recevoir un continuum de services de santé préventifs et curatifs, en fonction de leurs besoins au fil du temps, à travers les différents niveaux du système de santé* ». Par ailleurs, l'intégration des services de santé se réalise à différents niveaux du système de santé (Armitage et al., 2009 ; Bloch et al., 2011 ; Valentijn et al., 2013). Au niveau **macro**, il s'agit de l'harmonisation des politiques publiques du système de santé sur le plan national, régional et départemental entre les décideurs et les financeurs. Au niveau **méso**, il s'agit de la recherche de cohérence dans la coordination entre les différents acteurs (i.e. organisations et professionnels) sanitaires, médicaux-sociaux et sociaux, qui sont concernés par la prise en charge d'une population spécifique d'usagers sur un territoire donné. Au niveau **micro**, il s'agit du développement de pratiques d'intégration entre les différents professionnels concernés par la prise en charge de chaque usager faisant partie de cette population, pour que ce dernier puisse recevoir des

bons services au bon moment et au bon endroit.

En se basant sur les références clés récentes (e.g. Strandberg-Larsen et Krasnik, 2009 ; Valentijn et al., 2013 ; Lyngsø et al., 2014 ; Valentijn et al., 2015) ayant effectué une revue de littérature critique et/ou systématique en management de la santé sur le concept de l'intégration des services ainsi que ses différents dimensions associées, et via une analyse des références bibliographiques de ces références, nous avons pu identifier 14 références clés qui ont cherché à conceptualisé et/ou opérationnalisé le concept de l'intégration des services de santé. L'ensemble de ces travaux est synthétisé dans un tableau présenté dans Annexe 4 de ce travail.

A travers cette revue de littérature, nous voyons que l'intégration des services de santé est vue comme un concept multidimensionnel (Gillies et al., 1993 ; Contandriopoulos et al., 2001 ; Ahgren et Axelsson, 2005 ; Lyngsø et al., 2014 ; Valentijn et al., 2015 ; Janse et al., 2016). Et parmi ces travaux, il n'existe pas de consensus sur ce que sont les dimensions de l'intégration des services. En effet, en fonction du cadre théorique mobilisé, du niveau d'analyse choisi, de la population d'usager ciblée et du modèle de l'intégration des services à implanter, les dimensions de l'intégration des services adoptées sont différentes. A travers une revue de littérature sur les différents travaux focalisant sur l'intégration des services de santé, Valentijn et al. (2013) ont identifié six dimensions de l'intégration les plus fréquemment étudiés dans ce champ de littérature :

- l'**intégration du système** (***System integration***)

Elle se réfère à « *l'alignement des règles, lignes directrices, politiques parmi les parties prenantes clés du système de santé, pour le bien-être des individus et de la population* » (Valentijn et al., 2015). Elle se réalise au niveau macro du système de santé. Et c'est une approche holistique de l'intégration qui place les besoins des individus et des populations au centre de la préoccupation du système de santé (Valentijn et al., 2013). Toujours selons ces auteurs, pour répondre au mieux leurs besoins, la réalisation simultanée de l'intégration horizontale et l'intégration verticale sera nécessaire au sein

du système de santé. L'intégration horizontale consiste à favoriser l'interaction et la collaboration entre les différents secteurs du système de santé (sanitaire, médico-social, social). Et l'intégration verticale consiste à assurer une articulation cohérente entre les différents niveaux du système de santé (i.e. opérationnel, tactique et stratégique).

- l'**intégration organisationnelle**

Cette dimension de l'intégration se réfère à « *les différents types de partenariats inter-organisationnels, comme la contractualisation, les alliances stratégiques, les fusions et acquisitions, y compris les mécanismes de gouvernance commune, pour délivrer un l'ensemble de services de santé auprès d'une population d'usagers spécifique* » (Valentijn et al., 2013, p.6). Ces différents types de partenariats renvoient aux différents moyens possibles pour atteindre l'intégration organisationnelle : le recours au marché (e.g. contractualisation) ou à l'hiérarchie (e.g. les fusions et acquisition), et une voie intermédiaire : le réseau (Axelsson et Axelsson, 2006). Les mécanismes de gouvernance basés sur le marché sont beaucoup plus flexibles que ceux basés sur l'hiérarchie, néanmoins, le degré d'engagement des organisations dans le développement de la relation inter-organisationnelle sous le premier type de gouvernance est extrêmement bas par rapport au deuxième (Valentijn et al., 2013). Le troisième est fondé sur la volonté mutuelle de collaboration et la présence des intérêts communs entre les différentes organisations concernées (Axelsson et Axelsson, 2006). Selon ces derniers auteurs, ce type de gouvernance peut se manifester par la formalisation des lignes directrices d'interaction entre les différentes organisations concernées. Il permet de concilier les inconvénients associés aux deux premiers mécanismes, puisqu'il incite les différentes organisations à s'engager dans la structuration du travail collectif tout en assurant un certain degré de flexibilité à ces organisations dans la gestion de la relation inter-organisationnelle. Ce troisième type de gouvernance inter-organisationnelle est très souvent adopté par les différentes organisations du système de santé (Valentijn et al., 2013). Par ailleurs, selon Axelsson et Axelsson, (2006), la différence entre ces types de gouvernance se manifeste aussi par le degré de l'intégration organisationnelle : de la séparation (i.e. marché) jusqu'à

l'intégration totale (i.e. fusion et acquisition) en passant par la liaison et la coordination (i.e. réseau). Par ailleurs, Janse et al. (2016) mettent en avant les pré-requis pour la mise en place de l'intégration organisationnelle, comme l'alignement des objectifs et des intérêts, et le consensus au niveau de la répartition des pouvoirs et des ressources. En effet, plus le degré de l'intégration organisationnel recherché est élevé, plus ces pré-requis sont importants pour mener à bien cette intégration.

- l'**intégration professionnelle**

La littérature de l'intégration des services de santé distingue l'intégration professionnelle de l'intégration organisationnelle. L'intégration professionnelle se réfère à « *les partenariats interprofessionnels basés sur le partage des compétences, des rôles et des responsabilités, pour délivrer un continuum de services de santé à une population d'usagers spécifique* » (Valentijn et al., 2013, p.7). Selon ces mêmes auteurs, ces partenariats s'établissent entre les professionnels au sein d'une organisation et entre les différentes organisations. Contandriopoulos et al. (2001) indiquent que la participation des médecins est cruciale pour la réussite de cette intégration, par conséquent, la mise en place des incitations financières sera cruciale pour inciter tous les professionnels, notamment les médecins à participer dans cette intégration (Devers et al., 1994). Par ailleurs, selon Armitage et Spreeuwenberg (2002), la formalisation du langage commun, et la répartition claire des rôles et des responsabilités de chacun font partie aussi des pré-requis pour mener à bien cette intégration.

L'intégration organisationnelle et professionnelle se réalisent tous au niveau méso du système de santé (Contandriopoulos et al., 2001 ; Bloch et al., 2011 ; Valentijn et al., 2013), et elles sont tous nécessaires pour assurer la continuité de délivrance d'un ensemble de services de santé destiné à une population spécifique d'usagers (Valentijn et al., 2013).

- l'**intégration clinique**

Il existe différentes définitions de cette dimension de l'intégration dans la littérature.

Devers et al. (1994) proposent une définition suivante de l'intégration clinique « *le degré auquel la prestation de services de santé aux patients est coordonnée entre les différentes fonctions, unités opérationnelles et activités d'un système* ». Ahgren et Axelsson (2005) le définissent comme « *la collaboration, la coordination ou la coopération avec d'autres unités de services de santé dans les opérations cliniques pour des groupes de patients spécifiques*». Contandriopoulos et al. (2001) le réfèrent comme « *La coordination durable des pratiques cliniques autour des besoins spécifiques de chaque usager pour assurer la cohérence et la continuité de délivrance de différentes prestations de services* ». La définition de cette intégration proposée par Valentijn et al. (2013) insiste aussi sur les individus, comme les bénéficiaires de l'intégration clinique. Nous voyons ainsi que la plupart des définitions mentionnées insistent sur une meilleure coordination des prestations de service autour des besoins spécifiques de l'usager. Par ailleurs, celle de Contandriopoulos et al. (2001) mettent l'accent sur l'objectif de cette intégration : la cohérence et la continuité de délivrance des services de santé Nous choisissons de nous baser sur la définition de Contandriopoulos et al. (2001), car cette définition englobe les idées clés des autres définitions existantes et elle précise aussi l'objectif de l'intégration clinique.

Cette dimension (intégration clinique) a été quasiment étudiée dans toutes les références identifiées focalisant sur la conceptualisation et l'opérationnalisation de l'intégration des services de santé (Valentijn et al., 2015 ; Janse et al., 2016). Certaines recherches (e.g. Devers et al., 1994 ; Ahgren et Axelsson, 2005) s'intéressent à l'aspect structurel de cette intégration (i.e. ce qu'on possède pour réaliser cette intégration), comme le développement des standards en commun (e.g. dossier patient uniformisé, protocoles cliniques standardisés) facilitant la synchronisation des processus. D'autres (e.g. Strandberg-Larsen et Krasnik, 2009 ; Lyngsø et al., 2014) s'intéressent aussi aux aspects processuels (i.e. ce qu'on fait dans cette intégration) de cette intégration, comme la coordination des activités de prise en charge au quotidien visant à simplifier et fluidifier le processus de prise en charge d'usagers (e.g. la formation de l'équipe pluridisciplinaire ; la coordination des prestations de services par la gestion de cas).

L'intégration clinique est centrale par rapport aux autres dimensions de l'intégration des services de santé, puisqu'elle est directement concernée par la prestation des services de santé au patient (Devers et al., 1994 ; Contandriopoulos et al., 2001 ; Shortell et McCurdy, 2010). Selon Valentijn et al. (2013), cette dimension se réalise au niveau micro du système de santé, et elle se focalise sur les besoins des individus, ce qui relève de l'approche centrée sur les besoins de la personne, mais non pas uniquement les maladies de cette personne. Cette dimension est ainsi complémentaire par rapport à deux autres dimensions de l'intégration mentionnées précédemment focalisant sur les besoins d'une population spécifique d'usagers (Valentijn et al., 2013).

- l'**intégration fonctionnelle**

Selon Devers et al. (1994), cette intégration se réfère à « *la mesure dans laquelle les fonctions et activités de support clés (e.g. planification stratégique, management financier, système d'information) sont coordonnées entre les unités opérationnelles (e.g. hôpital, Clinique externe)* ». Ce qui rejoint à la définition proposée par Contandriopoulos et al. (2001) qui considèrent cette intégration comme « *la création d'une gouvernance commune permettant d'assurer la cohérence dans l'articulation des systèmes de financement, d'information et des modalités de gestion des organisations concernées* ». Selon ces mêmes auteurs, l'assurance de la cohérence dans l'articulation des modalités de gestion stratégiques entre les différentes organisations permettant de prendre des décisions en cohérence avec les projets cliniques. La mutualisation et la distribution des ressources financières permettant d'inciter les organisations à participer au projet de l'intégration. La mise en place des systèmes d'information intégrés permettant de faciliter le partage des informations de qualité en temps réel entre les organisations concernés par le projet d'intégration. Et la recherche de la cohérence dans l'articulation de toutes ces fonctions de support clé permet de mener à bien l'intégration des services de santé. Selon Valentjin et al. (2013), l'intégration fonctionnelle se réfère à « *la mesure dans laquelle les fonctions clés de support (finance, management, système d'information) sont structurées autour du processus de délivrance des services pour*

soutenir le travail des organisations et des professionnels au sein de ces organisations ».

Même si les trois définitions mentionnées ci-dessus se joignent toutes, nous choisissons de nous appuyer sur celle de Valentjin et al. (2013), car leur définition convient mieux au contexte de cette recherche. Ces mêmes auteurs insistent sur l'importance de la structuration de ces fonctions de support autour du processus de délivrance des services de santé pour faciliter l'intégration clinique. Ces mêmes auteurs indiquent que cette dimension permet aussi de créer des conditions qui faciliteront une meilleure coordination entre les professionnels, les organisations de délivrances de services ainsi que les différentes tutelles/décideurs/financeurs. Ainsi, ces mêmes auteurs indiquent que cette dimension de l'intégration permet de connecter les différentes dimensions mentionnées ci-dessus et elle se réalise à tous les niveaux du système de santé : macro, méso, micro.

- l'**intégration normative ou culturelle**

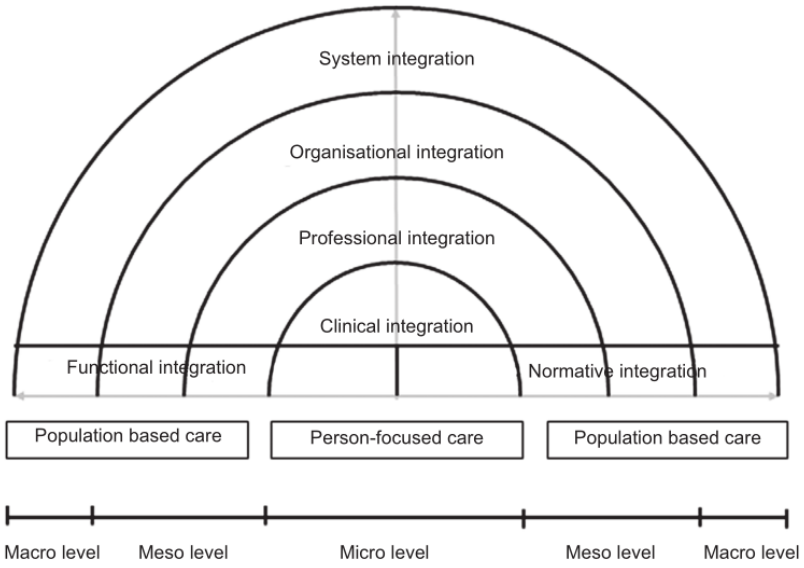
A part les différentes dimensions de l'intégration mentionnées ci-dessus, il faudrait aussi prendre compte des valeurs et des normes que les différents professionnels possèdent ou respectent au sein des différentes organisations du système de santé pour réussir l'intégration des services de santé (Strandberg-Larsen et Krasnik, 2009 ; Lyngsø et al., 2014). Selon Janse et al. (2016), l'intégration culturelle signifie « *le développement des croyances, normes et valeurs partagés entre les professionnels, aboutissant à une culture partagée* ». Contandriopoulos et al. (2001) le définissent comme « *la recherche de la cohérence entre le système collectif de représentations et de valeurs, les modalités d'organisation du système intégré et le système clinique. Elle se concrétise à travers l'établissement d'une philosophie commune d'action (une vision partagée de ce qui est adéquat de faire)* ». Valentijn et al. (2013) considèrent l'intégration normative comme « *le développement et le maintien d'un cadre commune des références (valeurs, normes, missions partagées, culture) parmi les différents individus, les groupes de professionnels et les organisations au sein du système de*

santé ». Nous voyons que ces trois travaux insistent tous l'importance d'avoir une culture partagée ou une philosophie/cadre commune d'action entre les professionnels, les organisations et les tutelles/décideurs/financeurs. Comme ces trois définitions se joignent, nous choisissons de nous baser sur la définition proposée par Valentijn et al. (2013), car sa définition convient mieux au contexte de notre recherche.

Comme l'intégration fonctionnelle, l'intégration culturelle ou normative se réalise aussi à tous les niveaux (miso, méso, macro) du système de santé, permettant d'assurer la cohérence au niveau de la mise en place des autres dimensions de l'intégration mentionnées ci-dessus (Glouberman et Mintzberg, 2001b ; Valentijn et al., 2013).

Valentijn et al. (2013) intègrent ces six dimensions de l'intégration mentionnées ci-dessus dans un modèle, intitulé « *Rainbow Model of Integrated Care* » présentée dans la figure 9 ci-après. Dans ce modèle, ces auteurs combinent les six dimensions de l'intégration avec les deux perspectives clés des soins primaires (centrée sur le patient et centrée sur la population). La perspective centrée sur la population va guider la mise en place des dimensions de l'intégration aux niveaux macro et méso. La perspective centrée sur le patient permet de guide l'intégration clinique. Ces deux perspectives sont bien complémentaires. En outre, parmi les différentes dimensions de l'intégration, l'intégration fonctionnelle et l'intégration normative permettent de connecter les quatre autres dimensions de l'intégration pour assurer la cohérence dans la mise en place de l'intégration des services de santé au sein du système de santé.

Figure 9 : Rainbow Model of Integrated Care



Source : Valentijn et al. (2013, p. 8).

2.3.2.2 L'articulation des dimensions de l'intégration des services de santé et celles de la SCI : les dimensions de la SCI de services de santé

Dans cette section, nous allons rapprocher les dimensions de l'intégration des services de santé identifiées dans la sous section précédente, avec les dimensions de la SCI mentionnées dans la section 1.2 afin de conceptualiser les dimensions de la SCI de services de santé. Cette conceptualisation est selon nous nécessaire, puisque les dimensions clés de SCI identifiées auparavant : l'intégration fournisseur, l'intégration interne et l'intégration client ne sont pas adaptés aux caractéristiques spécifiques de la prestation de services de santé. Comme ce que nous avons déjà mentionné dans la sous section 2.3.1, dans le secteur de la santé, le patient est à la fois le fournisseur des inputs dans la production de services de santé et aussi le client ou le destinataire des outputs de cette production. Autrement dit, il co-produit avec les prestataires de services la valeur de prestation (Lillrank et al., 2011). Par ailleurs, les six dimensions de l'intégration des services de santé focalisent tous sur le « quoi » à intégrer : organisations, professionnels, fonctions de support, etc. Et les trois dimensions clés de la SCI focalisent principalement sur avec « qui » à intégrer. Par conséquent, nous allons comparer les couches de la SCI (le « quoi » à intégrer) mentionnées dans la section 1.2

avec les dimensions de l'intégration des services de santé mentionnées dans la sous section 2.3.2.1 pour proposer les dimensions de la SCI de services de santé.

A noter que l'intégration du système (dimension de l'intégration des services de santé) n'est pas prise en compte dans cette comparaison, car elle représente une approche globale et holistique de l'intégration qui se réalise au niveau macro du système de santé, tandis que la SCI de services de santé (telle que nous l'avons conceptualisé dans la sous section 2.3.2.1) est plutôt destinée à la prise en charge d'une population spécifique d'usagers sur un territoire bien défini. Autrement dit, la SCI de services de santé se réalise plutôt au niveau méso et micro du système de santé. Même si l'intégration du système peut avoir une influence sur la mise en œuvre de cette intégration, mais comme l'intégration du système n'est pas directement concernée par sa mise en œuvre, ainsi, elle n'est pas tenue compte dans le développement des dimensions associées à la SCI de services de santé.

A travers cette comparaison, nous trouvons que les deux littératures partagent des points communs et des différences. En effet, ces deux champs de littérature s'intéressent tous à étudier les dimensions de l'intégration en matière de flux, processus, systèmes&technologies et acteurs. Le détail de cette comparaison est présenté dans le tableau 7 en-dessous.

Tableau 7 : la comparaison des dimensions de l'intégration dans les deux champs de littérature : SCM et management de la santé

Les dimensions de l'intégration des services de santé	**Les couches de la SCI**	**Les points communs et différences**
L'intégration clinique ou opérationnelle : la coordination durable des pratiques cliniques autour des besoins spécifiques de chaque usager pour assurer la cohérence et la continuité de délivrance de	**L'intégration des flux** : la continuité et la fluidité des flux physiques, informations. Les flux physiques sont pilotés par les flux d'informations.	**En commun** : L'assurance de la continuité du flux est centrale, et cette continuité peut être vue comme le résultat cherché de l'intégration.

différentes prestations de services. Les recherches s'intéressent aux aspects structurels de cette intégration, comme le développement des standards en commun (e.g. dossier patient uniformisé, protocoles cliniques standardisés) facilitant la synchronisation des processus. Ces recherches s'intéressent aussi aux aspects processuels de cette intégration, comme la coordination des activités de prise en charge au quotidien visant à simplifier et fluidifier le processus de prise en charge d'usagers (e.g. la formation de l'équipe pluridisciplinaire ; la coordination des prestations de services par la gestion de cas).	**L'intégration des processus&activités** : la recherche à simplifier et à renforcer la connexion des processus intra et inter-organisationnels (e.g. la synchronisation des processus opérationnels, de pilotage et de support ; la définition des standards communs pour faciliter la connexion des processus ; l'élimination des redondances au sein des processus).	L'accent est mis sur les efforts d'élimination des redondances et de la synchronisation des processus intra et inter-organisationnels. **Différences** : Les recherches portant sur la SCI, prennent rarement compte des flux financiers dans leurs travaux, ce qui n'est pas le cas pour les travaux portant sur l'intégration des services de santé. Le partage d'information inter-professionnelle est souvent considéré comme un élément intrinsèque (e.g. un indicateur) de l'intégration clinique par la littérature de l'intégration des services de santé, tandis que la littérature en SCI distingue l'intégration du flux d'informations de l'intégration des activités&processus opérationnelles. Certains travaux, comme Leuschner et al. (2013) qui le considèrent comme une dimension de l'intégration à part entière.
L'intégration fonctionnelle : la mesure dans laquelle les fonctions clés de support (finance, management, système d'information) sont structurées autour du processus de délivrance des services pour soutenir le travail des organisations et des professionnels au sein de ces organisations. **L'intégration organisationnelle** : les différents types de partenariats inter-organisationnels, comme la contractualisation, les alliances stratégiques, les fusions et acquisitions, y compris les mécanismes de gouvernance commune, pour délivrer un l'ensemble de services de santé	**L'intégration des systèmes& technologies :** l'interconnectivité et l'interopérabilité des systèmes et technologies au niveau intra et inter-organisationnelle (e.g. l'établissement de *quick ordering system* avec les clients et fournisseurs, l'accès en commun des EDI). **L'intégration des acteurs** : l'interaction, la coordination, la coopération et la collaboration entre les individus, les équipes, les fonctions et les organisations. Il s'agit de développer un niveau nécessaire de congruence stratégique, organisationnelle et structurelle entre les acteurs	**En commun** : L'objectif consiste à créer des conditions favorables permettant de faciliter l'intégration opérationnelle, et ultimement la continuité des flux. Cela repose sur la recherche de : - l'interconnectivité et l'interopérabilité des systèmes&technologies au niveau intra et inter-organisationnel. - un niveau nécessaire de congruence stratégique, organisationnelle, structurelle à travers la coordination et la collaboration entre les professionnels et les organisations concernées. - L'établissement d'une culture

auprès d'une population d'usagers spécifique **L'intégration professionnelle** : les partenariats interprofessionnels basés sur le partage des compétences, des rôles et des responsabilités, pour délivrer un continuum de services de santé à une population d'usagers spécifique.	concernés (e.g. le développement des objectifs en commun, la prise de décision partagé, la mesure conjointe de la performance, l'équipe transversale et inter-organisationnelle, les réunions inter-organisationnels).	partagée et collaborative parmi tous les acteurs concernés par les initiatives d'intégration. Cela est crucial pour la réussite de mise en place des autres dimensions de l'intégration. **Différence** : L'intégration des acteurs (dimension de la SCI) cherche un niveau nécessaire de congruence stratégique, organisationnelle, et culturelle, ainsi elle peut englober toutes les quatres dimensions de l'intégration des services de santé : intégration organisationnelle, fonctionnelle, professionnelle et culturelle. L'intégration des technologies d'informations et de communications est considérée comme une dimension à part entière en SCI, ce qui n'est pas le cas dans la littérature de l'intégration des services de santé. La particularité de la littérature de l'intégration des services de santé, c'est que ces deux dimensions suivantes : intégration organisationnelle et intégration professionnelle privilégient tous une approche populationnelle.
L'intégration normative ou culturelle : le développement et le maintien d'un cadre commune des références (valeurs, normes, missions partagées, culture) parmi les différents individus, les groupes de professionnels et les organisations au sein du système de santé.	**L'intégration des acteurs** : il s'agit de se concentrer sur le développement d'un niveau nécessaire de congruence culturelle entre les acteurs concernés.	

Source : élaboration personnelle

A partir de ce tableau de comparaison, nous proposons ainsi les différentes dimensions de la SCI adaptées dans un contexte de la prestation de services de santé, en nous basant sur les principes généraux des quatre couches de la SCI (flux, processus/activité, systèmes et technologies, acteurs) :

2.3.2.2.1 L'intégration organisationnelle

Dans la littérature de la SCI, l'intégration organisationnelle (ou la couche intégration des acteurs) se réfère à « *l'interaction, la coordination, la coopération et la collaboration entre les individus, les équipes, les fonctions et les organisations, pour développer un niveau nécessaire de congruence stratégique, organisationnelle, structurelle et culturelle parmi les acteurs au sein de la supply chain* » (Mentzer et al., 2001 ; Barratt, 2004). Bagchi et Skjoett-Larsen (2003) indiquent que « *True organizational integration thus paves the way for individual members of the chain to behave more like a unified entity sharing ideas, skills and culture alike* ». Ces mêmes auteurs indiquent que cette intégration cherche à partager les risques et récompenses ; les idées et les cultures institutionnelles ; la prise de décision et des compétences, et à créer la confiance et les liens au sein et entre les différents acteurs de la supply chain. Cette intégration peut être réalisée via une série de pratiques collaboratives et intégratives, telles que l'alignement des mesures incitatives, la formation des équipes transversales, la résolution en commun des conflits, la mesure conjointe de la performance (Bagchi et Skjoett-Larsen, 2003 ; Reichhart et Holweg, 2007).

A travers le tableau 7 présenté ci-dessus : l'intégration organisationnelle étudiée par la littérature de la SCI englobe généralement les quatre dimensions de l'intégration (organisationnelle, fonctionnelle, professionnelle, normative ou culturelle) étudiées en santé. Parce que, d'un côté, le mot « acteur » mentionné ci-dessus comprend les individus, les équipes, les fonctions et aussi les organisations. Et de l'autre côté, l'intégration organisationnelle cherche à développer une congruence organisationnelle, stratégique, structurelle et culturelle parmi les acteurs de la supply chain, ce qui couvre les objectifs recherchés de ces quatre dimensions de l'intégration des services de santé. L'objectif principal de ces dimensions de l'intégration mentionnées consiste à créer des conditions favorables pour faciliter l'intégration opérationnelle, et assurer la continuité des flux. En revanche, pour adapter cette dimension étudiée par la littérature de la SCI dans le secteur de la santé, il faudrait aussi prendre compte de l'approche populationnelle que les deux dimensions suivantes de l'intégration des services de santé adoptent : l'intégration organisationnelle et professionnelle. Par conséquent, en se

basant sur la définition de l'intégration organisationnelle proposée par la littérature de la SCI et les caractéristiques de la prestation de services de santé, nous proposons une définition suivante de l'intégration organisationnelle de la supply chain santé : « *le développement d'un niveau nécessaire de congruence stratégique, organisationnelle, structurelle et culturelle entre les différents acteurs de la supply chain santé, via l'interaction, la coordination, la coopération et la collaboration de ces derniers, pour délivrer un ensemble de services de santé intégrés auprès d'une population spécifique d'usagers* ».

Cette dimension peut être divisée en deux composantes : **la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, et l'intégration culturelle.** La coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle contribue à développer un niveau nécessaire de congruence stratégique, organisationnelle, structurelle entre les différents acteurs de la supply chain santé. Et un niveau nécessaire de congruence culturelle peut être obtenu via l'intégration culturelle.

- **La coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle**

Les travaux dans la littérature de la SCI indiquent que la coordination inter-organisationnelle est cruciale pour l'intégration de la supply chain (Lau et al., 2010a). Selon Lee (2000), elle comprend « *la coordination des activités inter-organisationnelles, le partage de la prise de décision, le développement et l'évaluation conjoint des actions communes parmi les membres de la supply chain* ». L'établissement des mécanismes de coordination inter-organisationnelle permet aux membres de la supply chain de s'établir des objectifs communs, de partager la prise décision, de développer les activités en commun, de renforcer le degré de la confiance et de l'engagement entre les partenaires (Mentzer et al., 2001 ; Narasimhan et Kim, 2002 ; Bagchi et Skjoett-Larsen, 2003 ; Jin et al., 2013). A titre d'exemple, l'organisation de réunions inter-organisationnelles et la formation de l'équipe transversale pour développer les projets en commun (e.g conception du produit, mesure

de la peformance) font partie de ces mécanismes de coordination (Narasimhan et Kim, 2002 ; Gimenez et Ventura, 2005 ; Lau et al., 2010a). A travers ces mécanismes de coordinations, les membres de la supply chain cherchent à développer les différents niveaux de relation entre eux (Stevens, 1989 ; Lambert et al., 1996 ; Narasimhan et Kim, 2002 ; Wong et al., 2011). A part les mécanismes de coordinations formels, il existe aussi des mécanismes de coordination informelle ou relationnelle (Gittell, 2002). Par ailleurs, Yu et al. (2013) indiquent que le déploiement des mécanismes de coordination organisationnelle contribue à l'apprentissage organisationnel des membres de la supply chain, car ces mécanismes facilitent la transmission des informations et ils aident à déterminer la nature des informations à acquérir et comment les traiter. « *As such the supply chain, in particular the integration of trading partners, becomes a mechanism for transmitting knowledge and building organizational learning* » (Yu et al., 2013, p.347).

Par conséquent, nous retenons les indicateurs suivants identifiés dans la littérature de la SCI (Narasimhan et Kim, 2002 ; Bagchi et Skjoett-Larsen, 2003 ; Gimenez et Ventura, 2005 ; Lau et al., 2010a ; Wong et al., 2011 ; Yu et al., 2013) pour apprécier la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle :

- L'alignement des objectifs et d'intérêts entre les membres de la supply chain
- Les types de travail collectif développés inter-organisationnels
- Les types de partenariat formalisés et les types d'accords formalisés entre les partenaires.
- Les modes d'apprentissage collectif entre les acteurs d'une supply chain

Dans un contexte de prestation de services de santé, le concept de la coordination inter-organisationnelle étudié par la littérature de la SCI s'agit non seulement de coordonner des activités inter-organisationnelles, mais aussi des activités entre les professionnels qui se trouvent au sein (et entre) ces différentes organisations (y compris des activités menées avec les professionnels libéraux). Et comme la coordination des activités inter-organisationnelles et interprofessionnelles mené dans le cadre de l'intégration

organisationnelle et professionnelle vise à apporter des réponses adaptées à une population spécifique d'usagers (Valentijn et al., 2013), nous entendons ainsi la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle au sein d'une supply chain santé par « *la coordination des activités inter-organisationnelles et interprofessionnelles, le partage de la prise de décision, le développement et l'évaluation conjoint des actions communes parmi les différents acteurs de la supply chain santé, pour délivrer un ensemble de services de santé adapté à une population spécifique d'usagers*».

Plusieurs travaux indiquent que la coordination des activités inter-organisationnelle et interprofessionnelle permettent d'aligner les objectifs et les intérêts entre les organisations ainsi que les professionnels concernés (Contandriopoulos et al., 2001 ; Valentijn et al., 2015 ; Janse et al., 2016). En outre, à travers le déploiement de cette coordination, les différents types de partenariat (e.g. les contrats partenariaux, les alliances stratégiques) peuvent être formés, ce qui facilite aussi l'établissement d'une gouvernance commune inter-organisationnelle et/ou interprofessionnelle (Contandriopoulos et al., 2001, p.8 ; Valentijn et al., 2015, p.11). Selon Contandriopoulos et al. (2001), cette gouvernance commune permet d'assurer la cohérence au niveau de la prise de décisions commune, notamment sur la répartition des tâches et de responsabilités ; la distribution et redistribution des ressources financières. Et cette gouvernance commune contribue aussi à la mise en œuvre des différents travaux collectifs inter-organisationnells et interprofessionnels, destinés à l'organisation des réponses aux besoins communs d'une population spécifique d'usagers (Valentijn et al., 2013). Par ailleurs, l'organisation de ces activités collectives peut favoriser aussi l'apprentissage collectif entre les organisations et les professionnels concernés (Valentijn et al., 2015).

Par conséquent, nous retenons les indicateurs suivants identifiés dans la littérature de l'intégration des services de santé (Contandriopoulos et al., 2001 ; Valentijn et al., 2015 ; Janse et al., 2016) pour apprécier la coordination inter-organisationnelle et

interprofessionnelle :

- L'alignement des objectifs et d'intérêts entre les organisations et les professionnels concernés
- Les types de partenariat formalisés et les types d'accords formalisés au niveau inter-organisationnels et interprofessionnels
- Les types de travaux collectifs développés au niveau inter-organisationnels et interprofessionnels
- Les modes d'apprentissage collectif entre les organisations et les professionnels concernés.

En comparant les indicateurs utilisés par ces deux littératures (SCI et l'intégration des services de santé) mentionnés ci-dessus, nous voyons qu'ils sont identifiques. Ainsi, nous nous appuyons sur ces indicateurs communs pour apprécier le déploiement de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle au sein de la supply chain santé (CF le tableau 8 à la fin de la section 2.3).

- **L'intégration culturelle**

Daft (1995) défini la culture comme « *un ensemble de valeurs, des croyances, des ententes et des façons de penser qui sont partagées par les membres d'une organisation et qui sont enseignées aux nouveaux membres comme correctes* ». Appliqué dans un contexte de la SCI, il s'agit de développer une culture commune orientée à la collaboration autour des besoins de clients parmi les membres clés de la supply chain (Cooper et al., 1997). Mentzer et al. (2001) ont défini une culture ou philosophie spécifique au SCM : *supply chain orientation (SCO)*. Ils indiquent que tous les membres de la supply chain doivent avoir la SCO pour que la mise en place du SCM puisse être réussie. Les travaux portant sur la SCI ont également souligné l'importance du rôle de la culture dans la réussite de l'implantation de SCI. Pagell (2004) dans son article a démontré qu'une culture d'entreprise de « faire des reproches » peut nuire aux efforts de l'intégration des fonctions clés au sein d'une entreprise. Braunscheidel et al.

(2010) mettent en évidence que la culture organisationnelle a une influence sur l'adoption des pratiques de l'intégration interne et l'intégration externe d'une entreprise. La culture centrée sur « l'adhocratie » d'une entreprise focale facilite son intégration avec les fournisseurs et clients clés, en revanche, une culture centrée sur « l'hiérarchie » peut nuire à l'intégration interne et externe de l'entreprise focale. Pour améliorer la compatibilité culturelle entre les membres de la supply chain, le partage des valeurs et normes entre ces membres est indispensable (Cooper et Gardner, 1993, p.20). Ces membres ont besoin d'établir un niveau satisfaisant de confiance envers les autres partenaires et de s'engager dans les projets collectifs (Lambert et al., 1996 ; Mentzer et al., 2001 ; Barrat, 2004 ; Braunscheidel et al., 2010). Par ailleurs, plusieurs travaux insistent sur le rôle de la mutualité et la communication ouverte dans l'intégration culturelle (Lambert et al., 1996 ; Barrat, 2004) : les membres de la supply chain doivent pouvoir penser et agir en se mettant à la place des autres. Il s'agit d'améliorer la compréhension des responsabilités de chaque acteur de la supply chain (Gimnez et Ventura, 2005) ; le partage des risques et des récompenses (Lambert et al., 1996 ; Barrat, 2004) ; la préservation de la volonté de communication et de l'ouverture d'esprit entre les acteurs de la supply chain (Barrat, 2004).

Par conséquent, nous retenons les indicateurs suivants identifiés dans la littérature de la SCI (Cooper et Gardner, 1993 ; Lambert et al., 1996 ; Barrat, 2004 ; Gimenez et Ventura, 2005 ; Braunscheidel et al., 2010) pour apprécier l'intégration culturelle :

- Le partage des visions, valeurs et normes entre les membres de la supply chain
- La communication ouverte et l'ouverture d'esprit
- La confiance établie entre les membres de la supply chain

Dans le secteur de la santé, les recherches issues du management de la santé appellent aussi à adopter une culture commune entre les différents « mondes » du système de santé (e.g. le monde médical, paramédical, administratif) pour la réussite de l'intégration des services de santé (Glouberman et Mintzberg, 2001a ; Glouberman et Mintzberg, 2001b). En se basant sur la définition de l'intégration culturelle proposée

par Valentijn et al. (2013), nous entendons l'intégration culturelle de la supply chain santé comme « *le développement et le maintien d'un cadre commun des références (valeurs, normes, missions partagées, culture) parmi les différents acteurs au sein de la supply chain santé* ». Après avoir étudié les barrières à la continuité des flux au sein d'une supply chain santé-chirurgicaux périopératoires, Fredendall et al. (2009) indiquent que le manque de la communication informelle entre les services est du à la culture centrée sur l'hiérarchie orientée au statut (e.g. *chirurgien supérieur à infirmier*) dans les blocs opératoires. Finalement, cette culture peut nuire à l'intégration interne des ces services. Ainsi, il est important de développer une culture commune qui est en faveur de la SCI de services de santé. Autrement dit, une philosophie commune d'action qui favorise le dialogue, la coordination et la collaboration entre les acteurs de la supply chain (Contandriopoulos et al., 2001 ; Valentijn et la, 2013). Pour établir une culture commune ou une philosophie commune d'action, plusieurs travaux insistent sur l'importance du partage de valeurs et de normes entre les organisations concernés par la démarche de l'intégration (Gillies et al., 1993 ; Valentijn et al., 2015 ; Janse et al., 2016). Pour le réaliser, Valentjn et al. (2015) insistent particulièrement sur l'importance de développer l'attitude collective envers la communication ouverte et la sincérité entre les organisations concernées. Il est aussi important que les différentes organisations provenant de différents secteurs du système de santé se comprennent sur la méthode de travail de chacun (Janse et al., 2016). Et ils s'accordent sur la manière dont les prestations de service vont être délivrées (Janse et al., 2016). Ils ont aussi besoin de partager les risques et les responsabilités entre eux (Lyngsø et al., 2014). Par ailleurs, les organisations et les différents professionnels concernés ont besoin d'établir un niveau nécessaire de confiance entre eux (Valentijn et al., 2015 ; Janse et al., 2016) et s'engagent dans le travail collectif (Lyngsø et al., 2014 ; Valentijn et al., 2015) pour mieux atteindre les objectifs collectifs dans le cadre de l'intégration organisationnelle.

Par conséquent, nous retenons les indicateurs suivants identifiés dans la littérature de l'intégration des services de santé (Gillies et al., 1993 ; Contandriopoulos et al., 2001 ; Lyngsø et al., 2014 ; Valentijn et al., 2015 ; Janse et al., 2016) pour apprécier

l'intégration culturelle menée dans le cadre de l'intégration organisationnelle :

- Le partage des visions, valeurs et normes entre les professionnels provenant de différents mondes du système de santé
- La confiance et le respect mutuel établi entre les professionnels de santé.
- La communication ouverte/transparente et la sincérité dans la communication inter-organisationnelle et interprofessionnelle.

En comparant ces deux littératures (SCI et Intégration des services de santé), nous voyons qu'elles s'accordent complètement au niveau des indicateurs utilisés pour apprécier l'intégration culturelle. Ainsi, nous choisissons de nous appuyer sur ces indicateurs communs de ces deux littératures pour apprécier l'intégration culturelle de la supply chain santé (CF le tableau 8 à la fin de la section 2.3).

2.3.2.2.2 L'intégration des Technologies d'Information et des Communications

La littérature de la SCI (Vickery et al., 2003 ; Prajogo et Olhager, 2012) et celle de l'intégration des services de santé (Contandriopoulos et al., 2001 ; Kodner et Spreeuwenberg, 2002 ; Janse et al., 2016) toutes considèrent l'intégration des Technologie de l'Information et des Communication (TIC) comme un élément important à prendre compte dans la mise en œuvre des initiatives intégratives.

Selon la littérature de la SCI, l'interconnectivité et l'interopérabilité des TIC sont primordiales pour le pilotage des flux d'information entre les différents membres d'une supply chain (Wong et al., 2011 ; Prajogo et Olhager, 2012). La mise en place des technologies de l'information intégrées entre les membres de la supply chain les permet de partager en temps réel les informations critiques relatives aux flux de marchandises, et d'aligner ou synchroniser leurs opérations (Paulraj et Chen, 2007 ; Prajogo et Olhager, 2012). L'établissement des systèmes de commande rapide ; l'établissement des systèmes d'information intégrés ; l'accès en commun des EDI sont tous des exemples de TICs interconnectés (Vickery et al., 2003). En outre, l'efficacité de l'intégration des

technologies de l'information repose sur la volonté de partage de l'information, et également la disponibilité (l'accessibilité), et la qualité des informations partagées (Fawcett et al., 2007).

Selon la littérature de l'intégration de services de santé, de nombreux travaux insistent sur l'importance d'aligner les systèmes d'informations utilisés par les différents professionnels de santé (Gillies et al., 1993 ; Contandriopoulos et al., 2001 ; Wan et Wang, 2003 ; Lyngsø et al., 2014 ; Valentijn et al., 2015). L'interconnexion et l'alignement des systèmes d'information permet à la fois d'assurer une tracabilité des informations relatives à la situation de l'usager, et aussi de partager des informations importantes en temps réels entre les différents professionnels, ce qui contribue à assurer la continuité et la qualité de délivrance de services de santé (Kodner et Spreeuwenberg, 2002 ; Wan et Wang, 2003 ; Lyngsø et al., 2014).

Par conséquent, en comparant ces deux littératures, nous choisissons de nous appuyer sur le même indicateur utilisé par ces deux littératures pour apprécier l'intégration des TIC :

- L'interconnection et l'alignement des TIC entre les acteurs de la supply chain

2.3.2.2.3 L'intégration opérationnelle

Selon la littérature de la SCI, l'intégration opérationnelle se réfère à « *le développement collaboratif des activités conjointes, la connexion du processus de travail, et la prise de décision coordonnée dans la gestion des opérations entre les membres de la supply chain* » (Leuschner et al., 2013). La simplification et la connexion des processus de travail au sein et entre les acteurs de la supply chain contribuent à la continuité et la fluidité des flux circulant au sein de cette supply chain (Chen et al., 2009a, 2009b ; Prajogo et al., 2016).

Les travaux provenant de la littérature de l'intégration des services de santé confirment aussi le rôle central de l'intégration opérationnelle (clinique) dans la réalisation de l'intégration des services de santé (Contandriopoulos et al., 2001 ; Ahgren et Axelsson, 2005). Par ailleurs, cette dimension doit être associée à la perspective centrée sur les besoins de l'usager dans le sens large (i.e. biomédical, psychologique, social), mais non pas uniquement sur les maladies (i.e. l'aspect biomédical) de ce dernier (Valentijn et al., 2013). Selon ces derniers auteurs, cette perspective est complémentaire par rapport à la perspective centrée sur les besoins d'une population spécifique d'usagers.

Par conséquent, en se basant sur la définition de l'intégration opérationnelle proposée par la littérature de la SCI et en tenant compte des caractéristiques de la prestation des services de santé, nous entendons l'intégration opérationnelle de la supply chain santé comme « *le développement collaboratif des activités conjointes, la connexion du processus de travail, et la prise de décision coordonnée dans la gestion des opérations, entre les acteurs de la supply chain santé, pour assurer la cohérence et la continuité de délivrance des services de santé auprès des besoins spécifiques de chaque usager faisant partie d'une population cible»*.

Selon le tableau 7 présenté ci-dessus, quant à cette dimension de l'intégration, ces deux littératures mettent l'accent sur les efforts d'élimination des redondances et de la synchronisation des processus intra et inter-organisationnels, et l'objectif final de cette intégration consiste à assurer la continuité des flux. Ainsi, cette dimension peut être divisée en deux composantes : **l'intégration des processus** et **l'intégration des flux**.

- **L'intégration des processus**

Dans la littérature de la SCI, Chen et al. (2009a) définissent l'intégration des processus comme « *la gestion d'un ensemble des activités diverses via la liaison de manière seamless (sans couture) des business processes clés au niveau intra et inter-organisationnel, et l'élimination des duplications ou redondances au sein de ces*

processus, pour l'objectif d'assurer le bon fonctionnement d'une supply chain ». Cette intégration est fondamentale pour mener à bien la SCI (Bowersox et al., 2000 ; Mentzer et al., 2001 ; Chen et al., 2009a, 2009b ; Huo et al., 2014). Selon Chen et al. (2009a, 2009b), l'intégration des processus cherche essentiellement à simplifier et renforcer la connectivité des processus entre les membres de la supply chain. La simplification des processus peut être réalisée via l'élimination des redondances et des duplications éliminés au sein de ces processus inter-organisationnels. Et la connectivité peut être renforcée via la mise en place des standards en commun pour connecter sans couture les processus inter-organisationnels ; la mise en place de travail en équipe formel et informel ; la désignation des acteurs réticulaires, comme les professionnels réticulaires possédant des compétences spécifiques (Chen et al., 2009a) ou les prestataires de services logistique (Fabbe-Costes et al., 2008), ou encore l'équipe transversale établie en amont avec les clients et en aval avec les fournisseurs (Flynn et al., 2010 ; Huo et al., 2014) pour coordonner les différents processus inter-organisationnels (Chen et al., 2009b).

Par conséquent, nous retenons les indicateurs suivants identifiés dans la littérature de la SCI (Gimenez et Ventura, 2005 ; Fabbe-Costes et al., 2008 ; Chen et al., 2009a, 2009b ; Flynn et al., 2010 ; Huo et al., 2014) pour apprécier l'intégration des processus menée dans le cadre de l'intégration opérationnelle :

- Les types de redondances et duplications éliminés au sein des processus intra et inter-organisationnels.
- Les types de standards en communs développés pour simplifier et connecter sans couture les processus intra et inter-organisationnels.
- Le travail en équipe formel ou informel
- Le rôle des acteurs réticulaires dans la coordination des processus intra et inter-organisationnels.

Appliqué dans le contexte de la prestation de services de santé, nous entendons l'intégration des processus de la supply chain santé comme « *la liaison de manière*

seamless (sans couture) des processus de délivrance des services de santé entre les différents acteurs au sein de la supply chain santé, et l'élimination des duplications ou redondances au sein de ces processus, pour assurer la continuité de délivrance des services de santé auprès des besoins de chaque usager faisant partie de la population cible ». A travers l'intégration des processus, on cherche à éliminer les redondances et les gaspillages existants au sein des processus de prise en charge d'usagers (Gillies et al., 1993 ; Kodner et Spreeuwenberg, 2002). Ces redondances et gaspillages peuvent être éliminées via notamment, le développement des outils, procédures et protocoles standardisés (Devers et al., 1994 ; Lyngsø et al., 2014) ; l'implication de manière proactive des usagers dans la conception et la délivrance des services (Valentijn et al., 2015) ; la mise en œuvre des différents modes de travail en équipe pluriprofessionnelle (Kodner et Spreeuwenberg, 2002) ; la mise en place des acteurs réticulaires pour assurer une meilleure coordination de prise en charge autour des besoins spécifiques d'usagers (Wan et wang, 2003 ; Lyngsø et al., 2014 ; Valentijin et al., 2015). Par ailleurs, pour réussir l'intégration opérationnelle, Valentijin et al. (2015) soulignent aussi l'importance d'avoir une vision globale vis-à-vis des besoins d'usagers (i.e. les aspects médicaux, psychologiques, sociaux) chez les différents professionnels concernés. Parce que le fait d'avoir cette vision peut les conduire à travailler plus en lien pour améliorer la prise en charge de ces usagers.

Par conséquent, nous retenons les indicateurs suivants identifiés dans la littérature de l'intégration des services de santé (Gillies et al., 1993 ; Kodner et Spreeuwenberg, 2002 ; Lyngsø et al., 2014 ; Valentijn et al., 2015 ; Janse et al., 2016) pour apprécier l'intégration des processus menée dans le cadre de l'intégration opérationnelle (clinique) :

- Les types de redondances et gaspillages éliminés dans la prise en charge d'usagers
- Les types de standards (i.e. outils, protocoles, procédures en commun) développés
- Le rôle des acteurs réticulaires dans la coordination des processus de prise en charge
- Les modes de travail en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle

- L'implication des usagers dans la conception, l'organisation, la réalisation de leur propre prise en charge
- La présence d'une vision globale vis-à-vis des besoins des usagers

En comparant les indicateurs utilisés par ces deux littératures pour apprécier l'intégration des processus menée dans le cadre de l'intégration opérationnelle, certains indicateurs sont en communs :

- Les types de redondances et duplications éliminés au sein du processus global de prise en charge
- Les types de standards développés (i.e. outils, protocoles, procédures en commun) pour la connexion et la simplification des processus de prise en charge
- Le rôle des acteurs réticulaires dans la coordination des processus de prise en charge
- Les modes de travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire

Nous retenons également deux indicateurs provenant spécifiquement de la littérature de l'intégration des services de santé. Le premier est L'implication d'usagers dans la conception, l'organisation et la réalisation de leur propre prise en charge. Parce qu'au contraire de la supply chain classique, le client final (usager) coproduit les services avec les prestataires de services dans un contexte de la prestation de services de santé (Sampson et Froehle, 2006). L'usager peut ainsi avoir un rôle important à jouer sur la manière dont sa prise en charge est conçue, organisée et réalisée (Valentijn et al., 2015). Selon cers derniers, l'implication de l'usager dans sa propre prise en charge peut avoir une influence sur la réussite de délivrance des services de santé. Le deuxième indicateur est la présence d'une vision globale vis-à-vis des besoins de l'usager. Selon Valentijn et al. (2015), cette dernière représente un signe important de l'intégration clinique. Et elle est aussi complémentaire par rapport aux autres indicateurs retenus.

- **L'intégration des flux**

Selon la littérature de la SCI, l'intégration des flux correspond à la continuité et la

fluidité des différents types de flux (physiques, informations, financiers, connaissances) circulant au sein de la supply chain. Les flux physiques sont pilotés par les flux d'informations (Frohlich et Westbrook, 2001 ; Mentzer et al., 2001). L'intégration des flux est centrale par rapport aux autres composantes de l'intégration mentionnée ci-dessus, et elle peut aussi être vue comme un résultat recherché de l'intégration de la supply chain (Mentzer et al., 2001 ; Fabbe-Costes et Jahre, 2008 ; Prajogo et al., 2016).

Dans le secteur de la santé, le parcours de santé de chaque usager peut être considéré comme le flux à intégrer (Fredendall et al., 2009 ; Drupsteen et al., 2013). Et selon la littérature de l'intégration des services de santé, l'objectif principal de l'intégration clinique vise à assurer la continuité de délivrance des services de santé autour des besoins spécifique de chaque usager dans leurs parcours de santé (Contandriopoulos et al., 2001 ; Lyngsø et al., 2014 ; Valentijn et al., 2015). Par conséquent, l'intégration des flux d'usagers correspond à la continuité des flux d'usagers. Et cette dernière signifie que les différents services de santé sont fournis dans la bonne séquence, au bon moment et de façon cliniquement appropriée en fonction des besoins spécifiques de chaque usager et leur évolution (HAS, 2012).

En résumé, nous voyons que l'intégration des flux est considérée comme un résultat recherché par toutes ces deux littératures. Et elle renvoie à la continuité et la fluidité des différents types de flux. Dans un contexte de la prestation de services de santé, nous nous intéressons essentiellement aux flux d'usagers, et nous sommes conscients que la continuité des flux d'usagers repose aussi sur la continuité des autres types de flux (information, financier, connaissance). Par ailleurs, comme la continuité des flux est considérée plutôt comme un résultat final recherché de la SCI de services de santé, et elle renvoie aussi aux indicateurs associés à la capacité à assurer la continuité de délivrance de services (i.e. dimension de la CPM de services de santé) mentionnée dans la section 2.1, nous ne développons pas ainsi spécifiquement les indicateurs pour apprécier cette continuité des flux dans le cadre de la SCI de services de santé. Si nous arrivons à identifier les preuves de continuité des flux dans notre terrain d'étude, à

travers les indicateurs associés à la continuité de délivrance de services de santé mentionnées auparavant, cela suggéra que la mise en œuvre de la SCI de services de santé a atteint ses résultats attendus.

Le détail de tous les indicateurs mobilisés pour apprécier les dimensions ou/et les composantes des trois concepts clés étudié dans cette recherche est présenté dans le tableau 8 ci-dessous. A l'issue de ce travail de la conceptualisation et de l'opérationnalisation des trois concepts clés étudiés dans un contexte de la prestation de services de santé, dans la section suivante, nous allons établir une proposition de recherche en se basant sur les différentes relations identifiées entre ces trois concepts dans un contexte général (évoqués dans la section 1.4), et proposer un modèle d'analyse conceptuel de recherche associé.

Tableau 8 : la synthèse des concepts clés, des dimensions et des indicateurs associés

Concept clé	Dimensions	Composantes	Références principaux	Indicateurs
la CPM de services de santé	**Capacité à identifier des réponses aux besoins d'usagers**		Zipkin (2001) ; Salvador et al., (2009) ; Trentin (2015), Zhang et al., (2015) ; HAS (2012, p.7) ; Haggerty et al., (2003) ; Gulliford et al., (2006) ; Puntis et al., (2015)	Tous les aspects des besoins identifiés (médical, psychologique, social) de la personne Les modes d'identification des besoins de chaque usager ainsi que leur évolution Les modes d'identification des services les plus adaptés en fonction des besoins identifiés
	Capacité à développer l'espace de solutions			Les modes de développement et de délimitation des offres de services destinées à une population spécifique d'usagers (la veille de l'évolution des besoins…)
	Capacité à concevoir des processus flexibles			Les types d'automatisation flexible existants La pensée modulaire au niveau de la conception des processus Le capital humain adaptatif
	Capacité à assurer la continuité de délivrance de services	**Continuité managériale**		L'absence de rupture de prise en charge des usagers Le temps de réponse aux besoins changeants des usager

		Continuité relationnelle		La fréquence de contact/interaction entre les professionnels et l'usager (intensité, régularité)
		Continuité informationnelle		La traçabilité des informations relatives à la prise en charge de l'usager
La SCI de services de santé	**Intégration organisationnelle**	**Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle**	Lee (2000) ; Contandriopoulos et al., (2001) ; Gittell (2002) ; Reichhart et Holweg (2007) ; Lau et al., (2010a) ; Valentijn et al., (2015)	L'alignement des objectifs et d'intérêts entre les organisations et les professionnels concernés Les types de partenariat formalisés et les types d'accord formalisés entre les partenaires Les types d'activités collectives développées au niveau inter-organisationnelle et interprofessionnelle Les modes d'apprentissage collectif
		Intégration culturelle	Mentzer et al., (2001) ; Barrat (2004) ; Fredendall et al., (2009) ; Braunscheidel et al., (2010) ; Valentijn et al., (2015)	La confiance établie entre les acteurs Le partage des visions, des valeurs et des normes La communication ouverte et l'ouverture d'esprit
	Intégration des TIC		Vickery et al. (2003) ; Prajogo et Olhager (2012) ; Valentijn et al., (2015) ; Janse et al.,	L'interconnextion et l'alignement des TIC

			(2016)	
	Intégration opérationnelle	**Intégration des processus**	Mentzer et al., (2001) ; Kodner et Spreeuwenberg (2002) ; Ahgren et Axelsson, (2005) ; Fabbe Costes et Jahre (2008) ; Valentijn et al., (2015) ; Prajogo et al., (2016)	Les types de redondances et duplications éliminés au sein du processus global de prise en charge Les types de standards (i.e. outils, protocoles, procédures) développés pour la connexion et la simplification des processus de prise en charge Le rôle des acteurs réticulaires dans la coordination des processus de prise en charge. Les modes de travail en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle L'implication d'usagers dans la conception, l'organisation et la réalisation de leur propre prise en charge la présence d'une vision globale vis-à-vis des besoins des usagers
		Intégration des flux	Devers et al., (1994) ; Strandberg-Larsen et al., (2010) ; Chen et al., (2009a, 2009b) ; Leuschner et al., (2013)	Vue comme le résultat recherché de la SCI de services de santé, nous ne développons pas les indicateurs associés.

La modularité de prestation de services de santé	**Architecture décomposable**	Simon (1962) ; Baldwin et Clark, (1997 ; 2000) ; Pekkarinen et Ulkuniemi (2008) ; Voss et Hsuan (2009) ; Van der Laan (2015)	L'indépendance relative des modules de service Les fonctions spécifiques de chaque module de service
	Interfaces	Voss et Hsuan (2009) ; De Blok et al., (2014) ; Soffers et al., (2014) ; Van der Laan (2015) ;	Les différentes catégories d'interfaces mises en œuvre [17]: Interface cohérence module Interface variété module Interface cohérence flux d'informations Interface variété flux d'informations
	Processus de spécification du package de services	Bohmer (2005) ; Chorpita et al., (2005) ; De Blok et al., (2010a) ; De Blok et al., (2010b) ; Soffers et al., (2016)	La phase d'assemblage du package de services (a priori-préliminaire, a posteriori) Les méthodes d'assemblage du package associées (e.g. approche pilotée par le menu ; approche pilotée par le prototype)

Note : les indicateurs soulignés sont ceux qui proviennent exclusivement de la littérature de l'intégration des services de santé.

Source : élaboration personnelle

[17] Les interfaces faisant partie de ces différentes catégories sont présentées dans le tableau 6 à la section 2.2.2.

2.4 La construction de la proposition de recherche et du modèle d'analyse conceptuel

A travers notre revue de littérature sur les liens existants entre les trois concepts clés étudiés dans le secteur industriel, nous avons identifié les différents types de liens (causalité ou influence, par étapes, combinaisons) entre ces concepts. En outre, nous avons identifié aussi quatre catégories de relation causale ou de lien d'influence entre ces concepts (CF la section 1.4).

Grâce à cette même revue de littérature, nous avons aussi identifié des *gaps* dans la littérature en matière des liens étudiés entre ces concepts (CF la section 1.4). Premièrement, il existe encore peu de recherches qui étudient comment la SCI et la modularité (produit, processus, production) interagissent dans le développement de la CPM. Nous avons identifié seulement 8 articles qui ont étudient simultanément les trois concepts clé de notre recherche ainsi que leur relation. Et parmi ces 8 articles, seulement 5 articles ont apporté des preuves empiriques sur le rôle respectif de la SCI et la modularité (produit, processus, production) ainsi que leur relation dans le développement de la CPM. Deuxièmement, parmi ces 5 articles mentionnés précédemment, 4 d'entre eux n'ont étudié qu'une ou deux pratiques associées à la SCI. Il existe encore peu de recherches qui tiennent compte des quatre couches de la SCI (mentionnées dans la section 1.2) pour étudier le rôle respectif des deux facteur facilitant (SCI et modularité) ainsi que leur relation dans le développement de la CPM. Troisièmement, ces 5 articles ont tous étudié les liens parmi ces concepts clés dans le secteur industriel, il n'existe pas encore de recherches qui ont tenté d'étudier l'impact de l'interdépendance entre la SCI et la modularité de services sur le développement de la CPM dans un contexte de service, en l'occurrence, la prestation de services de santé.

Nous rappelons que l'objectif de cette recherche consiste à étudier si la SCI de services de santé et la modularité de prestation de services de santé sont bien des facteurs facilitant le développement de la CPM dans le secteur de la santé, et si oui, comment

ils contribuent à son développement.

Pour répondre à cette question de recherche générale, en se basant sur les quatre catégories de relation causale ou de lien d'influence identifiées entre ces concepts, et aussi sur le cadre théorique RBV mobilisé (CF la section 1.5), nous proposons une proposition de recherche générale présentée ci-dessous que nous cherchons à éprouver dans le secteur de la santé avec une logique de compréhension. Une proposition de recherche correspond à « une proposition provisoire, une présomption, qui demande à être vérifiée, puis confrontée ultérieurement à des données d'observation » (Quivy et Van Campenhoudt, 1995, p.150).

Proposition de recherche générale : la SCI de services de santé et la modularité de prestation de services de santé peuvent être vus comme des facteurs facilitant le développement de la CPM de services de santé. Et ils sont interdépendants dans ce développement.

Cette proposition est établie à partir des travaux focalisant sur le rôle respectif de la SCI et de la modularité dans le développement de la CPM dans le secteur industriel, et également des travaux qui étudient l'influence de la relation entre la SCI et la modularité vis-à-vis du développement de la CPM dans le même contexte.

Premièrement, selon les travaux étudiant la relation entre la SCI et le développement de la CPM dans le secteur industriel, l'intégration interne, l'intégration en aval avec les clients peuvent avoir un impact direct sur le développement de la CPM, et l'intégration en amont avec les fournisseurs contribue au développement de la CPM indirectement via ces deux dimensions de l'intégration mentionnées ci-dessus (Jitpaiboon et al., 2009 ; Jitpaiboon et al., 2013). Par ailleurs, parmi les pratiques professionnelles associées aux différentes dimensions de la SCI, l'intégration des TIC, la planification intégrée, et la coordination des activités inter-organisationnelle entre les membres de la supply chain s'avèrent primordiaux pour développer la CPM (Hong et al., 2010 ; Liu et Deitz, 2011 ;

Qi et al., 2014 ; Zhang et al., 2014). Par conséquent, la SCI est vue comme un levier important à mobiliser pour développer les différentes capacités de PM (Liu et Deitz, 2011 ; Lai et al., 2012 ; Zhang et al., 2014). En revanche, l'application du principe de la PM est encore nouvelle dans le secteur de la santé (Minvielle et al., 2014), la relation entre la SCI et le développement de la CPM dans ce secteur spécifique n'a pas encore été étudiée.

Deuxièmement, la littérature de la modularité indique que la modularité du produit, du processus, du service est un antécédent de la PM (Pine, 1993 ; Baldwin et Clark, 1997 ; Bask et al., 2011 ; Zhang et al., 2014 ; Tang et al., 2017). Par ailleurs, certaines recherches indiquent que la modularité de services est un moyen permettant de balancer la variété et les coûts dans le secteur de la prestation de services à la personne (Van der Laan, 2015). Ce point de vue est partagé implicitement par les recherches focalisant sur les effets de mise en œuvre de la modularité de prestation de services de santé (De Blok et al., 2010b ; De Blok et al., 2014). En revanche, il y a un manque de preuve empirique sur le lien de la modularité de prestation de services de santé et le développement de la CPM dans le secteur de la santé. Par ailleurs, à travers une étude de cas sur les facteurs facilitant et les barrières de l'application des principes de la modularité dans la prestation des services spécialisés intra-hospitaliers, Silander et al. (2017) indiquent que la conception modulaire de prestations des services intra-hospitaliers permet d'améliorer l'efficience de prestation de services, en revanche, elle diminue le degré de personnalisation des services fournis, dû à la fragmentation de délivrance des services spécialisés et la nécessité de soigner tous types de besoins (i.e. l'impossibilité de focaliser uniquement sur les groupes de patients de haut volume).

Troisièmement, selon les travaux focalisant sur le lien entre la SCI et la modularité, certaines disent que la mise en place de la modularité du produit et/ou de processus engendrent la SCI (Jacobs et al., 2007 ; Droge et al., 2012 ; Zhang et al., 2017), et d'autres disent que la SCI peut contribuer à la conception et la production modulaire du produit via notamment la résolution des contraintes relatives aux interfaces des produits

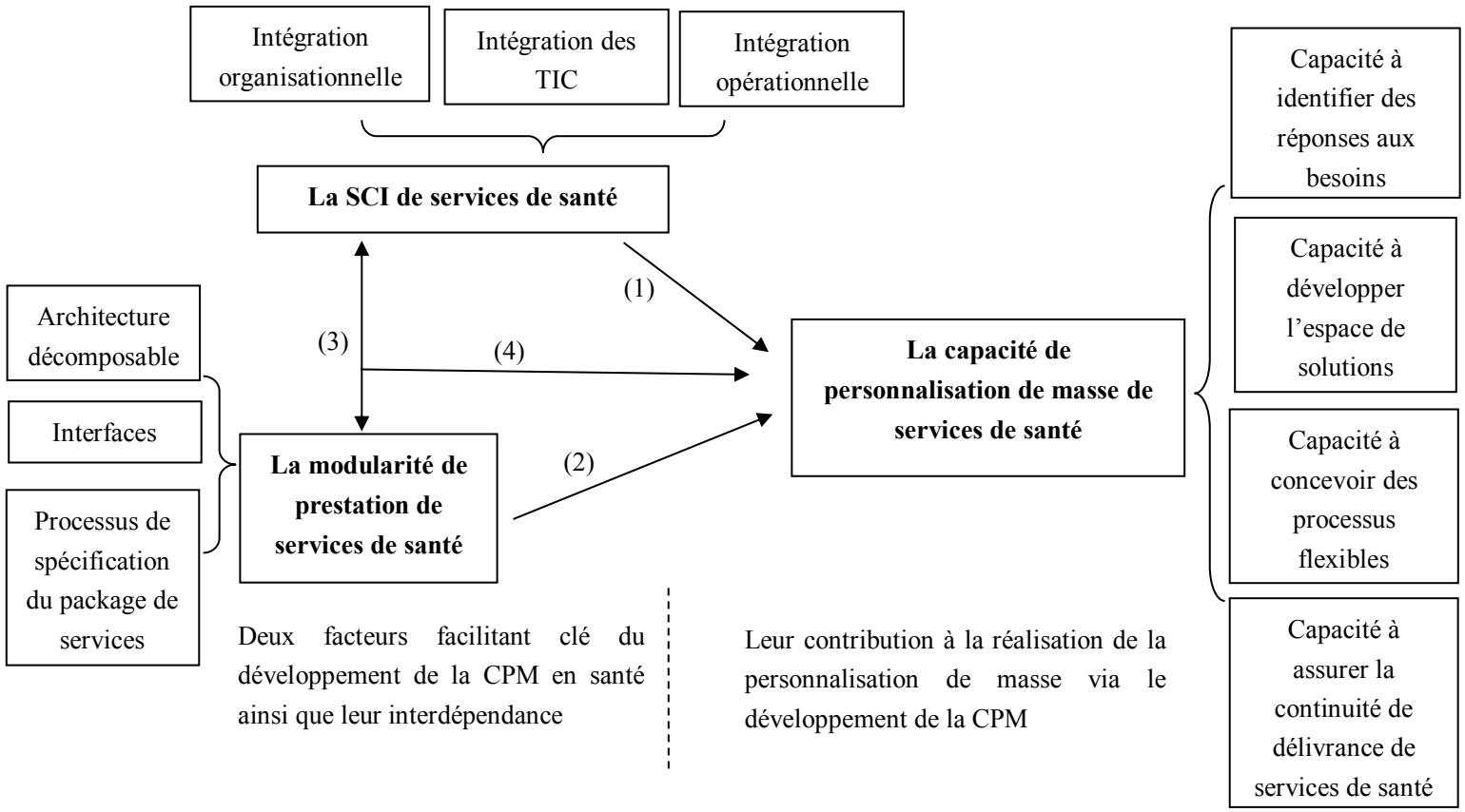
modulaires, et en général la résolution des dysfonctionnements liés au fonctionnement du système modulaire mise en place (Hsuan, 1999 ; Howard et Squire, 2007 ; Lau et al., 2010a ; Doran et Giannakis, 2011). Par conséquent, selon ces travaux cités, la réalisation de la SCI et de la modularité est interdépendante dans un contexte industriel, ce qui renvoie au concept *interconnectedness,* selon le cadre théorique RBV mobilisé (Hart, 1995b).

Selon Terjesen et al. (2012), un haut niveau de congruence entre la SCI et la modularité du produit et de la production sera nécessaire pour améliorer la performance des entreprises. Et certaines recherches empiriques indiquent aussi que l'interdépendance (*interconnectedness*) entre des pratiques associées à la SCI et la modularité (produit, processus, production) peut contribuer au développement de la CPM dans un contexte industriel (Liao et al., 2013 ; Salvador et al., 2015 ; Purohit et al., 2016). Ainsi, à partir de ces relations identifiées, la proposition de recherche mentionnée ci-dessus est établie.

A travers la confrontation de cette proposition sur notre terrain d'étude, nous cherchons dans un premier temps à vérifier dans une logique de compréhension si la SCI et la modularité sont bien des facteurs facilitant le développement de la CPM dans le secteur de la santé. Ensuite, nous cherchons à vérifier dans une logique de compréhension si l'interdépendance entre la SCI et de la modularité se manifeste aussi dans le secteur de la santé, et si cette interdépendance contribuent au développement de la CPM de services de santé. Si oui, comment et sous quelles conditions ?

Ensuite, nous établissons un modèle d'analyse conceptuel à partir de cette proposition de recherche générale afin de le confronter à notre terrain d'étude dans une logique de compréhension. Ce modèle est présenté dans la figure 10 ci-dessous.

Figure 10 : le modèle d'analyse conceptuel



Source : élaboration personnelle

Selon ce modèle, la SCI de services de santé (flèche 1) et la modularité de prestation de services de santé (flèche 2) sont vues comme des leviers facilitant clés à mobiliser dans le développement de la CPM en santé. Par ailleurs, nous cherchons également à éprouver si ces deux facteurs facilitant sont bien interdépendants entre eux (flèche 3), et comment cette interdépendance se manifeste dans le développement de la CPM de services de santé (flèche 4).

Conclusion du chapitre 2

Comme cette recherche s'inscrit dans le contexte de la santé, et elle vise à étudier simultanément le rôle de la SCI, la modularité, ainsi que leurs relations dans le développement de la CPM en santé, dans ce deuxième chapitre, nous avons effectué un travail de conceptualisation et d'opérationnalisation des trois concepts clés étudiés, ayant tous une origine industrielle, dans ce contexte spécifique. Ce travail est basé principalement sur les travaux ayant déjà étudié ces trois concepts dans le contexte de la santé, et aussi les travaux en management de la santé.

A l'issue de ce travail de conceptualisation et d'opérationnalisation, les dimensions, composantes, indicateurs associés à chacun des trois concepts étudiés sont synthétisés et présentés dans le tableau 8 (fin de la section 2.3). Ce travail effectué pose ainsi la base pour étudier ces trois concepts clés ainsi que leurs relations sur le terrain.

A partir du résultat de la revue de littérature présenté dans la section 1.4 sur les relations identifiées entre la CPM, la SCI et la modularité, et en se basant sur ce travail de conceptualisation et d'opérationnalisation mentionné ci-dessus, nous avons pu formuler une proposition de recherche qui se traduit par un modèle conceptuel de recherche. Et nous cherchons justement à confronter ce modèle de recherche sur le terrain afin de l'éprouver, et si possible de le raffiner.

Avant de le confronter au terrain pour répondre à la question de recherche posée, d'abord, nous allons présenter en détail nos choix épistémologiques et méthodologiques dans le chapitre suivant.

3. Les choix épistémologiques et méthodologiques de la recherche

Introduction du chapitre 3

Dans ce chapitre, nous allons d'abord présenter dans la section 3.1, la manière dont nous parvenons à la construction de l'objet de cette recherche, sa formulation guidera le déroulement de toutes les étapes ultérieures du processus de recherche.

Dans la section 3.2, nous présenterons les différents paradigmes épistémologiques contemporains et nous expliciterons le paradigme épistémologique adopté pour conduire cette recherche.

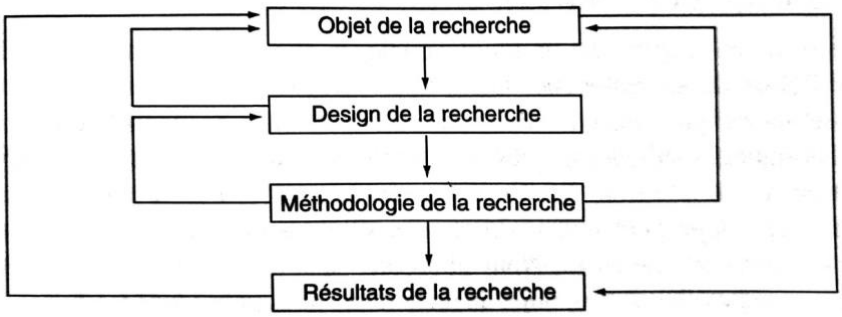
Ensuite, dans la section 3.3, nous présenterons les différents modes de raisonnement pour conduire une recherche scientifique, et nous allons justifier notre choix du mode de raisonnement dans cette recherche.

Enfin, notre choix de la méthode de recherche sera présenté dans la section 3.4. Dans cette section, nous présenterons et justifierons le choix de la méthode de recherche la plus appropriée pour répondre à notre question de recherche. Et nous présenterons et justifierons la pertinence du choix de notre terrain d'étude par la suite. Notre protocole de recherche sera présenté à la fin de cette section.

3.1 La formulation de l'objet de recherche, une première étape de notre processus de recherche

Selon Allard-Poesi et Maréchal (2014, p.49), le processus de recherche scientifique peut être décomposé en quatre étapes principales : la formulation de l'objet de la recherche, l'élaboration du design de la recherche, la construction de la méthodologie de la recherche, et la présentation des résultats de la recherche. Ce processus est en effet un processus itératif illustré par la figure 11 présentée en dessous.

Figure 11 : le processus de recherche décomposé en quatre étapes principales



Source : Allard-Poesi et Maréchal (2014, p.49)

Selon ces mêmes auteurs, toutes les recherches commencent par la construction de son objet de recherche qui permet de traduire et de cristalliser le projet de connaissance du chercheur. Il s'agit de répondre à la question « qu'est-ce que je recherche ? ». Plus précisément, sa construction vise à produire « *une question liant, articulant ou interrogeant des objets théoriques, méthodologiques et/ ou des objets empiriques* » (Allard-Poesi et Maréchal, 2014, p.50).

Nous rappelons que le projet de notre recherche démarre par la constatation d'un défi dans le contexte de santé qui se manifeste sous forme d'un dilemme : d'un côté, on a besoin de faire face à la population grandissante des usagers atteints des maladies chroniques. C'est un phénomène mondial et qui se trouve aussi en France. Et pour que ces usagers puissent bénéficier des services de qualité et personnalisés tout le long de

leurs parcours de santé, une coordination plus ou moins intensives de leur prise en charge est souvent nécessaire. Autrement dit, leur prise en charge peut s'avérer très consommatrices de ressources. Et de l'autre côté, on est dans un contexte de raréfaction des ressources. Des économies à réaliser sur le plan de la santé augmentent d'une année à l'autre en France.

Ceci révèle un besoin d'assurer à la fois une meilleure efficience au niveau de la délivrance d'un ensemble de services de santé destinée à un groupe ou une population spécifique d'usagers, tout en assurant l'accessibilité et la qualité (personnalisation) de ces services délivrés auprès de chaque usager faisant partie de cette population. La recherche de réponse à ce défi nous a emmené à nous intéresser au concept de la PM, et qui nous a conduit à poser la question suivante : comment réaliser la PM dans le contexte de la santé.

Comme peu de recherches ont tenté d'appliquer le concept de la PM à ce contexte spécifique, nous recourons d'abord à la littérature en SCM et OM pour voir déjà comment ces deux domaines de littérature peuvent apporter des réponses pour concrétiser la PM dans un contexte général. Selon ces deux domaines de littérature, la réalisation de la PM repose sur le développement des différentes capacités de PM. Ainsi, la PM est vue comme un résultat à atteindre dans cette recherche qui ne sera pas étudiée en tant que telle, et l'objet théorique de cette recherche est la CPM. Par ailleurs, la SCI et les pratiques basées sur la modularité ont été identifiées comme deux facteurs les plus important facilitant le développement de ces capacités. En se basant sur les relations étudiées et non suffisamment étudiées entre ces trois concepts dans ces deux domaines de littérature, nous avons proposé une question de recherche suivante : Est-ce que la SCI et la modularité peuvent être des facteurs facilitant le développement de la CPM en santé ? Si oui, comment ces deux facteurs facilitants contribuent à son développement ?

Selon la figure 11 présentée ci-dessus, la formulation de l'objet de la recherche permet

de guider le design de la recherche. Ce dernier est « *la trame qui permet d'articuler les différents éléments d'une recherche : problématique, littérature, données* (recueil et traitement)*, analyse et résultat* » (Royer et Zarlowski, 2014, p.169). Selon ces derniers, la qualité d'un design de recherche repose sur l'articulation cohérente de tous les éléments qui la constituent, notamment la question de recherche, le positionnement épistémologique, le mode de raisonnement choisi et la méthode de recherche retenue. Par conséquent, nous allons respectivement présenter ces trois derniers éléments dans les sections restantes de ce chapitre.

3.2 Le positionnement épistémologique de la recherche

Selon Avenier et Gavard-Perret (2012, p.23), un paradigme épistémologique se réfère à « *une conception de la connaissance partagée par une communauté, qui repose sur un système cohérent d'hypothèses fondatrices relatives aux questions qu'étudie l'épistémologie* ». Le paradigme épistémologique vise à mettre en exergue ce que c'est la réalité et est ce que la réalité existe (les hypothèses d'ordre ontologique) ; ce qu'est la connaissance (les hypothèses d'ordre épistémique) ; comment cette connaissance est élaborée (les hypothèses d'ordre méthodologique) ; le but de la connaissance élaborée ; en quoi la connaissance élaborée est valide (les modes de justification spécifiques).

En se basant sur les éléments constitutifs d'un paradigme épistémologique présentés ci-dessus, ces mêmes auteurs distinguent six paradigmes épistémologiques différents qui sont les suivants : le positivisme logique, le réalisme scientifique et le réalisme critique (i.e. deux courants post-positivistes), le constructivisme pragmatique, l'interprétativisme et le constructivisme à la Guba et Lincon. Avenier et Thomas (2015) les regroupe en quatre cadres épistémologiques : le positivisme et le post-positivisme, le réalisme critique, le constructivisme pragmatique, et l'interprétativisme. Ils sont présentés de manière synthétique dans le tableau 9 en dessous.

Tableau 9 : les différents cadres épistémologiques contemporains

	Post-positivism (Based upon Boisot & McKelvey, 2010; Gephart, 2013…)	**Critical realism** (Bhaskar, 1978, 1998a,b,c,d; Mingers, 2004; Mingers *et al.*, 2013; Smith, 2006)	**Radical (also called pragmatic) constructivism** (Glasersfeld, 1984, 2001; Le Moigne, 1995, 2001)	**Interpretivism** (Orlikowski & Baroudi, 1991; Guba & Lincoln, 1989, 2007; Klein & Myers, 1999; Sandberg, 2005; Yanow & Schwartz-Shea, 2006; Myers & Klein, 2011)
Ontological founding assumptions	Ontological realism: Reality exists prior to and independently from human attention. There exists a unique immutable "real-as-is".	Ontological realism: Reality exists independently from human attention. Reality is both intransitive and stratified. Reality is constituted of three overlapping domains, those of the *real*, the *actual*, and the *empirical*. Generative mechanisms (GMs) reside in the real domain. Observable events occur in the actual domain. Experienced events lie in the empirical domain.	Humans experience resistance to their actions. No founding assumption on whatever resists human action. Whatever resists human action possibly exists independently of human attention.	Ontological relativism: there exist multiple socially constructed realities not governed by any natural laws, causal or otherwise (Guba & Lincoln, 1989). The agreed meanings about a situation constitute the objective, intersubjective reality of this situation (Sandberg, 2005).
Epistemic founding assumptions	Epistemic realism: Real-as-is is knowable (with possible fallibility of measurement instruments).	Epistemic relativism, but not judgmental relativism. The real domain is not observable. Events (actual domain) are observable. Experienced events (empirical domain) are knowable.	Epistemic relativism in the following sense: human experience is knowable, and in the knowledge process, whatever stems from a situation is inseparably intertwined with whatever stems from the inquirer. The goal of inquiring influences the inquirer's experience of the situation.	Epistemic relativism: 'Facts' are produced as part and parcel of the social interaction of the researchers with the participants and knowledge is gained only through social constructions. Lived experience is knowable. Intentionality has a constitutive power on the meaning of reality that appears to us in our lived experience.
Goal of the knowledge generation process	Record constant conjunctions of observable events. Identify surface regularities and patterns.	Identify the GMs that are responsible for the events and patterns of events observed, as well as the manner by which GMs are contingently activated. The DREI process.	Build intelligible models of human active experience, which provide insights for organizing the world of experience.	Understand how human beings make individual and/or collective sense of their particular world and engage in situations.
Status and shape of knowledge	Correspondence conception of knowledge. Iconic representation of real-as-is. Falsifiable statements.	Towards a correspondence conception of GMs, and a pragmatic conception of the manner they are activated. Field testable statements concerning GMs and activable propositions.	Plausible interpretations that fit experience and are viable for intentionally acting. Generic models and activable propositions.	Plausible interpretations that fit lived experience. Narratives supported by thick descriptions, and, in certain currents within interpretivism, generic statements.

Source : Avenier et Thomas (2015, p. 71)

Avenier et Gavard-Perret (2012) précisent que, selon le paradigme positivisme, le réel existe et il est indépendant de celui qui l'observe. Et ce réel ne peut exister, que si on peut l'observer. Ainsi, pour les positivistes, ce réel est unique, objectif et connaissable. Par ailleurs, il existe une certaine forme de détermination interne propre au réel existentiel. Le chercheur adoptant le paradigme positiviste va chercher à établir et/ou mettre à jour les lois universelles, via l'observation empirique des faits observables et mesurables scientifiquement. L'objectif de cette observation n'est pas de rechercher des causes profondes (le pourquoi), mais seulement les lois des phénomènes (le comment). Et cette démarche scientifique renvoie à un mode de raisonnement inductif (présenté en détail dans la sous section 3.3).

En revanche, selon ces mêmes auteurs, l'approche positiviste est remise en question par plusieurs auteurs majeurs du courant post-positivisme dont Popper en fait partie. Selon Popper, l'induction peut conduire à des conclusions fausses, et il appelle à adopter un

mode de raisonnement « déductif » ou « hypothético-déductif » (présenté en détail dans la sous section 3.3). Selon lui, une théorie est scientifique, si elle peut être réfutable. D'autres post-positivistes indiquent qu'il n'est pas toujours possible de connaitre parfaitement la réalité dans sa globalité, et ceci est particulièrement vrai en sciences humaines et sociales. Selon ce courant, l'objectif de la science consiste à développer la connaissance la plus appropriée possible à la réalité, mais cette connaissance ne peut jamais être certaine, et cet objectif ne pourra jamais être réalisé.

Le réalisme critique est considéré comme un courant majeur du post-positivisme (Avenier et Gavard-Perret, 2012, p.31). Selon ce courant, le réel peut être stratifié en trois domaines différents : le réel profond, le réel actualisé et le réel empirique. Le réel profond se réfère aux mécanismes générateurs gouvernant la survenue d'actions et d'événements. Ces derniers se trouvent dans le réel actualisé. Le réel empirique correspond aux perceptions ou représentations que les acteurs ont vis-à-vis du réel actualisé. Seul le réel empirique est observable. Le réalisme critique défend l'idée que les mécanismes générateurs existent et œuvrent indépendamment des humains qui les observent (i.e. le principe d'intransitivité). Et ces mécanismes générateurs existent, même s'ils ne se manifestent pas dans le réel empirique (i.e. le principe de transfactualité). L'activation de ces mécanismes générateurs dépend des conditions intrinsèques et extrinsèques. Les conditions intrinsèques correspondent aux règles internes du fonctionnement de ces mécanismes, et les conditions extrinsèques désignent les contextes spécifiques dans lesquels ces mécanismes fonctionnent. Le réalisme critique vise ainsi à identifier les mécanismes générateurs et comprendre la manière dont ces mécanismes s'activent en fonction des différentes conditions intrinsèques et extrinsèques. Au lieu de s'intéresser uniquement à une relation de surface entre A et B, ce paradigme épistémologique va plus loin et vise à expliquer le pourquoi et le comment de cette relation pour le rendre intelligible (Avenier et Gavard-Perret, 2012, p.34).

Le constructivisme pragmatique et l'interprétativisme partagent beaucoup de points en commun (Avenier et Gavard-Perret, 2012). Premièrement, ils considèrent que ce qui est

connaissable est l'expérience vécue par les humains. Deuxièmement, ils indiquent que la connaissance qu'un sujet acquis dans un contexte spécifique est intimement lié au contexte et au sujet qui en fait l'expérience. Troisièmement, ils postulent le pouvoir constitutif de l'intention dans l'expérience vécue, et par la suite dans la construction de connaissances. Ils diffèrent dans la mesure où l'interprétativisme rejette l'hypothèse d'existence d'un réel objectif indépendant de l'observateur, tandis que le constructivisme pragmatique ne postule aucune hypothèse fondatrice d'ordre ontologique, ni ne rejette l'hypothèse d'existence d'une réalité en soi, indépendante de l'observateur.

En fait, pour l'interprétativisme, la réalité objective correspond à la signification consensuellement attribuée par des sujets à une situation à laquelle ils participent (Avenier et Gavard-Perret, 2012, p.38). Le chercheur adoptant ce paradigme épistémologique cherche justement à comprendre ces significations. Ainsi, les interprétativistes entendent aussi la réalité objective mentionnée ci-dessus par la « réalité objective intersubjective ». Pour le constructivisme pragmatique, ce paradigme ne cherche pas à mettre en exergue la manière dont le réel peut fonctionner, mais il vise à expliquer la manière dont le chercheur comprend le fonctionnement du réel.

Avenier et Thomas (2015) incluent le constructivisme à la Guba et Lincon dans le paradigme épistémologique interprétativiste, car les hypothèses fondatrices de ce paradigme sont très proches de celles de l'interprétativisme.

Dans cette recherche, nous choisissons d'adopter le paradigme épistémologique interprétativiste. Nous investiguons les rôles que la SCI de services de santé et la modularité de prestation de services de santé peuvent jouer dans le développement de la CPM en santé, à travers une compréhension des significations attribuées par les sujets au développement des différentes capacités de PM de services de santé. Ces significations attribuées par les sujets sont issues de leur expérience vécue dans ce développement, même si certains d'entre eux y contribuent sans en être conscients.

Plus précisément, nous nous intéressons à la représentation ainsi qu'au comportement (i.e. pratiques professionnelles) des acteurs du terrain vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé. Et la richesse de la compréhension de ces représentations réside nettement dans la prise en compte des relations que l'objet entretient avec son contexte.

Selon Perret et Séville (2007, p.29), le caractère idiographique et les capacités d'empathie sont les deux critères de validité pour l'évaluation de la connaissance élaborée sous le paradigme épistémologique interprétativiste. Comme nous nous intéressons au développement de la CPM dans un contexte de prestation de services de santé, notre recherche présente le caractère idiographique. Comme nous nous intéressons à l'expérience vécue des acteurs du terrain dans le développement de la CPM en santé, nous cherchons à nous approprier le langage et les terminologies propres aux acteurs de terrain.

3.3 Le choix du mode de raisonnement de la recherche

3.3.1 Les différents modes de raisonnement existants

Il existe trois modes de raisonnement de recherche en Sciences de gestion : Induction, déduction et abduction (Thiétart et al., 2014). Ils sont respectivement présentés en dessous :

La déduction se caractérise par le fait que « *si les hypothèses formulées initialement (prémisses) sont vraies, alors la conclusion doit nécessairement être vraie* » (Thiétart et al., 2014, p.78). Ce mode de raisonnement est fondé sur la démarche hypothético-déductive qui consiste à élaborer une ou plusieurs hypothèses à confronter au terrain. L'objectif est de vérifier la pertinence de l'hypothèse établie initialement. Ainsi, elle est plutôt un moyen de démonstration (Grawitz, 2000). Thiétart et al. (2014) distinguent

deux approches de déduction : la déduction formelle et la déduction constructive. La déduction formelle est « *un raisonnement ou une inférence qui consiste à réaliser le passage de l'implicite à l'explicite ; la forme la plus usuelle en est le syllogisme* » (Thiétart et al., 2014, p.79). Ces derniers fournissent aussi un exemple de syllogisme : tout A est B (1), C est A (2), donc, C est B (3). (1) et (2) sont les prémisses et (3) est la conclusion. En revanche, toujours selon ces mêmes auteurs, cette forme de déduction ne permet pas d'apprendre un fait nouveau, puisque la conclusion est déjà présupposée dans les prémisses. Au contraire de cette première forme de déduction, pour la déduction constructive, la conclusion est « *une démonstration composée non seulement du contenu des prémisses mais aussi du raisonnement par lequel on démontre qu'une chose est la conséquence d'une autre* » (Thiétart et al., 2014, p.79). Par conséquent, elle fournit un apport pour la connaissance.

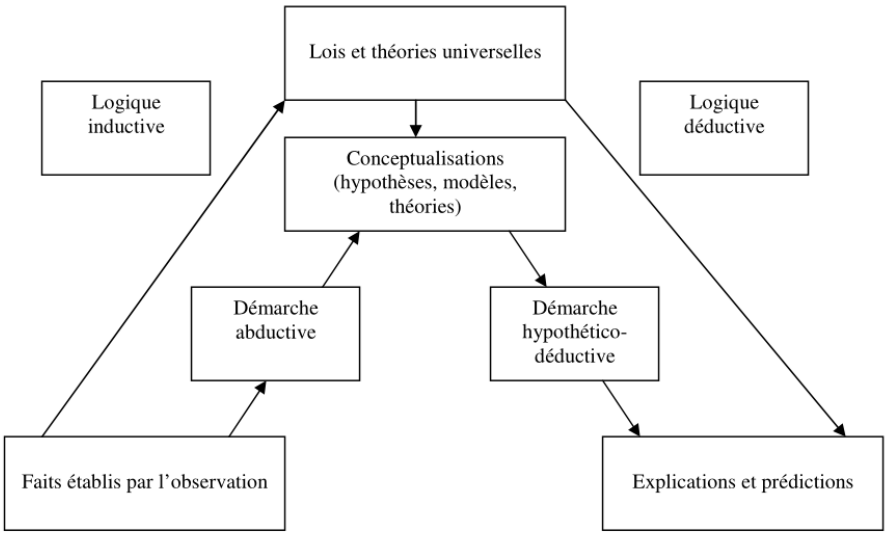
L'induction correspond à un mode de raisonnement qui va du particulier au général, ou qui passe des faits aux lois (Thiétart et al., 2014). Selon ces derniers, les chercheurs qui adoptent ce mode de raisonnement vont chercher à vérifier une relation, en se basant sur certains exemples concrets, si cette relation observée dans ces exemples est vraie, alors elle est vraie pour toutes les observations ultérieures.

L'abduction se réfère à « *l'opération qui, n'appartenant pas à la logique, permet d'échapper à la perception chaotique que l'on a du monde réel par un essai de conjecture sur les relations qu'entretiennent effectivement les choses [...]. L'abduction consiste à tirer de l'observation des conjectures qu'il convient ensuite de tester et de discuter* » (Koenig, 1993, p.7). Par conséquent, par rapport à l'induction qui « *confère à la découverte une constance a priori (loi)* », l'abduction lui attribue « *un statut explicatif ou compréhensif qui, pour tendre vers la règle ou la loi, nécessite d'être testé ensuite »* (Thiétart et al., 2014, p.80).

Par conséquent, la logique de l'induction est totalement à l'inverse de celle de la déduction, puisque cette dernière va du général au particulier et passe des lois aux faits.

La figure 12 présentée en dessous illustre cette différence. Plus spécifiquement, « *l'induction et la déduction se distinguent par le caractère démonstratif ou non des inférences faites. Ainsi le résultat d'un raisonnement inductif ou abductif n'est pas une démonstration. Il s'agit de liens entre des choses qui, par la rigueur avec laquelle ils auront été établis, ont le statut de propositions valides. Ces propositions ne sont pas pour autant certaines comme peuvent l'être celles élaborées de manière déductive. Elles sont alors considérées comme des inférences non démonstratives ou inférences incertaines* » (Thiétard et al., 2014, p. 82). Selon ces derniers, malgré cette différence, ces différents modes de raisonnement scientifiques sont aussi complémentaires dans l'élaboration des connaissances scientifiques : « *ces deux catégories d'inférences (certaines et incertaines) cohabitent dans la production de connaissances. Par exemple, le chercheur peut être amené à inférer à partir d'observations, de manière incertaine des lois (induction) ou plus vraisemblablement des conceptualisations, explications, ou conjectures (abduction). Ces conceptualisations, associées à un certain nombre de conditions initiales, sont susceptibles de servir de prémisses et peuvent faire l'objet d'un test* ».

Figure 12 : les modes de raisonnement et connaissance scientifique



Source : Charreire Petit et Durieux (2014, p.82)

3.3.2 Le mode de raisonnement retenu : déduction

Dans cette recherche, nous adoptons le mode de raisonnement déductif. Parce que nous partons de l'articulation des concepts clés étudiés dans la littérature académique pour établir un modèle d'analyse conceptuel ainsi qu'une proposition de recherche associée. Et nous cherchons ensuite à les confronter à une réalité.

Plus précisément, au début, nous avons proposé une question de départ fondée sur le dilemme suivant : les exigences en matière de la qualité de prestations de services de santé personnalisées destinées à la population grandissante des usagers, et les contraintes budgétaires et financières qui obligent les prestataires de services de santé à maitriser les coûts associés à leurs prestations. Ensuite, à partir de cette question de départ, nous avons identifié le concept de la PM qui a été beaucoup étudié en SCM et OM. Selon nous, sa réalisation dans le contexte de la santé pourrait éventuellement résoudre ce dilemme mentionné ci-dessus. La réalisation de la PM repose sur le développement des différentes capacités de PM. A travers une revue de littérature sur la CPM et de ses deux facteurs facilitant clés : la SCI et la modularité, nous avons pu identifier les liens déjà étudiés et les liens restant à explorer encore entre ces trois concepts clés dans un contexte général. Par ailleurs, ces liens ont été aussi rarement étudiés dans un contexte de prestation de services de santé. Par conséquent, après un travail de conceptualisation et d'opérationnalisation de ces trois concepts clés dans le contexte spécifique de la santé, et en se basant sur les différentes relations étudiées entre ces trois concepts dans un contexte général, nous avons établi un modèle d'analyse conceptuel. Et nous allons le confronter au terrain dans une logique de compréhension.

En effet, nous ne cherchons pas simplement à tester ce modèle ainsi que la proposition de recherche associée, en suivant un procédé de type syllogisme où la conclusion est déjà présupposée dans les prémisses. A travers cette confrontation, nous cherchons aussi à comprendre en quoi une chose est la conséquence d'une autre dans un contexte

spécifique (e.g. les influences exercées par l'interaction entre la SCI et la modularité de services sur le développement de la CPM dans le secteur de la santé). Par conséquent, par rapport à deux approches de déduction mentionnée dans la section 3.3.1 : la déduction formelle et la déduction constructive, nous adoptons plutôt l'approche de la déduction constructive. Et nous cherchons aussi à créer des nouvelles connaissances via cette compréhension.

Malgré tout, la finalité principale de cette recherche est le test théorique, puisque nous cherchons à confronter un modèle conceptuel de recherche, ainsi qu'une proposition de recherche associée à la réalité du terrain. « *Tester est l'ensemble des opérations par lesquelles le chercheur met à l'épreuve de la réalité un ou des objets théoriques ou méthodologiques. L'objectif est de produire une explication par l'évaluation de la pertinence d'une hypothèse, d'un modèle ou d'une théorie* » (Thiétart et al., 2014). Par ailleurs, toujours selon ces mêmes auteurs, pour le test théorique, les chercheurs adoptent souvent une démarche de type déductive ou hypothético-déductive, ce qui correspond à notre choix de mode de raisonnement.

Les objets théoriques de cette recherche sont les trois concepts clés suivants : la CPM et ses deux facteurs facilitant les plus importants : la SCI et la modularité. Notre revue de littérature sur l'articulation de ces trois concepts a abouti à un modèle d'analyse conceptuel. Et nous cherchons à l'éprouver dans un contexte de la prestation de services de santé. La réflexion sur le mode de raisonnement scientifique et la finalité de recherche se situe en aval de la définition de l'objet de recherche, et en amont du choix de la méthode de recueil et de traitement de données (Thiétart et al., 2014, p.77). Par conséquent, dans la section suivante, nous allons présenter de manière détaillée le choix de notre méthode de recherche.

3.4 Le choix de la méthode de recherche

Pour répondre à notre question de recherche, il convient de choisir la méthode de recherche la plus adaptée. La finalité de cette recherche est le test théorique, et « *pour tester, le chercheur peut recourir à des dispositifs méthodologiques tant qualitatifs que quantitatifs* » (Thiétart et al., 2014, p.94). Même si la méthodologie quantitative est le plus souvent utilisée pour le test théorique (Thiétart et al., 2014), dans cette recherche, nous adoptons la méthodologie qualitative pour réaliser cette finalité de recherche. Nous faisons ce choix pour plusieurs raisons présentées en dessous.

Premièrement, selon notre revue de littérature présentée, l'application des concepts comme la SCI (Abdulsalam et al., 2015), la modularité de service (Silander et al., 2017) et la PM (Minvielle et al., 2014) dans un contexte de prestation de services de santé est encore relativement récente pour les recherches en SCM ou *Service Operations Management*. Et comme notre recherche est enchâssée dans ce contexte, la confrontation de notre modèle de recherche à ce terrain nécessite quand même d'une compréhension du phénomène de développement de la CPM de services de santé en profondeur. Et « *une approche qualitative permet notamment une vision plus globale, holistique ou systémique, à même de prendre en compte des interactions multiples et leur articulation avec un environnement particulier* » (Gavard-Perret et al., 2012, p.277). Nous ne nous intéressons pas uniquement aux relations de surface entre ces trois concepts étudiés, mais à éprouver notre modèle de recherche dans une logique de compréhension. Autrement dit, si les liens entre les concepts figurés dans ce modèle sont éprouvés ou non éprouvés, c'est pour quelles raisons et sous quelles conditions ? Quelle est la justification théorique derrière ? Est-ce que les liens entre les concepts figurés dans notre modèle peuvent être raffinés, en les articulant aux données collectées sur le terrain ?

Deuxièmement, l'objet de cette recherche : le développement de la CPM de services de santé, et en particulier, le concept de la PM est un concept étrange et non familier pour

les acteurs du terrain, ils y sont impliqués sans forcément en avoir conscience. Ainsi, une recherche qualitative semble adaptée dans cette circonstance. Parce qu'à traver cette approche, le chercheur peut collecter des données sur son objet de recherche auprès des acteurs interrogés, de façon que ces derniers puissent comprendre ce que le chercheur cherche (ce qui facilite la collecte des données). Et il peut ainsi analyser ces données, à partir de son interprétation des données collectées, en se basant sur sa grille théorique.

Troisièmement, l'adoption d'une méthode qualitative de recherche est cohérente par rapport à notre positionnement interprétativiste. Parce que la posture interprétativiste que nous adoptons consiste à comprendre un phénomène en profondeur afin de saisir les significations (sous forme de représentations mentales) que les acteurs attachent à la réalité, et d'appréhender leurs motivations et intentions (Thiétart et al., 2014).

Parmi les méthodes de recherche qualitative, nous retenons la méthode de l'étude de cas. Parce que premièrement, elle peut être utilisée par les recherches dont la finalité est le test théorique (Voss et al., 2002 ; Barrat et al., 2011, p.332 ; Ketokivi et Choi, 2014). Et nous avons également identifié un cas **critique** (Yin, 2003, p.40) dans le secteur de la santé, permettant d'éprouver les propositions de recherche et le modèle d'analyse conceptuel.

Deuxièmement, la méthode de l'étude de cas permet au chercheur d'avoir une compréhension profonde d'un phénomène inexploré, et elle est adaptée pour répondre aux questions de recherche, sous forme de « comment » et « pourquoi » (Yin, 2003). Dans cette recherche, nous cherchons justement à savoir **comment** la SCI et la modularité de prestation de services contribuent au développement de la CPM dans le contexte de la santé.

En outre, l'avantage de l'étude de cas, c'est que cette méthode permet non seulement de mettre à l'épreuve des propositions de recherche formulées initialement, mais aussi

de les développer ou raffiner, à travers la recherche de *fit* entre la théorie (i.e. en l'occurrence, les propositions de recherche) et les données empiriques collectées (Voss et al., 2002). Plus spécifiquement, selon Voss et al. (2002, p.216) : « *to the researcher seeking to develop and test theory, they provide the opportunity to refine and expand the theory. When the data seem to support hypotheses, case research allows the researcher to go one step further and examine the underlying reasons in each case as to why things are happening. What are the theoretical reasons for the observed relationships?* ». Ceci correspond à notre intention d'utiliser la méthodologie qualitative basée sur l'étude de cas pour éprouver notre modèle de recherche ainsi que des propositions de recherche associées.

Après avoir justifié notre choix de la méthode de recherche. Dans la première sous-section de cette section, nous allons présenter de manière détaillée la méthode de l'étude de cas en tant qu'une méthode de recherche scientifique. Les exigences au niveau du design de la recherche pour conduire une étude de cas vont être discutées. Par ailleurs, nous allons aussi justifier la pertinence de choix d'une étude de cas unique pour notre recherche. Et enfin, nous allons présenter nos critères de sélection qui ont servi à identifier le cas critique de notre recherche.

Dans la deuxième sous-section, nous allons présenter le cas critique identifié : la MAIA (Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie). Et nous allons expliquer aussi en quoi le cas MAIA peut être considéré comme un cas **critique** pour éprouver notre proposition de recherche et notre modèle d'analyse conceptuel formulés auparavant. C'est un dispositif de l'intégration des services de santé que le gouvernement français cherche à implanter dans tout le territoire de la France. Il existe ainsi différents sites de MAIA en France, et nous allons aussi justifier pourquoi nous nous intéressons uniquement au site MAIA Marseille dans cette recherche.

Pour la troisième sous-section, nous allons présenter notre protocole de recherche qui

comprend les types de données à collecter, les méthodes de collecte de données, notre stratégie d'échantillonnage et les méthodes d'analyse de données collectées.

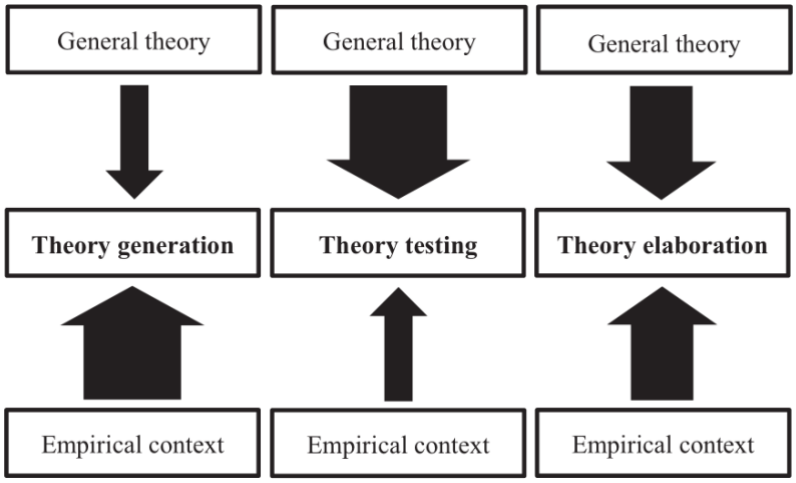
Et enfin, dans la dernière sous-section de cette section, nous allons présenter des critères de qualité pour la méthode des cas auxquels nous cherchons à répondre.

3.4.1 La méthodologie qualitative basée sur l'étude de cas

Yin (2003, p. 13) défini l'étude de cas comme « *une recherche empirique qui réalise une investigation sur un phénomène contemporain dans son contexte réel, notamment quand les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas claires* ». Dans cette recherche empirique, les différentes sources d'informations pertinentes pour le phénomène étudié sont utilisées, telles que l'observation directe, l'interview et les archives (Voss et al., 2002). En effet, la méthode de l'étude de cas est utilisée quand le chercheur considère qu'il est pertinent de tenir compte les conditions contextuelles quant à l'étude du phénomène de sa recherche (Yin, 2003). Pour Ketokivi et Choi (2014, p.234), une étude de cas est à la fois enchâssée dans un contexte spécifique, et elle cherche aussi un sens de généralité, ceci relève de l'essence de l'étude de cas.

Ketokivi et Choi (2014) distinguent trois modes de conduite d'une étude de cas : la génération théorique, le test théorique et l'élaboration théorique. Ces trois modes de conduite cherchent tous à produire des connaissances scientifiques vues comme des résultats de l'interaction entre la théorie, les données empiriques et le contexte empirique. A travers la figure 13 présentée en dessous, ces auteurs montrent que le degré d'importance attribuée à la théorie et au contexte empirique diffère entre ces trois modes de conduite. L'épaisseur de la flèche est en rapport positif avec ce degré d'importance attribuée.

Figure 13 : trois modes de conduite d'une étude de cas



Source : Ketokivi et Choi (2014, p.233)

En se basant sur les trois critères suivants : la finalité de recherche, le mode de raisonnement associé et le critère de dualité, Ketokivi et Choi (2014) ont discuté en détail de la différence entre ces trois modes de conduite d'une étude de cas. Cette distinction est présentée dans le tableau 10 en dessous. Selon ces mêmes auteurs, le critère de dualité correspond à la présence simultanée de deux éléments suivants :

- Les conditions contextuelles sont prises en compte dans la collecte et l'analyse des données
- La recherche d'un sens de généralité consiste à transcender le contexte empirique pour identifier les implications théoriques générales de l'étude de cas

« *Contextual idiosyncrasy in case research must be balanced with an examination of the more general theoretical implications* » (Ketokivi et Choi, 2014).

Tableau 10 : la différence entre les trois modes de conduite d'une étude de cas

Finalité de recherche	La génération théorique	Le test théorique	L'élaboration théorique
Mode de raisonnement associé	Induction	Déduction	Abduction
Critère de dualité	La nouvelle théorie émerge de :	La confrontation d'une théorie (et les concepts	L'élaboration d'une théorie identifiée et

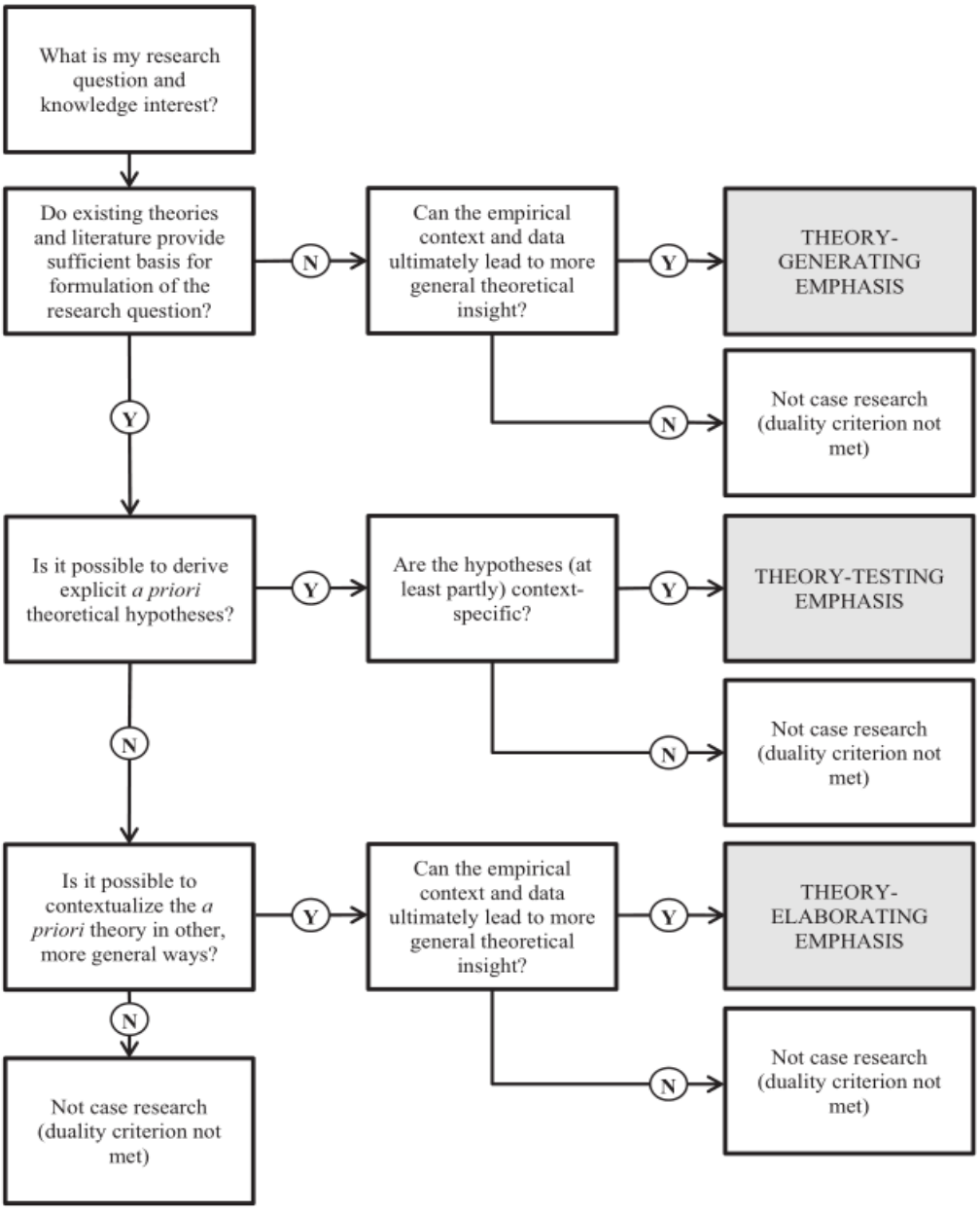
	- L'exploration du chercheur sur le terrain d'étude. Les idées théoriques novatrices viennent de la collecte et de l'analyse des données empiriques. - La comparaison et le contraste des idées théoriques novatrices et les théories existantes	associés) identifiée et sélectionnée à priori à un terrain d'étude spécifique pour réviser les hypothèses, le modèle ou la théorie, si nécessaire. La logique de la théorie identifiée et les concepts associés ne sont pas remises en question.	sélectionné à priori via l'exploration du chercheur sur son terrain d'étude spécifique. Cette élaboration peut se réalise via l'introduction des nouveaux concepts à cette théorie ou une investigation profonde sur le lien entre les concepts de cette théorie.

Source : élaboré à partir de Ketokivi et Choi (2014)

En effet, ces trois modes de conduite peuvent être vus comme des *idéaux types* et ils ne sont pas mutuellement exclusifs (Ketokivi et Choi, 2014, p.236). L'importance n'est pas de faire correspondre sans ambigüité sa recherche à l'un des modes de conduite présenté, mais de justifier comment le critère de dualité de l'un des modes de conduite est satisfait.

Ketokivi et Choi (2014) dans leur article proposent aussi un arbre de décision qui permet de guider le chercheur pour identifier le mode de conduite de l'étude de cas le plus approprié à sa recherche. Cet arbre de décision est présenté dans la figure 14 ci-après. Par ailleurs, ces mêmes auteurs rappellent que leur objectif n'est pas de proposer un processus mécanique à suivre pour concevoir une étude de cas, mais d'augmenter la transparence dans la justification du mode de conduite de l'étude de cas retenu par le chercheur. En particulier, le chercheur peut utiliser cet arbre de décision pour vérifier si, et comment le critère de dualité d'un mode de conduite spécifique est satisfait.

Figure 14 : l'arbre de décision pour le choix des modes de conduite de l'étude de cas



Source : Ketokivi et Choi (2014, p.238)

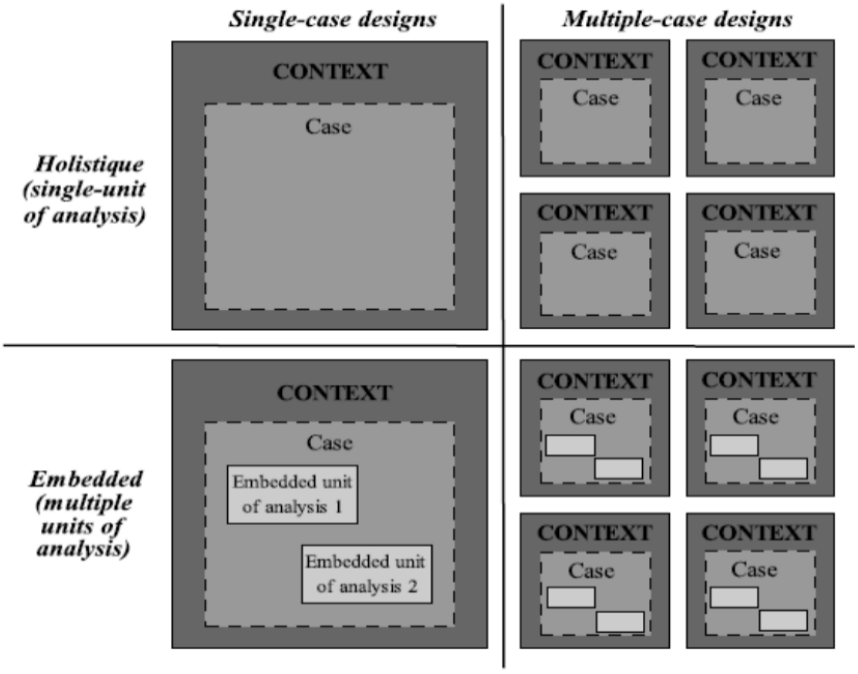
Cet arbre de décision confirme la pertinence de notre choix : le mode de conduite de l'étude de cas pour le teste théorique. Plus précisément, à travers une revue de littérature sur les liens existants entre les trois concepts clés étudiés de notre recherche : la SCI, la modularité et la PM, nous avons pu identifier plusieurs *gaps* dans la littérature (CF la section 1.4 du premier chapitre), notamment, il existe encore peu de recherches qui ont

étudié l'impact de l'interaction entre la SCI et la modularité de services sur le développement de la CPM, dans un contexte de prestation de services de santé. A partir de ce gap identifié, nous avons pu formuler notre question de recherche de cette recherche (CF la fin de la section 1.4 du premier chapitre). Et en se basant principalement sur les liens déjà étudiés et les liens restant à explorer entre ces trois concepts clés étudiés, nous avons pu établir une proposition de recherche enchâssée dans un contexte de prestation de services de santé (CF la sous section 2.4.1 du deuxième chapitre). Autrement dit, nous cherchons à confronter ces liens identifiés à l'issue de notre revue de littérature (dans un contexte industriel) au contexte de la santé.

Comme notre proposition de recherche formulée est déjà enchâssée dans un contexte spécifique avant d'être confrontée à notre terrain d'étude, elle réponde au critère de dualité de l'étude de cas pour le test théorique. « *In theory-testing case research, the researcher explicitly contextualizes the general theory before subjecting it to an empirical test. Propositions thus become situationally grounded, because the theoretically essential features of the context become part of the theory* » (Ketokivi et Choi, 2014, p.235).

Une fois que nous avons justifié le mode retenu pour conduire notre étude de cas, nous allons présenter en détail le type de conception de l'étude de cas choisi dans cette recherche. Yin (2003, p.40) propose quatre types de conception de l'étude de cas en se basant sur deux critères suivants : le nombre d'unité d'analyse retenu et le nombre de cas à étudier. Ces quatre types de conception de l'étude de cas sont respectivement : étude de cas unique *holistic* (seule unité d'analyse), étude de cas unique enchâssée (multiples unités d'analyse), étude de cas multi-sites *holistic* (seule unité d'analyse), et étude de cas multi-sites enchâssée (multiples unités d'analyse). Ils sont présentés dans la figure 15 en-dessous.

Figure 15 : les types de conception de l'étude de cas



Source : Yin (2003, p.40)

Parmi ces quatre types de conception de l'étude de cas, nous adoptons l'étude de cas unique à multiple unités d'analyse dans cette recherche.

Parce que premièrement, l'étude d'un cas unique est méthodologiquement valide pour mettre à l'épreuve des hypothèses, un modèle, une théorie (Yin, 2003 ; Barrat et al., 2011 ; Ketokivi et Choi, 2014). Selon Yin (2003, p.40), « *one rational for a single case is when it represents the critical case in testing a well-formulated theory...To confirm, challenge, or extend the theory, a single case may meet all of the conditions for testing the theory* ». En outre, à travers une analyse sur les recherches en *Operations Management* adoptant la méthode de l'étude de cas pour le test théorique, Barrat et al. (2011, p.338) indiquent que presque la moitié de ces recherches ont étudié un seul cas. Comme, les trois concepts clés étudiés de cette recherche ont été rarement étudiés dans le secteur de la santé, ainsi, en s'appuyant sur un cas suffisamment large (en termes de périmètre du cas), les données collectées à l'issus du terrain peuvent non seulement contribuer à éprouver les propositions de recherche, mais aussi affiner ces propositions afin de trouver un meilleur *fit* entre la théorie (i.e. en l'occurrence, les propositions de

recherche) et les données empiriques collectées au terrain.

Deuxièmement, nous avons pu identifier un cas critique, permettant de mettre à l'épreuve notre modèle conceptuel de recherche (proposition de recherche), auquel nous avons la facilité d'accès. Ceci renvoie à l'idée d'opportunisme méthodique mentionnée par Girin (1989). Nous allons présenter ce cas critique et justifier la pertinence de choix de ce cas dans la prochaine sous section de ce chapitre.

Troisièmement, le modèle de recherche établi nous a conduit à focaliser sur plusieurs unités d'analyse dans la conduite de notre étude de cas unique.

Plus spécifiquement, dans cette étude de cas, nous nous intéressons principalement à cinq unités d'analyse suivantes : les cas d'usagers individuels (1) faisant partie d'une population spécifique ayant des besoins relativement homogènes (2), les packages de services de santé (3) assemblés qui sont destinées à des besoins spécifique de chaque usager, les prestataires de services (4) au sein des supply chain santé individualisées qui sont en charge de réaliser ou délivrer ces packages de services assemblés et personnalisés, et la supply chain santé globale (5) à partir de laquelle se forment ces différentes supply chain santé individualisées.

Selon notre modèle de recherche, nous cherchons à étudier les liens entre les trois concepts clés étudiés de cette recherche : la CPM de services de santé, la prestation modulaire de services de santé, et la SCI de services de santé.

Comme le développement de la CPM dans le secteur de la santé est souvent destinée à une population spécifique d'usagers ayant des besoins relativement homogènes (Minvielle et al., 2014), ainsi, nous nous intéressons à la fois à une population spécifique d'usagers (UA2) et aussi à chaque usager faisant partie de cette population (UA1).

La prestation modulaire de services de santé consiste à assembler les différents modules de services en différents packages de services personnalisés, via les interfaces, et les délivrer auprès des différents usagers faisant partie de la population cible (De Blok et al., 2014). Il est important d'étudier le processus de spécification des packages de services ainsi que leur délivrance. Ainsi, nous considérons les packages de services comme une unité d'analyse (UA3).

Comme ce que nous avons mentionné dans la partie de revue de littérature (sous section 2.3.1), la SCI de services de santé consiste à réaliser l'intégration à deux niveaux de la supply chain santé : supply chain santé individualisée et supply chain santé globale. Nous nous intéressons ainsi à l'interaction des différents prestataires de services (UA 4) dans la prise en charge des usagers au sein des supply chain santé individualisées, et qui sont concernés aussi par la formation et la délivrance des packages de services mentionnés ci-dessus. Et nous nous intéressons aussi à la supply chain santé globale (UA 5) comprenant un ensemble d'acteurs concernés par la prise en charge d'une population spécifique d'usagers sur un territoire bien défini, et qui vise à offrir une réponse anticipée et adaptée aux besoins en commun de cette population d'usagers.

Et pour étudier l'influence de la prestation modulaire de services de santé et de la SCI de services de santé sur le développement de la CPM en santé, nous nous intéressons ainsi à l'interaction éventuelle entre ces trois dernières unités d'analyse mentionnées ci-dessus (UA 3, 4, 5) dans la réponse simultanée aux besoins communs d'une population spécifique d'usagers (UA2) ainsi qu'aux besoins spécifiques de chaque usager de cette population (UA1).

Après avoir explicité le type de conception de l'étude de cas adopté, nous cherchons à identifier un cas critique permettant de mettre à l'épreuve notre proposition de recherche et le modèle d'analyse dans un contexte de prestations de services de santé.

En effet, « *for theory-testing, a survey methodology is typically considered a preferred*

choice and it is clearly not intuitive to use case studies for such a purpose. Therefore, providing methodological justification for using case studies for deductive purposes would be even more important than it would be for inductive research » (Barrat et al., 2011, p.338). Cependant, à travers une revue de littérature sur les recherches en *Operations Management* adoptant la méthode de l'étude de cas pour le test théorique (logique déductive), ces mêmes auteurs trouvent que la plupart d'entre eux ne fournissent pas assez de justification concernant leur choix de la méthode de l'étude de cas. Pour celles qui fournissent une justification, ces recherches se basent sur la nature de leur question de recherche (i.e. une question de recherche de type « comment » ou « pourquoi »). Ce qui relève en effet d'une justification du choix de l'étude de cas avec une logique inductive, comme ce que souligne Barrat et al. (2011, p.338): « *When at least some justification is offered, the tendency is to use the inductive-based logic (e.g., the nature of their research questions)* ». En effet, selon Bitektine (2008, p.164), pour les recherches qui adoptent la méthode de l'étude de cas pour le test théorique, il faudrait qu'elles justifient la pertinence de(s) cas sélectionné(s).

Par conséquent, pour répondre à notre question de recherche formulée précédemment et identifier un cas dans le secteur de la santé où l'application du principe de la PM dans la prise en charge des usagers peut avoir lieu, nous présentons nos critères de sélection du cas critique suivants :

1. L'identification d'une population spécifique d'usagers ayant des besoins relativement homogènes. Ceci peut être vu comme l'un des pré-requis fondamentaux pour que le principe de la PM soit applicable.

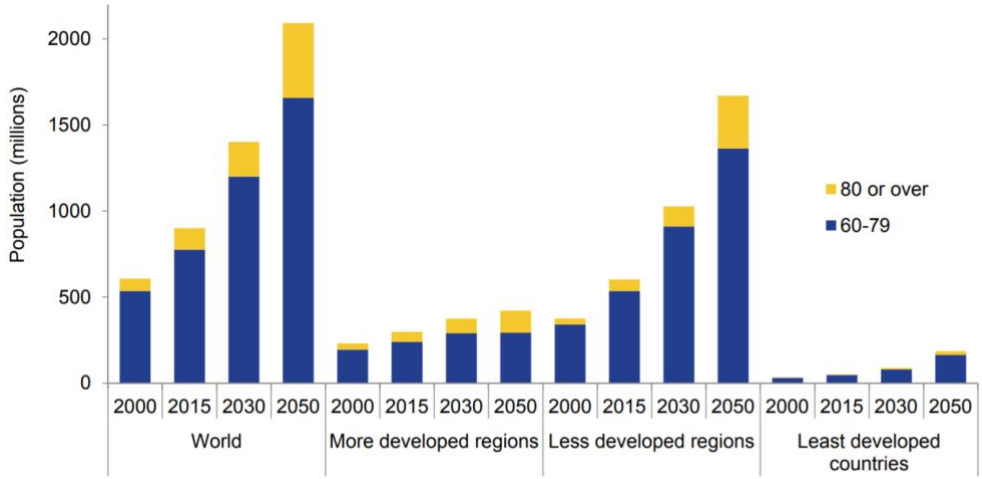
2. Des usagers faisant partie de cette population dont les besoins sont complexes (poly-pathologiques, maladies chroniques). La prise en charge de ces usagers nécessite ainsi des interventions pluridisciplinaires et intersectorielles, avec une prise en charge qui peut évoluer aussi dans le temps. L'offre des services de santé destinée à cette population peut être décomposée en différentes interventions

standardisées, mais adaptables (personnalisées) en fonction des besoins spécifiques de chaque usager ainsi que leur évolution. Ces interventions peuvent être assemblées en différents packages de services de santé personnalisés (l'applicabilité des principes de la modularité de prestation de services de santé).

3. L'existence des différentes initiatives de l'intégration mises en place, qui conduit les prestataires de services de santé concernés par la prise en charge de cette population spécifique à mieux travailler ensemble pour améliorer cette prise en charge.

L'ensemble de ces trois critères nous ont conduit à nous intéresser à la prise en charge des personnes âgées. Le phénomène du vieillissement de la population dans le monde entier entraine des conséquences importantes sur presque tous les secteurs de la société. La réponse aux besoins de cette population grandissante en matière du bien-être social, physique et psychologique constitue un défi important pour le 21ème siècle. Plus précisément, selon le rapport des Nations Unies sur le vieillissement de la population publié en 2015, de 2015 à 2030, le nombre des personnes âgées de plus de 60 ans dans le monde entier va passer de 901 millions à 1.4 billion, soit une augmentation de 56%. La figure 16 présentée en dessous illustre cette tendance, et qui montre aussi que la vitesse de vieillissement de la population dans les pays en voie de développement est beaucoup plus rapide que les pays développés.

Figure 16 : la tendance du vieillissement de la population de 2000 à 2050 dans le monde entier



Source : le rapport des Nations Unies sur le vieillissement de la population (2015)

En France, selon les données de l'Insee publiées en 2013, 9 % de la population française est âgée de plus de 75 ans, chiffre qui va être doublé d'ici 2060. De plus, la Haute Autorité de Santé indique que la présence simultanée d'au moins deux maladies chroniques est très fréquente chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

En effet, les personnes âgées sont souvent poly-pathologiques et chroniques nécessitant des interventions à court et long terme, provenant de multiples prestataires de services hétérogènes (De Blok et al., 2010b). Au niveau de la population des personnes âgées, ils ont des besoins communs et qui peuvent être classifiés en différentes catégories de besoins : actes de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonction mentale, etc (Hébert et Veil, 2004).

Par ailleurs, la littérature de la modularité de services de santé indique que la prise en charge des personnes âgées est souvent modulaire (De Blok et al., 2010b ; De Blok et al., 2014 ; Vähätalo et Kallio, 2015). « *In fact, it is rather difficult to find examples of non-modular services in the health care sector. In this study we use services for the elderly as an example of a service area in the health service context that has a high level of modularity. Services for elderly are composed of many diverse services, produced by multiple providers and require uniquely customised service package*

creation » (Vähätalo et Kallio, 2015, p.926-927).

Beaucoup de pays développés, tels ques les états-unies, le Royaume-Unis, le Pays-Bas, le Suède et le Canada ont cherché à mettre en place des dispositifs d'intégration des services de santé destinés à un groupe ou une population spécifique d'usagers (Ahgren et Axelsson, 2005 ; Lyngsø et al., 2014). Parmi ces dispositifs, certains sont destinée à la prise en charge des personnes âgées fragiles (Janse et al., 2016) ou en perte d'autonomie (Hébert et Veil, 2004). L'objectif de cette intégration consiste à améliorer la continuité de délivrance des services de santé, augmenter la satisfaction des usagers âgées tout en maitrisant les coûts (Hébert et Veil, 2004 ; Janse et al., 2016).

En se basant sur ces trois critères de sélection, nous avons pu identifier un cas critique / exemplaire : le dispositif MAIA, intitulé « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie », destiné à la prise en charge de la population des personnes âgées de plus de 60 ans en France. Dans la sous section suivante, nous allons présenter en détail le cas MAIA et justifier en quoi ce cas répond à nos critères de sélection prédéfinis, et qui peut être considéré comme un cas pertinent pour éprouver notre modèle conceptuel de recherche pré-établie.

3.4.2 La présentation d'un cas critique choisi : la MAIA Marseille

Dans les sous sections précédentes de ce chapitre, nous avons montré la pertinence de choix de la méthode de l'étude de cas unique pour réaliser la finalité de cette recherche : le test théorique. Nous avons présenté aussi nos critères de sélection de cas à étudier en cohérence avec notre cadre théorique et notre question de recherche. Dans cette sous section, nous allons présenter en détail le cas critique identifié et expliquer en quoi le choix de ce cas est pertinent pour éprouver notre proposition de recherche ainsi que notre modèle conceptuel de recherche.

Plus précisément, nous allons d'abord présenter le dispositif MAIA en général en nous

appuyant sur les données secondaires (institutionnelles, règlementaires, professionnelles) présentées dans l'annexe 5, et sur un article publié en 2017 qui a effectué une analyse des données secondaires sur ce dispositif (Guan et al., 2017). Ensuite, nous allons justifier en quoi le choix de ce cas est pertinent. Enfin, nous allons présenter un site de l'implantation de la MAIA : la MAIA Marseille et nous allons justifier pourquoi nous choisissons de nous concentrer sur ce seul site, comme le terrain de notre étude dans cette recherche.

3.4.2.1 le dispositif MAIA

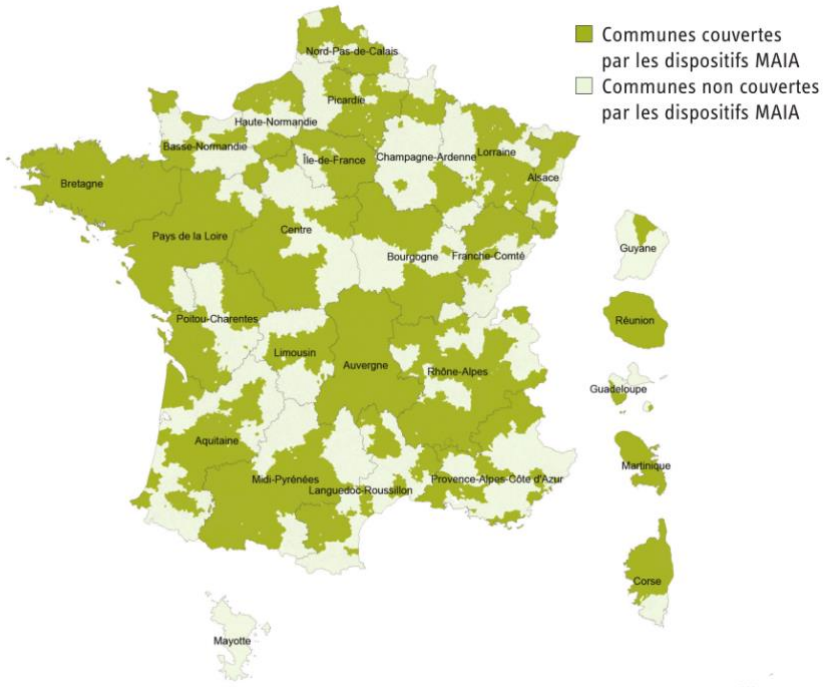
Avant d'entrer dans le détail, ici, nous souhaitons juste préciser que le déploiement du dispositif MAIA en France est en cours, les principes clés associés à ce dispositif ne sont pas encore tous mis en place sur le terrain, ainsi, le cas – dispositif MAIA tel que nous allons le présenter relève plutôt à l'heure actuelle d'une représentation idéale des acteurs décisionnels (tutelles-décideurs/financeurs) du système de santé français. Ce dispositif peut ainsi être vu comme un idéal-type, et les effets recherchés de ce dispositif restent à confirmer, une fois qu'il sera totalement mis en place sur le terrain.

Dans le secteur de la santé, l'intégration fait partie des politiques publiques en France depuis 2008 (Somme et al., 2013 ; De Stampa et al., 2013), en particulier au travers de la mise en place du dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie). Ce dispositif s'adresse à des personnes âgées de 60 ans et plus dans le champ de l'autonomie (i.e. potentiellement ou déjà en perte d'autonomie), et de leurs aidants. Comme la délivrance des services de santé est assez fragmentée en France, la mission principale de ce dispositif consiste à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge de ces personnes âgées ainsi que leur entourage (la circulaire interministérielle relative à la mise en œuvre des MAIA, 2013, p.2 ; les Cahiers pédagogiques de la CNSA, 2014). A travers l'intégration des services d'aide et de soins, l'objectif ultime de ce dispositif consiste à améliorer la lisibilité du système d'aide et de soins pour simplifier et optimiser le parcours des

personnes âgées pour assurer sa continuité ; à soutenir le maintien à domicile des publics visés aussi longtemps que possibles dans les meilleurs conditions (les Cahiers pédagogiques de la CNSA, 2014, p.7).

Ce dispositif a été d'abord initié à titre expérimental sur 17 sites (17 territoire bien défini) en France depuis 2009 jusqu'à 2011 (le cahier des charges relatif aux MAIA, 2011, p.231). Sur la base des expérimentations, la généralisation des MAIA a débuté dès 2011 et un maillage complet du territoire est cherché. Jusqu'à la fin d'année 2013, 202 dispositifs MAIA sont en fonctionnement (les Cahiers pédagogiques de la CNSA, 2014, p.12). La figure 17 présentée ci-dessous illustre la situation de couverture nationale par les dispositifs MAIA jusqu'à 2014.

Figure 17 : la couverture du territoire national par les dispositifs MAIA



Source : les Cahiers pédagogiques de la CNSA (2014)

Selon les cahiers pédagogiques de la CNSA publiés en 2014, le déploiement de ce dispositif s'appuie principalement sur trois mécanismes d'intégration interdépendants, ainsi que des outils associés. Plus précisément, dans chaque département, l'ARS

(Agence Régionale de Santé) travaille ensemble avec le Conseil Départemental, avec le soutien technique de l'EPN (Equipe de Pilotage National) attachée à la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) pour implanter le dispositif MAIA. L'ARS lance d'abord un appel à candidature et sélectionne un « **porteur** » de projet qui lui-même recrute, avec les acteurs mentionnés précédemment, un ou plusieurs **pilote(s) MAIA**. Le pilote MAIA est responsable de l'ensemble de la mise en œuvre du dispositif. Plus spécifiquement, il anime et fait le lien entre les trois principaux mécanismes d'intégration présentés en dessous :

Le premier mécanisme est l'organisation des **instances de concertation** : elles s'organisent à deux niveaux : stratégique et tactique. Au niveau stratégique, elle cherche à mobiliser les décideurs et les financeurs sur le territoire concerné pour harmoniser les politiques, pratiques, et mutualiser les moyens. Au niveau tactique, elle mobilise les différents représentants des services d'aide et de soins sur le territoire concerné pour discuter des dysfonctionnements existants du système de prise en charge local et mettre en cohérence l'offre de services sur ce territoire. Ces deux instances sont complémentaires, l'instance tactique suit la décision prise par l'instance stratégique et le remet en question en cas de problème. En outre, l'instance tactique remonte aussi les dysfonctionnements observés sur un territoire à l'instance stratégique. En résumé, ce premier mécanisme d'intégration permet de décloisonner les différents secteurs et d'engager leur coresponsabilité dans la construction d'un projet commun entre toutes les parties prenantes d'un système local de prestation de services d'aide et de soins.

Le deuxième mécanisme est la construction du **guichet intégré** qui vise à « *fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation* » (les cahiers pédagogiques de la CNSA, 2014, p.5). Selon le cahier des charges relatif aux MAIA (2011), *le guichet intégré n'est pas un lieu unique qui regroupe les moyens d'allouer des ressources et de mobiliser les*

prestataires de services de santé. Il s'agit d'un processus commun à un ensemble d'acteurs concerné par l'accueil, l'analyse et l'orientation des personnes âgées faisant partie de la population cible MAIA. Ceci permet d'harmoniser les réponses et les orientations de l'ensemble des acteurs du guichet intégré.

Le rapport d'évaluation des MAIA sur la première phase d'expérimentation (2009-2010) met en exergue trois éléments clés dans la construction du guichet intégré (le processus commun d'analyse et d'orientation des usagers de la population cible MAIA) :

1. l'**identification** exhaustive des prestataires assumant des fonctions de points d'accès[18] en précisant leurs missions, sur le territoire MAIA concerné. L'enjeu repose sur la délimitation du territoire couvert par le guichet intégré : l'identité et le nombre de prestataires à inclure, le pourcentage des activités réalisées par ces acteurs sur le territoire donné.

2. l'**harmonisation des processus d'évaluation et d'orientation** des usagers auprès d'un ensemble d'acteurs concernés par la prise en charge de la population cible MAIA. Cette harmonisation des processus repose en effet sur un travail d'harmonisation des outils, des pratiques et des procédures des acteurs mentionnés ci-dessus. A titre d'exemple, un annuaire partagé, les référentiels des missions (i.e. la répartition des tâches et des responsabilités de chacun), le formulaire commun d'analyse multidimensionnel rapide des besoins pour l'orientation et les systèmes d'informations partageables.

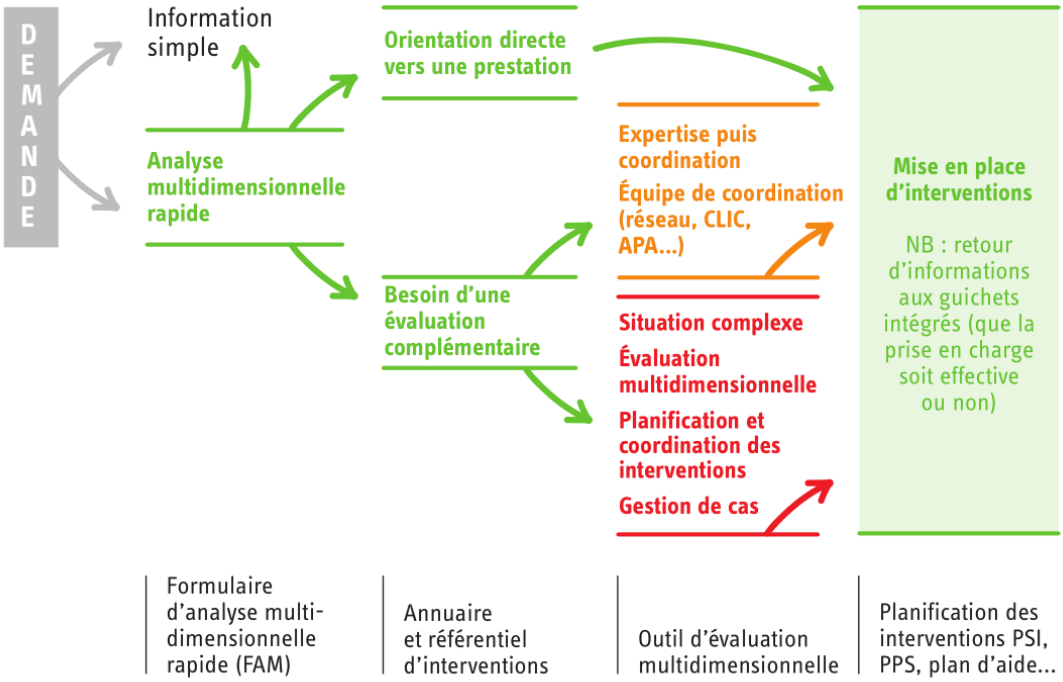
3. la construction **d'une base de données d'observatoire des besoins de la population** cible MAIA afin de repérer les dysfonctionnements constatés sur le territoire couvert par le guichet intégré, nottamment les besoins non comblés de

[18] Lieux où est disponible un certain niveau d'information permettant aux personnes d'être orientées vers le service dont elles ont besoin (Le rapport d'évaluation des MAIA sur la première phase d'expérimentation (2009-2010), p.124)

la population cible. Ces données collectées à partir des points d'accès du guichet intégré vont être remontées aux instances de concertation tactiques et stratégiques.

La figure 18 présentée ci-dessous permet d'illustrer ce processus commun ainsi que les différents outils standardisés utilisés à différentes étapes de ce processus.

Figure 18 : le processus et les outils du guichet intégré



Source : les Cahiers pédagogiques de la CNSA (2014, p.10)

Selon le processus du guichet intégré présenté ci-dessus, une demande d'usager peut être jugée « complexe » ou « non complexe », après une première analyse multidimensionnelle rapide réalisée par l'un des acteurs du guichet intégré avec lequel l'usager est en contact. Lorsque la demande est jugée « non complexe », l'usager va être directement orienté vers le service le plus approprié du territoire concerné. Lorsque la demande est jugée « complexe », selon les critères de complexités définis au niveau national (isolement, refus de soins, conflits familiaux, situation sociale précaire, etc.), l'usager en question bénéficient de l'intervention complémentaire d'un **gestionnaire**

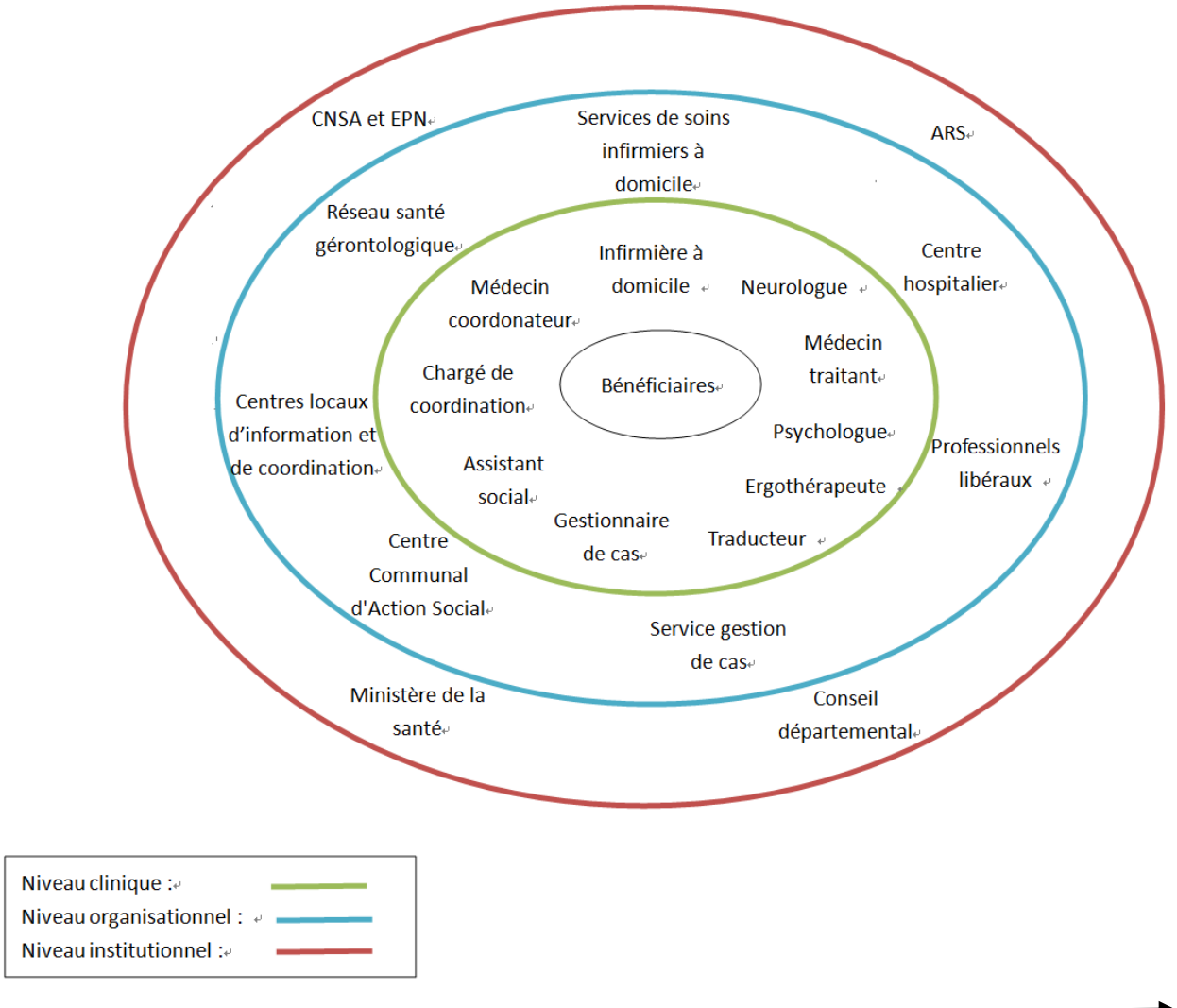
de cas pour un suivi plus personnalisé.

La **gestion de cas** constitue le troisième mécanisme de la démarche MAIA. La fonction de gestion de cas est destinée aux personnes âgées en situation complexe dont la fluidité et la continuité de parcours est en jeu. Concrètement, lorsque la situation d'un usager est jugée « complexe », le gestionnaire de cas va utiliser son outil de métier : l'outil d'évaluation multidimensionnelle pour faire un état des lieux complet des besoins de cet usager. En fonction des résultats donnés par cette évaluation, il va mettre en place le plan de service individualisé (PSI). Et en se basant sur ce plan, il assure une coordination des différentes interventions délivrées auprès des usagers en situation complexe, tout en adaptant la prise en charge de ces derniers dans le temps. Il est ainsi le référent des situations complexes, et l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant et d'autres professionnels intervenant à domicile. De manière générale, pour chaque dispositif MAIA, 2 à 3 gestionnaires de cas sont recrutés.

Le gestionnaire de cas est aussi un acteur du guichet intégré, mais il n'est pas en premier contact avec les usagers, il accueille et prend en charge des usagers orientés. Ainsi, il se situe à un deuxième niveau que les autres acteurs du guichet servant de points d'accès. Par ailleurs, il peut aussi identifier des dysfonctionnements constatés dans la prise en charge des personnes âgés et le remonter aux instances de concertation stratégiques et tactiques.

Le déploiement du dispositif MAIA implique ainsi une multitude d'acteurs hétérogènes issus de différents niveaux du système de santé sur un territoire donné. Les besoins des usagers sont placés au centre des préoccupations de ces acteurs. La figure 19 recense les principales parties prenantes du dispositif MAIA qui participent directement ou indirectement à la prise en charge des usagers âgées ainsi que leur entourage.

Figure 19 : les MAIA, une constellation d'acteurs centrée bénéficiaires



Le porteur du dispositif MAIA et le pilote MAIA animent et font le lien entre tous les acteurs de ces trois niveaux, via notamment les instances de concertations stratégiques et tactiques.

Source : Guan et al. (2017)

Selon les Cahiers pédagogiques de la CNSA (2014, p.12), ce dispositif mis en œuvre fait preuve de son efficace auprès des personnes âgées et des acteurs concernés dans leur prise en charge. A titre d'exemple, « *sur un territoire MAIA, après un an d'accompagnement en gestion de cas, la proportion de personnes suivies et refusant d'être aidées est passée de 30 % à 7 %* », et « *l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation permet de simplifier les parcours des personnes et de réduire sensiblement le nombre de contacts : 1,3 interlocuteur pour trouver des solutions*

adaptées sur un territoire intégré, contre 3,2 interlocuteurs différents avant le déploiement de l'intégration » (les Cahiers pédagogiques de la CNSA, 2014, p.12).

3.4.2.2 la pertinence de choix du cas MAIA

Après avoir présenté le dispositif MAIA en tant qu'un idéal type que les acteurs décisionnels cherchent à atteindre, nous allons justifier en quoi le choix de ce dispositif est pertinent pour éprouver notre proposition de recherche et le modèle d'analyse conceptuel.

Ce dispositif répond à nos critères de sélection du cas prédéfinis dans la sous section 3.4.1 de ce troisième chapitre. Tout d'abord, ce dispositif est destiné à la prise en charge de la population des personnes âgées de plus de 60 ans sur un territoire bien défini. Comme il s'inscrit dans un contexte où le dilemme qualité (personnalisation de prestation des services) - coût (recherche de l'efficience dans la prise en charge d'une population spécifique d'usagers ayant des besoins communs) se pose, le développement de la CPM peut avoir lieu dans ce contexte spécifique. Plus spécifiquement, la présentation du dispositif MAIA montre de manière sous jacente que le déploiement de ce dispositif vise à développer les différentes capacités de PM de services de santé, via la mise en œuvre des trois mécanismes MAIA (instances de concertation, guichet intégré, gestion de cas). Le tableau 11 présenté ci-dessous permet d'illustrer notre propos.

Tableau 11 : les liens sous jacents entre le déploiement des trois mécanismes MAIA et le développement des différentes capacités de PM de services de santé

Trois mécanismes MAIA (Sources principales : cahier des charges MAIA et cahier pédagogique de la CNSA)	**Capacités de PM de services de santé** (Sources évoquées dans la section 2.1)
Instance de concertation stratégique et tactique	**Capacité à développer l'espace de solutions**

(prise de décision relative à l'ajustement et la mise en cohérence de l'offre sur le territoire MAIA concerné, en se basant sur la remontée des dysfonctionnements / besoins non comblés observés sur ce territoire)	(capacité à délimiter les offres de services destinées à un groupe ou une population spécifique d'usagers, en fonction de la divergence des besoins des usagers de cette population)
Construction du guichet intégré (standardisation du processus d'évaluation et d'orientation des usagers faisant partie de la population cible pour que ces usagers puissent être orientés vers les services les plus appropriés du territoire, peu importe leur point d'accès – la réception d'une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers à tout endroit du territoire)	**Capacité à identifier des réponses adaptées aux besoins d'usagers** (capacité à identifer des bons services adaptés en fonction des besoins spécifiques de chaque usager (ainsi que leurs évolutions), faisant partie d'une population spécifique d'usagers)
	Capacité à concevoir des processus robustes et flexibles (capacité à reutiliser les processus de prise en charge standardisés en les combinant avec les différents processus de prise en charge personnalisés pour répondre aux besoins hétérogènes de chaque usager faisant partie d'une population spécifique)
Gestion de cas (la coordination de prise en charge des usagers complexes dont la continuité de parcours est en jeu, et qui nécessitent un suivi personnalisé et intensif au long cours)	**Capacité à assurer la continuité dans la délivrance de services de santé** (capacité à s'adapter aux besoins des usagers qui évoluent au fil du temps dans la délivrance complémentaire de différents types de soins et de services, pour assurer que ces services sont fournis dans la bonne séquence, au bon moment et de façon cliniquement appropriée*)*

Source : élaboration personnelle

Ensuite, le dispositif MAIA cherche explicitement à développer la CPM via la démarche de l'intégration. Et à travers la mise en place des trois mécanismes MAIA (instances de concertation stratégique et tactique, construction du guichet intégré, gestion de cas), en particulier la construction du guichet intégré, ce dispositif cherche implicitement à intégrer la « supply chain santé globale » MAIA.

Comme ce que nous avons déjà mentionné dans la sous section 2.3.1 du deuxième

chapitre, une supply chain globale comprend un ensemble de prestations de services de santé destiné à une population spécifique d'usagers ayant des besoins relativement homogènes, sur un territoire bien défini. La structuration de cette chaîne est souvent basée sur des directives ou protocoles cliniques, qui précisent par exemple la répartition des tâches et des responsabilités entre les différents acteurs concernés.

Selon la présentation du dispositif MAIA (sous section 3.4.2.1), ce dispositif s'adresse à la population des personnes âgées de plus de 60 ans dans le champ de l'autonomie, ayant des besoins communs. Son déploiement concerne tous les acteurs (prestataires de services de santé) impliqués dans la prise en charge de cette population cible MAIA, sur un territoire défini. Par ailleurs, la structuration de cette « supply chain santé globale » MAIA passe par la mise en œuvre des trois mécanismes MAIA interdépendants, en particulier la construction du guichet intégré. Comme nous l'avons évoqué dans la sous section 3.4.2.1, cette construction cherche à établir un processus commun à un ensemble d'acteurs concerné par l'accueil, l'analyse et l'orientation des personnes âgées faisant partie de la population cible MAIA. En ce faisant, une répartition des tâches et des responsabilités entre les acteurs de prise en charge concernés par le déploiement du guichet intégré peut avoir lieu.

La figure 18 présentée dans la sous section 3.4.2.1 permet de bien illustrer notre propos. Selon cette figure, face à l'arrivée des usagers (demandes), une évaluation (synthétique) multidimensionnelle des besoins sera effectuée pour chaque usager (si nécessaire). Ensuite, si la situation n'est pas jugée complexe, elle va être orientée à des prestataires de services appropriés, et si la situation est jugée complexe, elle va être orientée à un gestionnaire de cas pour bénéficier d'une prise en charge globale. Ainsi, la question de répartition des tâches et des responsabilités se pose : qui s'occupe de l'accueil, l'analyse et l'orientation, qui s'occupe de la prise en charge des cas non complexes, qui s'occupe de la prise en charge des cas complexes. Cela constitue ainsi la « supply chain santé globale » MAIA destinée à la population cible MAIA. En outre, le travail de structuration de la « supply chain santé globale » MAIA repose aussi sur l'organisation

des instances de concertation stratégique et tactique entre les acteurs au sein de cette supply chain (ceux qui sont concernés par le déploiement de la MAIA), ainsi que d'autres initiatives d'intégration que MAIA cherche à mettre en place, telles que l'harmonisation des pratiques, outils et des procédures. En résumé, le travail de structuration de cette supply chain repose sur le travail d'intégration des acteurs faisant partie de cette supply chain.

A partir de la construction de cette supply chain santé globale MAIA, les différents acteurs de prise en charge, faisant partie de cette supply chain, peuvent aussi former différentes supply chain santé individualisée destinées à la prise en charge de chaque personne âgée faisant partie de la population cible MAIA (parcours de santé de chaque usager circulant au sein de la supply chain globale, CF la sous section 2.3.1 pour plus de détail).

Par ailleurs, les éléments de la modularité de prestation de services de santé se manifestent aussi implicitement dans ce dispositif. La littérature de la modularité de services de santé dit que la prise en charge des personnes âgées est très souvent modulaire (De Blok et al., 2010b ; Vähätalo et Kallio, 2015). En effet, les différentes prestations de services de santé nécessaires à leur prise en charge peuvent être assimilées à des modules de l'offre de services. Ces modules de services sont plutôt indépendants entre eux (e.g. la consultation mémoire et le service d'aide à domicile), et chaque module rempli une fonction spécifique au sein d'un système d'offre de services de santé global. Ces modules peuvent être recombinés et assemblés en différentes packages de services de santé personnalisés via les interfaces (De Blok et al., 2014 ; Soffers et al., 2014). Dans le cadre du déploiement du dispositif MAIA, les différents outils, procédures, pratiques que ces dispositifs cherchent à créer ou à harmoniser (mentionnés ci-dessus dans la sous section 3.4.2.1) relèvent en effet aux différentes catégories d'interfaces proposées par De Blok et al. (2014) (CF le détail dans la sous section 2.2.2 du deuxième chapitre).

A titre d'exemple, les outils signalés dans la figure 18 présentée ci-avant renvoient aux différentes catégories d'interfaces, les liens sous jacents entre eux sont présentés dans le tableau 12 ci-après.

Tableau 12 : l'exemple de liens sous jacents entre les outils MAIA et les différentes catégories d'interfaces

Les outils MAIA ⟺	**Les catégories d'interfaces**
le référentiel d'interventions ou de missions (l'établissement du référentiel de missions/interventions de l'ensemble des acteurs du guichet intégré implique un travail de répartition des tâches et des responsabilités entre ces acteurs. Cette répartition permet de préciser « qui fait quoi » sur un territoire donné) - le rapport d'évaluation des MAIA (2009-2010)	**la catégorie des interfaces cohérence flux d'informations** (la mise en cohérence de l'interaction entre les prestataires de services, via la réduction du besoin de partage d'informations, puisque les informations à échanger sont enchâssées dans cette catégorie des interfaces) – De Blok et al. (2014) et idem en dessous
le formulaire d'analyse multidimensionnelle rapide (FAM) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle (Ces outils permettront aux différents professionnels du guichet intégré de se donner des signaux d'alerte, lorsqu'ils ont détecté des besoins non comblés de la personne qui ne sont pas de leur ressort, après une évaluation plus ou moins détaillé des besoins de cette personne) - les cahiers pédagogiques MAIA de la CNSA (2014)	**la catégorie des interfaces variété flux d'informations.** (la contribution à la variété dans l'assemblage des modules de services, via le soutien au partage d'informations entre les différents prestataires de services)
l'annuaire d'interventions partagé (l'établissement d'un annuaire partagé permet à différents acteurs du guichet intégré de repérer plus facilement les prestatations de services à contacter pour la prise en charge de l'usager.) - le rapport d'évaluation des MAIA (2009-2010)	**la catégorie des interfaces variété module** **(**le soutien à la variétié dans l'assemblage des modules de service en fonction des besoins des différents usagers)

Source : élaboration personnelle

Par conséquent, selon la vision idéalisée portée par les sources secondaires présentant

le dispositif MAIA, nous voyons que les principes de la SCI de services de santé, de la modularité de prestation de services de santé et de la CPM de services de santé se manifestent tous dans le déploiement du dispositif MAIA. En résumé, le dispositif MAIA cherche à la fois à organiser une réponse anticipée et adaptée aux besoins communs de la population des personnes âgées dans le champ de l'autonomie, et aussi à personnaliser la réponse aux besoins spécifiques de chaque usager faisant partie de cette population. L'intégration des services est vue comme un moyen pour le réaliser. Et cette intégration cherche à établir ou harmoniser des différents outils, procédures, et pratiques, qui renvoient aux différentes catégories des interfaces proposées par De Blok et al. (2014), et qui font parties des règles de conception visible d'un système modulaire (Baldwin et Clark, 1997). Par conséquent, le cas MAIA nous permet d'étudier l'interaction entre les trois concepts clés étudiés de cette recherche, afin d'éprouver notre proposition de recherche et répondre à notre question de recherche.

3.4.2.3 la justification du choix de la MAIA Marseille

Parmi les différents sites MAIA mis en œuvre en France, nous choisissons de nous intéresser à la MAIA Marseille dans cette recherche. Nous choisissons ce cas critique pour plusieurs raisons :

Premièrement, la MAIA Marseille fait partie de l'un des 17 sites expérimentaux implantés sur le territoire français depuis 2009. Et c'est le seul site expérimental, parmi les 15 sites existants de la région PACA. Par conséquent, le site MAIA Marseille a plus d'ancienneté et d'expérience en matière d'intégration des services de santé par rapport aux autres sites de cette région, et qui peut servir d'exemple pour les autres sites qui ont été implantés après la phase de l'expérimentation. En outre, comme ce site est implanté dès la phase de l'expérimentation, nous pourrons ainsi étudier l'évolution du déploiement de la MAIA Marseille, ainsi que l'impact de son déploiement sur la délivrance des services de santé destinée à la population des personnes âgées dans le temps.

Deuxièmement, le site MAIA Marseille est un territoire urbain relativement large, regroupant une large population de personnes âgées. Plus précisément, selon le recensement de l'Insee en 2013, Marseille est la deuxième grande ville en France en matière de la population totale. Et sur ce territoire, la population des personnes âgées atteint environ de deux cent mille habitants, soit 23,38% de la population totale de la commune de Marseille. En outre, ce site regroupe aussi une multitude de services de santé hétérogènes (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) destinée à cette population. Plus précisément, selon le rapport d'étape du déploiement de la MAIA Marseille (2015), les ressources de ce territoire sont très riches, comprenant une large gamme de l'offre de soins, de l'offre d'hébergement, des services d'information, d'orientation et d'accompagnement social, des services d'aide et de soutien des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile et des services de l'aide aux aidants.

Troisièmement, nous nous référons encore à l' « opportunisme méthodique » de Girin (1989), puisque le site de MAIA Marseille est un terrain de proximité auquel nous avons la facilité d'accès, ce qui constitue une condition indispensable pour conduire notre étude de cas. Par ailleurs, nous avons aussi la conviction de contribuer au développement de l'intégration des services de santé en France en général, et sur la région PACA en particulier.

Le déploiement de la MAIA Marseille consiste à appliquer les principes généraux du dispositif MAIA sur le territoire de Marseille, la présentation détaillée du déploiement de la MAIA Marseille se trouve en Annexe 6.

3.4.3 Le protocole de recherche

Après avoir justifié la méthode de recherche choisie et la pertinence de choix d'un cas critique à étudier : la MAIA Marseille, nous allons présenter notre protocole de recherche. A travers l'établissement de ce protocole, nous cherchons à mener les

réponses aux quatre points suivants : les types de données à collecter (sous section 3.4.3.1), les méthodes de collecte de données (sous section 3.4.3.2), le mode d'échantillonnage choisi (sous section 3.4.3.3), ainsi que la méthode d'analyse des données (sous section 3.4.3.4). Ces éléments permettent d'encadrer notre démarche, lorsque nous cherchons à confronter notre modèle de recherche aux données empiriques collectées.

3.4.3.1 Les types de données à collecter

Il existe principalement deux types de données à collecter : les données primaires et les données secondaires. Les données primaires sont les données collectées par le chercheur lui-même en interagissant directement ou indirectement avec son terrain d'étude. Les données secondaires sont les données de seconde main qui existent indépendamment de la présence du chercheur sur son terrain d'étude.

- **Les données primaires**

Dans la recherche qualitative, l'entretien individuel ou de groupe, l'observation participante et non participante sont les principaux modes de collecte des données primaires (Thiétart et al., 2014, p.274). Dans cette recherche, nous mobilisons l'entretien individuel et l'observation pour collecter les données primaires. En fait, Thiétart et al. (2014, p.277) indiquent que « *l'observation constitue un mode de recueil alternatif de l'entretien* », puisque selon ces même auteurs, l'avantage de combinaison de ces deux modes de collecte, c'est que « *les données verbales dont l'inférence factuelle est sujette à caution* » collectées via l'entretien individuel peut être triangulés avec « *les données factuelles dont les occurrences sont certaines* » collectées via l'observation. Plus spécifiquement, à travers l'entretien individuel, nous cherchons à collecter les informations en en face à face avec le sujet sur son expérience vécue dans la prise en charge d'usagers et les conséquences de la démarche MAIA Marseille sur son travail au quotidien. Les données primaires à collecter en l'occurrence sont les récits de pratiques professionnelles des sujets ou interviewés (Rouleau, 2003). A travers

l'observation des instances de concertation, des réunions et des ateliers de travails collectifs organisés dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille, nous cherchons à collecter les informations sur le contexte et l'état d'avancement du déploiement de la démarche MAIA, ainsi que les services du territoire qui sont impliqués dans cette démarche.

- **Les données secondaires**

Les données secondaires sont à la fois internes (uniquement MAIA Marseille) et externes (le dispositif MAIA en général). Dans cette recherche, les données secondaires externes sont par exemple les documents institutionnels et professionnels concernant le dispositif MAIA en général ; les données secondaires internes sont les documents spécifiques concernant le déploiement de la MAIA Marseille en particulier : les comptes-rendus de réunions, les rapports d'étapes, les procédures formalisées, la base de données Gestion de cas, etc. L'objectif principal de collecte et d'analyse des données secondaires consiste à compléter et trianguler les données primaires collectés par les entretiens et l'observation pour améliorer la validité interne des données collectés, et à améliorer notre compréhension générale sur le dispositif MAIA en général et le fonctionnement de la MAIA Marseille en particulier.

3.4.3.2 Les méthodes de collecte de données

Dans cette recherche, nous mobilisons principalement trois méthodes de collectes de données complémentaires suivantes : l'entretien semi-directif, l'analyse des documents internes et externes et l'observation. L'objectif consiste à trianguler les méthodes de collecte de données pour renforcer la validité interne de cette recherche (Yin, 2003). Nous présentons ainsi chacune de ces méthodes mobilisées en dessous.

3.4.3.2.1 L'observation

L'observation est « *un mode de collecte des données par lequel le chercheur observe*

de lui-même, de visu, des processus ou des comportements se déroulant dans une organisation, pendant une période de temps donnée » (Thiétart et al., 2014, p.277). Il existe deux formes générales d'observation : l'observation participante (le chercheur adopte un point de vue interne, l'observation est dissimulée » et non participante (le chercheur garde un point de vue externe, sa participation à la vie de l'organisation est marginale) (Jorgensen, 1989). Et entre ces deux formes d'observation, Junker (1960) indique qu'il peut exister deux formes intermédiaires d'observation : le participant-observateur, l'observateur-participant. La posture « *participant-observateur* » adoptée du chercheur permet à ce dernier d'avoir une plus grande liberté pour mener ses investigations par rapport à l'observation participante complète, mais il est souvent mandaté par l'organisation étudiée et il n'est donc pas dans une position neutre par rapport aux sujets étudiés. En revanche, la participation du chercheur, adoptant la posture « *observateur-participant* », à la vie de l'organisation étudiée est marginale, ce qui lui permet de maintenir une neutralité dans son regard vis-à-vis des sujets étudiés. Il dispose ainsi d'« *une plus grande latitude pour compléter l'observation par des entretiens et pour maîtriser l'échantillonnage de ses sources de données* » (Thiétart et al., 2014, p.279).

Dans cette recherche, nous adoptons une posture « *observateur-participant* ». Comme nous adoptons un raisonnement déductif, ainsi, nous souhaitons être le moins subjectif possible quand nous menons l'observation au terrain. Et un minimum de participation à la vie quotidienne des acteurs du terrain nous permet de se familiariser plus rapidement avec le contexte de notre terrain d'étude. Ainsi, l'observation que nous avons effectuée n'est pas systématique et standardisé ou elle peut être caractérisée comme « flottante » (Evrard et al., 2009). Cette observation constitue en effet une étape élémentaire de l'investigation sur la MAIA Marseille visant à y collecter des données préliminaires. Au cours de notre observation sur le terrain, en l'occurrence, sur le déroulement des ateliers thématiques, nous avons aidé l'une des pilotes MAIA à formaliser les référentiels des missions thématiques à l'issue de ces ateliers, mais cette participation reste encore marginale.

L'objectif de cette observation est double : premièrement, nous cherchons à nous familiarisons avec le contexte du déploiement de la MAIA Marseille et les acteurs impliqués dans cette démarche. Deuxièmement, nous cherchons à collecter les données primaires concernant le déploiement de la MAIA Marseille pour étudier les initiatives d'intégration menées par cette démarche, via l'observation du déroulement des instances de concertation stratégiques et tactiques, des ateliers thématiques, des réunions d'équipe de gestion de cas ainsi que d'autres réunions organisées dans le cadre du déploiement de la MAIA. A chaque fois, nous prenons systématiquement des notes lors de notre observation sur le terrain. La prise de note comporte des éléments suivants : les sources de données, les données brutes à collecter, les façons dont les données brutes sont collectées, notre interprétation personnelle et le lien avec la littérature et le cadre théorique mobilisé. Le tableau 13 en dessous présente le format de notre prise de note. Un extrait de cette prise de note est présenté dans l'annexe 7.

Tableau 13 : le format de la prise de note

Sources de données	**Les données brutes**	**Les façons de collecte données**	**Mon interprétation/ma compréhension**	**Ce que dit la théorie/littérature**
la date, le lieu et l'objet de l'observation	la description objective de ce qui a été observé ou a été dit (verbatim[19])	l'observation indépendante, la discussion ouverte avec les professionnels		

Source : élaboration personnelle

3.4.3.2.2 L'analyse des données secondaires

[19] Nous n'avons pas retranscrit la totalité de ce qu'a été dit pendant une réunion ou lors d'une discussion ouverte avec un professionnel, mais nous cherchons à noter les mots/phrases clés qui nous semblent utile pour notre analyse.

Les données secondaires ont une valeur historique et sont utiles pour établir des comparaisons et évaluer des données primaires (Thiétart et al., 2014, p.291). Comme nous avons mentionné ci-dessus dans la partie « le type de données à collecter », l'objectif d'analyse des documents internes et externes de MAIA consiste à, d'un côté nous familiariser avec notre terrain d'étude, et de l'autre côté à comprendre le contexte du déploiement du dispositif MAIA en général, et celui du MAIA Marseille en particulier. Le détail des documents internes à la MAIA Marseille et des documents externes au dispositif MAIA en général analysés est présenté dans l'annexe 5.

3.4.3.2.3 Les entretiens semi-directifs

Il existe traditionnellement deux types d'entretien (Thiétart et al., 2014, P274) : l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Dans l'entretien non directif, l'investigateur défini un thème général sans intervenir sur l'orientation du propos du sujet. Tandis que dans l'entretien semi-directif, l'investigateur utilise un guide structuré pour aborder une série de thèmes préalablement définis. Ce guide composé des « *questions guides* » peut être complété par les « *questions d'investigation* » et les « *questions d'implication* » (Rubin et Rubin, 2005) en cours d'entretien.

Thiétart et al. (2014, P275) distinguent deux approches pour mener les entretiens. La première approche consiste à utiliser de manière rigoureuse un même guide pour l'ensemble des entretiens qui seront semi-directifs. La deuxième approche cherche d'abord à mener les entretiens peu structurés afin de remettre en question de manière permanente les questions de recherche et laisser ces dernières à s'évoluer au cours du temps. Ensuite, le chercheur mène des entretiens semi-directifs sur les thèmes plus précis.

Nous adaptons l'entretien semi-directif, puisque notre raisonnement est déductif qui consiste à confronter notre modèle d'analyse au terrain dans son contexte spécifique avec l'utilisation toujours le même guide pour interviewer les différents interviewés.

Par ailleurs, comme nous nous intéressons au récit des pratiques de l'interviewé, autrement dit, à « *une partie du vécu d'un certain nombre de personnes correspondant à une pratique sociale* » (Rouleau, 2003), la conduite des entretiens semi-structurés permet ainsi de laisser l'interviewé à s'exprimer de manière relativement libre et instaurer une conversation active avec le chercheur.

- **La structure du guide d'entretien**

La structure de notre guide d'entretien (présenté dans Annexe 8) s'organise principalement autour de trois thèmes généraux qui se déclinent en cinq questions générales. Le premier thème (première question du guide) cherche à comprendre le cadre de travail de l'interviewé. Le deuxième thème (question 2 du guide) cherche à collecter les informations sur la prise en charge pluridisciplinaire d'un cas en particulier. Et le troisième thème (questions 3, 4, 5 du guide) cherche à collecter les informations sur les efforts collectifs faits par les différents services présents sur le territoire de MAIA Marseille, dans l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées résidant sur ce territoire.

Comme les trois concepts clés étudiés dans cette recherche sont des concepts étranges et non familiers pour les interviewés, par conséquent, nous n'allons pas poser des questions contenant des termes comme « SCI », « modularité », et « CPM », ni des questions investigant directement les liens entre les différents concepts figurés dans notre modèle de recherche. Dans ce guide d'entretien, nous cherchons à poser les questions générales qui incitent le répondant à parler de son travail au quotidien. Et nous allons interpréter le récit du répondant en fonction de notre grille d'analyse théorique (les dimensions, composantes et indicateurs des trois concepts clés, CF le tableau 8 du deuxième chapitre). C'est à nous de chercher les preuves dans le discours de l'interviewé retranscrit pour éprouver les propositions de recherche initialement formulées. Autrement dit, c'est à nous de chercher les liens entre les indicateurs, les composantes et les dimensions associés à chaque concept clé, à travers le codage et

l'analyse des données empiriques collectées.

Le détail de ces trois thèmes est présenté en dessous. Dans chaque thème, nous présentons :

- La ou les question(s) à poser (les questions de relance incluses),
- Les indicateurs, composantes et dimensions des concepts clés derrières ces questions,
- Les liens entre les concepts figurés dans notre modèle à investiguer.

Le premier thème a pour objectif d'introduire l'entretien, voici la question à poser dans ce thème :

Compréhension du cadre de travail de l'interviewé *:*

1) *Pouvez-vous rapidement vous présenter ? Quel est votre rôle en général dans la prise en charge des personnes ? Vous occupez vous fréquemment de personnes âgées ?*

A travers cette question, nous cherchons à comprendre les missions de l'interviewé, les types d'usagers ciblés par l'interviewé ou par son établissement d'appartenance. Comme le premier thème est introductif, nous ne cherchons pas spécifiquement à confronter le discours retranscrit de l'interviewé avec notre grille d'analyse théorique.

Dans le **deuxième thème**, nous posons une question générale suivante avec les questions de relance (lorsque l'interviewé n'a pas évoqué la réponse à l'une de ces questions de relance dans la réponse aux questions générales) :

Récit d'un cas de prise en charge *:*

2) *Est-ce que vous pouvez me raconter un cas de prise en charge pour lequel vous aviez identifié plusieurs problématiques auxquelles vous n'avez pas répondu seul ?*

- *comment les problèmes ont été identifiés ? Comment les autres intervenants concernés ont été identifiés ?*
- *Comment ils s'interagissent dans la prise en charge ? Ces interventions ont été mises en lien ? Par qui et comment ?*
- *Si les problèmes de la personne évoluent, comment cette évolution est détectée ? Comment les intervenants concernés y font face ?*
- *Les difficultés rencontrées ? Les points de repères ?*

Derrière cette question générale et les questions de relances, nous attendons les mots, les phrases et les paragraphes du discours de l'interviewé qui peuvent correspondre éventuellement et respectivement aux indicateurs, composantes et dimensions des trois concepts clés de cette recherche. Nous allons présenter en détail cette correspondance attendue dans le tableau 14 en dessous. Et nous attendons aussi les liens entre les dimensions, composantes, indicateurs de ces trois concepts.

Plus spécifiquement, à travers cette question générale, nous cherchons d'abord à savoir si la prise en charge autour de l'usager en question est modulaire ou non (l'existence des interfaces, l'architecture décomposable, l'existence des processus de spécification des packages de services). Si la prise en charge est modulaire, ca permet de mettre en évidence les catégories d'interfaces utilisés pour assembler les différents modules en un package de service ; l'adaptation du package en fonction de l'évolution des besoins d'usagers en question ainsi que les méthodes d'assemblage utilisées.

Ensuite, nous cherchons aussi à identifier des pratiques associées à l'intégration opérationnelle dans la prise en charge d'un usager en particulier, et ainsi de voir s'il existe un lien entre l'intégration opérationnelle et la prestation modulaire des services de santé. En outre, s'il existe des difficultés de prise en charge, est-ce qu'elles sont liées aux problèmes de l'intégration, ou à l'inverse, si les difficultés de prise en charge ont été résolues, grâce au déploiement de l'intégration. Ceci renvoie à la relation à éprouver entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé (flèche 3 du modèle).

Enfin, à travers cette question générale, nous cherchons aussi à comprendre comment certaines capacités de PM de services de santé sont développés au niveau opérationnel de la prise en charge des personnes âgées. Par conséquent, à travers cette question, nous pouvons aussi éprouver les influences éventuelles (respectives et conjointes) de la réalisation de la SCI de services de santé, et de la prestation modulaire de services de santé sur le développement de la CPM en santé (flèche 1, 2, 4 du modèle).

Tableau 14 : les concepts/dimensions/indicateurs associés au deuxième thème du guide

Le concept clé concerné	**La question générale et les sous questions / questions de relance**	**Les indicateurs, composantes et dimensions associés à ce concept clé**
La modularité de prestation de services	*Pouvez-vous me raconter un cas concret de prise en charge d'une personne âgée qui vous a amené à travailler avec d'autres intervenants ou/et services de Marseille (APA, réseau…) ?*	L'architecture décomposable ainsi que les indicateurs associés Les interfaces ainsi que les indicateurs associés Le processus de spécification du package de services ainsi que les indicateurs associés
	Comment les problèmes de la personne ont été identifiés au début de la prise en charge? Comment les autres intervenants concernés par la prise en charge ont-ils été identifiés ?	la décomposabilité de l'architecture de l'offre de service (les interventions identifiées correspondent à des différents modules de l'offre de services qui se déclinent en différents sous-modules et composants) la présence des interfaces ou non pour assembler les différents modules de service la présence des processus de spécification du package de services ou non
	Comment ils s'interagissent dans la prise en charge ? Ces interventions ont été mises en lien ? Par qui et comment ?	
	Si les problèmes de la personne évoluent, comment cette évolution est détectée ? Comment les intervenants concernés y font face ?	
La CPM de services	*Les problèmes identifiés ? comment les problèmes ont été identifiés ? Comment les autres intervenants concernés par la prise en charge ont-ils été identifiés ?*	les modes d'identification des bons services répondant aux besoins identifiés

	Ces interventions ont été mises en lien ? Par qui et comment ?	Gestion de la continuité de délivrance de services de santé Les modes de détection de l'évolution des besoins de chaque usager
	Si les problèmes de la personne évoluent……Comment les intervenants concernés y font face ?	
La SCI de services de santé	*Comment ils s'interagissent dans la prise en charge ?* *Ces interventions ont été mises en lien ? Par qui et comment ?*	Les indicateurs associés à l'intégration opérationnelle
	Les difficultés rencontrées ? Les points de repères ?	l'intégration organisationnelle, l'intégration des TIC et l'intégration opérationnelle (les initiatives mise en place ou envisagées)

Source : élaboration personnelle

Le **troisième thème** contient la troisième, quatrième et cinquième question du guide, qui sont présentées en dessous avec les questions de relance :

Travail collectif pour améliorer la prise en charge des usagers ciblés en commun :

3) *En général, vous sentez vous isolé dans la prise en charge des personnes ou travaillez-vous le plus souvent avec les autres intervenants et/ou services ?*

- *Si vous sentez vous isolé, aimeriez vous travailler plus en lien avec d'autres intervenants/services ?*
- *Si vous travaillez souvent avec d'autres intervenants et /ou services, quels sont les moyens développés ensemble pour améliorer la prise en charge de la personne ? Quels sont les difficultés rencontrées dans ce travail collectif ? comment pourriez-vous l'améliorer ?*
- *Comment faites-vous, si vous identifiez certains problèmes auxquels vous ne pouvez pas répondre a-priori ?*
- *Face aux événements imprévus, cela vous est-il déjà arrivé de réagir ensemble avec les autres intervenants et/ou services concernés dans la prise en charge de même personne ? Pouvez-vous donner d'un exemple ?*

4) *Quelles sont les activités organisées par la MAIA auxquelles vous et/ou votre service avez déjà participé ? Quelles sont vos motivations pour participer à ces activités? Quels ont été les impacts positifs/négatifs de ces activités sur votre travail au quotidien ? La démarche MAIA répond-elle à vos attentes ?*

- *Apport des ateliers thématiques : formaliser le langage commun et « qui fait quoi »*
- *Outils en commun développés (guide évaluation-orientation, DCAS) et les formations dédiées*

- *SI partageables interconnectés avec le logiciel métier, le guide de partage d'information*
- *Procédures d'interaction établies avec l'équipe de gestion de cas*

5) *En dehors de la MAIA, votre établissement a établi des liens formels et informels avec vos partenaires du territoire ? Pourquoi ? Les conséquences de ces liens établis ?*

A travers ces trois questions restantes du guide, nous cherchons à savoir s'il existe des initiatives mise en place en matière de l'intégration organisationnelle, l'intégration des TIC et l'intégration opérationnelle, et pourquoi. Ainsi, ces questions renvoient aux différentes dimentions de la SCI de services de santé. Ceci peut révéler aussi l'opinion des professionnels vis-à-vis du déploiement de la SCI de services de santé. Et les réponses des interviewés à ces questions nous aideront aussi à comprendre comment ces différentes initiatives mises en place (si existe) contribuent à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire de la MAIA Marseille. Autrement dit, les influences du déploiement de la SCI en santé vis-à-vis de la prestation modulaire des services de santé, et du développement de la CPM en santé (flèche 1 et 3 du modèle).

Par ailleurs, nous poserons la quatrième et la cinquième question aux interviewés, uniquement si l'interviewé n'a pas explicitement évoqué, dans la troisème question, les conséquences de l'intégration menée par la démarche MAIA Marseille. Si l'interviewé l'a déjà évoqué, nous allons vérifier s'il y a des questions de relance associées à la quatrième question qui n'ont pas été abordées par les interviewés. Et la cinquième question du guide est en effet une question de contrôle au cas où il existe des initiatives de l'intégration menés en dehors de la MAIA Marseille, et l'interviewé ne l'a pas évoqué dans sa réponse aux questions précédentes du guide.

Comme la deuxième question du guide, derrière ces trois questions, nous attendons les mots, les phrases et les paragraphes du discours de l'interviewé qui peuvent correspondre éventuellement et respectivement aux indicateurs, composantes et dimensions des trois concepts clés de cette recherche, ainsi que leurs liens.

3.4.3.2.4 le questionnaire descriptif complémentaire du guide d'entretien

En complément de la conduite de l'entretien semi-directif, nous avons construit un questionnaire descriptif (présenté dans l'annexe 9) à faire remplir auprès des interviewés à la fin de chaque entretien réalisé. L'objectif de ce questionnaire consiste à comprendre la perception des répondants sur les différents initiatives mise en œuvre dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille. Ainsi chaque question (ou plusieurs questions) correspond à l'une des initiatives intégratives que la MAIA Marseille cherche à mettre en œuvre. Ces initiatives peuvent renvoyer en effet aux différents indicateurs, composantes, et dimensions de la SCI de services de santé. La SCI de services de santé est mise en avant, car selon la sous section 3.4.2.2, le dispositif MAIA cherche à développer la CPM via l'intégration sur le terrain. En outre, certains standards/outils que ce dispositif cherche à mettre en place renvoient aussi de manière sous jacent aux différents types d'interfaces que nous avons évoqué dans la partie revue de littérature. Et ces dernières sont des pré-requis pour une prise en charge modulaire. Par conséquent, à travers ce questionnaire descriptif, nous cherchons aussi à saisir de manière implicite les conséquences de ces initiatives d'intégration sur la mise en place de la modularité de l'offre de services et de la CPM de service.

Par ailleurs, comme la phase de la généralisation de la MAIA Marseille sur toute la commune de Marseille est initiée seulement depuis l'année 2015 (CF annexe 6 – présentation de la MAIA Marseille), le déploiement des initiatives de l'intégration des services se trouvent encore dans une phase de démarrage sur tout le territoire de MAIA Marseille. A titre d'exemple, la co-construction du guichet intégré et la mise en place des systèmes d'informations partageables du guichet intégré. Comme beaucoup de ces initiatives de l'intégration sont en cours de construction et qui ne sont pas encore mises en place, il nous semble ainsi important de comprendre si ces initiatives que la MAIA Marseille cherche à mettre en place répondent bien aux attentes des différents acteurs concernés par la MAIA Marseille.

Ainsi, ce questionnaire permet de compléter les données collectées via les entretiens semi-directifs, au cas où les éléments figurant dans ce questionnaire n'ont pas été clairement abordés par le répondant lors de l'entretien. Par ailleurs, les données collectées par ce questionnaire permettent aussi de trianguler des données collectées via des entretiens semi-directifs et des données secondaires analysées.

Ce questionnaire descriptif est construit à l'aide d'une échelle de likert en 4 points. Parce qu'il nous semble qu'en dessous de 4 points, les choix laissés aux répondants sont limités et au dessus de 5 points, les répondants auront du mal à se positionner. Nous choisissons volontairement de ne pas laisser un point médian (i.e. 4 points au lieu de 5 points), puisque nous envisageons à éliminer les réponses qui sont neutres dans la mesure du possible.

Nous rappelons que les questions du questionnaire descriptif ne recouvrent pas la totalité des initiatives possibles que la MAIA cherche à mettre en place. Nous essayons d'identifier quelques initiatives clés parmi d'autres, et de voir si ces initiatives correspondent bien à celles attendues ou envisagées par les différents intervenants et /ou services concernés sur le territoire de la MAIA Marseille. En outre, pour chaque question, nous demandons aux répondants de préciser en quelques mots les raisons de leur choix, s'ils estiment que telle ou telle autre initiative que la MAIA cherche à mettre en place n'est pas importante. Parce que nous connaissons déjà ce que la MAIA cherche à faire, ainsi, tous les avis qui sont à l'encontre de ce que la MAIA cherche à mettre en place sont intéressants pour notre recherche.

Ce questionnaire descriptif est aussi soumis aux pilotes de MAIA Marseille avant sa diffusion pour vérifier que l'ensemble des questions posées correspondent bien aux initiatives clés de l'intégration que la MAIA Marseille cherche à mettre en place.

3.4.3.3 L'échantillonnage

Comme nous adoptons la méthode de l'étude de cas unique pour répondre à nos

questions de recherche, nous choisissons ainsi le mode de l'échantillonnage qualitatif ou théorique (Glaser et Strauss, 1967, p.45 ; Miles et Huberman, 2003). Dans cette approche, nous ne cherchons pas à assurer une représentativité statistique de la population mère, mais une représentativité théorique. La représentativité théorique signifie que la sélection de l'échantillon se réalise en fonction des questions de recherche posées et de l'accessibilité des données à collecter.

Nous avons déjà justifié la pertinence de choix du dispositif MAIA Marseille, en tant qu'un cas critique à étudier, ainsi, la question de l'échantillonage se pose lorsque nous allons mener des entretiens semi-directifs auprès des acteurs qui sont concernés par le déploiement de ce dispositif. Pour identifier des acteurs incontournables dans le déploiement de ce dispositif à interviewer, nous avons effectué un entretien expert auprès de deux pilotes de la MAIA Marseille : la pilote de l'intégration des services et la pilote de la gestion de cas. Les avis de ces experts présentés en dessous nous donnent une idée sur la nature et le périmètre des acteurs à interviewer.

Des professionnels de santé (sanitaire)*, des professionnels du social, et des professionnels du médico-social, absolument les trois catégories qui sont représentées. Alors, si on prend ces trois catégories, les professionnels de santé, des libéraux et des institutionnels. Donc, dans les libéraux, médecins, IDE au minimum ; dans les institutionnels, médecins hospitaliers nécessaires ; cadre de santé ou travailleur social dans un établissement sanitaire pour la préparation des sorties, etc. Maintenant, si on prend le volet médico-social et social, volet personne âgée, ca veut dire les pôles info sénior, au moins la coordinatrice, les travailleurs sociaux APA, la prise en charge type SSIAD, après je pense que c'est intéressant d'avoir le regard des gestionnaires de cas.* (Pilote de l'intégration des services)

Les équipe spécialisé Alzheimer ont un rôle intéressant dans le relai, et qu'ils sont nés en même temps que les MAIA. Et je pense que c'est intéressant aussi de voir les directeurs dans les réseaux de santé, parce qu'eux, ils sont fournisseurs de listing des

professionnels (Pilote de la gestion de cas)

Après c'est intéressant d'avoir peut-être le regard des organisations qui sont à la frontière, je pense au réseau santé mental et logement, par exemple, équipe de santé communautaire... qui sont pas fait pour prendre en charge des personnes âgées, mais qui ont un travail au travers duquel ils sont amenés à accompagner des personnes âgées. (Pilote de l'intégration des services)

Selon les avis d'expert présentés ci-dessus, nous visons à interviewer des acteurs provenant des trois grands secteurs du système de santé suivants : sanitaire, médico-social, et social, et qui sont incontournables dans le déploiement du dispositif MAIA sur le territoire de la MAIA Marseille. Dans ce périmètre de l'échantillonage prédéfini, nous cherchons à interviewer à la fois des acteurs opérationnels, qui sont directement impliqués dans la prise en charge des personnes âgées, et aussi des acteurs occupant d'un poste managérial. Il s'agit de la triangulation des profils de répondant (Rubin et Rubin, 2005). L'objectif consiste à trianguler les sources de données collectées pour être le moins subjectif possible sur la situation de gestion étudiée et de renforcer la validité interne et externe de notre recherche (Yin, 2003).

Par ailleurs, chaque thème du guide d'entretien s'adresse à des répondants ciblés (Nous utilisons le même guide pour chaque interviewé, mais les questions du guide sont posées en fonction du profil de l'interviewé : opérationnel ou managérial). L'idée est de recueillir les données fiables et pertinentes auprès des acteurs qui sont les plus légitimes à répondre aux questions du guide d'entretien. Le tableau 15 présenté en dessous résume les acteurs visés par chaque thème du guide.

Tableau 15 : les répondants visés en fonction des thèmes du guide d'entretien

Les thèmes	Les répondants
Le thème 1 : la compréhension du contexte –	Toutes les cibles incluses en-dessous.

première question du guide		
Le thème 2 : la prestation des services de santé autour d'un cas - deuxième question du guide		Les acteurs opérationnels (sanitaire, médico-social, social).
Le thème 3 : l'effort collectif dans l'amélioration de la prise en charge des usagers faisant partie de la population cible MAIA Marseille	Troisième et cinquième question du guide	Les acteurs opérationnels et les acteurs occupant d'un rôle managérial (sanitaire, médico-social, social)
	Quatrième question du guide (les conséquences du déploiement de la MAIA Marseille)	Essentiellement les acteurs opérationnels et managériaux (sanitaire, médico-social, social) qui ont été déjà sensibilisés par la démarche MAIA, et qui sont activement impliqués dans cette démarche.

Source : élaboration personnelle

Le premier thème du guide d'entretien s'adresse à tous les répondants inclus dans les trois autres thèmes. Nous allons ainsi justifier le choix des répondants des trois autres thèmes.

Dans le deuxième thème, nous nous intéressons uniquement sur le côté opérationnel de la prestation des services de santé, par conséquent, nous cherchons uniquement à interviewer les acteurs opérationnels des services du territoire MAIA (concerné par la démarche MAIA). Même si les acteurs occupant d'un rôle managérial peuvent certainement avoir une idée sur le côté opérationnel de la prise en charge des usagers, mais comme ils sont plus ou moins éloignés du terrain, ainsi, ils n'auront pas forcément un cas concret de prise en charge à nous raconter de manière spontanée lors de l'entretien.

Dans le troisième thème, pour la troisième question du guide d'entretien, nous cherchons à comprendre comment les différents services concernés s'articulent entre eux dans la prise en charge des usagers sur le territoire MAIA Marseille. Il s'agit ainsi d'étudier les côtés opérationnels et organisationnels de la prestation de services de santé. Par conséquent, nous nous intéressons à la fois aux acteurs opérationnels et aussi aux acteurs occupant d'un rôle managérial dans les services du territoire MAIA.

Dans ce même thème, pour la quatrième question du guide d'entretien, nous cherchons à comprendre les conséquences de l'intégration de services de santé menées dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille. Nous nous intéressons ainsi essentiellement aux acteurs qui sont impliqués activement dans la démarche MAIA, et qui sont conscients de cette démarche ainsi que ses jargons spécifiques.

Et pour la cinquième question du guide d'entretien dans ce même thème, comme il peut également avoir les initiatives de l'intégration des services menées en dehors de la MAIA Marseille, ainsi, nous nous intéressons à la fois aux avis des professionnels opérationnels et aussi des professionnels occupant d'un rôle managérial. Ainsi, ca comprend à la fois des acteurs qui ont été déjà sensibilisés par la démarche MAIA, et aussi des acteurs qui n'ont pas été encore sensibilisés par cette démarche.

Le tableau 15 présenté ci-dessus permet de donner une vision générale sur le périmètre de l'échantillonage, et d'encadrer nos démarches de sélection de l'échantillon. Ensuite, pour réaliser concretement cet échantillonage, nous nous recourons à deux approches complémentaires de l'échantillonnage théorique destinant à identifier l'identité des acteurs concernés par la prise en charge des cas « non complexes » et « complexes inclus en gestion de cas ». Ceci renvoie en effet à la catégorisation générale que la démarche MAIA faite sur des usagers faisant partie de la population cible MAIA (Cahier pédagogique MAIA, 2014, p.12). Nous choisissons de nous baser sur cette catégorisation pour identifier les acteurs à interviewer, car nous cherchons à étudier les différentes situations de prise en charge des usagers ainsi que les conséquences de l'intégration sur ces situations de prise en charge, qui correspondent aux différents thèmes du guide d'entretien. Et comme la situation de prise en charge des cas « non complexes » se diffère généralement de celle des cas « complexes », il nous semble ainsi important d'interroger les acteurs qui ont été concernés par la prise en charge de ces deux types de cas.

Dans le reste de cette sous section, nous présentons d'abord l'approche de sélection de l'échantillon via la base de données de gestion de cas pour identifier les acteurs à interviewer qui ont été concernés par la prise en charge des cas complexes. Ensuite, nous abordons la deuxième approche qui vise à identifier les acteurs à interviewer qui ont été concernés par la prise en charge des cas non orientés à la gestion de cas, pour compléter cette première approche.

- **l'échantillonnage théorique pour identifier les acteurs concernés par la prise en charge des cas complexes**

Pour identifier spécifiquement chaque acteur à interviewer, qui ont été concernés par la prise en charge des cas complexes, en fonction des répondants visés par les différents thèmes du guide d'entretien, nous avons identifié une base de données de gestion de cas renseignée et mise à jour par l'une des pilotes de MAIA Marseille. Sur cette base de données, nous y retrouvons en effet l'historique de tous les cas qui ont été inclus dans la file active de l'équipe de gestion de cas, ainsi que tous les prestataires de services concernés par la prise en charge de chaque cas inclus, depuis la phase de l'expérimentation (débuté en 2009) jusqu'à la phase présente du déploiement de MAIA Marseille. Dans la suite de cette partie, nous explicitons d'abord pourquoi nous choisissons de nous baser sur cette base de données pour effectuer notre échantillonnage théorique, et nous explicitons ensuite comment nous allons concrètement choisir l'échantillon pour notre étude.

Nous trouvons qu'il est pertinent de se baser sur cette base de données pour réaliser notre échantillonnage théorique, parce que :
Premièrement, les cas qui ont été inclus dans la file active de gestion de cas sont qualifiés comme les cas « complexes » qui nécessitent forcément d'une prise en charge pluridisciplinaire et intersectorielle. Par conséquent, cette base de données peut nous aider à identifier un ensemble de prestations de services réalisées par les différents acteurs concernés dans la prise en charge d'un cas donné. En outre, ces acteurs identifiés

ont déjà eu l'expérience d'interagir avec les autres acteurs du territoire dans la prise en charge d'un même usager. Nous pouvons ainsi étudier, selon la perspective de prestataires de service, si la prise en charge du cas concerné est modulaire ou non ? La personnalisation de délivrance de services a eu vraiment lieu ou non ? Les services fournis répondent ou pas aux attentes du cas en question ?

Deuxièmement, dans cette base de données, nous pouvons identifier les cas qui ont été inclus en gestion de cas à différentes périodes du déploiement de la MAIA Marseille. Il nous permet ainsi d'étudier l'impact de l'intégration menée dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille sur la prise en charge des cas complexes à temporalité différente. Nous pouvons ainsi étudier de manière générale si cette prise en charge des cas complexes évolue ou non tout le long du processus de l'intégration.

Troisièmement, nous pouvons également identifier les acteurs qui sont conscients de la démarche MAIA dans cette base de données, comme nous avons besoin d'étudier les conséquences de l'intégration menées par la démarche MAIA sur la prise en charge des cas. Parce que la gestion de cas fait partie des trois mécanismes de la mise en place de MAIA. Les services du territoire de MAIA Marseille doivent connaître les critères d'inclusion en gestion de cas et le processus d'orientation pour pouvoir orienter un cas jugé complexe à l'équipe de gestion de cas. Nous pouvons ainsi déduire que les services qui ont orientés les cas en gestion de cas disposent au moins d'un minimum de connaissances sur la démarche MAIA.

Concrètement, nous choisissons de sélectionner de manière aléatoire des cas issus de la base de données de gestion de cas pour être le moins subjectif possible dans la sélection de l'échantillon pour notre étude. Parmi les cas sélectionnés de manière aléatoire, théoriquement, nous pouvons les diviser en trois catégories en fonction de différentes périodes du déploiement de la MAIA Marseille. Le détail des différentes catégories des cas sera présenté dans le tableau 16 en dessous.

Tableau 16 : la classification des cas à sélectionner en fonction de différentes périodes de déploiement de la MAIA Marseille

Les périodes	Les catégories de cas
2009-2014 (la phase de l'expérimentation)	les « cas passés » qui sont déjà sorties de la file active de la gestion de cas.
2015-présent (la phase de la généralisation)	les « cas récents » qui sont actuellement inclus dans la file active de la gestion de cas.
2009-présent (les deux phases)	les « cas anciens mais toujours actifs » sont ceux qui ont étés inclus dans la file active de gestion de cas depuis la phase de l'expérimentation et qui y sont toujours.

Source : élaboration personnelle

Nous choisissons de catégoriser les cas de cette manière là, car le contexte de la prise en charge de cas complexes est différent en fonction des périodes du déploiement de la MAIA Marseille et il est important de le tenir en compte. Plus spécifiquement, la phase de l'expérimentation de la MAIA Marseille ne concerne que six services se situant sur seulement quatre arrondissements du territoire de Marseille, tandis que la phase de la généralisation de la MAIA Marseille couvre tous les services concernés par la prise en charge de la population cible de MAIA sur la totalité du territoire de Marseille. Ainsi, le nombre d'acteurs impliqués dans la phase de l'expérimentation de la MAIA Marseille est largement inférieur que la phase de la généralisation. La durée de ces deux phases se différencie aussi. En outre, la phase de l'expérimentation se limite dans un territoire restreint et spécifique (4 arrondissements de Marseille) qui peut posséder des ressources spécifiques par rapport aux autres arrondissements de Marseille. La population cible résidant dans ce territoire peut avoir des spécificités que la population cible résidant dans les autres arrondissements du territoire de Marseille ne l'ont pas. Par conséquent, les efforts d'intégration à mener ainsi que l'impact de cette intégration sur la prise en charge des cas complexes peut se différencier d'une phase du déploiement à l'autre. C'est la raison pour laquelle que nous divisons les cas à sélectionner en trois catégories afin de comparer leur prise en charge à différentes phases du déploiement de la MAIA

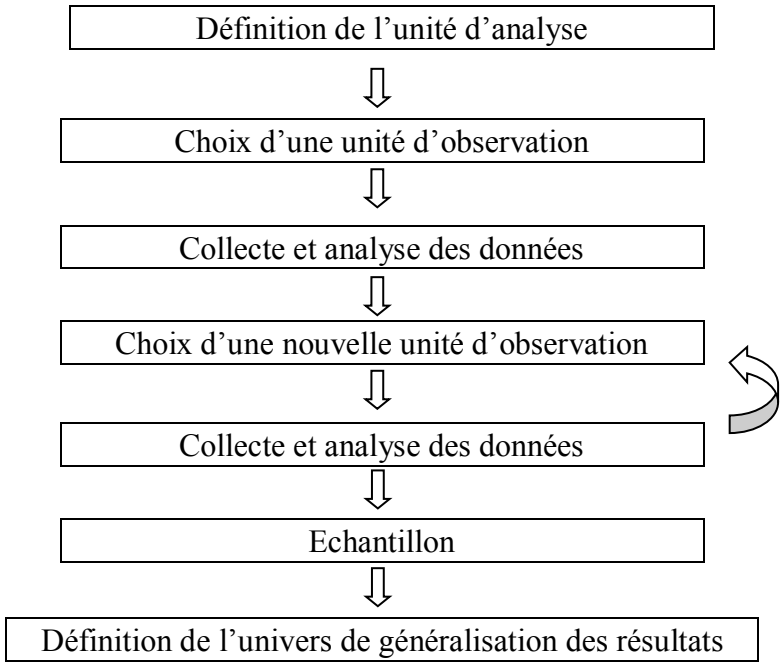
Marseille et de comprendre leurs différences, si elles existent. A titre d'exemple, la prise en charge des « cas anciens mais toujours actifs » peut nous indiquer s'il existe une évolution de cette prise en charge entre les deux phases du déploiement de MAIA Marseille, et le lien entre cette évolution éventuelle et les initiatives d'intégration menées dans ces deux différentes phases.

Après avoir divisé les cas inclus dans la base de données de MAIA Marseille en trois différentes catégories, nous allons par la suite sélectionner les cas de manière aléatoire dans chacune de ces catégories et de repérer les acteurs qui ont été concernés par la prise en charge des cas dans la catégorie correspondante. Le processus de sélection aléatoire des cas correspond en quelque sorte à un processus de « tirage au sort ». Ce tirage au sort peut être réalisé à l'aide de la fonction génératrice de nombre aléatoire sous EXCEL.

En revanche, nous ne pouvons pas définir un nombre précis et définitif des cas retenus à priori à l'issu de ce processus de « tirage au sort », car la taille de l'échantillon définitive dépend du nombre d'acteurs qui acceptent à participer notre entretien. Et comme nous avons mentionné précédemment, nous ne cherchons pas une représentativité statistique de l'échantillon par rapport à la population mère, mais une représentativité théorique (Glaser et Strauss, 1967, p.45 ; Miles et Huberman, 2003). Thiétart et al. (2014, p.253) indiquent que la démarche de constitution d'un échantillon dans une recherche qualitative se diffère de la démarche dans une recherche quantitative. Contrairement à la démarche traditionnelle, caractérisée par un échantillonnage probabiliste qui détermine la taille de l'échantillon à priori, la démarche itérative (Glaser et Strauss, 1967) cherche à définir la taille de l'échantillon à posteriori, ou plus précisément, la taille de l'échantillon est définie après la constitution progressive de l'échantillon par itérations successives (Thiétart et al., 2014, p.255). Cette démarche itérative peut être illustrée dans la figure 20 présentée en dessous. Selon cette figure, chaque unité de l'échantillon est choisie en fonction de l'unité d'analyse prédéfinie, la collecte et l'analyse des données provenant d'une unité de l'échantillon aboutira au

choix d'une nouvelle unité de l'échantillon. Ce processus itératif de constitution de l'échantillon s'achèvera une fois que le chercheur parvient à la saturation théorique (Glaser et Strauss, 1967, p.61) dans l'analyse de données collectées. Cette saturation théorique est atteinte quand les données supplémentaires collectées ne génèrent plus des nouveaux éclairages théoriques, ni de nouvelles propriétés aux principales catégories (Charmaz, 2006).

Figure 20 : la démarche itérative



Source : adapté de Glaser et Strauss (1967) par Thiétart et al. (2014, p.254)

Dans cette recherche, nous inscrivons bien dans la démarche itérative, ainsi, nous pouvons commencer par sélectionner de manière aléatoire un certain nombre de cas complexes par catégorie définie auparavant, ensuite, nous identifions les acteurs à interviewer qui ont été concernés par la prise en charge de chaque cas sélectionné. Une fois que nous aurons analysé les données collectées à travers les entretiens semi-directifs, nous verrons si la saturation théorique est atteinte ou non, si elle n'est pas atteinte, nous continuerons à sélectionner de manière aléatoire d'autres cas par catégorie jusqu'au moment où nous parvenons à la saturation théorique.

Concrètement, selon les types de répondants visés de chaque thème du guide d'entretien, nous nous basons sur les critères suivants pour la sélection des acteurs à interviewer par cas sélectionné pour chaque catégorie des cas :

- Nous essayons d'avoir au moins deux acteurs à interviewer par cas sélectionné pour avoir un regard différencié ou au moins nuancé sur la situation de prise en charge.

- Parmi les acteurs à interviewer par cas sélectionné, au moins deux acteurs doivent avoir une vision globale sur la prise en charge du cas complexe, et qui ont gardé une traçabilité sur ce qui se passe. Parce que nous avons besoin de comparer leurs visions sur la situation globale de prise en charge. Par ailleurs, nous avons besoin de comprendre la situation globale de prise en charge pour savoir si la prise en charge était modulaire ou non, et si l'ensemble de services délivrés répondaient bien aux besoins du cas en question ou non, selon la perspective des prestataires de service.

- Selon l'identité des acteurs à interviewer par cas sélectionné et les services pour lesquels ces acteurs travaillent, nous visons aussi à interviewer les acteurs occupant un rôle managérial dans ces services qui ne sont peut-être pas impliqués directement dans les activités au quotidien de prise en charge du cas. L'objectif consiste à assurer que nous allons pouvoir étudier les côtés opérationnels et organisationnels de la prestation de services de santé, et à trianguler les profils du répondant pour être le moins subjectif possible sur les données collectées.

- Nous visons prioritairement aux acteurs qui sont conscients de la démarche MAIA, puisque nous cherchons à appréhender les expériences véçus de ces acteurs qui sont concernés par le développement de la CPM, et comprendre les conséquences de l'intégration menées dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille sur la prise en charge des cas complexes. Par ailleurs, nous sommes conscients qu'il peut aussi

avoir des initiatives d'intégration menées en dehors de la MAIA Marseille entre certains services du territoire, nous avons ainsi préparé des questions correspondantes pour interroger les répondants sur ces pratiques dans le guide d'entretien. Comme nous nous intéressons aussi à ces initiatives d'intégration menés en dehors de la MAIA, nous allons aussi interviewer les acteurs qui ne sont pas forcément conscients de la démarche MAIA.

En outre, nous visons à assurer une couverture représentative des acteurs à interviewer provenant des secteurs différents (sanitaires, médico-sociaux et sociaux), par chaque catégorie des cas sélectionnés, pour trianguler les données collectées et renforcer leurs validités et fiabilités.

Etant donné les critères de sélection précisés ci-dessus, même si nous ne pouvons pas savoir en avance l'identité de tous les acteurs à interviewer, nous pouvons quand même identifier deux types d'acteurs qui sont à priori incontournables pour inclure dans les cibles de l'entretien : les gestionnaires de cas et l'orientant du cas vers la gestion de cas. Parce que selon le cahier pédagogique MAIA édité par la CNSA (2014, p.7), le gestionnaire de cas est le seul acteur sur le territoire qui assure la coordination de toutes les interventions fournies autour de chaque cas complexe et qui fait du suivi de la situation à long terme. Ainsi, il a surement une vision globale sur la prise en charge du cas complexe et il a forcément conscience de la démarche MAIA, comme la gestion de cas fait partie des trois mécanismes d'intégration menés par la démarche MAIA. L'orientant du cas est intéressant pour nous, puisque l'orientant doit avoir des connaissances sur les critères d'inclusion en gestion de cas et le processus d'orientation pour pouvoir orienter un cas jugé complexe à l'équipe de gestion de cas. Ainsi, il doit disposer au moins d'un minimum de connaissances sur la démarche MAIA.

- **l'échantillonnage théorique pour identifier les acteurs concernés par la prise en charge des cas non orientés à la gestion de cas**

Pour compléter la première approche présentée ci-dessus, nous cherchons à identifier les acteurs à interviewer qui ont été concernés par la prise en charge des cas non orientés à la gestion de cas, en fonction des répondants visés par les différents thèmes du guide d'entretien. Nous avons ainsi établi une liste des catégories de services pour lesquels les acteurs à interviewer travaillent. Ces acteurs correspondent aux répondants visés de chaque thème du guide d'entretien. Dans la partie suivante, nous allons d'abord présenter les critères de sélection des acteurs à interviewer. Ensuite, nous présenterons la liste des catégories de services identifiés, et la manière dont nous parvenons à identifier les différentes catégories des services pour lesquels les acteurs à interviewer travaillent.

Voici les critères de choix du répondant que nous avons respecté en fonction des thèmes du guide d'entretien dans la sélection des acteurs à interviewer :

- Les acteurs à interviewer sont concernés par la prise en charge des cas non complexes ou non orientés à la gestion de cas. Par ailleurs, la prise en charge de ces cas non complexes doit avoir impliqué au moins trois intervenants différents pour que nous puissions étudier la nature de la prise en charge (modulaire ou non). Et nous visons à des acteurs qui ont suivi la prise en charge ou qui garde au moins une traçabilité des informations concernant la prise en charge. L'objectif est de savoir, selon la perspective des prestataires de service, si l'ensemble de services délivrés répondaient bien aux besoins du cas en question.

- Nous cherchons à interroger les acteurs qui se situent à différents niveaux hiérarchiques des services identifiés : un acteur opérationnel et un acteur occupant un rôle managérial. L'objectif consiste à trianguler les profils du répondant pour être le moins subjectif possible sur les données collectées, et aussi à assurer que nous allons étudier les côtés opérationnels et organisationnels de la prestation de services de santé.

- Nous visons prioritairement aux acteurs étant conscients de la démarche MAIA et qui s'y impliquent activement, puisqu'encore une fois, nous cherchons à appréhender les expériences véçues par ces acteurs dans le développement de la CPM, et aussi à comprendre les conséquences de l'intégration engendrées par la mise en œuvre de la démarche MAIA. Mais nous sommes conscients qu'il peut aussi avoir des initiatives d'intégration menées en dehors de la MAIA Marseille entre certains services du territoire. Par conséquent, nous ne nous interdisons pas à interviewer les acteurs qui ne sont pas forcément conscients de la démarche MAIA.

- Nous visons aussi à une couverture représentative des secteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) au sein desquels les services identifiés se situent pour trianguler les données collectées et renforcer leurs validités et fiabilités.

Concrètement, pour identifier les services au sein desquels les acteurs à interviewer travaillent et qui répondent aux critères de sélection présentés ci-dessus, il nous semble que l'enjeu est de pouvoir identifier les services qui s'impliquent activement dans le déploiement de la démarche MAIA depuis la phase de sa généralisation, et qui provient de différents secteurs du système de santé. Parce que nous connaissons déjà les services qui se sont impliqués activement dans cette démarche depuis la phase de l'expérimentation. Par ailleurs, les services du territoire concernés par la démarche MAIA sont tous impliqués dans la prise en charge d'usagers faisant partie de la population cible MAIA. Et à part les professionnels libéraux, les autres acteurs à interviewer ont tous une structure d'appartenance au sein de laquelle nous pourrons identifier les acteurs qui font partie de différents niveaux hiérarchiques.

Par conséquent, pour identifier les services qui s'impliquent activement dans le déploiement de la démarche MAIA, nous avons identifié les documents internes disponibles de MAIA Marseille qui présentent :

- la liste des catégories de services ayant participé aux ateliers thématiques du guichet

intégré en 2016.

- le bilan de participation des services aux ateliers thématiques organisés.

- la liste des représentants de services ayant participé aux deux tables de concertation tactiques organisées en 2016.

Nous nous basons principalement sur les deux premiers documents pour identifier les services « actifs », parce que selon la décision prise de l'instance de concertation tactique qui a eu lieu le 07/03/2016, l'organisation des ateliers thématiques est considérée comme le moyen principal pour initier la co-construction du guichet intégré sur le territoire de MAIA Marseille. Nous rappelons que les ateliers thématiques visent à organiser une réponse anticipée, parmi tous les services concernés par la démarche MAIA, aux besoins communs (caractérisé par six dimensions des besoins[20]) de la population cible de MAIA via :

- l'adoption d'un langage commun
- la définition du « qui fait quoi »
- la formalisation des modalités d'orientation communes

L'instance de concertation tactique joue en effet un rôle de soutien dans la co-construction du guichet intégré. Par conséquent, nous utilisons le troisième document pour voir si les services (représentants des services) ayant participé aux ateliers thématiques ont bien participés aussi aux deux tables tactiques[21] qui ont eu lien au

[20] Il existe six ateliers thématiques correspondant aux six dimensions de besoins en commun de la population cible de MAIA. Chaque atelier est organisé en 3 sessions dans l'année 2016.

[21] Nous choisissons de ne pas nous baser sur la liste des participants des instances de concertations stratégiques pour deux raisons : premièrement, le périmètre du cas étudié dans cette recherche couvre uniquement les services présents sur le territoire de Marseille, mais ces instances englobent désormais les décideurs et financeurs du département de la Bouche du Rhône depuis la phase de la généralisation de la MAIA Marseille. Deuxièmement, nous nous intéressons essentiellement aux aspects opérationnels et organisationnels de la prestation de services de santé.

courant de l'année 2016. L'objectif est toujours d'assurer que les services identifiés sont bien ceux qui s'impliquent activement dans la démarche MAIA depuis la phase de la généralisation en 2015.

Le premier document synthétise les services ayant participé à des ateliers thématiques en 12 différentes catégories présentées en dessous :

- Pôles Infos Séniors
- SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et ESA (équipe spécialisée Alzheimer)
- Réseau de santé gérontologique
- Autres réseaux de santé (ILHUP, RSML, ResP13) ne ciblant pas spécifiquement à la population des personnes âgées
- Associations de bénévoles ou d'aidants
- EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendante) et accueils de jour
- Institutions dédiées à l'adaptation du logement
- Mandataires judicaires
- Services sanitaire (EMG, HAD, hôpital de jour, cliniques…)
- Professionnels libéraux
- Services sociaux : MDS, CCAS, APA, caisses de retraite, etc
- Services d'aide à domicile

Nous voyons que les services figurant sur cette liste provenant de différents secteurs du système de santé : le secteur sanitaire comme les professionnels libéraux et les réseaux de santé ; le secteur médico-social comme les pôles info-sénior et les EPHAD ; le secteur social comme les services d'aide à domicile et les services sociaux du territoire. Par ailleurs, il nous semble que les services figurant sur cette liste devraient être conscients de l'existence de la démarche MAIA et disposer d'un minimum de connaissances sur cette démarche.

Le deuxième document fournit une analyse plus fine sur le taux de participation de ces différentes catégories de services par atelier thématique. A partir de ce document, nous avons établi le tableau 17 présenté en dessous, à travers ce tableau, nous voyons que le degré d'implication de ces différents services dans la co-construction du guichet intégré est varié. Les services d'aide à domicile et les services sociaux sont les plus nombreux

à participer aux ateliers thématiques, tandis que les professionnels libéraux et le réseau de santé gérontologique sont les moins nombreux à y participer.

Tableau 17 : le bilan de participation des services aux ateliers thématiques MAIA

les différentes catégories de services	Atelier 1 capacités décisionnelles	Atelier 2 isolement	Atelier 3 état fonctionnel	Atelier 4 pb de santé	Atelier 5 environnement : espace de vie	Atelier 6 difficultés financiè	Total
Services à domicile	6	5	5	7	10	12	45
SSIAD ou ESA	4	1	2	4	2		13
Réseau gérontologique			1	1			2
Autres réseaux de santé (ILHUP, RSML, ResP13)	1	2		4	2	2	11
services sanitaire (EMG, HAD, hôpital de jour)	2	2		6		3	13
services sociaux (MDS, CCAS, APA)	4	9	5	6	5	12	41
mandataires judicaires	2					1	3
Pôle Infos Séniors	2			1	2	1	6
EHPAD - accueils de jour		2	2				4
Associations de bénévoles		4			3	1	8
professionnels libéraux	1				1		2
Institutions dédiées à l'adaptation du logement					3	2	5
Total : 12	22	25	15	29	28	34	

Note : Les chiffres figurant dans ce tableau représentent le nombre de personnes différentes par catégorie de services ayant participé à chaque atelier thématique. Certaines de ces personnes peuvent faire partie d'un même service par catégorie de services.

Source : adapté de document « bilan participation ateliers 2016 »

Après une vérification sur la liste des participants ayant participé aux deux instances de concertation tactique en 2016 dans le troisième document, nous retrouvons tous les représentants des services figurés sur la liste des catégories de services dans le premier document. Ce qui signifie que la démarche MAIA a au moins attiré l'attention des acteurs occupant un rôle managérial dans des services faisant partie des catégories de services identifiés.

Par ailleurs, nous apercevons que les services qui ont été impliqués dans la démarche MAIA dans la phase de l'expérimentation sont toujours actifs actuellement dans le déploiement de la démarche MAIA. A titre d'exemple, les CCAS (centre communal d'action sociale), les réseaux de santé gérontologique, les services APA (allocation

personnalisée d'autonomie) et les pôles info-sénior. Ces services sont figurés sur la liste du premier document. Par conséquent, nous allons nous baser sur la liste des catégories de services identifiés dans le premier document pour identifier les acteurs à interviewer correspondant aux répondants visés de chaque thème du guide d'entretien. En complément, pour vérifier que les acteurs à interviewer sont bien ceux qui sont conscients de la démarche MAIA, nous demandons aussi la confirmation de la pilote MAIA qui s'occupe de l'intégration des services, avant la conduite des entretiens. En outre, pendant les entretiens, nous pouvons le vérifier encore en demandant aux interviewés sur leur participation dans le déploiement de la démarche de MAIA Marseille.

Enfin, les avis donnés par les experts (i.e. résultats de l'entretien expert) présentés ci-dessus nous indiquent aussi des acteurs incontournables à interviewer (secteur sanitaire, médico-social, social) qui peuvent être concernés par la prise en charge des cas non complexes, nous les tenons comptent ainsi dans la réalisation de cet échantillonage.

Après la mise en oeuvre des deux approches de l'échantillonage théorique mentionnées ci-dessus, finalement, nous avons réalisé 37 entretiens au total. Parmi ces entretiens réalisés, 14 interviewés ont été concernés par la prise en charge des cas complexes (8 cas au total), qui ont été sélectionné à travers la sélection aléatoire des cas figurant dans la base de données de la gestion de cas, par rapport à la catégorisation des cas complexes en fonction des différentes périodes de déploiement de la MAIA Marseille (CF le tableau 16). Parmi ces 14 entretiens, la moitié des interviewés ont été impliqués dans la prise en charge des cas « anciens, toujours actifs », et l'autre moitié ont été impliqués dans la prise en charge des cas « récents, toujours actifs ».

Pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pas pu sélectionner des professionnels à interviwer qui ont été concernés par la prise en charge des cas « passés, sorties de la file active de la gestion de cas ». Parce qu'après notre échange avec certains professionnels (e.g. gestionnaire de cas, médecin hospitalier, service d'aide à domicile), les

professionnels de santé ne vont pas forcément garder le dossier de ces patients datent de 2 ou 3 ans, ou ils ne rappellent plus très bien de leur prise en charge. Ainsi, ils auront du mal à nous raconter de leur situation de prise en charge. Cependant, parmi les interviewés, certains d'entre eux, comme les gestionnaires de cas, sont concernés par la prise en charge de ces trois catégories des cas complexes. Par ailleurs, les professionnels de santé qui sont concernés par la prise en charge des cas « anciens, toujours actifs » peuvent aussi constater l'impact de l'évolution du déploiement de la MAIA Marseille sur la prise en charge des cas complexes. Ainsi, le fait de pouvoir interviewer ces professionnels permet de combler cette lacune dans la sélection des professionnels concernés par la prise en charge des cas complexes.

Et 23 interviewés restants sont concernés par la prise en charge des cas non complexes. Parmi ces interviewés, 9 d'entre eux ont aussi parlé de leur interaction avec les gestionnaires de cas dans la prise en charge des cas complexes. L'ensemble des interviewés classé en fonction de la complexité des cas pris en charge est synthétisé et présenté dans le tableau 18 en dessous.

Tableau 18 : la catégorisation des interviewés en fonction de la complexité des cas pris en charge

Les interviewés		**Les interviewés qui ont été concernés par la prise en charge des cas complexes (**qui peuvent aussi être impliqués dans la prise en charge des cas non complexes)	**Les interviewés qui ont été concernés par la prise en charge des cas non complexes**
1	Neurologue, CGD	**X (cas ancien, toujours actifs : A)**	
2	Médecin généraliste P.L	**X (cas ancien, toujours actifs : A)**	
3	Infirmière libérale S.I	**X (cas ancien, toujours actifs : B)**	
4	Responsable de secteur, SAD	**X (cas ancien, toujours actifs : B)**	
5	Gestionnaire de cas A.A	X **(cas ancien, toujours actifs : A, B)**	

6	Responsable de coordination, Pôle info sénior Est	X **(cas ancien, toujours actifs : C)**	
7	Pilote de la gestion de cas	X **(cas ancien, toujours actifs : C)**	
8	Infirmière libérale S. P	**X (cas récents, actifs : D)**	
9	Responsable de coordination, Pôle info sénior Centre	**X (cas récents, actifs : E)**	
10	Gestionnaire de cas M.V	**X (cas récents, actifs : D, E)**	
11	Infirmière libérale C.M	**X (cas récents, actifs : F)**	
12	Orthophoniste	**X (cas récents, actifs : G)**	
13	Médecin généralisteJ	**X (cas récents, actifs : H)**	
14	Gestionnaire de cas A.L	**X (cas récents, actifs : F, G, H)**	
15	Assistante sociale (Carsat)		**X**
16	Directrice, Petits frères des pauvres		**X**
17	Coordinatrice de développement social, Petits frères des pauvres		**X**
18	Gériatre, CGD	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**
19	Coordinatrice, Réseau Santé Mentale et Logement		**X**
20	Infirmier libéral D.D		**X**
21	Directrice, Unité mobile gérontopsychologique		**X**
22	Directrice, A3		**X**
23	Directrice, APA	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**
24	Directrice, Creedat)		**X**
25	Directrice, Réseau de santé croisé		**X**
26	Psychologue, A3	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**
27	Psychomotricienne, ESA	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**

28	Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**
29	Assistante sociale, APA	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**
30	Assistant social, Unité mobile gérontopsychologique		**X**
31	Directrice, SSIAD	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**
32	Ostéopathe		**X**
33	Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique Est		**X**
34	Directeur, Réseau de santé Ilhup		**X**
35	Gériatre, CGD	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**
36	Responsable, Accueil de jour		**X**
37	Assistante sociale, CGD	(parlé aussi de l'interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge de cas complexe)	**X**
Au total		14 interviewés concerné par la prise en charge de 8 cas complexes (7 interviewé pour les cas anciens, toujours actifs et 7 interviewés pour les cas récents, toujours actifs)	23 interviewés dont 9 ont aussi parlé de leur interaction avec la gestion de cas dans la prise en charge des cas complexe

Source : élaboration personnelle

Parmi les 37 entretiens réalisés, 18 sont réalisés auprès des professionnels médicaux et paramédicaux, ce qui occupe une proportion importante du nombre total des entretiens, parce que ce sont des professionnels qui sont les plus souvent impliqués dans la prise en charge des personnes âgées. Nous avons également mené 6 entretiens auprès des acteurs médico-sociaux, 7 entretiens auprès des acteurs sociaux, 4 entretiens auprès des professionnels MAIA, et 2 entretiens auprès de l'association aide aux aidants. Ces

acteurs ont tous un rôle inégligeable à jouer dans la prise en charge des personnes âgées, et en tenant compte des avis experts, nous assurons ainsi une couverture théoriquement représentative des acteurs interviewés provenant des différents secteurs du système de santé français. L'ensemble des entretiens réalisés classé en fonction des secteurs du système de santé est présenté dans le tableau 19 en dessous.

Tableau 19 : la catégorisation des entretiens réalisés en fonction des différents secteurs du système de santé

La catégorie des interviewées	Les services et/ou fonction des interviewés		Le nombre des interviewés	Au total
Les acteurs médicaux et paramédicaux	Les professionnels libéraux Médicaux	Médecin généraliste	2	18
	Les professionnels libéraux Paramédicaux	Infirmier	4	
		Ostéopathe	1	
		Orthophoniste	1	
		Ergothérapeute	1	
	Services hospitaliers	Gériatre	2	
		Neurologue	1	
	Equipe spécialisé Alzheimer	Psychomotricienne	1	
	SSIAD	Directrice	1	
	Réseaux de santé (réseau santé gérontologique, réseau de santé spécialisé : santé croisé, Ilhup)	Infirmière coordinatrice	2	
		Directeur	2	
Les acteurs sociaux	SAD	Responsable de secteur	1	7
	Service APA	Responsable	1	
		Assistante sociale	1	
	Carsat	Assistante sociale	1	
	Centre gérontologique départemental	Assistante sociale	1	
	Petit frère des pauvres	Directrice	1	
		Coordinatrice de développement social	1	
Les acteurs médico-	Pôle info sénior	Responsable de	2	6

sociaux		**coordination**		
	UMGP	**Psychiatre (directrice)**	**1**	
		Assistant social	**1**	
	Réseau santé mental logement	**Coordinatrice**	**1**	
	Accueil de jour	**Responsable**	**1**	
Association (aidant, bénévole)	**Association aide aux aidants**	**Directrice**	**1**	**2**
		Psychologue	**1**	
Professionnels MAIA	**Pilote gestion de cas**		**1**	**4**
	Gestionnaires de cas		**3**	
Au total			**37**	

Source : élaboration personnelle

Par ailleurs, les entretiens sont réalisés auprès des acteurs ayant des secteurs d'intervention différents sur le territoire de la MAIA Marseille (Est, Centre, Sud, Nord), pour éviter le biais éventuel sur les résultats collectés, du à la particularité territoriale, et avoir des regards nuancés vis-à-vis du déploiement de la MAIA Marseille. Et parmi les interviewés, la plupart d'entre eux ont été sensibilisé par le déploiment de ce dispositif, mais il existe aussi des répondants qui ne le connaissent pas. L'objectif consisite encore à trianguler des profils de répondant (Rubin et Rubin, 2005). Les informations détaillées relatives à la fonction/métier des interviewés, leur service d'appartenance, leur secteur d'intervention, leur sensibilisation du déploiement de la MAIA, la durée et le type des entretiens sont synthétisés et présentés dans l'Annexe 11.

La conduite des entretiens est achevée, lorsque nous avons atteint de la saturation au niveau des données collectées. Autrement dit, lorsque tous les faits nouveaux peuvent être immédiatement classifiés, les catégories (thèmes) sont « saturées » et un nombre suffisant de « régularités » émergent (Miles et Huberman, 2003, p.121).

3.4.3.4 la méthode d'analyse des données collectées

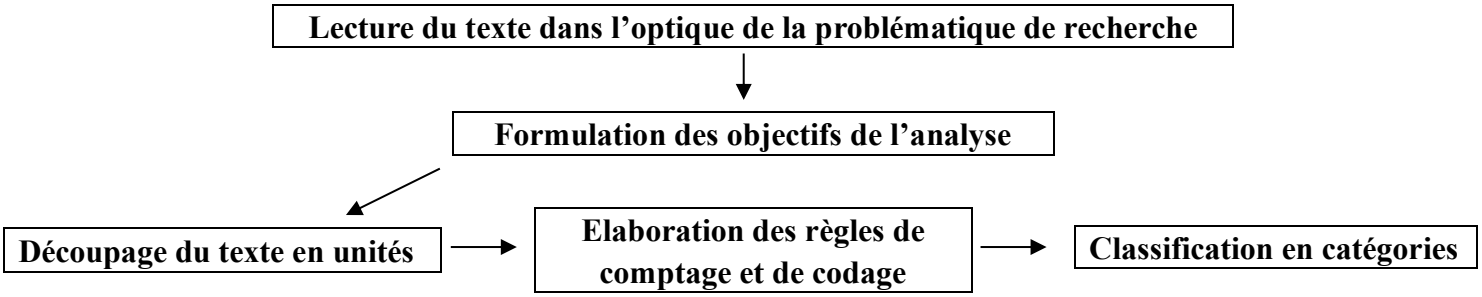
L'analyse des données est une étape cruciale de la recherche. D'après Thietart et al

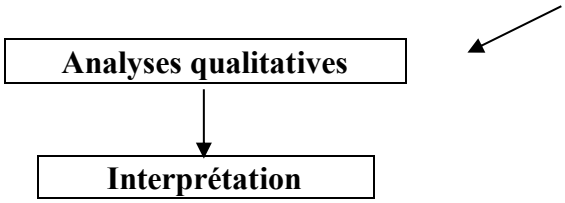
(2014, p.552), l'analyse de contenu est considérée comme une méthode incontournable de l'analyse des données qui est fréquemment utilisée en Science de gestion, pour l'objectif de dépouiller, classer, analyser les informations existantes dans un document, un entretien.

Par conséquent, pour analyser les entretiens retranscrits, la méthode de l'analyse de contenu est utilisée à l'aide du logiciel Nvivo 8. Par ailleurs, pour analyser le résultat collecté du questionnaire descriptif concernant les opinions des interviewés vis-à-vis de ce qui est important de faire en matière de la SCI de services de santé, en l'occurrence, les initiatives de l'intégration que la MAIA Marseille cherche à mettre en place, la statistique descriptive simple est utilisée via l'outil Microsoft Office Excel.

Bardin (2003) défini l'analyse de contenu comme « *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de descriptions du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages* ». Cette méthode met l'accent sur la répétition d'unités d'analyse de discours (mots, expressions ou significations similaires, phrases, paragraphes), puisque ces derniers permettent de révéler les centres d'intérêt, les préoccupations des auteurs du discours (Thietart et al (2014, p.552). Les principales étapes de l'analyse de contenu sont présentées dans la figure 21 en dessous :

Figure 21 : les principales étapes de l'analyse de contenu





Source : Bardin (2003)

Pour Thietart et al. (2014, p. 555), lorsque nous déployons la méthode de l'analyse de contenu, nous cherchons à découper la retranscription des entretiens et des documents en unités, et ensuite les classifier en catégories, selon une méthodologie très précise de codage, et l'objet de la recherche. Ceci relève du processus de codage. Ce processus comprend deux étapes : la définition des unités d'analyses et la catégorisation.

Dans le cadre de cette recherche, nous retenons deux types d'unités d'analyse : une phrase entière ou un paragraphe qui se rapportent à un même thème (ou code), lorsque nous encodons la retranscription des entretiens. Cette détermination des unités d'analyse correspond au principe des analyses thématiques, vue comme une des grands types d'analyses de contenu, qui est très fréquemment utilisés dans les recherches sur les organisations (Dougherty et Bowman, 1995 ; Thietart et al., 2014, p.556). Une fois que les unités d'analyse sont repérées, il s'agit ensuite de les intégrer dans des catégories sélectionnées. Une catégorie correspond à un regroupement d'unités d'analyse (Thietart et al., 2014, p. 556). La définition des catégories peut se réaliser a priori ou a posteriori (Miles et Huberman, 2003). Pour un codage *a priori*, une grille de codage est à construire en se basant sur une théorie existante, ou d'un modèle déjà construit, par exemple. Il s'agit de confronter les différentes unités d'analyse repérées dans le texte aux catégories (thème ou code) prédéfinies, pour l'objectif de les placer dans les catégories dont le sens est le plus proche de leur contenu (Gavard-Perret et al, 2012, p. 287).

Comme nous adoptons une démarche déductive, nous avons ainsi réalisé un codage *a priori*. Une grille de codage hiérarchique est construite à partir du tableau 8 (CF la fin du deuxième chapitre) où les trois concepts clés figurant sur notre modèle de recherche,

leurs dimensions ainsi que leurs indicateurs associés sont présentées. Par ailleurs, même si nous adoptons le raisonnement déductif, nous ne nous interdisons pas à recueillir les nouveaux éléments émergeant du discours des répondants, qui n'ont pas été discutés dans la partie de revue de littérature, mais qui pourraient avoir un rôle à jouer dans notre modèle. Ainsi, nous avons effectué également un codage *a posteriori* permettant d'identifier des codes émergeants qui apparaissent de manière récurrente au fur et à mesure de notre analyse des entretiens retranscrits.

Les codes émergeants identifiés sont surtout des nouvelles interfaces qui n'ont pas été identifiées auparavant dans la littérature de la modularité de prestation de services de santé. Parmi ces nouvelles interfaces identifiées, la plupart d'entre eux font partie des différentes catégories d'interfaces déjà abordées par la littérature, et certaines d'entre eux correspondent à deux catégories d'interfaces en même temps (i.e. interface cohérence-variété flux d'informations). Ainsi, une nouvelle catégorie d'interfaces combinant deux catégories d'interfaces déjà existant a été identifiée (code émergeant). Par ailleurs, un code émergeant « dépendance de sentier » a été également identifié lors de la conduite des entretiens. Il s'agit d'un ordre d'implantation à suivre entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé dans le développement de la CPM de services de santé.

Ces codes émergeants (caractères en gras[22]) s'ajoutent à la grille de codage hiérarchique construite *a priori*. Cette grille est stabilisée au fur et à mesure de notre analyse et encodage des entretiens retranscrits. Et la grille de codage hiérarchique finale est présentée dans le tableau 20 en-dessous :

Tableau 20 : la grille de codage hiérarchique (les caractères en gras sont des codes émergeants)

[22] Pour raison de limite de l'espace dans le tableau 20, les nouvelles interfaces (codes émergeants) identifiées faisant partie des différentes catégories d'interfaces ne sont pas présentées dans ce tableau là, elles sont présentées dans le tableau 30 de la section 4.2.1.2 - présentation des résultats relatifs aux différentes interfaces mises en œuvre.

Méta-thème	Thème	Sous thème	Sous sous thème
CPM de services de santé	Identification des réponses aux besoins d'usagers	Tous les aspects des besoins identifiés de la personne	/
		Modes d'identification des besoins de chaque usager ainsi que leur évolution	
		Modes d'identification des services les plus adaptés en fonction des besoins identifiés	
	Développement de l'espace de solutions	Modes de délimitation des offres de services destinées à une population spécifique d'usagers	
	Conception robuste des processus flexibles	Types d'automatisation flexible	/
		Pensée modulaire au niveau de la conception des processus	
		Capital humain adaptatif	
	Gestion de la continuité de délivrance de services	Continuité relationnelle	Fréquence de contact/interaction entre les professionnels et l'usager
		Continuité informationnelle	Traçabilité des informations relatives à la prise en charge de l'usager
		Continuité managériale	Temps de réponse aux besoins changeants d'usagers
			Absence de rupture de prise en charge des usagers
SCI de services de santé	Intégration organisationnelle	Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle	Alignement des objectifs et d'intérêts entre les organisations et les professionnels concernés
			Types de partenariat formalisés et types d'accord formalisé
			Types d'activités collectives développées
			Modes d'apprentissage collectif
		Intégration culturelle	Confiance établie entre les

			acteurs
			Communication ouverte et l'ouverture d'esprit
			Partage des visions, valeurs, normes
	Intégration des TIC		Alignement et l'interconnexion des TIC
	Intégration opérationnelle	Intégration des processus[23]	Types de redondances et duplications éliminés au sein des processus de prise en charge
			Types de standards développés
			Modes de travail en équipe pluriprofessionnelle
			Rôle des acteurs réticulaires dans la coordination des processus de prise en charge
			Implication d'usagers et leur entourage dans leur propre prise en charge
			Présence d'une vision globale vis-à-vis des besoins de l'usager
Modularité de prestation de services de santé	Architecture décomposable	Fonction spécifique des modules	/
		Indépendance relative des modules	
	Interfaces	Les différentes catégories d'interfaces mises en œuvre [24]: - Interface cohérence module - Interface variété module - Interface cohérence flux d'info	/

[23] L'intégration des processus et l'intégration des flux sont deux composantes de la dimension intégration opérationnelle, et comme ce que nous avons mentionné à la fin de la section 2.3.2, nous n'étudions pas l'intégration des flux en tant que telle dans cette recherche (elle est considérée comme un résultat à chercher), ainsi, elle n'est pas incluse dans cette grille de codage.

[24] les interfaces évoquées dans la littérature faisant partie de ces différentes catégories sont présentées dans le tableau 6 à la section 2.2.2.

		- Interface variété flux d'info - **Interface cohérence variété flux d'info**	
	Processus de spécification du package de services de santé	Phase d'assemblage du package de services (a priori, a posteriori)	/
		Méthodes d'assemblage du package	
Dépendance de sentier : ordre d'implantation à suivre entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé dans le développement de la CPM de services de santé			

Source : codes établis dans Nvivo

Comme nous avons utilisé le logiciel Nvivo pour effectuer l'analyse de contenu des entretiens retranscrits, une capture d'écran (extraction Nvivo) de notre grille de codage hiérarchique est présentée dans l'annexe 18.

Comme notre question de recherche s'intéresse au rôle respectif de la SCI de services de santé et la modularité de prestation de services de santé, ainsi que leur interdépendance dans le développement de la CPM de services de santé, et comme les dimensions et les indicateurs associés à ces trois concepts se trouvent dans notre grille de codage hiérarchique présentée ci-dessus, ca nous a conduit logiquement à identifier et étudier les liens ou les relations entre les différents codes de notre grille de codage, pour l'objectif d'éprouver notre modèle conceptuel et de répondre à notre question de recherche.

Plus précisément, il s'agit d'identifier et d'étudier les relations entre les différentes dimensions (y compris les composantes et indicateurs) d'un concept clé, et aussi les relations entre les différentes dimensions (y compris les composantes et indicateurs) de ces trois concepts. Nous n'avons pas directement établi des relations entre les trois concepts clés étudiés, mais des relations entre les dimensions de ces concepts, c'est parce que ce sont des concepts étranges/non familiers pour les interviewés, et nous n'avons pas formulé des questions contenant les termes « SCI », « modularité », « CPM

» dans notre guide d'entretien. Ainsi, c'est en vérifiant et analysant les relations identifiées entre les dimensions de ces concepts que nous allons pouvoir étudier les liens entre ces concepts.

Et nous avons aussi identifié les différentes natures de relations entre les codes : lien d'influence, lien d'influence réciproque, lien d'association (en combinaison avec), lien (équivalent à), et lien (utilisation). Lien d'influence, comme son nom indique, c'est le code A a une influence sur le code B, peu importe que ce soit une influence positive ou négative. Quant à lien d'influence réciproque, cette influence entre code A et code B est à double sens. Le lien d'association se différencie du lien d'influence dans la mesure où le code A et code B est en lien, mais il n'y a pas forcément un sens de cause à effet dans la relation. Lien (équivalent à) signifie que ce que représente par le code A est équivalent à ce que représente par le code B. Enfin, le lien (utilisation) signifie que le code A utilise le code B. Et parfois, la relation entre deux codes peut avoir deux natures différentes.

Par ailleurs, nous effectuons aussi une **analyse du profil des répondants ainsi que de l'occurrence des verbatim pour** les codes hiérarchiques figurant dans le tableau 20 présenté ci-dessus, et aussi les relations identifiées entre ces codes. L'objectif consiste à trianguler les réponses des interviewés en fonction de leurs profils (e.g. sanitaire libéraux, sanitaire établissement, médico-social, social), puisque les opinions des professionnels, provenant de différents secteurs du système de santé, vis-à-vis par exemple du déploiement de la MAIA Marseille, peuvent être relativement différentes. Et à travers l'analyse de l'occurrence des verbatim pour chaque code et chaque relation entre les codes, nous pouvons voir si les données codées relevent d'un avis partagé des interviewés ou pas, et d'étudier le pourquoi. Les résultats d'analyse sont respectivement présentés dans l'annexe 12 pour les codes hiérarchiques, et dans l'annexe 13 pour les relations identifiées entre ces codes.

Et quant aux résultats collectés du questionnaire descriptif qui sont présentés dans

l'annexe 10, nous avons d'abord présenté des réponses par question, ensuite, nous avons croisé les réponses collectées par question avec le profil des répondants (i.e. professionnels libéraux, établissement sanitaire, médico-social, social), pour effectuer une analyse des réponses par type de répondant pour chaque question du questionnaire.

Enfin, comme nous réalisons notre codage, en se basant sur les codes hiérarchiques qui correspondent respectivement aux trois concepts clés étudiés, ainsi que les relations entre ces codes, ainsi, trois extraits des trois entretiens codés sont également présentés dans l'annexe 14. Chaque extrait montre le codage effectué relatif à un concept clé étudié (les codes hiérarchiques associés), ainsi qu'aux relations identifiées entre les codes hiérarchiques associés aux trois concepts clés étudiés.

3.4.4 Les critères de qualité à assurer pour la conduite de l'étude de cas

Dans les sous sections précédentes, nous avons justifié le choix de l'étude de cas comme la méthode de recherche, et la pertinence du cas choisi (MAIA Marseille). Nous avons également présenté notre protocole de protocole. Dans cette sous section, en se basant sur les critères de qualité proposés par Yin (2003, p.34), nous allons présenter les tactiques utilisées dans cette recherche pour répondre aux critères de qualité pour la conduite de l'étude de cas. Ces tactiques utilisées sont présentées dans le tableau 21 en dessous.

Tableau 21 : les tactiques utilisées pour répondre aux critères de qualité pour la méthode des cas

Critères de qualité	But	Tactiques recommendés par Yin (2003)	Phase de la recherche correspondant	Tactiques utilisées dans cette recherche
Fiabilité	La réplicabilité de la procédure de recherche avec les mêmes résultats	U*se case study Protocol*	Recueil des données	La mise en place d'un protocole de recherche

		Develop case study database		L'utilisation d'un guide d'entretien L'adoption du mode de l'échantillonage théorique
Validité de construit	Etablir correctement des mesures opérationnelles pour les concepts étudiés	*Use muliple sources of evidence*	Recueil des données	Les sources des données collectées sont diversifiées (entretien semi-directif et expert, questionnaire descriptif, document, observation)
Validité interne	Les données recueillies doivent correspondre à la réalité (la pertinence et la cohérence des résultats obtenus)	*Address rival Explanations* *Use logic model* *Do pattern matching*	Analyse des données	La triangulation des données recueillies (données primaires, données secondaires) La triangulation des sujets/répondants (sanitaire, médico-social, social) La réalisation des entretiens *in situ*
Validité externe	La possibilité de généraliser les résultats obtenus de la recherche à d'autres contextes	*Use replication logic in multiple-case* *Use theory in single case studies*	Design de la recherche	Le cadre théorique mobilisé (*RBV, ERBV*) L'échantillon représentatif par rapport aux trois grandes catégories des professionnels existant dans un système de santé

Source : élaboré à partir de Yin (2003, p.34)

Conclusion du chapitre 3

La recherche d'une réponse au dilemme coût-qualité constaté dans la prise en charge de la population croissante des usagers atteints de maladies chroniques en France, nous a conduit à nous intéresser à la question de la réalisation de PM dans le contexte de la santé. Sa réalisation repose sur le développement de la CPM, et cette dernière est identifiée comme un objet théorique de cette recherche. Et à partir de l'identification de cet objet théorique de recherche, nous avons formulé une question de recherche qui consiste à étudier le rôle de la SCI et la modularité (deux facteurs facilitants les plus importants) dans le développement de la CPM en santé.

Pour répondre à cette question de recherche, un positionnement interprétativiste a été adopté, car le développement de la CPM n'est pas directement observable sur le terrain, et l'appréhension de la réalité derrière ce développement repose sur les interprétations du chercheur vis-à-vis des expériences véçues (discours) des acteurs du terrain concernés par ce développement. Et puis, la finalité de cette recherche est le test et raffinage théorique. Il s'agit de confronter des relations étudiées entre la CPM et ses deux facteurs facilitants clés dans un contexte général au contexte spécifique de la santé, pour les éprouver, et si possible raffiner. Ainsi, le mode de raisonnement adopté dans cette recherche est déductif.

Une méthodologie qualitative a été choisie, car nous ne nous intéressons pas uniquement aux relations de surface entre les trois concepts clés étudiés dans cette recherche, et nous cherchons aussi à comprendre en profondeur comment ces relations identifiées dans un contexte général (figurant sur le modèle conceptuel de recherche) se manifesteront concrètement dans le contexte de la santé. La méthode de l'étude de cas unique a été adoptée, car nous avons pu identifier un cas critique/exemplaire : le déploiement de la MAIA Marseille, qui permet d'éprouver le modèle conceptuel de recherche pré-établi. Le détail de justification de la pertinence du cas choisi est fourni dans la sous section 3.4.2.2.

Un protocole de recherche a été établi pour guider notre démarche, lorsque nous cherchons à confronter notre modèle de recherche aux données empiriques collectées. Et pour collecter ces données, 37 entretiens semi-directifs ont été réalisés, sur la base d'un guide d'entretien, auprès des professionnels de santé provenant de différents secteurs du système de santé, et qui sont concernés par le déploiement de la MAIA Marseille. Les données collectées par ces entretiens sont complétées par celles collectées via l'observation, le questionnaire descriptif et l'analyse des données secondaires. Une fois que ces données primaires et secondaires sont collectées, une analyse du contenu a été menée sur la base des entretiens retranscrits (à l'aide du logiciel Nvivo), des notes d'observations et des données secondaires. Le résultat du questionnaire descriptif a été analysé via un traitement statistique desciptif.

4. La présentation et discussion des résultats collectés relatifs respectivement aux trois concepts clés étudiés dans cette recherche

Introduction du chapitre 4

Dans ce chapitre, d'abord, nous allons présenter respectivement les pratiques professionnelles identifiées qui sont associées à chacun de ces trois concepts mentionnés ci-dessus.

Ensuite, nous allons mener une discussion des résultats présentés par concept par rapport à la littérature concernée. Nous avons pour objectif de savoir si ces trois concepts qui sont plutôt originaires du contexte industriel sont bien applicables dans le contexte de prestation de services de santé, et comment ils se mettent en place concrètement dans ce contexte spécifique.

Cette présentation est principalement basée sur les données primaires, telles que les résultats collectés à l'issue de l'analyse de contenu des entretiens semi-directifs, de l'analyse du profil des répondants ainsi que de l'occurrence des verbatim pour les codes hiérarchiques (présenté dans l'annexe 12), de notre observation, ainsi que les résultats de notre questionnaire descriptif (présenté dans l'annexe 10). Elle est aussi complétée par les données secondaires internes et externes relatives au déploiement de la MAIA Marseille (présentée dans l'annexe 5).

4.1 La description et la discussion de la CPM de services de santé

Pour décrire comment la CPM de services de santé se manifeste sur le terrain, nous commençons par une présentation des résultats bruts associés à chaque dimension (indicateurs associés) de ce concept (section 4.1.1). Ensuite, nous allons présenter des données brutes qui révèlent les différentes relations existantes entre les dimensions de ce concept (section 4.1.2). Enfin, nous allons discuter de ces résultats par rapport à la littérature portant sur le développement de la CPM dans un contexte général (section 4.1.3).

4.1.1 La présentation des résultats bruts associés à chaque dimension de ce concept

4.1.1.1 la capacité à identifier des réponses aux besoins d'usagers

En se basant sur notre grille de codage présentée dans le tableau 20 (section 3.4.3 - protocole de recherche), nous avons collecté les différents verbatim associés aux différents indicateurs de la dimension : identification des réponses aux besoins d'usagers. La partie des codes Nvivo associés à cette dimension est présentée dans le tableau 22 en dessous.

A noter que les codes établis dans Nvivo sont exactement les mêmes que les codes présentés dans le tableau 20 (grille de codage hiérarchique), nous n'avons pas crée des acronymes pour ces codes dans Nvivo, par conséquent, au lieu de faire systématiquement une copie d'écran dans Nvivo pour présenter les codes hiérarchiques associées à chaque dimension d'un concept étudié, nous choisissons de le présenter sous forme d'un tableau pour des raisons esthétiques. Idem pour le reste du chapitre 4.

Tableau 22 : liste des codes associés à la dimension identification des réponses aux besoins d'usagers

Concept	Dimension	Indicateur
la CPM de services de santé	Identification des réponses aux besoins d'usagers	Tous les aspects des besoins de la personne identifiés
		Modes d'identification des besoins de chaque usager ainsi que leur évolution
		Modes d'identification des services les plus adaptés en fonction des besoins identifiés

Source : codes établis dans Nvivo

Selon les interviewés, l'identification des réponses aux besoins spécifiques de chaque usager, faisant partie de la population des personnes âgées résidant à Marseille, repose d'abord sur une **évaluation des besoins** de la personne.

Il existe plusieurs types d'évaluation des besoins réalisés par les différents types de professionnels de santé sur le terrain. Soit il s'agit d'une évaluation propre à un métier spécifique, telle que l'évaluation effectuée par l'orthophoniste ou le kinésithérapeute ; Soit il s'agit d'une évaluation multidimensionnelle et globale permettant de balayer **un ensemble des aspects** de la vie quotidienne de la personne, comme l'évaluation faite par le gestionnaire de cas ou le réseau de santé gérontologique ; Soit il s'agit d'une évaluation plutôt informelle réalisée au fur et à mesure de la prise en charge de la personne, et cette évaluation est réalisée par tous types de professionnels de santé qui interviennent souvent au domicile de la personne. Par ailleurs, un professionnel peut faire plusieurs types d'évaluation dans la prise en charge de la personne. A titre d'exemple, un infirmier libéral peut à la fois faire sa propre évaluation spécifique aux soins infirmiers lors de son premier contact avec la personne, mais aussi faire des évaluations informelles et continues au fur et à mesure de sa prise en charge.

A l'issue de ces différents types d'évaluation, et en fonction des besoins identifiés de la personne, soit le professionnel possède des compétences spécifiques, et qui peut proposer une réponse adaptée directement aux besoins de la personne, soit il n'a pas la

compétence spécifique pour répondre à certains besoins identifiés de la personne, dans ce cas, il va **orienter** cet usager vers d'autres professionnels de santé qui sont capables de répondre à ces besoins identifiés.

On évalue le domicile, de savoir s'il est bien adapté au patient, on évalue les besoins du patient en soins infirmiers, etc. Et lors de cette visite d'évaluation, on peut conseiller aussi de prendre la téléalarme, de prendre le portage des repas. (Directrice, SSIAD)

Alors, on fait une première évaluation multidimensionnelle à domicile, après des réévaluations téléphoniques en contactant tous les professionnels, la famille, la personne, si possible tous les trois mois. Et une nouvelle évaluation à domicile au bout d'un an. (Infirmière coordinatrice, réseau de santé gérontologique nord)

Nous, on peut voir une situation qui se dégrade, mais à partir de là, c'est à nous de faire le premier système qui va permettre d'avoir une certaine protection, un système sécurité autour de la personne. Infirmier, kiné, bracelet d'urgence, le service APA du conseil général, c'est à nous de mettre ça en gros au tout départ. Je demande au gestionnaire de cas, quand je vois que, soit il n'y a pas de famille, soit la famille n'est pas fiable du tout, en ce moment là, il vaut mieux quelqu'un de fiable. (Médecin généraliste P.L)

4.1.1.2 La capacité à développer l'espace de solutions

En se basant sur notre grille de codage présentée dans le tableau 20 (section 3.4.3 - protocole de recherche), nous avons collecté les différents verbatim associés aux différents indicateurs de la dimension : développement de l'espace de solutions. La partie des codes Nvivo associés à cette dimension est présentée dans le tableau 23 en dessous.

Tableau 23 : liste des codes associés à la dimension développement de l'espace de solutions

Concept	Dimension	Indicateur
la CPM de services de santé	Développement de l'espace de solutions	Modes de délimitation des offres de services destinées à une population spécifique d'usager (la veille de l'évolution des besoins de la population…)

Source : codes établis dans Nvivo

Selon les données collectées, le développement de l'espace de solutions sur le terrain se manifeste de deux manières différentes.

Premièrement, quant au développement de l'espace de solutions destinée à la population des personnes âgées de plus de 60 ans résidant à Marseille, comme il existe déjà un ensemble d'offres de services destiné à cette population, ainsi, les pratiques professionnelles ou les initiatives associées à ce développement sont plutôt relatives à **la veille de l'évolution des besoins communs des usagers faisant partie de cette population**. Ces pratiques consistent à identifier des **besoins non comblés** qui sont fréquemment constatés chez des personnes âgées, et par la suite à développer des nouvelles solutions adaptées à ces besoins non comblés.

Et de ces petites réunions, on en tire toujours, comme on est à pleins d'endroits, les problématiques plus macroscopiques…ça peut être : voilà, on avait pas d'ateliers sur le droit des patients, ben, on va faire un atelier droit des patients sur telle problématique. Ça peut être typiquement là, le pôle info sénior, au départ, on venait juste pour faire des interventions, et puis, finalement, on avait besoin de faire les conférences. Et puis, initialement, on faisait le diabète, et puis finalement, on a ouvert en fonction des pathologies qui étaient demandées par les gens, et donc, beaucoup sur le sénior. (Directrice, Réseau de santé croisée)

En revanche, de manière générale, les initiatives associées au développement de l'espace de solution sont encore peu développées sur le terrain, peu d'acteurs se sont investis dans ce développement. Autrement dit, ce développement (processus) n'est pas encore systématique et automatique sur tout le territoire de Marseille : remontée des informations relatives aux besoins non comblés ➔ discussion en instance de concertation au niveau décisionnel ➔ mise en place des actions pour combler les manques identifiés.

Le constat que je fais souvent, c'est que selon les lieux d'habitation des personnes, il avait des difficultés pour se déplacer. Et se déplacer, je ne parle pas à pied, je parle en voiture. Et, en fait, je faisais remonter que les transports véhiculés, et l'aide aux personnes pour les déplacer à l'extérieur, à part les ambulances, à part les médecins qui font leurs ordonnances, ou de prendre un taxi, il n'y avait rien. C'était pas très

adapté…Donc il y a un manque d'informations et de services. Voilà, donc, j'en fais quoi de ça…après on en fait le retour dans les ateliers où ça reste dans les conclusions, mais après qu'est-ce que ces conclusions vont donner, je ne sais pas. (Assistante sociale, le service APA du conseil départemental)

Notre analyse du profil des répondants ainsi que l'occurrence des verbatim pour le code « développement de l'espace de solution » est en concordance avec ce constat. Ce résultat est présenté ci-dessous dans le tableau 24. Selon ce tableau, il existe peu d'interviewés qui ont abordé ce sujet (9 sources comptabilisés), et il n'y a aucuns professionnels libéraux impliqué dans ce développement (la veille de l'évolution des besoins communs des usagers).

Tableau 24 : l'analyse du statut des interviewés pour le code « développement de l'espace de solution »

Code hiérarchique	Occurrence	Statut des interviewés			
		Statut		Niveau hiérarchique	Sensibilisation MAIA
Développement de l'espace de solutions	9 sources (dont une source secondaire) et 13 verbatim	Sanitaire Libéraux			
		Sanitaire Établissement	2	2 managériaux	2
		Médico-social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
		Social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
		Gestion de cas	1	Opérationnel	1
		Association (aidant…)			

Source : élaboré à partir de l'annexe 12

Deuxièmement, nous avons aussi identifié des pratiques professionnelles qui consistent à **développer et délimiter les offres de services destinées à un groupe bien spécifique des personnes âgées**. C'est le projet ANAP « filière des soins gérontologiques », porté par le directeur du réseau de santé polyvalent Ilhup, qui

cherche à construire des offres de services adaptées à la prise en charge du groupe des personnes âgées de plus de 75 ans ayant un risque de rehospitalisation à un mois. Plus spécifiquement, il s'agit de segmenter ce groupe d'usagers en plusieurs segments d'usagers en fonction du degré de gravité des besoins, et de construire des réponses adaptées à chacun de ces segments. Certaines réponses reposent sur les offres de service existantes, et d'autres réponses restent à construire (i.e. mutualisation des compétences pluridisciplinaires en équipe spécifique pluriprofessionnelle).

Par ailleurs, c'est le seul projet identifié sur le terrain qui fait partie de ce type de développement de l'espace de solutions, ce qui montre aussi qu'il existe encore peu d'initiatives mises en place sur le terrain pour le développement de l'espace de solutions.

Pour repérer si la personne de plus de 75 ans est en risque de rehospitalisation à un mois ou pas……Et en fonction du score obtenu, on va mettre des personnes en face, on va travailler là dessus : qui on met en face pour graduer la réponse. 1- 3, c'est pas une situation très compliquée, un infirmier libéral peut gérer ça. 4, c'est un cas un peu plus lourd, c'est l'équipe qui se déplace, parce qu'il y a des problématiques qui nécessite d'une intervention pluri-professionnelle avec un médecin, un infirmier, un psychologue, ou peut-être un ergothérapeute. Nous, on va travailler là-dessus, c'est très important. (Directeur, réseau de santé polyvalent Ilhup)

4.1.1.3 la capacité à concevoir des processus flexibles et robustes

En se basant sur notre grille de codage présentée dans le tableau 20 (section 3.4.3 - protocole de recherche), nous avons collecté les différents verbatim associés aux différents indicateurs de la dimension : conception robuste des processus flexibles. La partie des codes Nvivo associés à cette dimension est présentée dans le tableau 25 en dessous.

Tableau 25 : liste des codes associés à la dimension conception robuste des processus flexibles

Concept	Dimension	Indicateur
la CPM de services de santé	Conception robuste des processus flexibles	Types d'automatisation flexible
		Pensée modulaire au niveau de la conception des processus
		Capital humain adaptatif

Source : codes établis dans Nvivo

Quant à l'automatisation flexible, nous avons identifié des différents outils d'évaluation multidimensionnelle des besoins pour l'orientation déjà déployés ou en cours d'élaboration sur le terrain, qui permettent d'engendrer **automatiquement** des alertes (sous forme d'un score ou des solutions à mettre en place), en fonction des besoins identifiés de chaque usager.

Concernant les outils d'évaluation automatiques déjà déployés ou en cours d'expérimentation sur le terrain, ils sont souvent utilisés par un groupe de professionnels de santé restreint. A titre d'exemple, l'outil *RAI Home care* qui permet de faire une évaluation multidimensionnelle et détaillée des besoins de la personne, il est utilisé par les gestionnaires de cas, ainsi que certains réseaux de santé gérontologique. Et la grille AGRAFPA permettant d'évaluer de manière rapide le risque de rehospitalisation à un mois des personnes âgées, elle est seulement utilisée par les urgences des hôpitaux.

Donc, ca c'est notre évaluation, on a pointé ses difficultés, on va faire les propositions et des actions. En fait, quand on fait une évaluation, ca va nous donner les alarmes, des points sur lesquels il va falloir agir. Là, par exemple, on avait alarme "adéquation des médicaments", donc, là sur ce genre d'alarme, il faut que le traitement soit supervisé par une infirmière, par exemple. Si ca nous met en alarme "promotion de l'activité physique", ca va dire qu'il faut mettre en place un kiné, voilà. (Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord)

Pour l'instant, dans le cadre du projet ANAP, on a eu plusieurs réunions qui ont été

faites sur la volonté de repérage et des actions, et après, ca va être lancée courant de l'année 2018. Moi, au niveau du GCS, on a bien compris qu'une personne âgée fragile, elle passera un jour ou l'autre par les urgences. Donc, à partir de là, on utilise ce point d'entrée, et à partir de là, on a testé d'une grille sur le terminal d'urgence qui génère automatiquement des alertes, ces alertes sont pour l'instant traités à l'hôpital, donc on basculera sur la ville. (Directeur, réseau de santé polyvalent Ilhup)

Par ailleurs, la MAIA Marseille cherche aussi à mettre en place un outil commun d'évaluation multidimensionnelle synthétique pour l'orientation, destiné à tous les professionnels de santé concernés par la prise en charge de la population cible MAIA. Pour l'instant cet outil est en cours d'expérimentation, il permettra aussi à terme d'engendrer **automatiquement** des alertes sous forme de propositions d'orientation, grâce à l'intégration des algorithmes programmés dans cet outil (en cours d'élaboration).

L'intégration du RAI « Filtrage Orientation » (outil commun MAIA) *sur le portail régional de santé en tant que « Formulaire d'analyse multidimensionnelle ». Une fois le « RAI FO renseigné » par l'évaluateur, le calcul d'algorithmes permettant de mettre en exergue six domaines d'alerte (santé, autonomie, famille et social, aspects économiques et administratifs, environnement et sécurité, aidants). La liaison de ces six domaines d'alertes aux ressources de soins et d'aides de chaque territoire, en lien avec le ROR* (annuaire). (Note projet expérimental RAI FO V1, p.1)

En effet, la MAIA Marseille cherche à standardiser le processus d'évaluation et d'orientation des personnes âgées de plus de 60 ans, auprès d'un ensemble d'acteurs concernés par la prise en charge de cette population cible, via l'élaboration et l'utilisation de cet outil commun d'évaluation multidimensionnelle rapide pour l'orientation (Cahier pédagogique de la MAIA). Et ce processus standardisé peut être ainsi connecté à différents processus de prise en charge personnalisés, en fonction des besoins identifiés de chaque usager. Ceci relève de la **pensée modulaire au niveau de la conception des processus** de prise en charge destinée à la population cible MAIA.

Tous les professionnels d'un même territoire partageront une même méthodologie d'analyse et d'orientation des personnes âgées de plus de 60 ans. (Note projet expérimental RAI FO V1, p.1)

En revanche, l'adoption de cet outil standardisé est problématique. Selon les réponses des interviewés à la troisième question du questionnaire descriptif visant à avoir leurs avis vis-à-vis de l'adoption de cet outil (présenté dans l'annexe 10), 37% des interviewés estiment qu'il est très important, voire indispensable d'avoir cet outil commun, 13% disent le contraire dont 5 % pensent qu'il n'est pas du tout important d'avoir ce genre d'outil. Et la moitié restant des interviewés pensent que ce genre de l'outil peut être utile pour les professionnels, mais il n'est pas forcément indispensable pour la prise en charge de la personne. En résumé, les interviewés expriment une divergence des points de vue vis-à-vis de l'adoption de cet outil standardisé

En réalisant une analyse du profil des répondants sur cette question, nous voyons que les interviewés qui ne sont pas d'accord sont surtout des professionnels libéraux et des professionnels provenant d'un établissement sanitaire. Le seul professionnel libéral qui estime qu'il est très important d'avoir cet outil est déjà sensibilisé par la démarche MAIA. Les acteurs sociaux ainsi que des associations font partie des catégories d'acteurs qui sont plutôt favorables à adopter cet outil. Le résultat est présenté dans le tableau 26 en dessous :

Tableau 26 : l'analyse du profil des répondants pour la question d'adoption de l'outil commun d'évaluation MAIA

Types d'acteurs /réponses	**Réponse à la question 3 : l'adoption de l'outil commun d'évaluation MAIA**			
	très important	**important**	**pas très important**	**pas du tout important**
Professionnels libéraux (9)[25]	11% (1)	67% (6)	11% (1)	11% (1)
Sanitaires établissements (9)	33% (3)	44% (4)	11% (1)	11% (1)
Médico-sociaux (6)	50% (3)	33% (2)	17% (1)	0%
Sociaux (7)	43% (3)	57% (4)	0%	0%
Association (2)	0%	100% (2)	0%	0%
Professionnels MAIA (4)	75% (3)	25% (1)	0%	0%

[25] Le chiffre entre parenthèse représente le nombre de répondant concerné

Source : élaboré à partir des réponses au questionnaire descriptif

Selon les interviewés, cette divergence des points de vue est principalement due à des différences au niveau des pratiques et cultures professionnelles. Certains professionnels de santé, comme les médecins généralistes ne se basent pas sur un outil d'évaluation pour évaluer les besoins de la personne, contrairement à certains travailleurs sociaux qui font leur évaluation en se basant essentiellement sur une grille. Par ailleurs, lors de notre observation sur le terrain, nous avons eu la possibilité d'assister à des entretiens d'évaluation de la MAIA Marseille conduits par l'équipe d'évaluation nationale des MAIA en 2016, et pendant un entretien réalisé avec le médecin du réseau gérontologique sud de Marseille, le médecin a parlé des difficultés d'adoption de cet outil MAIA, puisqu'il génère des résultats qui sont contradictoires par rapport aux résultats générés par un autre outil d'évaluation des besoins qu'il a choisi d'utiliser. En effet, les pratiques professionnelles peuvent être différents d'un médecin à l'autre aussi. Ce constat rejoint aussi le rapport d'évaluation nationale des MAIA (2017, p.84-85) ayant fait la même remarque, et montrant qu'il existe finalement peu de professionnels qui utilisent systématiquement l'ensemble des outils proposés par les MAIA.

Une grille standardisée, c'est très compliqué. Je pense qu'une grille comme ça peut rendre les choses d'un côté plus simple au premier abord, après, par contre, il faut mieux comprendre. Donc, ça dépend quels sont les intervenants que vous êtes. Si vous êtes un intervenant médical, je pense qu'une grille ne peut pas suffire, c'est (utile) au premier abord. Si vous êtes plus du côté entre guillemet administratif, ça, ça peut beaucoup plus vous aider, parce que vous avez un fonctionnement qui est beaucoup plus par grille aussi. (Médecin généraliste P.L)

Par ailleurs, certains interviewés pensent que le travail de l'orientation ne fait pas partie de leur cœur de métier, et ils n'ont pas la disponibilité pour le faire. Et lors de notre observation lors d'un repas entre les pilotes de la région PACA et leur référent de l'ARS, ce référent a exprimé son inquiétude vis-à-vis de l'utilisation de cet outil MAIA par les médecins généralistes, puisqu'il a du mal à voir les médecins généralistes qui vont remplir cet outil, étant donné que ces derniers n'ont que 15 minutes pour voir un patient.

Et il pense qu'en cas de besoin, les médecins généralistes peuvent appeler un acteur dont la mission est accueil-information-orientation, comme les pôles info séniors, et c'est eux qui vont remplir cet outil à la place des médecins.

Le problème c'est que on n'a pas le temps, il faut en plus qu'on remplisse les grilles… (Infirmière libérale S.P)

C'est important, mais pas important pour moi, en tant que neurologue, peu utilité. C'est plutôt important pour les services de coordination. (Neurologue, CGD)

Même si certains interviewés sont d'accords avec le principe de l'outil commun MAIA, ils disent que le format actuel de cet outil (en papier) n'est pas utilisable encore pour diverses raisons.

Je suis d'accord pour avoir cet outil, mais à le retravailler d'une certaine manière, et qui ne soit pas ouvert à n'importe quel type d'intervenant. Je pense que ce n'est pas utile dans le format que ça a maintenant, mais le principe, je suis d'accord, parce que ça facilitera les transmissions entre intervenants et les signalements, pour moi, je suis tout à fait d'accord par rapport à ça. (Psychomotricienne, ESA)

Par conséquent, la possibilité de concrétiser la pensée modulaire au niveau de la conception des processus de prise en charge, destinée à la prise en charge de la population cible MAIA, en impliquant tous les acteurs concernés par cette prise en charge, est remise en question.

Contrairement à la difficulté rencontrée dans la concrétisation de cette pensée modulaire dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille, via la mise en place de l'outil commun MAIA mentionné ci-dessus, d'autres projets ou programmes de prise en charge qui se mettent en place en déhors du déploiement de la MAIA Marseille arrivent à aller plus loins dans la concrétisation de la pensée modulaire au niveau de la conception des processus. Par rapport à la MAIA Marseille, ces projets ou programmes

sont plus petits et restreints en termes de cible de prise en charge, de nombre et de catégorie des professionnels impliqués.

A titre d'exemple, dans le cadre du projet ANAP « filières de soins gérontologique », les différentes parties prenantes de ce projet se sont accordées pour choisir une grille d'évaluation multidimensionnelle rapide pour l'orientation, destinée à repérer les risques de rehospitalisation à un mois chez des personnes âgées de plus de 75 ans (CF verbatim cité ci-dessus pour le code « type d'automatisation flexible »). Cette grille sera utilisée uniquement par les urgences des hôpitaux à Marseille, et en fonction du score obtenu à l'issue de cette évaluation, les différentes réponses possibles et adaptées seront proposées aux usagers. Pour l'instant, ces réponses sont en cours de construction.

Et dans le cadre du projet ANAP "filière de soins", on construit une filière derrière. La grille en elle même, elle sert à repérer la fragilité…et en fonction du score obtenu, on va mettre des personnes en face, on va travailler là dessus : qui on met en face pour graduer la réponse. 1- 3, c'est pas une situation très compliquée, un infirmier libéral peut gérer ça. 4, c'est un cas un peu plus lourd, c'est l'équipe qui se déplace, parce qu'il y a des problématiques qui nécessite d'une intervention pluri-professionnelle avec un médecin, un infirmier, un psychologue, ou peut-être un ergothérapeute. Nous, on va travailler là-dessus, c'est très important. (Directeur, Réseau de santé polyvalent Ilhup)

Un autre exemple de l'application de la pensée modulaire au niveau de la conception des processus à petite échelle, c'est le déploiement des différents programmes d'éducation thérapeutique par le réseau de santé croisée Marseille. Contrairement aux deux premières initiatives mentionées ci-dessus qui sont en cours de construction (i.e. outil commun MAIA et projet ANAP repérage du risque de rehospitalisation), cette troisième initiative est en cours de déploiement. Plus spécifiquement, ces programmes commencent toujours par un bilan éducatif et une évaluation, ainsi, le processus d'identification des besoins de la personne reste le même pour tous les usagers. A l'issue de ce bilan, le programme d'éducation thérapeutique sera personnalisé, en fonction des besoins identifiés des différents usagers.

Donc, après, avec chaque structure, on a le même outil, le même process, l'éducation thérapeutique avec bilan, etc. (Directrice, Réseau de santé croisée)

Plusieurs possibilités pour votre programme d'éducation. Toutes les actions que vous mènerez sont proposées suite à un bilan éducatif partagé réalisé au sein de l'association. Vous pouvez choisir des séances collectives et/ou individuelles. (Programme de l'éducation thérapeutique Diabète du type 2 présenté dans l'annexe 15)

Et pour mener à bien la conception et le déploiement des processus flexibles, les éléments technologiques (i.e. automatisation flexible) et processuels (pensée modulaire au niveau de la conception des processus) ont besoin d'être complétés par les éléments humains, notamment, le **capital humain adaptatif**. Ce dernier élément permet d'éliminer des rigidités inhérentes au sein de ces éléments processuels et technologiques.

Ils avaient besoin de faire l'éducation thérapeutique. Comme nous, notre programme, c'est un bilan individuel ou du groupe, et puis une évaluation, ca s'adapte complètement à chacun. Donc, là, on va adapter, là on va commencer par des tous petits groupes, finalement, le groupe, c'est pas forcément le mieux, donc, qu'on va peut-être faire de l'individuel. (Directrice, réseau de santé croisée)

Cependant, cet aspect humain est seulement abordé par une seule source qui dirige le déploiement des différents programmes d'éducation thérapeutique, selon le résultat de l'analyse du profil des répondants et de l'occurrence des verbatim pour le code « capital humain adaptatif » (présenté dans l'annexe 12). Parce que selon les données collectées, à part ces programmes d'éducation thérapeutique, les autres initiatives visant à appliquer la pensée modulaire au niveau de la conception des processus de prise en charge sont en cours d'élaboration. Et le facteur humain adaptatif peut seulement jouer son rôle dans la phase du déploiement des processus flexibles.

4.1.1.4 la capacité à assurer la continuité de délivrance des services de santé

Cette capacité consiste à assurer que les différents services complémentaires soient délivrés à la bonne personne, dans la bonne séquence, au bon moment, et au bon endroit. En se basant sur la littérature relative à la continuité de délivrances des services de santé, nous avons construit des codes relatifs aux différentes composantes et indicateurs de cette dimension, qui sont présentés dans le tableau 27 en dessous.

Tableau 27 : liste des codes associés à la dimension gestion de la continuité de délivrance des services de santé

Concept	Dimension	Composante	Indicateur
La CPM de services de santé	Gestion de la continuité de délivrance de services de santé	Continuité relationnelle	Fréquence de contact/interaction entre les professionnels et l'usager
		Continuité informationnelle	Traçabilité des informations relatives à la prise en charge de l'usager
		Continuité managériale	Temps de réponse aux besoins changeants des usagers
			Absence de rupture de prise en charge des usagers

Source : codes établis dans Nvivo

Au niveau de **la gestion de la continuité relationnelle**, il s'agit de maintenir une relation régulière et continue avec les usagers tout le long de leur prise en charge. Cette continuité est souvent assurée par les professionnels qui interviennent régulièrement au domicile des usagers, ou ceux qui font un suivi régulier de la situation de ces usagers.

C'est une dame que je connais depuis très longtemps, je l'ai connue célibataire, je l'ai connue mariée, je l'ai connue veuve. Donc, une évolution longue. (Médecin généraliste P.L)

La gestionnaire de cas s'occupe de les emmener dans des consultations, quand ils ont été hospitalisés, elle est allée les voir…vraiment, grande disponibilité. (Médecin généraliste J)

La continuité informationnelle est assurée, lorsque les professionnels de santé

peuvent avoir accès aux informations relatives à la prise en charge passée des usagers, et qui peuvent l'utiliser pour rendre leur prise en charge actuelle appropriée. En revanche, selon certains interviewés, la discontinuité des informations peut être présente chez certains cas de prise en charge. La raison principale derrière cette discontinuité, c'est le problème de la traçabilité des informations. A titre d'exemple, lorsque les gériatres ou les neurologues reçoivent des usagers âgés en consultation, ils ont besoin de connaitre les antécédents de leurs maladies ; les types de médicaments prescrits auparavant ; les évènements passés dans la vie de la malade. Or, ces informations ne leur sont souvent pas fournies en détail par les autres professionnels intervenant au domicile de la personne, ou elles sont incomplètes. Et ce type d'usagers est souvent atteint des troubles de mémoire, des troubles de comportement. Ainsi, face à cette non disponibilité des informations relatives à la prise en charge passée de l'usager, les médecins hospitaliers rencontrent souvent des difficultés à délivrer des soins de manière appropriée.

Alors de plus en plus on a en consultation comme à l'hôpital des gens qui arrivent avec leur classeur ou leur cahier de transmission soignante et là c'est vrai qu'on se rend compte qu'il y a une qualité de transmission qui à mes yeux en tout cas est très différente. Je prends l'exemple d'une patiente que j'ai eu en consultation avant les vacances de Noël, elle me donne le cahier infirmier donc l'infirmière était censée faire tension artérielle, fréquence cardiaque, administration du traitement, et en fait tous les jours il y avait de marqué : soins ok, soins ok, soins ok. En fait je m'en fou de savoir si les soins sont ok, ce que je voulais moi c'était connaître la tension, c'était connaître la tension artérielle, donc la fréquence cardiaque et si la dame avait accepté de prendre les traitements... (Gériatre C.F, centre gérontologique départemental)

Et l'absence d'un véritable SIP informatisé, la non mise en place d'un cahier de transmission à domicile ou une mauvaise utilisation de ce cahier (i.e. les informations relatives à la prise en charge de l'usager mals renseignées) sont des causes de ce problème de traçabilité des informations. Parce que ces SIP informatisés ou non informatisés sont tous censés à assurer une traçabilité des informations.

Ce qui serait bien, c'est qu'on ait tous les mêmes outils, des outils que l'on puisse

partager. Un outil informatisé. Ça serait bien que l'on sache que monsieur x, il est déjà connu d'un tel service ou tel autre, au moins de pourvoir les contacter pour savoir qui a fait quoi…que on puisse voir, ne serait-ce que ce patient est passé dix fois aux urgences de l'hôpital nord. Je pense qu'à ce niveau-là, il y a beaucoup de choses à faire. (Infirmière coordinatrice, réseau de santé gérontologique nord)

Malgré les problèmes de discontinuité informationnelle constatés, l'intervention de certains acteurs réticulaires, notamment, les gestionnaires de cas, permet quand même de mettre à disposition des informations importantes relatives à la prise en charge de l'usager, auprès des différents professionnels concernés pour faciliter leur travail dans la prise en charge de l'usager, via une bonne coordination de prise en charge.

En fait, les patients de la MAIA, ils sont souvent accompagnés par les gestionnaires de cas. Du coup, le gestionnaire de cas peut m'informer directement ce qui se passe pour la prise en charge de la personne. C'est idéal ça, c'est idéal. (Neurologue, Centre gérontologique départemental)

La **gestion de la continuité managériale** de délivrance de services consiste à assurer une coordination cohérente au niveau des différents services de santé fournis, autour des besoins spécifiques de chaque usager ainsi que ses évolutions, pour qu'il n'y ait pas de rupture de prise en charge. Selon les interviewés, lors de la prise en charge des usagers, les ruptures de prise en charge ont été souvent constatés au moment de la transition de l'usager d'un établissement à l'autre, ou d'un service à l'autre, notamment, au moment de la sortie de l'hospitalisation. L'impact de la sortie de l'hospitalisation non préparée ou mal préparée peut être néfaste pour les personnes âgées ayant peu ou pas d'entourage familiale.

Là où c'est difficile, c'est quand la personne est vraiment isolée et qu'elle est seule. Ça, ce sont les situations les plus difficiles. Par exemple, pour une personne qui est seule ou isolée, elle est hospitalisée. L'hôpital l'a fait sortir un vendredi après-midi, son frigo est vide. Voilà, problème, qui va faire les courses ? Les aides ménagères ne travaillent pas le samedi et le dimanche souvent. Alors, l'hôpital, il vous dit : elle sort de l'hôpital, et nous, comment on fait ? Et là, il y a personne, personne ! (Directrice, SSIAD)

Par ailleurs, des incohérences ont été également constatées au niveau de la planification

des interventions des différents professionnels concernés par la prise en charge d'un même usager. Selon les interviewés, il n'est pas rare que deux professionnels qui interviennent tous au domicile de l'usager arrivent en même temps chez la personne, à faute d'une coordination de la prise en charge.

C'est très très basique comme difficulté, mais ca peut arriver effectivement, on se retrouve aux plusieurs intervenants en même temps. Parce qu'il y a des difficultés au niveau de planning, parce que les intervenants ne sont pas au courant qu'un jour à telle heure, il y a en a un autre qui vient. Moi, ca m'arrive très souvent en ce moment, avec une autre patiente. Quand je veux aller le voir le jour de mon rendez-vous, à l'heure de mon rendez-vous, ben, il y a le kiné qui arrive 5 ou 10 minutes après. Donc, on est obligée, soit c'est moi qui repart, soit c'est elle qui repart, mais il y a forcément une séance qui saute. C'est dommage. (Orthophoniste)

Même s'il existe des incohérences de prise en charge constatées sur le terrain, les interviewés expriment quand même un avis partagé que l'intervention des acteurs réticulaires, en particulier, les gestionnaires de cas, permet justement d'éliminer ces incohérences mentionnées ci-dessus, d'apporter des bonnes réponses aux bon moment de la prise en charge, et d'éviter des ruptures dans la prise en charge de la personne.

Par exemple on a pu maintenir des gens au domicile grâce aux gestionnaires de cas qui faisait tout ce travail de collaboration, de coordination. (Directrice, SSIAD)

La gestion de la continuité managériale repose aussi sur la gestion de la continuité informationnelle, autrement dit, sur la traçabilité des informations relatives à la situation de l'usager ainsi que ses évolutions. Parce que parfois la non mise à disposition de ces informations auprès des professionnels concernés peut directement entrainer une rupture de prise en charge. Et le fait de pouvoir accéder à ces informations permet aux professionnels d'ajuster leur prise en charge au bon moment, ce qui permet justement d'éviter des ruptures de prise en charge.

C'est bien d'avoir ce cahier, parce que s'il se passe quelque chose dans la matinée, on a besoin de le savoir par rapport à la prise en charge pour pouvoir adapter la prise en charge au moment même on arrive. Si on sait que par exemple la personne a mal dormie,

ou qui ont une chute, ou quelque chose comme ça, nous, ça va nous permettre d'adapter la prise en charge ce jour même, parce que ça serait noté dans le cahier. (Psychomotricienne, Equipe Spécialisée Alzheimer).

4.1.2 La présentation des résultats relatifs aux relations entre les dimensions de la CPM de services de santé

Après avoir présenté respectivement les résultats collectés relatifs aux quatre dimensions de la CPM de services de santé, nous allons par la suite présenter des résultats permettant de montrer les différentes relations existantes entre ces dimensions dans cette section.

- **La relation entre la capacité à assurer la continuité de délivrance de services de santé et la capacité à identifier des réponses aux besoins d'usagers**

Selon les interviewés, l'identification des réponses aux besoins d'usagers repose largement sur la capacité à maintenir une continuité relationnelle avec l'usager tout le long de sa prise en charge. Parce que les professionnels qui interviennent régulièrement au domicile de l'usager, comme les infirmiers libéraux, les auxiliaires de vie et les gestionnaires de cas, arrivent à établir une relation régulière et continue avec ce dernier. Grâce à cette relation établie, ils arrivent à identifier des évolutions de l'état de santé de la personne, et ils constituent ainsi des premières sources d'information concernant l'évolution des besoins de la personne suivie. Et une fois que cette évolution est détectée, les réponses pourraient être apportées à cette évolution au bon moment.

L'infirmier, c'est super important, c'est quelqu'un qui va venir tous les jours, qui va voir comment ça évolue. (Médecin généraliste P.L)

Mais l'aide à domicile, c'est souvent ceux qui sont le plus présent auprès des personnes et moi, je trouve, que c'est une source d'information énorme. (Gestionnaire de cas A.A)

Par ailleurs, grâce à la traçabilité des informations relatives à la situation de la personne,

les professionnels concernés peuvent identifier des besoins non comblés de la personne au bon moment, et apporter par la suite une réponse adaptée à cette personne.

Chez un patient, on avait un cahier où chacun écrivait s'il y a quelque chose à dire, c'était pour tous les intervenants…C'est bien d'avoir ce cahier, parce que s'il se passe quelque chose dans la matinée, on a besoin de le savoir par rapport à la prise en charge, pour pouvoir adapter la prise en charge au moment même on arrive. Si on sait que par exemple la personne a mal dormie, ou qui ont une chute, ou quelque chose comme ça, nous, ca va nous permettre d'adapter la prise en charge ce jour même, parce que ca serait noté dans le cahier. (Psychomotricienne, Equipe spécialisée Alzheimer)

Et en absence d'une coordination de la prise en charge tout le long du parcours de santé de la personne, à titre d'exemple, la sortie d'hospitalisation non préparée, la présence des ruptures de prise en charge au sein de ce parcours sera inévitable. Ainsi, le maintien d'une continuité managériale dans la délivrance de services est essentiel pour apporter des bonnes réponses auprès de la bonne personne au bon moment et au bon endroit.

- **La relation entre la capacité à développer l'espace de solutions et la capacité à concevoir des processus flexibles et robustes**

L'application de la pensée modulaire au niveau de la conception des processus destiné à la prise en charge d'un groupe ou d'une population spécifique d'usagers nécessite que les différentes offres de services (solutions) soient déjà développées et délimitées en amont. A titre d'exemple, concernant l'initiative du repérage de risque de rehospitalisation à un mois des personnes âgées de plus de 75 ans développé dans le cadre du projet ANAP « filière de soins gérontologique », la standardisation du processus d'évaluation et d'orientation a eu lieu, suite à un choix d'utilisation de l'outil commun d'évaluation pour l'orientation par les urgences des hôpitaux. Mais pour que ce processus standardisé puisse être connecté à différents processus de prise en charge personnalisés (i.e. pensée modulaire au niveau de la conception des processus), les différentes réponses ont besoin d'être développées et délimitées en amont. Et ce développement est en cours.

Et dans le cadre de projet ANAP "filière de soins", on construit une filière derrière. La grille en elle-même, elle sert à repérer la fragilité, maintenant, on construit un parcours derrière.....en fonction du score obtenu, on va mettre des personnes en face, on va travailler là-dessus : qui on met en face pour graduer la réponse. 1- 3, c'est pas une situation très compliquée, un infirmier libéral peut gérer ça. 4, c'est un cas un peu plus lourd, c'est l'équipe qui se déplace, parce qu'il y a des problématiques qui nécessite d'une intervention pluriprofessionnelle avec un médecin, un infirmier, un psychologue, ou peut-être un ergothérapeute. Nous, on va travailler là-dessus, c'est très important. (Directeur, Réseau de santé polyvalent Ilhup)

Selon le résultat d'analyse du profil des répondants, et de l'occurrence des verbatim pour les relations identifiées entre les codes présenté dans l'annexe 13, cette relation d'influence a été peu abordée par les interviewés. Parce qu'il existe encore peu d'initiatives utilisant la pensée modulaire au niveau de la conception des processus, dans la prise en charge des usagers sur le terrain, et ces initiatives sont souvent développées à titre expérimental. Ainsi, peu d'interviewés sont impliqués dans le développement de ces initiatives. Idem pour le développement de l'espace de solutions. (CF les résultats présentés respectivement pour ces deux codes dans la section 4.1.1.2 et la section 4.1.1.3).

- **La relation entre la conception robuste des processus flexibles et l'identification des réponses aux besoins d'usagers**

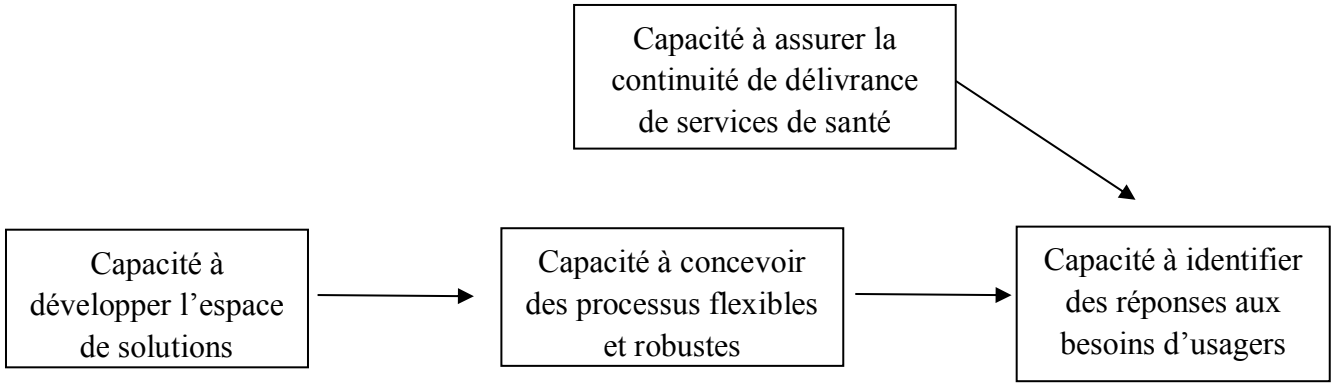
Selon les résultats présentés relatifs au code « type d'automatisation flexible », le développement des différents outils communs d'évaluation pour l'orientation vise tous à générer automatiquement des propositions d'orientation de la personne vers des solutions les plus adaptées, à l'issue d'une évaluation de ses besoins. Par ailleurs, les résultats présentés relatifs au code « pensée modulaire au niveau de la conception des processus » montrent que l'utilisation de ces outils communs d'évaluation pour l'orientation permet de standardiser le processus d'évaluation et d'orientation. Ensuite, ce processus standardisé peut être connecté avec différents processus de prise en charge personnalisés, à travers la fonction d'orientation de ces outils. Par conséquent, le

développement des différents outils communs d'évaluation pour l'orientation permet de concrétiser la pensée modulaire au niveau de la conception des processus. Et l'utilisation de cette pensée modulaire dans la prise en charge des personnes âgées contribue à l'identification des réponses aux besoins des différents usagers faisant partie d'un groupe ou d'une population spécifique d'usagers.

Les verbatim associés respectivement aux codes « types d'automatisation flexible » et « pensée modulaire au niveau de la conception des processus » permettent aussi de montrer un lien entre la conception robuste des processus flexibles et l'identification des réponses aux besoins d'usagers. (CF la section 4.1.1.3). Par conséquent, dans un souci de redondance et de duplication des verbatim, ils ne seront pas présentés à nouveau ici.

En outre, ce constat est soutenu aussi par les données secondaires. Selon le cahier pédagogique de la MAIA (2014, p.8-p.14), l'expérience expérimentale du déploiement de ce dispositif à l'échelle nationale a permis de montrer que le nombre de contacts moyens pour identifier des réponses adaptées sur un territoire donné est passé de 3,2 interlocuteurs à 1.3 interlocuteurs, une fois qu'une méthodologie commune d'analyse des besoins et d'orientations est construite, auprès d'un ensemble d'acteurs concernés par cette expérimentation. La figure 22 présentée ci-dessous permet d'illustrer les différentes relations identifiées entre les différentes dimensions de la CPM de services de santé.

La figure 22 : les relations identifiées entre les différentes dimensions de la CPM de services de santé.



Source : les discours des interviewés

4.1.3 La synthèse et la discussion des résultats collectés relatifs à la CPM de services de santé par rapport à la littérature concernée

Selon les résultats présentés dans la section 4.1.1 et 4.1.2, nous avons identifié des différentes pratiques professionnelles associées respectivement au développement des quatre capacités de PM de services de santé, le concept de la CPM est ainsi applicable dans un contexte de prestation de services de santé.

De manière générale, le développement de la CPM de services de santé est encore dans une phase initiale. Les initiatives associées au développement de l'espace de solutions sont encore peu développées sur le terrain, et peu d'acteurs se sont investis ou impliqués dans ce développement. C'est le même cas pour la conception robuste des processus flexibles, nous avons pu identifier quelques projets cherchant à appliquer la pensée modulaire au niveau de la conception des processus, destinée à la prise en charge des personnes âgées, et la plupart d'entre eux sont en cours de développement. Par ailleurs, la MAIA Marseille cherche à concrétiser cette pensée modulaire, via le développement d'un outil commun d'évaluation pour l'orientation (i.e un type d'automatisation flexible). Or, l'adoption de cet outil s'avère difficile, principalement en raison d'une différence au niveau des pratiques et cultures professionnelles.

Les obstacles rencontrés dans le déploiement de la MAIA Marseille, notamment, la réticence exprimée par certains professionnels de santé vis-à-vis de l'adoption de l'outil commun d'évaluation pour l'orientation MAIA nous laisse penser que la délimitation du périmètre d'application de la pensée modulaire au niveau de la conception des processus, est un facteur important à prendre compte dans la réussite de la conception

robuste des processus flexible en santé. En effet, les autres initiatives identifiées sur le terrain, cherchant à appliquer cette pensée modulaire au niveau de la conception des processus de prise en charge, sont plus petits et restreints en termes de cible de prise en charge, et de nombre des professionnels impliqués. Par exemple, le projet ANAP « repérage de risque de rehospitalisation à un mois » s'adresse uniquement aux personnes âgées fragiles de 75 ans et plus, et l'outil d'évaluation développé dans le cadre de ce projet sera seulement utilisé par les urgences des hôpitaux à Marseille. Comme ce projet se déploie à une plus petite échelle, et impliquant moins de parties prenantes par rapport à la MAIA, les acteurs concernés se sont déjà accordés sur le choix de l'outil d'évaluation. Ainsi, son déploiement ne rencontrera pas les mêmes difficultés que celles rencontrés dans le déploiement de la MAIA Marseille. (CF aussi la présentation des résultats relative au code conception robuste des processus flexibles dans la section 4.1.1.3)

Par ailleurs, les initiatives, abordées dans certains travaux de recherche (Bohmer, 2005, p.326), relatives à l'application de la pensée modulaire dans la prise en charge des usagers en santé, s'adressent aussi à des petits groupes d'usagers (e.g. hypertension, diabète), et qui impliquent un nombre de professionnels restreints. Par conséquent, il nous semble propice d'appliquer la pensée modulaire au niveau de la conception des processus de prise en charge à une petite échelle (cible de prise en charge et nombre de professionnels impliqués restreints), surtout dans un contexte où les pratiques et les cultures professionnelles (i.e. sanitaire, social, médico-social) sont relativement différentes.

Comme la plupart des projets relatifs à l'application de cette pensée modulaire dans la prise en charge des usagers sont en cours de construction sur le terrain, le rôle du capital humain adaptatif dans la conception et le déploiement des processus flexibles a été très peu abordé par les interviewés. Son importance va peut-être se révéler davantage, lorsque ces projets mentionnés ci-dessus seront réalisés.

Concernant la gestion de la continuité de délivrance de services, certains travaux de recherche indiquent que les différentes dimensions de cette continuité peuvent s'imbriquer entre eux (Gulliford et al., 2006, p.250 ; Guan et Sampieri, 2016). Selon les résultats présentés dans la section 4.1.1.4, des discontinuités de prise en charge ont été observées sur le terrain, une absence de continuité informationnelle peut directement entrainer des ruptures de prise en charge. Ainsi, la relation directe entre la continuité informationnelle et la continuité managériale a été observée sur le terrain. En revanche, les influences exercées par la gestion de la continuité relationnelle vis-à-vis respectivement de la continuité informationnelle, et de la continuité managériale ont été peu abordée par les interviewés. Selon nous, c'est probablement parce que le lien d'influence exercé par la continuité relationnelle vis-à-vis des deux autres dimensions de la continuité de délivrance de services ne sont pas directes, puisque le fait de maintenir une continuité relationnelle avec l'usager n'abouti pas forcément et systématiquement une continuité informationnelle ou managériale.

Contrairement à Zhang *et al*. (2015) qui ont démontré que les différentes capacités de PM proposées par Zipkin (2001) sont interdépendantes et positivement associées entre eux dans un contexte industriel. Dans cette recherche, nous n'avons pas trouvé un lien d'interdépendance entre toutes les capacités de PM de services de santé. Les liens identifiés entre ces capacités sont figurés dans la figure 22 présentée à la fin de la section 4.1.2. A titre d'exemple, nous n'avons pas pu identifier des relations entre le développement de l'espace de solutions et la gestion de la continuité de délivrance de services, ou entre la conception robuste des processus flexibles et la gestion de la continuité de délivrance de services. Il nous semble que la raison principale, c'est que le développement de l'espace de solutions et la conception robuste des processus flexibles ne sont tous pas suffisamment avancés sur le terrain. Ainsi, leurs impacts vis-à-vis de la gestion de la continuité de délivrance de services ne sont pas encore observables pour l'instant.

4.2 La description et la discussion de la modularité de prestation de services de santé

Pour décrire comment concrètement la prestation modulaire de services de santé se réalise sur le terrain, nous commençons par une présentation des résultats bruts associés à chaque dimension (indicateurs associés) de ce concept (section 4.2.1). Ensuite, nous allons présenter des résultats collectés qui révèlent les différentes relations existantes entre les dimensions de ce concept (section 4.2.2). Enfin, nous allons discuter des résultats présentés par rapport à la littérature portant sur la modularité de services (section 4.2.3).

4.2.1 La présentation des résultats bruts associés à chaque dimension de ce concept

4.2.1.1 L'architecture décomposable

En se basant sur notre grille de codage présentée dans le tableau 20 (section 3.4.3 - protocole de recherche), nous avons identifié les verbatim associés aux différents indicateurs de la dimension : architecture décomposable. La partie des codes Nvivo associés à cette dimension est présentée dans le tableau 28 en dessous.

Tableau 28 : liste des codes associés à la dimension architecture décomposable

Concept	Dimension	Indicateur
Modularité de prestation de services de santé	Architecture décomposable	Fonction spécifique des modules
		Indépendance relative des modules

Source : codes établis dans Nvivo

Selon les résultats collectés, l'architecture globale de l'offre de services de santé destinée à la population des personnes âgées est **décomposable**. Les différentes offres de service, ou les différentes interventions des professionnels de santé peuvent être

considérées comme les différents modules de service. Chaque module de service est conçu pour remplir une **fonction spécifique,** que ce soit dans le secteur médical, le secteur médico-social, ou encore le secteur social. Et ils contribuent ensemble à l'offre globale de services de santé destinée à la population des personnes âgées.

Donc, nous sommes tous intervenants, avec les infirmiers, les kinésithérapeutes, et les différents intervenants sociaux, tels que l'aide ménagère, la femme de ménage, à titre chacun de sa spécialité. (Médecin généraliste J)

Chaque profession amène ses connaissances et son savoir, on ne peut pas tout mélanger. Et c'est l'équilibre justement de toutes ces personnes qui fait que le quotidien va être amélioré ou pas. (Infirmière libérale S.P)

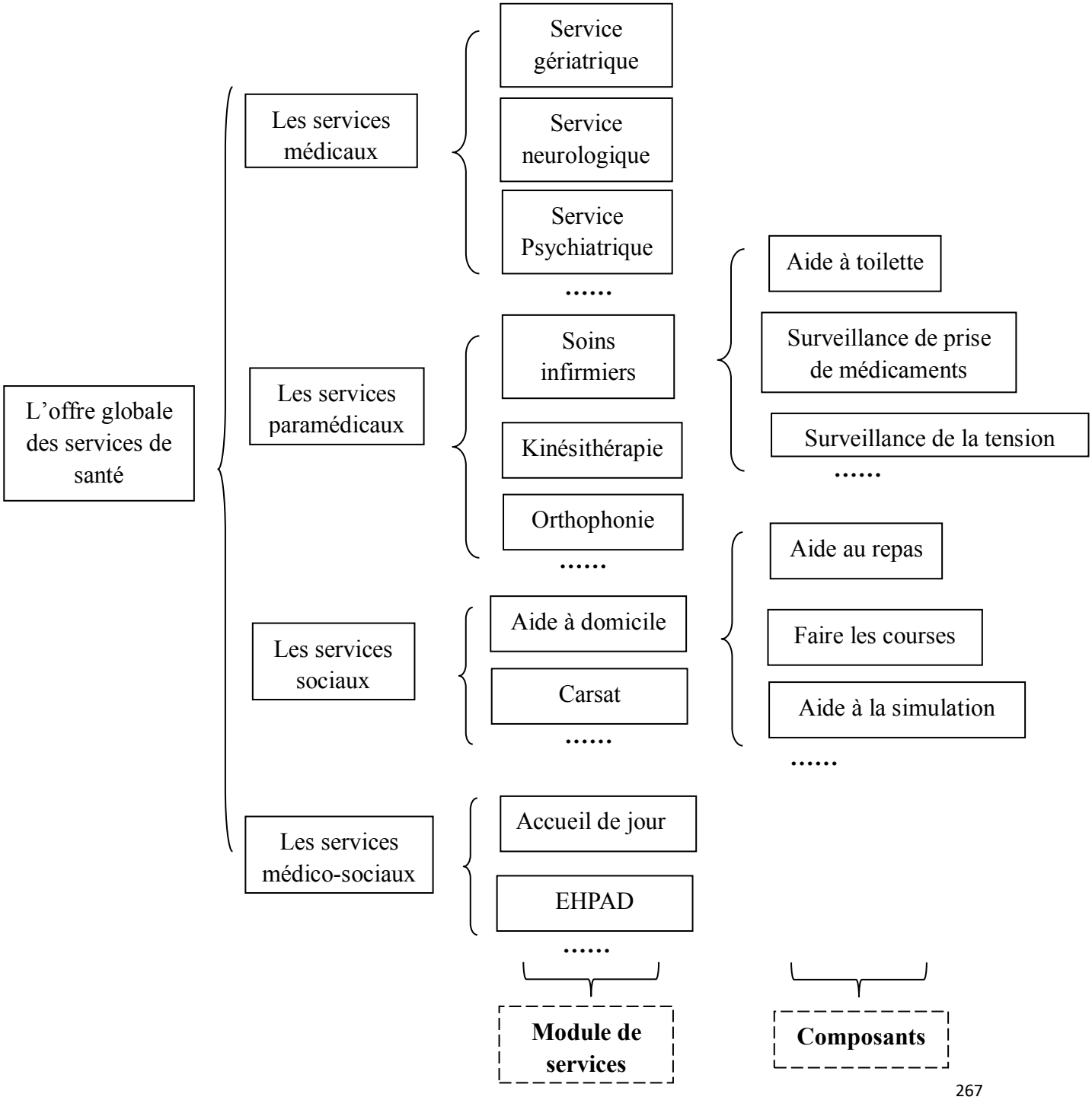
On est chacun dans des catégories, et je pense aussi qu'il faut qu'on respecte chacun nos catégories, comme moi je me verrais mal dire que telle personne, au niveau social, il lui faut telle chose, alors que c'est pas du tout de mon domaine, je me verrais jamais faire un dossier APA, parce que c'est pas du tout de mon domaine, on a chacun nos missions. (Psychomotricienne, Equipe spécialisée Alzheimer)

Par ailleurs, au sein de chaque module de service, on retrouve les différents composants de ce module qui sont interdépendants, mais **l'interdépendance entre les différents modules de service est minimisée**, puisqu'ils ont tous une fonction spécifique à remplir. A titre d'exemple, un mode de service comme l'aide à domicile peut être décomposé en différents composants suivants : aide au repas, aide à la stimulation, faire les courses, etc. Et un module de service comme les soins infirmiers peut être décomposé en différents composants suivants : aide à la toilette, surveillance de la tension, surveillance de la prise de médicaments, etc. Ces composants sont interdépendants, par exemple, la surveillance de la tension et la surveillance de la prise de médicaments sont inséparables. Mais, chaque module de service est indépendant. Les soins infirmiers sont réalisés par les infirmiers indépendamment des interventions des autres professionnels de santé (e.g. kinésithérapeutes, orthophonistes). La figure 23 présentée ci-dessous permet d'illustrer l'architecture décomposable de l'offre globale des services de santé destinée à la prise en charge de la population des personnes âgées.

Par exemple, on lui surveille la prise en charge de médicament, on lui surveille sa tension, et on vérifie que son état d'hygiène est satisfaisant. (Infirmière libérale S.P)

Donc chez ce couple là c'était de la préparation des repas, de la stimulation pour un petit peu pousser Madame à garder son autonomie, à maintenir son autonomie, donc aider l'intervenante à préparer les repas, monsieur aussi, il mettait la table, il débarrassait la table, voilà… (Responsable de secteur, SAD)

Figure 23 : illustration de l'architecture de l'offre de services de santé destinée aux personnes âgées



Source : les discours des interviewés

4.2.1.2 Les interfaces

L'interdépendance des modules de services est gérée spécifiquement par les interfaces. Ces dernières permettent de combiner et de recombiner les fonctions spécifiques remplies par les différents modules de service, pour qu'ils puissent contribuer ensemble à une offre globale de services, destinée aux différents usagers ayant des besoins spécifiques.

En s'appuyant sur la littérature de la modularité de services relative à la typologie des interfaces proposée (quatre catégories d'interfaces), nous avons construit une liste de codes correspondants qui est présentée dans le tableau 29 ci dessous. Par ailleurs, une nouvelle catégorie d'interfaces a émergé au cours de nos entretiens : *la catégorie des interfaces cohérence variété flux d'informations*, et qui n'a pas été abordée dans la littérature de la modularité de services. Cette catégorie d'interfaces est présentée en gras dans ce tableau.

Tableau 29 : liste des codes associés à la dimension interfaces

Concept	Dimension	Indicateur
Modularité de prestation de services de santé	Interface	Les différents types d'interfaces : - Interface cohérence module - Interface variété module - Interface cohérence flux d'info - Interface variété flux d'info - **Interface cohérence variété flux d'info**

Source : codes établis dans Nvivo

Nous avons identifié différentes interfaces qui font partie de chacune de ces cinq catégories d'interface. Elles sont soit déjà déployées sur le terrain, soit en cours de

construction.

D'abord, au niveau de la catégorie des **interfaces cohérence module,** nous avons identifié des interfaces suivantes : *les règles de planification pour un flux d'usager fluide* et *les règles de planification pour un flux d'usager sûr*. Ces deux interfaces définissent des règles pour l'ordre dans lequel les modules de service sont délivrés. A travers la définition de l'ordre de délivrance des modules de service, *les règles de planification pour un flux d'usager fluide* cherche à rendre le parcours d'usagers fluide en éliminant les barrières séquentielles.

C'est là qu'on va dire il faut que l'infirmière vient avant 8h00, parce que le monsieur s'en va à 8h00 pour faire les courses, il part toute la journée. (Responsable de coordination, Pôle info sénior Est)

C'est elle, en fonction du planning, qui essaie de mettre en place des RDVs pour que justement par exemple, quand je vais chez le patient, pour être sur que le kiné ne vient pas en même temps que moi. (Orthophoniste)

Et à travers la définition de l'ordre de délivrance des modules de service, *les règles de planification pour un flux d'usager sûr* cherchent à éliminer les barrières médicales (e.g. les risques de rupture médicale, les interventions médicales non adaptées, etc) au sein du parcours d'usagers en assurant la sûreté de ce parcours.

L'idée clé, c'est de sécuriser la sortie de la personne. Gross modo, la chirurgie ambulatoire, c'est une personne rentre le matin, sort le soir. Donc, il y a des actes plus ou moins lourd, des actes qui étaient pas fait au domicile, et il y a un transfert de ce qui était surveillé à l'hôpital vers la ville…Et donc, il y a, si on pouvait le dire, une formation des professionnels de santé à des conduites à tenir et des seuils associés qui sont inscrites dans le protocole tel qu'il est défini par le chirurgien : cette personne va sortir, il faut surveiller ça ça, éduquer le patient aussi, l'aider, savoir s'il se passe telle ou telle chose, il appelle telle ou telle personne. Ca c'est toutes les choses que l'on fait, quand on appelle l'infirmier…ce sont des actions cadencées. (Directeur, Réseau de santé polyvalent Ilhup)

Quand on a enclenché le suivi avec le psychiatre, le psychiatre a dit qu'il y a des médicaments pour l'angoisse qu'il faut prendre à telle heure, et il faut que ça soit pris correctement à des heures voilà. (Gestionnaire de cas M.V)

Ensuite, pour la catégorie des **interfaces variété module,** nous avons identifié des interfaces suivantes : *les catalogues de l'offre de services*, *l'annuaire de l'offre de services*, *les programmes de l'offre de services (packages) pré-combinés*. Les interfaces identifiées dans cette catégorie permettent de guider la sélection des modules de services adaptés aux besoins spécifiques de la personne, et de les substituer en fonction de l'évolution des besoins de cette personne.

Les deux premières interfaces identifiées permettent de guider la sélection des modules de services individuels, quand l'usager a besoin d'une offre de services précise. Plus spécifiquement, *chaque catalogue de l'offre de services* rassemble dans un même document (dépliant), une liste d'offres de services (e.g. service aide à domicile, accueil de jour) sur un territoire donné, avec une présentation succincte de cette offre (e.g. public visé, missions, conditions d'admission, etc).

Après, on fait aussi des documents pour apporter de l'information aux personnes et aux professionnels……dans un même document, on va leur expliquer par exemple qu'est-ce qu'une ESA, à quoi ca sert, comment est-ce qu'on fait pour l'obtenir, et à côté les coordonnées. Alors, ca sert autant aux professionnels, qu'aux familles, ou qu'aux personnes âgées. (Responsable de coordination, Pôle info sénior Centre)

Là, on a travaillé aussi sur une initiative : pour les patients qui sont hospitalisés, et qui vont sortir de l'hospitalisation, la responsable du court séjour gériatrique de CGD avait proposé qu'on travaille sur un document, qu'elle joindra au compte rendu d'hospitalisation des patients qui est adressé aux médecins généralistes dans lequel figurai les coordonnées des intervenants ressources en gérontologie, sous forme d'affiche. Donc, il y a bien évidemment les pôles info séniors, les réseaux de santé gérontologique, et on fait une présentation de la gestion de cas avec le numéro du service de la gestion de cas, et on donne le numéro d'info APA 13. Et le médecin généraliste qui reçoit ça, il peut interpeller ces intervenants ressources en fonction des besoins qu'ils peuvent avoir. (Pilote de la gestion de cas)

Il existe aussi des *annuaires de l'offre de services* qui sont souvent électroniques et qui permettent de recenser sur un territoire donné, une liste exhaustive de différentes offres de services.

C'est un logiciel qui s'appelle, le ROR-PACA, Répertoire Opérationnel des Ressources, ca répertorie tous les centres de convalescences sur la région PACA. (Assistante sociale, Centre gérontologique départemental)

Et puis, il y a le portail où on peut trouver des adresses là……C'est un annuaire, avec des critères d'entrée. On est référencé dans le ROR, ça c'est bien. (Directrice, Creedat)

Au contraire de ces deux premières interfaces, la troisième interface identifiée permet de guider la sélection d'un ensemble de modules de services pré-combinés destiné à un besoin particulier de l'usager. A titre d'exemple, il existe différents programmes d'éducation thérapeutique (e.g. diabétique, hypertension artérielle, etc) destinés à des usagers qui sont atteints de certains problèmes de santé. Chaque programme comprend déjà plusieurs modules de services pré-combinés. Si nous prenons le programme de l'éducation thérapeutique pour le diabète de type 2, il contient par exemple l'éducation avec un diététicien, l'éducation avec un infirmier, l'intervention de podologue, les ateliers de cuisine. Après, en fonction des besoins spécifique de chaque usager et leurs évolutions, ce programme peut être adapté. Un document qui présente ce programme de l'éducation thérapeutique est présenté dans l'annexe 15.

Si les deux premières catégories d'interfaces identifiées consistent à gérer l'interaction au niveau des différents modules de service, nous avons identifié aussi deux catégories d'interfaces suivantes qui gèrent l'interaction au niveau des prestataires de services délivrant ces modules (offres) de service.

Pour la catégorie des **interfaces cohérence flux d'information,** nous avons identifié les différentes interfaces suivantes : *la division du travail* (qui fait quoi), *le dossier patient*, *les règles de partage d'information*, *le langage commun*, *les procédures d'interaction*. Ces interfaces identifiées permettent de faciliter le partage d'information entre les différents prestataires de services, tout en réduisant le besoin d'échange d'informations. Parce que les informations à échanger sont déjà enchâssées (*embedded*) dans ces interfaces, ce qui contribue à une coordination enchâssée (*embedded*

coordination) entre ces prestataires.

La division du travail permet de préciser de manière claire les missions et les responsabilités de chaque prestataire de service, leurs conditions d'admission ou critères d'inclusion, autrement dit le qui fait quoi. Sans cette connaissance du qui fait quoi, l'interaction entre ces prestataires peut être problématique.

C'est pour ça que c'est important pour nous de bien connaître toute la filière gériatrique et géronto-psychiatrique, parce qu'après pour qu'on puisse, justement, dans nos propositions d'orientation, on propose différents acteurs……il faut qu'on ait un réseau et bien connaître tous les acteurs du réseau de prise en charge de la personne âgée. (Directrice, Unité mobile gérontopsychiatrique)

Donc, pour moi, en effet, c'est très important de formaliser les missions clairement : je vais là, pas là, moi, je m'arrête là, à qui je passe le relais, comment je passe le relais. Parce que souvent, il y a l'autre problème, c'est ok, je suis dans ma mission, mais j'ai fini ma mission, et je m'arrête. (Directrice, réseau de santé croisée)

Le dossier patient est un moyen standardisé pour échanger des informations relatives à la situation des usagers entre les professionnels. Dans le dossier patient, on peut consulter les différents comptes rendus d'hospitalisation, les fiches d'orientation, et aussi les prescriptions médicales. En consultant ce dossier, les professionnels peuvent être informés sur ce qui s'est passé tout au long du parcours de santé de l'usager, à condition que le dossier soit complet et bien renseigné.

Les médecins traitants, les assistantes sociales, les psychologues, tout le monde avait accès au dossier du patient. Partage d'information, très bien. (Directrice, SSIAD)

Un patient qui quitte l'hôpital, il va sortir avec un compte rendu médical qui comprend éventuellement les interventions de psychomotricien, ergothérapeute, psychologue, il va sortir avec un bulletin de liaison qui va être fait par les soignants, donc là ce sont les infirmiers, les aides soignants qui remplissent les informations et il va sortir avec ses ordonnances : ordonnances médicales et ordonnances de prise en charge rééducative. (Gériatre C.F, Centre gérontologique départemental)

Pour que les informations puissent être bien partagées entre les différents professionnels de santé et qu'il y ait une cohérence dans ce partage d'information, premièrement, il est

important de connaitre *les règles de partage d'informations* : quelles informations à partager, avec qui, comment, tout en respectant le secret professionnel.

Par contre, sur l'extérieur, on sélectionne, ce qui est vraiment important, et constructif, ce qui va faire avancer la situation, on est obligé de faire un tri, par exemple avec le réseau de santé, la gestion de cas MAIA, le pôle info sénior, avec les infirmières libérales, tous les paramédicaux, on sélectionne l'information qui nous semble utile et nécessaire pour l'avancement de la situation. (Assistante sociale, Centre gérontologique départemental)

Chaque intervenant est censé connaître les règles de partage d'information dans le cadre légal, notamment le secret professionnel, nous sommes soumises tous au secret professionnel, au devoir de réserve, et également au devoir de discrétion professionnelle. (Gériatre C.F, Centre gérontologique départemental)

Deuxièmement, il faudrait parler un minimum de *langage commun*, sinon, ça peut engendrer des incompréhensions entre les professionnels, et ce qui ne favorise pas leur communisation.

C'est très important qu'il y a un langage commun entre les intervenants. Je pense qu'il faut un peu comme une nomenclature, par exemple, les risques sociaux, voilà, il y a tel risque, tel risque, etc. Et qu'on sache tous quand on emploi un certain terme de quel risque on en parle…parce que des fois on a besoin d'être clair et concis dans certaines discussions, parce qu'on n'a pas forcément le temps, et ça fait une perte d'information aussi, parce que les mots qu'on ne comprend pas, on n'y fait pas attention au final. (Psychomotricienne, Equipe spécialisée Alzheimer)

Enfin, les *procédures d'interaction* formalisées entre les différents prestataires de services permettent de préciser la manière dont ces prestataires interagissent entre eux, ce qui permet d'encadrer le partage d'information entre eux. Pour l'instant, ces procédures sont en cours d'élaboration entre la fonction de la gestion de cas et les autres services du territoire dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille. C'est pour cette raison qu'il y a peu de sources qui ont abordé ce code, et ces sources sont des interviewés faisant partie de la gestion de cas et du service APA du conseil départemental, puisqu'il existe déjà des procédures d'interaction qui sont établies entre ces deux services (CF le résultat d'analyse du profil des répondants et l'occurrence des

verbatim pour le code procédure d'interaction-catégorie d'interfaces cohérence flux d'infos).

On est en train de mettre en place une méthodologie de travail et d'échange d'informations entre le service APA et la gestion de cas. On a repéré avec la pilote de la gestion de cas le fait d'avoir besoin d'articuler, de façon procédurale, les relations entre le service de gestion de cas de Marseille et le service APA de Marseille. Avec comment on fait, quand un travailleur social APA a une situation qui pourrait être prise en charge par le service de gestion de cas. Ensuite, comment on fait, quand on est gestionnaire de cas pour échanger sur des situations qui peuvent avoir un jour droit à l'APA, ou qui ont déjà l'APA. Ça, ce sont les échanges, les partages d'informations. (Responsable, Service APA du conseil départemental)

Pour la catégorie des **interfaces variété flux d'information,** nous avons identifié les différentes interfaces suivantes : *les réunions de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire*, *les lignes de communication préétablies*, *l'évaluation continue des besoins*, *l'évaluation multidimensionnelle des besoins pour l'orientation*. Ces interfaces identifiées permettent de faciliter le partage d'information entre les différents prestataires de services, pour combiner et recombiner les différents modules de service en différents packages de services personnalisés, en fonction des besoins des usagers.

Lors d'une *réunion de concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle*, les différents prestataires de services impliqués se concertent entre eux sur le sujet de la prise en charge des usagers : les difficultés rencontrées, les besoins non comblés et les solutions envisagées à mettre en place.

Avec la gestionnaire de cas dernièrement on a fait une réunion il y a quinze jours avec l'association qui va mettre en place les aides ménagères, sa compagne, la gestionnaire de cas et moi…c'est à ce moment-là qu'on a décidé de mettre en place le kiné. (Infirmière libérale C. M)

A travers une *évaluation multidimensionnelle des besoins* de la personne, les besoins non comblés de cette personne peuvent être ainsi identifiés, et dans le cas où la réponse à ces besoins identifiés n'est pas le ressort du professionnel de santé qui a fait cette

évaluation, ce professionnel peut donner des alertes aux autres professionnels de santé appropriés pour le prendre en charge. Il existe différents outils utilisés par les professionnels de santé pour réaliser cette évaluation multidimensionnelle. Certains outils sont conçus pour réaliser une évaluation multidimensionnelle rapide, comme l'outil commun développé par le réseau santé croisée pour les acteurs sociaux. Cet outil permet à ces acteurs de donner des alertes aux professionnels sanitaires, quand ils repèrent un souci de santé de la situation suivie. Et d'autres sont conçus pour réaliser une évaluation multidimensionnelle détaillée et globale, comme l'outil commun utilisé par les gestionnaires de cas, et certains réseaux de santé gérontologique. Il existe aussi des outils non standardisés utilisés par certains acteurs permettant aussi de faire cette évaluation multidimensionnelle globale.

On leur demande pas d'être soignant, on leur demande juste d'être vigilant pour pouvoir orienter vers le bon dispositif, au moins, s'ils ont un doute, de pouvoir nous l'orienter, et nous après, on va se charger. Et on a créé un outil pour ça tous ensemble. C'est-à-dire qu'il y a des groupes de travail avec les acteurs sociaux, et les gens, les personnes âgées. C'est sous forme de plaquette, quelques pages, avec des check-lists, mais très rapide, parce qu'ils ont pas le temps, c'est pas leur cœur de métier. (Directrice, réseau de santé croisée)

Effectivement l'évaluation multidimensionnelle a permis de se rendre compte des difficultés qu'elle pouvait avoir sur le plan instrumental, sur le plan procédural, sur les troubles de la mémoire immédiate, il y a eu pas mal de choses qui ont été constatées. (Gestionnaire de cas A.L)

Par ailleurs, grâce aux différentes lignes *de communication préétablies* entre les professionnels, ces derniers peuvent aussi savoir à qui contacter sur quoi, lorsqu'ils identifient des problèmes chez la personne qui ne sont pas de leur ressort.

Ce qui est important, c'est de donner l'alerte, et de savoir à qui donner l'alerte. (Gériatre S.B, Centre gérontologique départemental)

On a un médecin qui est en gériatrie, donc, à l'étage, mais qui est aussi médecin au réseau santé, donc, lui, il fait l'interface quand on a des problématiques et on est censé saisir le réseau santé. (Assistante sociale, Centre gérontologique départemental)

Pendant la prise en charge de la personne, les différents professionnels de santé font souvent une *évaluation continue des besoins* de cette personne. Et lorsqu'ils détectent une dégradation de la situation suivie, ils vont informer (alerter) aux autres professionnels concernés, si ce n'est pas de leur ressort.

Alors ce qui est marquant dans cette situation, en fait, il y a eu un besoin de réévaluation permanente dans cette situation et qui est constante depuis le départ de la prise en charge…donc en fait, l'adaptation du système d'aide et de soins est à revoir constamment, parce que cette dégradation est de plus en plus importante et elle impacte de plus en plus le quotidien ; ça veut dire qu'il a fallu faire le lien avec les enfants, la famille, faire le lien avec les professionnels… (Gestionnaire de cas A.L)

Dans la cinquième catégorie des **interfaces cohérence variété flux d'information**, nous avons identifié des interfaces suivantes : *les SIP informatisés* et *les SIP non informatisés*. Les objectifs de ces interfaces identifiées sont doubles, elles permettent à la fois d'assurer la cohérence et aussi la variété dans la (re)configuration des packages de services de santé. Plus spécifiquement, en tant qu'un moyen de communication, elles facilitent la transmission des informations entre les différents prestataires de services. Ainsi, les informations relatives à la dégradation de l'état de santé de la personne peuvent être transmises aux bons intervenants qui sont capables de répondre à cette dégradation. Par conséquent, ces interfaces contribuent à la (re)configuration des différents packages de services. Par ailleurs, elles permettent également d'assurer une cohérence au niveau du partage d'information, en réduisant le besoin extensif de coordination, puisqu'elles permettent d'assurer une traçabilité des informations relative à la prise en charge des usagers (les informations à échanger sont déjà enchâssées dans ces interfaces).

Elles ont des cahiers de transmission qui donnent alors aux professionnels du domicile pour qu'ils notent ce qu'ils font quand ils passent chez les personnes. Là, on a décidé que l'aide à domicile, l'orthophoniste, moi, les infirmières, on note toutes nos transmissions dans le même cahier, comme ca, chaque personne qui vient à la maison sait ce qui s'est passé, les soucis repérés. (Gestionnaire de cas M.V)

Ce qui serait bien, c'est qu'on ait tous les mêmes outils, des outils que l'on puisse partager. Un outil informatisé. Ca serait bien que l'on sache que monsieur x, il est déjà connu d'un tel service ou tel autre, au moins de pourvoir les contacter pour savoir qui a fait quoi. (Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord)

En résumé, l'ensemble des interfaces identifié est catégorisé et présenté dans le tableau 30 en dessous, en fonction des différentes catégories d'interfaces mentionnées ci-dessus. A noter que certaines interfaces identifiées ont émergées de nos entretiens conduits sur le terrain, qui n'ont pas été abordées par la littérature de la modularité de services de santé, ces interfaces sont marquées **en gras** dans ce tableau.

Tableau 30 : la présentation des interfaces identifiées en fonction de leurs catégories d'appartenance

La catégorie des interfaces variété module (l'objet d'interaction : module de service + l'objectif : variété)	La catégorie des interfaces variété flux d'informations (l'objet d'interaction : prestataire de service + l'objectif : variété)
- les catalogues de l'offre de services - **l'annuaire de l'offre de services** - les programmes de l'offre de services (packages) pré-combinés	- les réunions de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire - les lignes de communication préétablies - l'évaluation continue des besoins - **l'évaluation multidimensionnelle** (rapide ou détaillée) **des besoins pour l'orientation** (outil standardisé et non standardisé). - ***les SIP informatisés et les SIP non informatisés*** *(cohérence & variété)*
La catégorie des interfaces cohérence module (l'objet d'interaction : module de service + l'objectif : cohérence)	La catégorie des interfaces cohérence flux d'informations (l'objet d'interaction : prestataire de service + l'objectif : cohérence)
- les règles de planification pour un flux d'usager fluide	- la division du travail (qui fait quoi) - le dossier patient

- les règles de planification pour un flux d'usager sûr	- **les règles de partage d'information** - **le langage commun** - **les procédures d'interaction.** - ***les SIP informatisés et les SIP non informatisés*** *(cohérence & variété)*

Source : les discours des interviewés

4.2.1.3 Le processus de spécification du package de services de santé

Le processus dans lequel les différents modules de service sont combinés et recombinés en différents packages de services de santé correspond au processus de spécification du package de services de santé. En se basant sur la littérature de la modularité de prestation de services de santé, nous avons construit des codes relatifs à ce processus de spécification du package qui sont présentés dans le tableau 31 en dessous.

Tableau 31 : liste des codes associés à la dimension processus de spécification du package de services de santé

Concept	Dimension	Indicateur
Modularité de prestation de services de santé	Processus de spécification du package de services de santé	Phase d'assemblage du package de services (a priori-préliminaire, a posteriori)
		Méthodes d'assemblage du package associées

Source : codes établis dans Nvivo

Selon les résultats collectés, le processus de spécification du package de services de santé est présent sur le terrain. Cette spécification du package peut avoir lieu à deux moments différents de la prise en charge : a priori et a posteriori.

Dans la **phase de la spécification du package a priori**, un package de services de santé

préliminaire est assemblé, à l'issue d'une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne. Les modules de service assemblés sont plutôt standardisés et convient à peu près aux besoins de cette personne.

Cette évaluation est souvent effectuée lors des premiers contacts avec l'usager, que ce soit face à face ou au téléphone. Et elle est effectuée seulement si les besoins de la personne sont jugés complexes et nécessitent une évaluation plutôt globale. Pour l'instant, elle est effectuée généralement par les acteurs réticulaires ayant une mission d'information, d'orientation et de coordination de la prise en charge, telle que les réseaux de santé, les pôles infos séniors, les gestionnaires de cas et quelques équipes mobiles hospitalières. Par conséquent, les autres professionnels qui n'effectuent pas cette évaluation peuvent orienter des usagers vers ces acteurs mentionnés ci-dessus pour bénéficier d'une évaluation et d'une coordination globale, si jugé nécessaire lors d'un premier entretien avec l'usager.

C'est une évaluation multidimensionnelle, donc, globale de la personne. Et on va analyser tous les champs environnementaux autour de la personne. Que ce soit le social, le médical, le logement, les liens sociaux, tout, via l'outil RAI (outil d'évaluation multidimensionnelle). *On utilise le même que les gestionnaires de cas……on a pointé ses difficultés, on va faire les propositions et des actions.* (Infirmière coordinatrice, réseau de santé gérontologique Est)

On en fait un avec la personne pour que nous puissions l'aiguiller, mais par contre, pour avoir un bilan qui est encore plus exhaustifs, nous renvoyons vers le pôle info seniors, parce que le pôle info séniors est certainement la plateforme la plus maillée au niveau du territoire gérontologique. (Psychologue, Association aide aux aidants)

La MAIA Marseille cherche à développer un outil commun d'évaluation pour l'orientation, l'idée consiste à standardiser le processus d'analyse, d'évaluation et d'orientation des besoins auprès des acteurs qui reçoivent des usagers faisant partie de la population des personnes âgées de plus de 60 ans. Cette évaluation se réalise aussi lors d'un premier contact avec l'usager, si jugé nécessaire (CF Cahier pédagogique MAIA, 2014). Dans cette perspective, non seulement les acteurs réticulaires mentionnés ci-dessus, mais aussi tous les acteurs concernés par la prise en charge des

personnes âgées seront directement impliqués dans la spécification du package de services de santé préliminaire. En revanche, cela a été mentionné dans la section 4.1.1.3, certains professionnels de santé montre une réticence vis-à-vis de l'utilisation de cet outil, et comme il est en cours d'expérimentation, il n'est pas encore opérationnel à l'heure actuelle.

Une fois que le package de service préliminaire est assemblé, ce package peut-être encore réajusté au commencement de la prise en charge de la personne, puisque le package préliminaire comprend en général des modules de service standardisés, et certains modules nécessitent d'être personnalisés dès le début de la prise en charge.

Alors ce qui est marquant dans cette situation, en fait, il y a eu un besoin de réévaluation permanente dans cette situation et qui est constante depuis le départ de la prise en charge. Pendant sa prise en charge, il y a une aggravation des troubles cognitifs, en particulier de Monsieur, donc en fait, si tu veux, l'adaptation du système d'aide et de soins est à revoir constamment, parce que cette dégradation est de plus en plus importante et elle impacte de plus en plus le quotidien. (Gestionnaire de cas A.L)

Sauf si à travers une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne, le professionnel concerné arrive déjà à bien comprendre les besoins de la personne en profondeur (le cas des acteurs réalisant une évaluation multidimensionnelle globale et détaillée), et en même temps, la situation de la personne n'a pas évolué depuis l'évaluation jusqu'au commencement de la prise en charge. Le package de service préliminaire peut ainsi comprendre déjà des modules de services personnalisés.

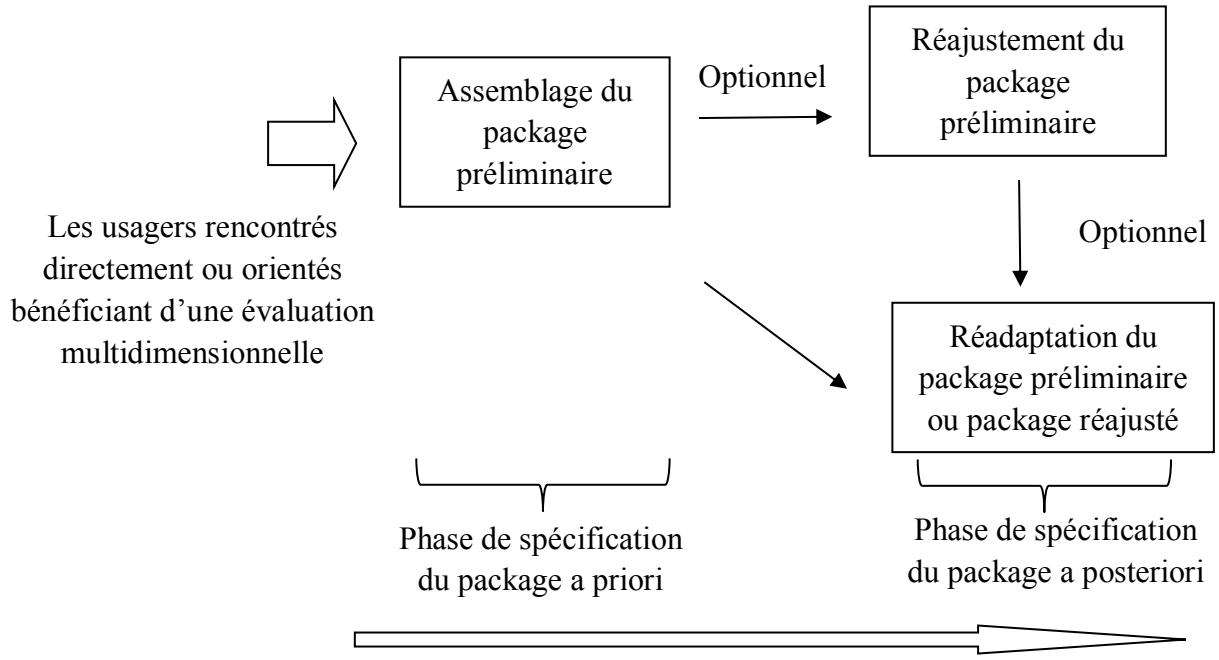
Et pendant la prise en charge de la personne, le package de services de santé préliminaire ou réajusté peut être encore reconfiguré en fonction de l'évolution des besoins de la personne dans le temps. Il s'agit de personnaliser un module de service standardisé, rajouter un module de service complémentaire, ou enlever un module de service dont la personne n'a plus besoin. Et cette reconfiguration du package est faite, lorsqu'il y a eu une réévaluation de la situation suivie.

Le réajustement du package préliminaire, au commencement de la prise en charge, et la réadaptation du package préliminaire ou réajusté pendant la prise en charge relèvent de la **phase de spécification du package de services de santé a posteriori**. Contrairement à la phase de spécification du package a priori (préliminaire), tous les acteurs de prise en charge sont impliqués dans cette phase de spécification du package a posteriori.

On devait suivre la situation, même s'il n'y avait plus rien de particulier à faire sur cette situation, sachant qu'elle était fragile, on était tenu de contacter tout le monde tous les trois mois à peu près pour voir si elle n'a pas eu de nouveaux évènements pour pouvoir réagir à ce moment là. (Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord)

La figure 24 présentée ci-dessous permet d'illustrer ce processus de spécification du package de services de santé identifié sur le terrain.

La figure 24 : processus de spécification du package de services de santé



Processus de spécification du package de services de santé

Source : les discours des interviewés

En outre, quant aux **méthodes de spécification du package**, nous avons identifié deux méthodes de spécification sur le terrain : l'approche « menu » et l'approche « prototype ». L'approche « menu » consiste à sélectionner les différents modules de service nécessaires (à assembler en package de service), en fonction des besoins identifiés de la personne, à partir d'un ensemble d'offres de services disponibles destinés aux personnes âgées (comme un menu).

Donc, là, il fallait mettre en place une infirmière pour les médicaments ; il fallait mettre en place un médecin traitant, puisque le sien a été parti à la retraite ; il fallait mettre en place un kinésithérapeute, parce qu'il fallait encore qu'elle ait des séances de kiné, après sa rééducation ; il fallait organiser tous ses RDV médicaux postopératoires, ca veut dire qu'elle avait des consultations qui étaient prévues avec le chirurgien qui l'a opéré, il fallait qu'elle passe des radio, qu'elle ait un bilan sanguin, tout ca, elle était perdue. Il fallait constituer un dossier APA pour que les aides à domicile soient majorées et soient pérennes dans le temps. (Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord)

L'approche « prototype » repose sur les différents prototypes de traitement, chaque prototype correspond à la délivrance d'une série de modules de services en suivant une séquence spécifique, et qui sont destinés à un groupe spécifique des personnes âgées. Et la personnalisation de ce package est possible, quand on y ajoute des modules de services complémentaires, en fonction des besoins spécifiques de chaque usager faisant partie de ce groupe. Sur le terrain, certains programmes d'éducation thérapeutiques mis en place par le réseau de santé croisée peuvent être considérés comme des différents prototypes de traitement. Si nous prenons l'exemple de programme thérapeutique « activité physique adaptée » (présenté dans l'Annexe 16), dans ce programme, les usagers concernés vont tous bénéficier d'une série d'exercices physiques prédéfinie qui sont délivrées en suivant une séquence spécifique sur un délais de 4 mois. Et à l'issue d'un bilan éducatif réalisé au départ, les exercices physiques exercés par chaque usager peuvent être plus ou moins personnalisés.

4.2.2 La présentation des résultats bruts relatifs aux relations entre les dimensions de ce concept

Après avoir présenté respectivement les résultats collectés relatifs aux trois dimensions de la modularité de prestation de services de santé, nous allons présenter des résultats collectés permettant de révéler des liens entre ces dimensions en dessous. Plus précisément, un seul lien d'influence entre les interfaces et le processus de spécification du package de services de santé a été identifié et qui sera présenté en détail ci-dessous.

- **La relation entre les interfaces et le processus de spécification du package de services de santé**

Le processus de spécification du package de services de santé repose sur les différentes interfaces présentées dans la section 4.2.1.2. Le tableau 32 présenté en dessous permet de donner une vue d'ensemble sur les principales étapes d'un processus de spécification du package de services de santé, ainsi que les différentes interfaces déployées à chacune de ces étapes.

Avant de rentrer dans le détail de la présentation des résultats, il est important de souligner que les verbatim permettant de montrer des liens entre les interfaces et le processus de spécification du package de services, sont souvent les mêmes que les verbatim associés aux différentes interfaces déjà présentés ci-dessus. A titre d'exemple, si nous prenons un verbatim associé à l'interface *évaluation continue des besoins* présentés ci-dessus :

On devait suivre la situation, même s'il y avait plus rien de particulier à faire sur cette situation, sachant qu'elle était fragile, on était tenu de contacter tout le monde tous les trois mois un peu près pour voir si elle n'a pas eu de nouveaux évènements pour pouvoir réagir à ce moment-là. (Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord)

Nous voyons que ce verbatim peut représenter à la fois l'interface évaluation continue

des besoins, mais aussi la phase de spécification du package de services de santé a posteriori (i.e. la personnalisation du package). Par conséquent, selon ce verbatim, la spécification du package de services de santé a posteriori repose sur l'interface suivante : l'évaluation continue des besoins. C'est le même cas pour les autres interfaces. Par conséquent, dans le souci d'éviter des redondances et des duplications de verbatim cités, nous n'allons pas présenter encore une fois les mêmes verbatim ici, et nous allons directement écrire les résultats sans ces verbatim. Si besoin, nous invitons les lecteurs à lire les verbatim concernés qui sont présentés dans la section 4.2.1.2 et 4.2.1.3.

Tableau 32 : le processus de spécification du package de services de santé et les interfaces associés

Les principales étapes		**Les interfaces mobilisées**
La phase de spécification du package de services de santé **a priori**	**Etape 1 : Identification des besoins**	- Evaluation multidimensionnelle des besoins pour l'orientation (outil) - Lignes de communication préétablies - SIP informatisé ou non informatisé
	Etape 2 : Configuration / Assemblage des modules en package de services	- Catalogues des offres de services - Annuaire des offres de services - Programmes des offres de services (packages) pré-combinés - Règles de planification pour un flux d'usager fluide - Règles de planification pour un flux d'usager sûr
	Etape 3 : Mise en cohérence au niveau de l'interaction entre les prestataires concernés dans la délivrance du package	- Division du travail (qui fait quoi défini) - Dossier patient - Règles de partage d'information, - Langage commun

		- Procédures d'interaction - SIP informatisé ou non informatisé
La phase de spécification du package de services de santé a **posteriori**	**Etape 4 : Identification de l'évolution des besoins**	- Réunions de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire - Lignes de communication préétablies - Evaluation continue des besoins *(peut se baser encore sur évaluation multidimensionnelle des besoins*) - SIP informatisé ou non informatisé
	Etape 5 : Reconfiguration du package de service assemblés	**Idem étape 2**
	Etape 6 : Idem étape 3	**Idem étape 3**

Source : les discours des interviewés

Dans la phase de spécification du package a priori, la première étape consiste à identifier des besoins de la personne. Cette identification des besoins repose sur trois interfaces suivantes (**la catégorie des interfaces variété flux d'informations & la catégorie des interfaces variété cohérence flux d'informations**) : *l'évaluation multidimensionnelle des besoins pour l'orientation (outil)*, *les lignes de communication préétablies*, ainsi que *les SIP informatisé ou non informatisé.* L'évaluation multidimensionnelle des besoins de l'usager permet à un prestataire d'identifier des besoins de la personne et de donner des alertes aux autres prestataires concernés via le SIP informatisé ou le SIP non informatisé, lorsque la réponse à certains besoins identifiés n'est pas de son ressort. Et grâce aux lignes de communication préétablies entre ces prestataires, ils savent à qui informer sur quoi, pour agir sur les différents problèmes identifiés chez la personne.

Et une fois que les besoins de la personne sont identifiés, il s'agit d'identifier des différents modules de service adaptés et de les assembler en différents packages de services de santé personnalisés. A cette étape, ces modules de services peuvent être

identifiés et assemblés via **la catégorie des interfaces variété module** : *les catalogues de l'offre de services*, *les annuaires de l'offre de services*, ainsi que *les programmes de l'offre de services pré-combinés***.** Et dans la délivrance de ce package de services de santé personnalisé, l'interaction entre les différents modules de service au sein de ce package de service est gérée par **la catégorie des interfaces cohérence module** : *les règles de planification pour un flux d'usager fluide*, et *les règles de planification pour un flux d'usager sûr*. En précisant l'ordre dans lequel ces différents modules de service sont délivrés, les mauvaises interactions (e.g. rupture de prise en charge ou prise en charge redondante) entre ces derniers peuvent être évitées, ce qui contribue à la fluidité et la sureté au niveau de la délivrance du package.

Et lors de la délivrance d'un package de services de santé assemblé, l'interaction des interventions des différents prestataires de services est gérée aussi par les interfaces. Ces interfaces font partie de **la catégorie des interfaces cohérence flux d'informations, et la catégorie des interfaces cohérence & variété flux d'informations** : *la division du travail (qui fait quoi défini)*, *le dossier patient*, *les règles de partage d'information*, *le langage commun*, *les procédures d'interaction*, et *les SIP informatisé ou non informatisé*. A titre d'exemple, grâce à la division du travail clairement définie, chaque prestataire connait son périmètre d'intervention, il sait passer le relais au bon moment, et le glissement des tâches peut être évité. Le fait de pouvoir accéder au dossier patient, via le SIP informatisé, permet aux différents prestataires de service concernés d'être au courant de qui a fait quoi sur la situation suivie, et ne pas faire la même chose. Et un minimum de langage commun entre ces prestataires de services leur permet de se comprendre plus facilement et rapidement, ce qui facilite le partage d'informations entre eux autour de la délivrance du package de services de santé.

Par ailleurs, lorsque le package de service de santé préliminaire n'est pas tout à fait adapté aux besoins de la personne au commencement de la prise en charge, on passe de l'étape 2 à l'étape 4 directement (CF tableau 32 ci-dessus), car il s'agit d'une première

personnalisation du package préliminaire.

Pendant la prise en charge de la personne, les besoins de cette personne peuvent évoluer au fur et à mesure de sa prise en charge, cette évolution des besoins peut être détectée via les interfaces suivantes (**la catégorie des interfaces variété flux d'informations, et la catégorie des interfaces cohérence&variété flux d'informations**) : *l'évaluation continue des besoins, les réunions de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, les lignes de communication préétablies, les SIP informatisé ou non informatisé*. A travers une évaluation continue des besoins de la personne, l'évolution de ses besoins peut être détectée, et les informations relatives à cette évolution peuvent être partagées, via les SIP informatisé ou non informatisé, aux bons prestataires de services qui sont capables de répondre à cette évolution. A noter que cette évaluation continue des besoins peut se baser sur une *évaluation multidimensionnelle des besoins* à nouveau ou une évaluation plutôt informelle. Les informations relatives au changement de l'état de santé de la personne peuvent aussi être partagées au sein d'une réunion de concertation pluridisciplinaire organisée, ou via les lignes de communication préétablies. Ainsi, à travers ce partage d'information, les différents prestataires de services concernés sont connectés pour discuter ensemble des nouveaux problèmes identifiés, ainsi que des modules de services à mettre en place pour répondre à cette évolution des besoins.

A l'issue de cette identification de l'évolution des besoins de la personne, la reconfiguration du package de services de santé peut avoir lieu. Cette reconfiguration du package s'appuie sur les mêmes interfaces qui permettent de combiner les modules de services en package de services de santé. Et une fois que ce package de services de santé est reconfiguré, les interventions des différents prestataires de services concernés ont besoin d'être alignées à nouveau. Leur interaction autour de la délivrance de ce package, est toujours gérée par les mêmes interfaces déployées dans la troisième étape du processus de spécification du package de services de santé.

4.2.3 La synthèse et la discussion des résultats collectés relatifs à la modularité de prestation de services de santé par rapport à la littérature concernée

Les résultats présentés dans la section 4.2.1 et 4.2.2, montrent que le système de prestation de services de santé destiné à la prise en charge des personnes âgées, dans lequel les différents prestataires de services provenant de différents secteurs du système de santé sont impliqués, peut être caractérisée comme modulaire.

Plus spécifiquement, l'architecture de l'offre globale de services de santé destinée à la prise en charge des personnes âgées est décomposable. En outre, les différentes interfaces sont présentes ou en cours de construction, qui permettent de gérer l'interaction entre les différents modules de services ou les différents prestataires de services. Enfin, le processus de spécification du package de services de santé a été également identifié sur le terrain, au sein duquel les différents modules de service sont assemblés et recombinés en différents packages de services. Et ces résultats répondent aux trois critères à satisfaire pour que la prestation de services de santé puisse être qualifiée comme modulaire : l'architecture de l'offre de services décomposable, la présence des interfaces, et la présence du processus de spécification du package de services de santé (De Blok et al., 2010b ; Soffers et al., 2014 ; De Blok et al., 2014 ; Soffers et al., 2016).

Par ailleurs, ces résultats présentés permettent de compléter les résultats de certains travaux en modularité de services de santé qui montrent que la prestation de services de santé peut être modulaire, mais dans un contexte intra-organisationnel. A titre d'exemple, De Blok et al. (2010) montrent que la prise en charge des personnes âgées indépendantes et fragiles est modulaire au sein des organisations qui sont spécialisées en soins et aides à domicile (i.e. aide à domicile, soins infirmiers à domicile, etc). Soffers et al. (2014) indiquent que le système de prestation de services, au sein d'un centre de traitement des patients ayant des problèmes de santé mental, répond plutôt

aux critères à satisfaire pour que la prise en charge puisse être qualifiée comme modulaire. Silander et al. (2017) a trouvé le même résultat mais au sein d'un service d'hématologie de l'hôpital. Et selon les résultats collectés dans cette recherche : dans un contexte inter-organisationnel, la prestation de services de santé destinée à la prise en charge des personnes âgées, nécessitant des interventions pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles peut aussi être qualifiée comme modulaire.

Selon les résultats présentés relatifs aux différentes interfaces identifiées, nous avons identifié les quatre catégories d'interfaces proposés par De Blok et al. (2014) sur le terrain. En outre, nous avons également enrichi la typologie des interfaces proposée par De Blok et al (2014) via :

- l'identification d'une cinquième catégorie d'interfaces qui gère l'interaction au niveau des prestataires de services, et qui vise à assurer à la fois la cohérence et aussi la variété dans cette interaction.

- l'identification des nouvelles interfaces faisant partie de ces différentes catégories, et qui n'ont pas étés abordées auparavant par la littérature de la modularité de services de santé. (CF le tableau 30 présenté à la fin de la section 4.2.1.2)

Parmi les cinq catégories des interfaces identifiées, nous avons identifié beaucoup plus d'interfaces qui gèrent l'interaction entre les prestataires de services en termes de l'échange d'informations (i.e. interface cohérence flux d'infos ; interface variété flux d'infos ; interface cohérence variété flux d'infos), que des interfaces gérant l'interaction au niveau des modules (i.e. interface cohérence module ; interface variété module). Soffers et al. (2014, p.7) ont fait le même constat. C'est probablement parce que la prestation de services de santé est avant tout une prestation de service, où des êtres humains ainsi que leur interaction y jouent un rôle important (Voss et Hsuan, 2009). Cette interaction génère des flux d'informations importants circulant entre les prestataires de services, et qui ont besoin d'être encadrés par les interfaces pour que la

délivrance des différents packages de services de santé se réalise bien.

Par ailleurs, en concordance avec les résultats de De Blok et al. (2014) et ceux de Soffers et al. (2014), nous avons trouvé que le processus de spécification du package de services de santé contient deux phases principales : la spécification du package a priori et a posteriori. Et ce processus repose bien sur des différentes interfaces identifiées.

En revanche, comme la spécification du package de services préliminaire repose sur une évaluation multidimensionnelle des besoins, et sur le terrain, ce sont souvent des acteurs réticulaires ayant une mission de coordination, d'information, et d'orientation qui le réalise, ainsi la spécification du package préliminaire fonctionne à condition que les autres professionnelles aient une bonne connaissance des missions et des responsabilités de ces acteurs réticulaires, ou il existe des lignes de communication établies entre eux. Sinon, certains usagers ayant des besoins plutôt complexes et qui nécessitent d'une évaluation multidimensionnelle et globale ne seront probablement pas orientés par les autres professionnels vers ces acteurs réticulaires. Autrement dit, ces usagers ne seront pas inclus dans le processus de spécification du package de services de santé.

La MAIA Marseille cherche à développer un outil commun d'évaluation multidimensionnelle rapide pour l'orientation, qui est utilisable pour tous les professionnels, en revanche, certains professionnels montrent une réticence vis-à-vis de l'adoption de cet outil, et il n'est d'ailleurs pas encore opérationnel à ce jour.

Et quant aux méthodes de spécification du package de services de santé, nous trouvons que l'utilisation de l'approche « menu » est plus répandue que l'approche « prototype ». Nous rappelons que l'approche « menu » consiste à sélectionner les différents modules de service nécessaires à assembler en package de service, en fonction des besoins identifiés de la personne, à partir d'un ensemble d'offres de services disponibles

destinés à une population cible. Et l'approche « prototype » est basée sur un prototype de prise en charge, il existe ainsi une séquence de délivrance d'un certains nombres de modules de services. En fonction des besoins spécifiques de chaque personne, on peut ainsi y rajouter ou enlever un module de service, par exemple. Maintenant, nous revenons sur le constat fait au début de ce paragraphe : c'est probablement parce qu'il est difficile d'établir un protocole de prise en charge général pour une population des personnes âgées. C'est pour cette raison là que les prototypes de prise en charge identifiés sur le terrain sont seulement destinés à un petit segment de cette population (e.g. Activité physique adaptée, hypertension artérielle, diabète). Et l'approche « prototype » est utilisée seulement pour les usagers qui font partie de la cible de ces prototypes.

4.3 La description et la discussion de la SCI de services de santé

Pour décrire la manière dont la SCI se manifeste concrètement dans le contexte de la prestation de services de santé, nous commençons par une présentation des résultats bruts associés à chaque dimension (composantes et indicateurs associés) de ce concept (section 4.3.1). Ensuite, nous allons présenter des résultats collectés qui révèlent les différentes relations existantes entre les dimensions de ce concept (section 4.3.2). Enfin, nous allons discuter des résultats présentés à la lumière de la littérature portant sur la SCI et l'intégration des services de santé (section 4.3.3).

4.3.1 La présentation des résultats bruts associés à chaque dimension de la SCI de services de santé

4.3.1.1 L'intégration organisationnelle

En se basant sur notre grille de codage présentée dans le tableau 20 (section 3.4.3 - protocole de recherche), nous avons collecté les verbatim associés aux différentes composantes, et indicateurs de la dimension : intégration organisationnelle. La partie des codes Nvivo associés à cette dimension sont présenté dans le tableau 33 en dessous.

Tableau 33 : liste des codes associés à la dimension intégration organisationnelle

Concept	Dimension	Composante	Indicateur
La SCI de services de santé	Intégration organisationnelle	Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle	Alignement des objectifs et d'intérêts entre les organisations et les professionnels concernés
			Types de partenariat formalisés et types d'accord formalisé entre les partenaires
			Types d'activités collectives développées
			Modes d'apprentissage collectif
		Intégration culturelle	Confiance établie entre les acteurs
			Communication ouverte et l'ouverture d'esprit
			Partage des visions, valeurs et normes

Source : codes établis dans Nvivo

- **la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle**

Dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille, la coordination inter-organisationnelle se traduit par le déploiement des tables de concertations stratégique et tactique.

Selon le cahier des charges MAIA (2011), la table de concertation stratégique réunit les différents décideurs et financeurs d'un territoire donné, comme l'ARS et le conseil départemental, avec pour objectif d'ajuster et de mettre en cohérence l'offre de services sur ce territoire. Selon le compte rendu de la table de concertation stratégique du 17/04/15, depuis la phase de généralisation de la MAIA Marseille sur toute la commune de Marseille en 2015, cette instance de concertation est devenue départementale et concerne le déploiement des six MAIA existants du département des Bouches du Rhône. Cependant, l'efficacité de cette instance de concertation par rapport à son rôle prescrit par le cahier des charges est remise en question.

Pour l'instant, la table stratégique n'est pas du tout opérationnelle, et la table tactique commence à l'être. (Pilote de l'intégration des services, l'observation lors de la table tactique qui a eu lieu le 07/03/2016).

Cela rejoint le constat du rapport d'évaluation nationale des MAIA (2017, p.73) que la table de concertation stratégique des différents MAIA déployés en France n'a pas encore joué son rôle prescrit, en termes de mise en cohérence de l'offre. Notamment parce que le concept d'intégration des services d'aide et de soins et la méthode associée est innovant, jargonneux, qui peut prêter à confusion. Ainsi, un temps d'explication long de ce que c'est la démarche MAIA et ses objectifs sera nécessaire avant que la table stratégique soit opérationnelle. Par ailleurs, ce rapport indique aussi que certains dysfonctionnements constatés sont remontés et discutés à la table stratégique, mais les

décisions relatives à la mise en cohérence de l'offre se prennent indépendamment de la table stratégique. Parce que les participants (les décideurs et financeurs) de cette table ont chacun leurs propres processus décisionnels et cadres organisationnels, ils ne sont pas forcément compatibles. Ainsi, les décisions sont prises chacun de leur côté, et ils n'utilisent pas encore cette table pour définir une stratégie commune d'ajustement des offres de services sur le territoire.

Par ailleurs, une nouvelle mission interne - la mission des Services d'appui à la coordination (SACO)[26] a été créé au sein de la direction des soins de proximité à l'ARS PACA en 2017, qui a pour objectif de mieux articuler et faire converger les différents dispositifs de coordination existants (ou en cours de création) dans la région PACA (la MAIA en fait partie). Dans ce contexte-là, la table de concertation stratégique départementale (Bouche du Rhône) n'a pas eu lieu en 2017 et 2018, car cette instance de concertation évoluera vers une nouvelle instance de concertation stratégique, intitulée « commission de concertation de l'offre de proximité départementale » (CCOPD), regroupant les représentants des différents dispositifs de coordination (e.g. MAIA, PTA, Réseau de santé spécialisé), ainsi que des décideurs et des financeurs autour de la table (Compte rendu, réunion régionale SACO, 28/02/18). Selon l'ARS PACA, l'objectif principal de cette commission consiste à faire converger les différents dispositifs de coordination ; faire un état des lieux sur la situation de l'offre de soins de proximité, et de repérer et répondre aux besoins non comblés en termes d'accès aux soins ; suivre le déploiement des différents projets/dispositifs locaux. Par rapport à la table stratégique MAIA, les objectifs de CCOPD s'amplifient et impliquent davantage d'acteurs, mais qui sont plutôt axés sur le côté « soins » pour l'instant.

Par rapport à la table de concertation stratégique qui nous permet de comprendre le contexte du déploiement de la MAIA Marseille, nous portons une attention particulière à la table tactique dans cette recherche, car l'étude de cas retenue est la MAIA Marseille,

[26]https://www.paca.ars.sante.fr/articuler-et-faire-converger-les-services-dappui-la-coordination-autour-des-plateformes

et la table de concertation stratégique dépasse le périmètre de collecte de données de cette recherche. Selon le cahier des charge MAIA (2011), la table tactique réunit les responsables des différents services d'aide et de soins, pour harmoniser les pratiques professionnelles, améliorer la lisibilité de l'offre et remonter les dysfonctionnements constatés chez l'offre de services à la table stratégique. Lors des tables tactiques de MAIA Marseille qui ont déjà eu lieu (4 fois depuis 2015), les décisions importantes sont prises vis-à-vis de l'harmonisation des pratiques professionnelles, et la réponse aux dysfonctionnements associés à l'offre de services.

Concernant l'harmonisation des pratiques professionnelles, la décision de la mise en place de différents ateliers de travail thématique a été prise lors de la table tactique. A titre d'exemple, selon le compte rendu de la table tactique qui a eu lieu le 07/03/16, cette table tactique a validé la mise en place des six ateliers thématiques portant sur la prise en charge des six aspects de la vie quotidienne des personnes âgées. Chaque atelier réunit différents professionnels de santé et/ou services de soins et d'aides qui sont directement impliqués par la prise en charge des personnes âgées. L'organisation de ces ateliers de travail a pour l'objectif de formaliser un langage commun par thème entre les différents professionnels et/ou services, d'identifier qui fait quoi dans la prise en charge, et de formaliser les modalités d'orientation par la suite. Et dans la continuité des ateliers organisés en 2016, une série d'ateliers de travail ont été aussi organisées en 2017. Ces différentes **activités collectives développées** ont trouvé plutôt un écho positif et favorable chez les participants. L'organisation de ces ateliers permet d'aboutir à une meilleure interconnaissance en termes de missions et de responsabilités de chacun, et ils constituent un espace collaboratif où les participants provenant de différents secteurs du système de santé peuvent échanger sur leur pratique, croiser leur regard, et travailler ensemble. Ainsi, ils soutiennent à la coordination interprofessionnelle.

Moi, j'ai participé à l'atelier thématique sur le refus d'aide et de soins, donc sur l'élaboration d'un guide qui est sorti en juillet par là, il n'y a pas très longtemps. Du coup, ça a été un travail extra, parce que d'une part, ça nous a permis de rencontrer plein de personnes différentes, de structures complètement différentes, par exemple, une

personne d'UMGP de Valvert, une personne du service de soins en psychiatrie, une personne du service social de la police de Marseille…Voilà, déjà rien pour ça, c'est hyper intéressant (Psychologue, Association aide aux aidants).

On a participé à des ateliers thématiques : refus d'aides et de soins, l'outil d'évaluation pour l'orientation "la fiche navette", et l'échange d'information……. Depuis que la MAIA est arrivée, je trouve qu'on a beaucoup plus de lieux d'échange et de rencontre qui permettent le travail en commun (Assistant social, Unité Mobile Gérontopsychiatrique)

Là cette année 2017, elle a proposé un atelier avec les équipes spécialisées Alzheimer puisque finalement il y a une loi qui, dans le plan Alzheimer 2008/2012 a créé cette équipe, mais finalement chacun a des fonctionnements différents. Donc la pilote MAIA souhaitait les regrouper, les équipes Alzheimer marseillaises pour pouvoir échanger sur leur fonctionnement et trouver, comment dire, une harmonie dans la prise en charge qui est proposée. Et du coup ça a permis que l'ensemble des professionnels ou un grand nombre de professionnels puissent enfin se rencontrer, échanger et avoir le même niveau d'informations…c'était très apprécié. Appréciable aussi. (Responsable de coordination, Pôle info sénior Est).

En revanche, parmi les professionnels ayant participé à ces ateliers thématiques, la proportion des professionnels sanitaires, en particuliers des professionnels de santé libéraux, reste encore faible par rapport aux professionnels provenant des autres secteurs du système de santé (i.e. professionnels sociaux et médico-sociaux). Selon le bilan de la participation des ateliers thématiques 2016, il y a 1 seul professionnel libéral qui a participé à des ateliers organisés en 2016. Cela montre que le degré d'implication des professionnels provenant de différents secteurs du système de santé à la démarche MAIA est différent.

Le pilote ayant rencontré une certaine difficulté à mobiliser ceux du secteur sanitaire et les professionnels libéraux. (Compte rendu de la table tactique, 05/12/17)

Cette variation du degré d'implication des différents professionnels à la démarche MAIA ne signifie pas forcément que les professionnels sanitaires ont une plus forte réticence aux activités collaboratives interprofessionnelles que les autres professionnels, puisque selon notre analyse du statut des interviewés ayant abordé le sujet des activités

collaboratives interprofessionnelles (codé sous le code : activités collectives développés), il existe quand même un bon nombre des professionnels sanitaires qui ont participé à divers activités collaboratives déployées en dehors du déploiement de la MAIA Marseille. Le résultat de l'analyse est présenté en dessous dans le tableau 34.

Tableau 34 : l'analyse du statut des interviewés pour le code « activités collectives développées »

Code hiérarchique	Occurrence	Statut des interviewés			
		Statut		Niveau hiérarchique	Sensibilisation MAIA
Types d'activités collectives développées	28 sources (dont une source secondaire) et 62 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	2
		Sanitaire Établissement	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
		Médico-social	6	2 opérationnels 4 managériaux	6
		Social	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
		Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
		Association (aidant…)	2	1 opérationnel 1 managérial	2

Source : élaboré à partir de l'annexe 12

Selon les interviewés, il existe plusieurs raisons derrière ce phénomène (déséquilibre d'implication des professionnels provenant des différents secteurs du système de santé à la démarche MAIA). D'abord, la manière de conduire la démarche MAIA est remise en question par certains interviewés, ce qui entraine une réticence de la part de certains professionnels à adhérer à cette démarche.

Et surtout comment dire, ce qui se fait c'est : on arrive et on va vous expliquer comment faire. Et donc, à partir de là, ca part mal. La mise en lien se fait autour des petits projets, et c'est en apprenant à travailler sur des petits trucs qu'on commence à se connaitre et à se respecter, ca permet d'aller plus loin. Là, arriver, je veux vous apprendre comment travailler, on va travailler comme ça, ca ne marche pas. (Directeur, réseau de santé

Ilhup)

Ensuite, il existe un grand nombre des professionnels sanitaires qui ne connaissent pas encore le dispositif MAIA. Son déploiement à l'échelle de toute la commune de Marseille est encore dans une phase précoce. A l'heure actuelle, ce sont surtout les professionnels médico-sociaux et sociaux qui sont vraiment impliqués dans ce dispositif.

Je pense qu'énormément de médecins, mais énormément de médecins ne savent pas qu'il y a des structures qui permettent de coordonner les choses. Je pense que même la plupart des médecins généralistes ne connaissent pas la MAIA, y compris les collègues neurologues. (Neurologue, CGD)

Alors, le problème, c'est peut-être on est très ciblé sur le médico-social, et on n'a pas suffisamment encore ouvert avec d'autres professionnels ou institutions du territoire, notamment, le médical. Je pense qu'on n'a pas suffisamment ouvert, pas suffisamment travaillé. (Pilote de la gestion de cas)

Enfin, la question de la disponibilité des professionnels de santé à participer aux activités organisées par la MAIA Marseille se pose, en particulier, celle des professionnels libéraux ainsi que des praticiens hospitaliers.

Dans les instances de régulation, on voit rarement être présents les médecins, et ça manque un peu. Les médecins, ou certains infirmiers. Je pense que le temps à nouveau du salariat que nous sommes n'est pas le temps des médecins et infirmiers libéraux. Donc, c'est un peu compliqué par rapport à ça, c'est à dire que même si j'ai une bonne volonté à partager les infos, mais en fait, mon temps à moi, c'est de l'argent. Et on a deux mondes qui n'ont pas les mêmes objectifs ou avec la même capacité à être disponible. (Responsable APA, Conseil départemental)

Par rapport à l'identification des réponses aux dysfonctionnements constatés en termes de l'offre de services, certains dysfonctionnements récurrents ont pu être remontés et discutés en table tactique de MAIA Marseille, et cette table a validé la mise en œuvre des différents groupes de travail dédiés aux problématiques repérés sur le terrain. A titre

d'exemple, selon le compte rendu de la table tactique de MAIA Marseille qui a eu lieu le 05/12/17, à la suite d'une remontée des difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiques, cette table tactique a pris la décision de constituer un groupe de travail pour encadrer les actions d'amélioration à entreprendre.

Le rapport d'évaluation nationale des MAIA (2017, p. 76) soutient ces constats présentés ci-dessus en indiquant que, parmi les différents MAIA déployés en France, la dynamique de l'intégration se construit petit à petit sur le territoire concerné via le déploiement de la table tactique ainsi que la mise en œuvre des différents ateliers thématiques et groupes de travail.

En dehors du déploiement de la MAIA Marseille, la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle se réalise aussi sous d'autres formes de rencontres partenariales et projets collectifs. Ces activités collectives développés sont organisées par les autres dispositifs de coordination, tels que les pôles infos séniors et les réseaux de santé spécialisés, ou même par des professionnels de santé dont le cœur de métier n'est pas la coordination ou l'animation du réseau partenarial sur un territoire donné. Ces activités collectives développées permettent aux différents acteurs de la prise en charge de travailler ensemble, elles visent à une meilleure interconnaissance entre ces acteurs ; à une co-responsabilité de ces acteurs dans la prise en charge des usagers ; à une fluidification du parcours de santé des personnes âgées.

*Après tous les deux trois mois un peu près, le pôle info sénior nord organise des comités thématiques……la dernière fois, c'était l'entrée en EPHAD. Et donc, il y a l'aide social du conseil départemental, le CCAS qui interviennent, et chacun expliquait son rôle et répondait aux questions sur ce thème-là. C'étaient les démarches à faire, qui contacter, où se procurer le dossier, quoi inclure dans le dossier d'aide social pour rentrer en maison de retraite. L'aide social, c'est pour les gens qui n'ont pas les moyens de payer leurs maisons de retraite. A chaque fois, il y a divers professionnels qui sont invités par le pôle info, ils ont un rapport avec ce thème. Par exemple, un thème sur l'isolement va être invité les petits frères des pauvres, l'association Astrée, et chacun donne son rôle et ses missions en fait (*Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord)

Nous, on organise des réunions de formation, alors, très techniques en petit groupe avec les soignants ou les acteurs sociaux, donc, ce que je vous disais, soit sur le repérage avec les acteurs sociaux ; avec les soignants, ça sera plutôt sur le diabète ou l'éducation thérapeutique, je dis diabète parce qu'il y a beaucoup de personnes âgées, et aussi le parcours. Par exemple, on fait un parcours diabète, la modélisation du parcours, qui téléphone, comment, dans quel délai. (Directrice, Réseau de santé croisée)

Grâce à l'organisation et la participation des différentes formes de travail collectif mentionnées ci-dessus, différentes **relations de partenariat** interprofessionnelle et inter-organisationnelle se forment. Parmi les différentes formes de partenariat établies, certaines sont formalisées sous forme de convention de partenariat, ou de procédure d'interaction, et d'autres sont plutôt informelles.

Donc, on a décidé de modéliser l'articulation des gestionnaires de cas avec les travailleurs sociaux APA, sous forme de procédure de travail…et petit à petit, au travers de ce qu'on a démarré là avec l'APA, on le décline sur d'autres professionnels et institutions. Et à partir de Janvier, on va faire la même chose avec les infirmiers libéraux, j'ai rdv avec l'URPS des infirmiers libéraux. Donc, il s'agit de bien repérer ce qu'est la gestion de cas, bien orienter vers la gestion de cas, bien connaitre les acteurs du territoire, donc, les autres possibilités, au moins les instances dans lesquels on peut aller discuter ces situations. Aujourd'hui, on discute, et on se met d'accord sur quel type d'information on partage, donc, on est sur comment on se parle, et on est aussi sur quel type d'information on se transmet, voilà…. En fonction de ce qui va naitre, de ces collaborations, on verra de ce qu'on va modéliser, et on l'étendra à une plus grande échelle. (Pilote de la gestion de cas)

C'est informel, on n'a pas de contrat, on n'a pas de charte, on travaille vraiment sur un réseau informel. (Psychomotricienne, Equipe spécialisée Alzheimer)

Selon les interviewés, la participation aux différentes activités collectives développées et la formation des différentes relations de partenariat favorisent l'**alignement des objectifs et des intérêts** entre les différents professionnels et services concernés, et qui peuvent aussi entrainer des effets de type **apprentissage collectif.** Ainsi, malgré la faible effectivité de la table stratégique ; une articulation entre la table stratégique et la table tactique quasiment manquante ; la phase initiale du déploiement de la MAIA Marseille (pas suffisamment avancé), la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle dans le cadre (et en dehors) du déploiement de la MAIA Marseille

commence à produire des effets positifs à la fois pour les professionnels de santé et aussi pour les usagers.

Ça veut dire qu'il faut créer du lien, aller à la rencontre de tous les partenaires, et c'est ça qui est chronophage, qui est difficile, qui n'est pas visible, qui n'est pas rentable par les tutelles, mais c'est ça qui est le gage, je pense, de l'amélioration à terme sur le territoire. (Directrice, Réseau de santé croisé)

Et là, on s'est aperçu en fait, en faisant ce comité thématique qu' il y a des consensus à ressortir…alors qu'on était que des professionnels qui viennent de mondes différents. (Psychologue, Association aide aux aidants)

Et c'était à cette occasion là qu'on a essayé de travailler et de comprendre la MAIA. Et pour comprendre la MAIA, il fallait qu'on sache qui étaient les partenaires, les personnes qui interféraient auprès des personnes âgées. Donc, on avait fait une grosse réunion avec le CCAS, la Carsat, il y avait même des médecins du conseil départemental, il y avait une multitude de personnes, et qui avaient discuté, et on avait tous bien compris et mis sur la table les missions de chacun pour comprendre l'interactivité qu'on pouvait avoir les uns avec les autres. On était tous portes d'entrée, voilà, on faisait tous partie de la MAIA. (Assistante sociale, Service APA du conseil départemental).

- **L'intégration culturelle**

Selon les interviewés, il n'existe pas encore de culture commune partagée parmi tous les acteurs concernés par la prise en charge de la population des personnes âgées. Ceci s'explique d'abord par un **manque de communication ouverte** et d**'ouverture d'esprit** entre/chez les professionnels provenant des différents secteurs du système de santé. Ce manque de communication ouverte existe en particulier entre les professionnels sanitaires et les professionnels sociaux, et aussi entre les professionnels exerçant des techniques de soins conventionnelle et ceux exerçant de soins non conventionnelle (médecine alternative).

C'est vrai que j'aimerais pouvoir discuter avec eux, leur dire, voilà, ces traitements là, moi, j'y ai travaillé pour l'hypertension, il y a possibilité probablement que ça aille mieux, et qu'on peut essayer ensemble de voir si on peut diminuer des médicaments, voilà, j'aimerais faire cette démarche là, et j'ai rarement l'occasion. C'est parce que je les connais pas, et puis, malheureusement, c'est pas toujours très bien vu de la part de

médecin d'avoir l'ostéopathe qui vient faire les commentaires (Ostéopathe).

Ah non, quasiment jamais. Moi, ca reste vraiment dans la sphère médicale et paramédicale…Je ne sais pas. Est-ce que c'est parce qu'on fait pas du tout le même métier ? Est-ce qu'on n'est pas dans la même branche… (Orthophoniste)

Par exemple, la responsable de coordination du pôle info centre, je luis dis :" t'as appelé le médecin ?" elle m'a dit " non." je dis :" pourquoi t'as pas appelé le médecin pour connaitre la situation", et puis elle me dit :" je ne sais pas, c'est pas dans mes habitudes". (Pilote de la gestion de cas).

Ensuite, les différents acteurs de prise en charge, exerçant des métiers différents, provenant de différents « mondes » (e.g. sanitaire, social) du système de santé ont chacun leurs propres pratiques et cultures professionnelles, la manière de délivrer les soins ou les services d'aide peut être différente aussi entre ces différentes « mondes ». Ainsi, le **partage des valeurs, normes, et visions** entre ces acteurs-là s'avère très difficile. Cependant, ce partage est nécessaire pour que ces acteurs puissent se comprendre et travailler ensemble en bonne intelligence.

Là je vais parler de façon plus générale, c'est d'arrêter d'avoir des préjugés sur la façon dont l'autre travaille ou doit travailler, c'est mon premier point de vue. (Gériatre C.F, Centre gérontologique départemental)

C'est-à-dire estimer avoir un rôle à jouer dans la situation, alors même que la personne n'est pas en demande et ça, ça génère beaucoup de positionnements différents et de débats déontologiques. (Coordinatrice, Réseau santé mental logement)

Ce manque de partage de valeurs, de normes et de visions ne favorise pas non plus la communication ouverte entre les différents acteurs de prise en charge, et vice-versa. Par ailleurs, la communication ouverte et le partage de valeurs, de normes et de visions reposent tous sur une **relation de confiance** établie entre les professionnels de santé. Lorsqu'il y a une relation de confiance instaurée entre ces acteurs, ils peuvent échanger plus facilement et naturellement sur leurs pratiques et visions de prise en charge, ce qui est primordial pour fonder une culture collective. Or, la relation de confiance ne s'instaure pas facilement, son instauration peut nécessiter d'un temps long.

Et nous, on a un capital confiance, parce que ça se décrète pas en fait, c'est sur le terrain, petit à petit, ca se construit très lentement. Généralement, au début, ils ne voient pas, ils testent, après on leur en parle, il y a un confrère ou quelqu'un qui a utilisé et qui a dit : oui, ca a pas mal marché. Donc, qu'ils vous mettent les patients, en disant : tient, celui-là, on va voir ce qu'il nous fait. Finalement, s'ils sont contents, ils en remettent d'autres, c'est comme ça que ca avance. C'est vraiment de travailler sur la relation de confiance. (Directrice, Réseau de santé croisée).

Même si une culture collective ou une philosophie commune d'action n'est pas encore instaurée chez les différents acteurs de prise en charge, plusieurs interviewés soulignent son importance pour que les différents professionnels de santé puissent mieux travailler ensemble dans l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Il faut créer une culture commune, parce que surtout en France, le social et le médical fonctionne en parallèle, c'est deux mondes qui cohabitent quoi, avec une certaine méfiance. (Pilote de la gestion de cas)

C'est important, pour que dans la phase qui va venir, il y a un peu cette même culture. Donc, c'est travaillé sur une culture commune aussi. (Directrice, réseau de santé croisée).

- **La relation entre la coordination inter-organisationnelle, interprofessionnelle et l'intégration culturelle**

Malgré l'absence de culture commune partagée entre les acteurs qui sont concernés par la prise en charge des personnes âgées, les interviewés mentionnent quand même les effets associés à la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis du partage de visions, de valeurs et de normes ; de la communication ouverte et l'ouverture d'esprit. Même si ces effets restent encore faibles et à une échelle restreinte, mais le changement de mentalités et de pratiques professionnelles se réalise petit à petit.

Alors, la conséquence, pour l'instant positive, qu'on le voit, c'est le décloisonnement entre le secteur médical et le secteur social. C'est tout petit, mais on se rend compte que, grâce aux gestionnaires de cas quand elles suivent des situations, ou grâce à des instances de réflexion, on a de plus en plus de capacité à être en lien avec des professionnels qui jusqu'à présent n'avaient pas l'idée d'appeler l'assistant social de l'APA, ou quand l'assistant social appelait, ils n'avaient pas volonté de lui parler de la situation. C'est pas merveilleux, mais on se rend compte que grâce à ca, ca évolue. Il

faut encore continuer. (Responsable, Service APA du Conseil départemental)

Là où je trouve intéressant dans la MAIA, c'est qu'à la fois on développe des choses communes, tout en gardant nos spécificités, pour moi, c'est la personne qui gagnera. Mais si on n'a rien en commun, si on n'a pas d'outil en commun, si on n'a pas une façon de voir en commun, comment on peut travailler ensemble, c'est impossible. (Assistant social, Unité mobile gérontopsychiatrique).

4.3.1.2 L'intégration des technologies de l'information et des communications

En se basant sur notre grille de codage présentée dans le tableau 20 (section 3.4.3 - protocole de recherche), nous avons collecté les différents verbatim associés à l'indicateur de la dimension : intégration des Technologies de l'Information et des Communications (TIC). La partie des codes Nvivo associés à cette dimension est présentée dans le tableau 35 ci-dessous.

Tableau 35 : liste des codes associés à la dimension intégration des TIC

Concept	Dimension	Indicateur
La SCI de services de santé	Intégration des TIC	L'alignement et l'interconnexion des TIC

Source : codes établis dans Nvivo

Selon les interviewés, il existe des efforts émis par les différents acteurs vers l'alignement et l'interconnexion des TIC. Les TIC interopérables ou partiellement interopérables développées peuvent être classifiées en deux catégories différentes : **Système d'Information « Partageable » (SIP) informatisé**, et **Système d'Information Partageable non informatisé**.

D'abord, concernant les **SI « partageables » informatisés** déjà mise en place, ici le mot partageable est mis entre guillemets, car ces SI ne sont pas encore véritablement partageables, autrement dit, ils sont partiellement partageables. Certains d'entre eux sont mis en place à titre expérimental permettant d'un partage d'information en temps

réel et d'assurer une traçabilité des informations. En revanche, leur accès est réservé à un nombre restreint d'utilisateurs. Actuellement, il n'existe aucun SI informatisé développé (à l'échelle de MAIA Marseille) qui est interopérable ou qui est interconnecté avec les SI de tous les acteurs provenant de différents secteurs du système de santé.

Alors, on a un outil informatisé, alors, le secteur social pour l'instant ne peut pas trop se connecter, donc, c'est pour ça que moi j'ai travaillé avec le projet de l'ANAP sur les personnes âgées, avec la MAIA sur le système d'information, j'ai essayé de les mettre en connexion, moi, j'avais besoin du dossier communiquant avec le secteur social…. Donc, là, on a essayé de travailler avec l'ORU PACA sur un dossier informatisé, donc, leur terminal CTA, je crois, que la MAIA doit passer dessus, les réseaux de santé doivent y passer. Et pour l'instant, il n'est pas opérationnel, c'est encore trop lourd, trop lent... En revanche, on en a un qui est opérationnel, avec le monde sanitaire. (Directrice, réseau de santé croisé)

Parmi les SI informatisés déjà mis en place et qui sont partiellement partageables, certains d'entre eux peuvent entrainer une double saisie, en l'occurrence, la version expérimentale du SIP informatisé crée par la MAIA Marseille : le DCAS (Dossier Commun d'Aides et de Soins). Par ailleurs, l'accessibilité au DCAS est également un autre problème, certains professionnels ne peuvent pas toujours accéder à cet outil, parce qu'ils interviennent souvent au domicile des usagers, et le SIP n'est accessible qu'à leur bureau. Ainsi, la question se pose aussi au niveau du support de partage d'information - d'autres possibilités d'accéder au SIP que l'ordinateur fixe, comme la tablette portable ou même le téléphone portable.

Oui, on était impliqué. Mais, après, on aura l'outil quand on est ici au conseil départemental, les travailleurs sociaux APA, ils sont une fois par semaine ici, ils sont tout le temps en réunion ailleurs, en visite, ainsi de suite. Et c'est lors de leur venu ici une fois par semaine, qu'elles ont accès à leur outil informatique. Et quand on a fait le DCAS, en fait, il fallait que pendant cette journée où elles étaient là, elles fassent tout leur travail classique, plus le travail de renseignement des dossiers dans le DCAS, et du coup, ca était trop trop surchargé, et comme on n'a pas pu avoir en interne une externalisation de l'outil informatique qu'elle soit sur les tablettes ou les Blackberry, les choses comme ça, l'aspect matériel et connexion a empêché qu'on continue. En plus, on avait pas de logiciel de mise en commun, donc, il fallait tout ressaisir. C'était

compliqué. (Responsable, Service APA du conseil départemental).

Ensuite, selon les interviewés, le cahier de soins et de transmission à domicile peut être considéré comme la deuxième catégorie du SIP développé : **SIP non informatisé**. C'est un moyen de communication placé au domicile de la personne, et tous les professionnels de santé qui interviennent au domicile peuvent l'utiliser pour transmettre un message à d'autres intervenants, ou marquer ce qu'ils ont fait auprès de la personne ainsi que l'état de la personne lors de leur intervention. En revanche, ce moyen de communication n'est pas mis en place systématiquement chez les usagers.

Je pense déjà que ce qui serait bien, c'est que…chez chaque patient, il y a un cahier de liaison. Ca existe, certains patients en ont, mais d'autres n'en ont pas un cahier de liaison dans lequel chaque intervenant, chaque professionnel note ses consultations, note ce qu'il a fait en consultation, si effectivement il a relevé des choses importantes à noter pour les autres professionnels, ils le notent dans le cahier de liaison pour que tous les intervenants chez le patient puissent avoir accès à ce cahier ; avoir accès aux informations. (Orthophoniste)

Actuellement, la MAIA Marseille cherche à mettre en place un véritable SIP informatisé qui sera accessible par tous les acteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées, ce qui répond aussi aux attentes d'une grande partie des interviewés. Pour ces derniers, c'est un idéal à atteindre.

Idéalement, c'est ce qu'on aimerait avoir, un système d'information pour transmettre les informations en temps réel qui marche bien. Voilà, on aimerait que ca avance, et que ca se fasse aussi avec le monde social, avec droits d'accès, des choses comme ça. C'est très lent, mais idéalement, c'est ce vers quoi on veut tendre. (Directrice, Réseau de santé croisée)

Ah oui, c'est important, c'est un peu ça le système que je vous ai parlé de référent unique entre guillemet, tout le monde se coordonne et se retrouve entre guillemet dans cet outil-là. Ce référent unique peut être un outil aussi. (Responsable de secteur, Service aide à domicile)

Selon les réponses des interviewés à la question 7 du questionnaire descriptif présentées dans l'annexe 10, 35% des interviewés estiment qu'il est indispensable d'avoir un SIP informatisé, et pour 57% des interviewés, le fait d'avoir un SIP informatisé est

important pour une meilleure prise en charge des usagers. 1 interviewé a encore du mal à voir la possibilité de développement d'un SIP informatisé, et qui n'exprime pas d'opinion sur la question posée. Seulement 2 interviewés pensent que le SIP informatisé sera peu utile pour eux. Et selon le résultat de l'analyse du profil des répondants présenté dans le tableau 36 en dessous, ces deux répondants sont tous des professionnels libéraux.

Tableau 36 : l'analyse du profil des répondants pour la question d'adoption d'un SIP informatisé MAIA

Types d'acteurs /Réponses	**Réponse à la question 7 : l'adoption d'un SIP informatisé**				
	très important	important	pas très important	pas du tout important	sans opinion
Professionnels libéraux (9)	33%	44%	11%	11%	/
Sanitaires établissements (9)	44%	56%	0%	0%	/
Médico-sociaux (6)	17%	67%	0%	0%	17%
Sociaux (7)	29%	71%	0%	0%	/
Association (2)	50%	50%	0%	0%	/
Professionnels MAIA (4)	50%	50%	0%	0%	/

Source : élaboré à partir des réponses au questionnaire descriptif

Selon ces deux interviewés, le SIP informatisé n'est pas un moyen de communication indispensable dans la pratique, puisqu'ils ont déjà le cahier de soins et de transmission à domicile du patient. Pour eux, l'utilisation du SIP informatisé va leur prendre beaucoup de temps, et ce SIP non informatisé est suffisant pour le partage d'information entre les différents professionnels,

Non, il y a des téléphones maintenant. Je ne veux pas en plus de mon travail à avoir un même système d'information pour partager les informations. A l'hôpital, c'est une chose, ils sont assis sur une chaise à l'hôpital, mais à la maison, c'est un cahier, on écrit sur le cahier. Si en plus, il fallait qu'on fasse les dossiers patients informatisés, c'est pas possible, non non, pas possible. (Infirmière libérale S.P)

Dans la logique, oui, c'est important, mais dans l'utilisation, moins, parce que manque de temps. (Médecin généraliste J).

Néanmoins, leur point de vue est remis en question par les professionnels de santé qui ont déjà utilisé ce cahier de soins et de transmission à domicile du patient. Selon ces interviewés, ce cahier ne permet pas de sécuriser le partage d'information dans le sens où tout le monde peut regarder les informations écrites sur le cahier. Et il n'est pas toujours fiable, puisqu'il n'est pas garanti que les informations notées dans le cahier vont être lues par tous les professionnels de santé qui interviennent au domicile de la personne. Par conséquent, pour ceux qui ont souligné les défauts du cahier de soins et de transmission à domicile, ils revendiquent quand même un SIP informatisé et sécurisé, mais qui peut aussi être connecté à divers d'endroits via des supports, comme une tablette.

Après les problèmes des cahiers, ca reste normalement chez le patient……Si je mets un mot dans le cahier pour le kiné, la femme de ménage peut le lire, tout le monde peut le lire, c'est peut-être pas intéressant pour moi. (Infirmier libéral D.D)

Je le fais aussi mais c'est un moyen qui est moins fiable selon moi, parce qu'on n'est pas sûr que la personne ait ouvert le cahier, vous voyez, elles ne l'ont pas forcément paraphé qu'elle l'a vue et moi j'ai pas la certitude. Vous voyez la semaine dernière par exemple j'ai laissé un mot à une aide ménagère qu'il fallait racheter un rasoir électrique à un patient qui avait cassé le sien. Ca n'a pas été fait alors est ce que le mot a disparu, je ne sais pas trop. (Infirmière libérale M)

4.3.1.3 L'intégration opérationnelle

En se basant sur notre grille de codage présentée dans le tableau 20 (section 3.4.3 - protocole de recherche), nous avons collecté les différents verbatim associés à la dimension : intégration opérationnelle. La partie des codes Nvivo associés à cette dimension sont présenté dans le tableau 37 en dessous.

Tableau 37 : liste des codes associés à la dimension intégration opérationnelle

Concept	Dimension	Composante	Indicateur
La SCI de services de santé	Intégration opérationnelle	Intégration des processus	Types de redondances et duplications éliminés au sein du processus global de prise en charge
			Types de standards (i.e. outils, protocoles, procédures) développés
			Modes de travail en équipe pluriprofessionnelle
			Rôle des acteurs réticulaires dans la coordination des processus de prise en charge
			Implication d'usagers dans la conception, l'organisation et la réalisation de leur propre prise en charge
			Présence d'une vision globale vis-à-vis des besoins de l'usager chez les acteurs impliqués dans sa prise en charge

Source : codes établis dans Nvivo

- **L'intégration des processus**

L'intégration opérationnelle entre les différents professionnels de santé se réalise à travers une liaison de manière sans couture (*seamless*) des différents processus de prise en charge, pour assurer une cohérence dans la délivrance des différents services de santé complémentaires auprès des besoins de la personne âgée. Cette intégration des différents processus de prise en charge se manifeste en partie via une meilleure coordination des interventions de différents acteurs qui sont directement impliqués dans la prise en charge de l'usager. Et cette coordination peut être réalisée via les différents **modes de travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire**.

A titre d'exemple, l'organisation de la réunion de concertation destinée à un ou plusieurs cas d'usagers où seulement les professionnels qui sont concernés par leur prise en charge sont présents. L'objectif essentiel de ce mode de travail en équipe consiste à assurer une cohérence dans la prise en charge opérationnelle de l'usager par ces différents professionnels. Lors de cette réunion, ils discutent des problématiques rencontrées par l(es)'usager(s) en question, et ils cherchent à définir des objectifs communs de prise en charge ainsi que des plans d'action à mettre en œuvre par chaque intervenant pour améliorer la prise en charge de cet(s) usager(s).

Ce type de réunion peut s'organiser entre tous les professionnels qui interviennent au domicile de l'usager, et son organisation est souvent à l'initiative d'un professionnel de santé dont la mission est la coordination, ou à la demande des autres professionnels du domicile ayant remarqué des dysfonctionnements dans la prise en charge. Ainsi, dans ce cas-là, la situation concernée est souvent d'une situation complexe qui nécessite justement d'une concertation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

C'est à notre initiative et on organise donc une réunion avec tous les professionnels du domicile de la personne…..avec bien sûr les problématiques évoqués et l'objectif de cette réunion, c'est effectivement de trouver des réponses à la fin on dit : telle personne fait ça et on donne un délai…Ce qu'on va créer dans ce genre de réunions, c'est que, chaque compétence va interagir un petit peu avec la compétence de l'autre…Dans cette situation, c'est intéressant de savoir que le kiné, il vient à quelle heure, pourquoi, quels sont ses objectifs, qu'est ce que ça va avoir comme impact sur l'aide à domicile et qu'est ce que ça va avoir comme impact aussi sur l'infirmière, s'il y en a un. Et si le fait qu'il y ait impact, il faut pas qu'il y ait conflit, mais que ce soit entrecroisé, qu'on arrive à trouver que ce que fait l'autre a un intérêt pour la personne……et trouver des réponses en collectif fait qu'on avance mieux, on est plus sur une prise en charge transversale. (Gestionnaire de cas A.A)

Et ce type de réunion peut aussi être organisé à intervalle régulier sous forme de réunion d'équipe pluridisciplinaire, ou de réunion inter-service dans un établissement sanitaire, médico-social, ou social.

Le temps fort hebdomadaire, c'est le vendredi après-midi, la réunion médecin-assistante sociale, là on passe au crible, tous les patients, leur motif d'entrée, leur état de santé, l'amélioration de l'état de santé, et la programmation des examens médicaux, où on en est, est-ce que le bilan médical est fini, est-ce que l'état de santé stationnaire, et est-ce que la sortie peut s'envisager..... si c'est oui, quel est le plan d'aide de base ? Qu'est-ce qu'il y a à majorer ? (Assistante sociale, Centre gérontologique départemental)

Par ailleurs, il existe aussi un autre type de réunion de concertation qui s'organise à intervalle régulier et qui à chaque fois font venir un panel de partenaires permanent et hétérogène sur un territoire donné. Ce type de réunion est plutôt destiné à des professionnels de santé qui rencontrent des difficultés de prise en charge pour un usager. Lors de cette réunion, ces professionnels vont présenter le cas, et chercher conseil

auprès des différents participants. Les autres participants peuvent être concernés ou ne pas être concernés directement par la prise en charge de cet usager, mais ils sont là pour apporter un nouveau regard, et donner des propositions de solution pour débloquer les difficultés présentées.

La première intention de parler de la situation en comité technique du pôle info sénior, c'est une situation sur laquelle on veut prendre du temps pour parler, réfléchir, se questionner, avec des gens qui connaissent ou qui ne connaissent pas la situation. Et ceux qui le connaissent vont nous apporter un éclairage différent d'une autre, et puis on a aussi une prise de recul par l'intervention des personnes qui ne connaissent pas la situation, et qui permet à celui qui est dedans dedans dedans, de se détacher, et de comprendre ce qui se passe. (Responsable, Service APA du conseil départemental)

L'organisation des réunions de concertation mentionnées ci-dessus est souvent à l'initiative des **acteurs réticulaires**. Deux types de l'acteur réticulaire ont été identifiés : des acteurs réticulaires formels, et des acteurs réticulaires spontanés. L'acteur réticulaire formel correspond au professionnel de santé dont sa mission (ou une partie de sa mission) est la coordination de la prise en charge de la personne. A titre d'exemple, le gestionnaire de cas, l'assistant social de l'hôpital, le réseau de santé gérontologique, le pôle info sénior, et le médecin généralist peuvent être considérés comme des acteurs réticulaires formels. Parmi ces acteurs, le gestionnaire de cas assure une vraie coordination globale de prise en charge, tandis que pour des autres acteurs, leur coordination de prise en charge peut être limitée à secteur du système de santé. Par exemple, le médecin généraliste est à l'intersection des acteurs médicaux et paramédicaux.

En général, ces acteurs réticulaires formels ont pour l'objectif d'assurer une cohérence dans la prise en charge globale de l'usager, via la mise en lien des interventions d'un ensemble de professionnels de santé concernés. Ils font généralement le suivi des situations, ainsi, ils peuvent être emmenés à réadapter la prise en charge (réajuster les interventions des différents professionnels), suite à l'évolution des besoins de la personne. En réalisant le travail de coordination, ils apportent ainsi un soutien aux différents professionnels concernés pour que ces derniers puissent bien rester dans leurs

champs d'action sans le dépasser. Ainsi, ces acteurs réticulaires ont un rôle central à jouer dans l'intégration des processus.

Je pense que la MAIA déjà aura eu l'occasion de prouver à quel point, on est obligé d'avoir une personne référence comme un gestionnaire de cas pour une situation complexe. Et à quel point il y en a beaucoup des situations complexes. Donc, faire ressortir ça, on a besoin de professionnels qui puisse être un peu le maillon de tout ce qui se trame autour. (Psychologue, Association aide aux aidants)

C'est quand même le prescripteur aujourd'hui et que c'est un peu notre chef d'orchestre de toute la prise en charge. Parce que c'est vrai que beaucoup de choses, si on a pas le médecin traitant, on peut pas y accéder : kiné, orthophonistes... (Gestionnaire de cas A.A)

C'est moi qui fait la coordination à l'instant T entre l'équipe médicale, donc, plutôt l'hospitalisation, et des intervenants extérieurs. (Assistante sociale, Centre gérontologique départemental)

Il existe aussi des acteurs réticulaires spontanés (ou coordonnateurs spontanés) dont les missions ne sont pas la coordination de prise en charge, mais qui peut assumer ce rôle de chef d'orchestre quand même pendant un moment spécifique de la prise en charge. A part les acteurs réticulaires formels, tous les autres professionnels de santé qui interviennent auprès de l'usager, ainsi que des aidants ou des usagers eux-mêmes, peuvent faire partie de cette catégorie d'acteurs.

La coordination se fait souvent par le patient. C'est le patient qui va servir de tampon entre tout le monde. (Infirmier libéral D.D)

S'il n'y a pas de gestionnaire de cas, c'est souvent l'aidant qui gère tout….Après, il y a des familles où on n'a pas du tout de personne ressource, et là, c'est nous qui prenons le rôle un peu, à appeler les infirmiers, les responsables, ou même les infirmiers nous appellent, parce qu'il y a un souci, voilà, ce sont les intervenants qui prennent ce rôle d'aidant en fait. (Psychomotricienne Equipe Spécialisée Alzheimer)

Comme le patient et son entourage peuvent aussi avoir un rôle à jouer dans la coordination de leur propre prise en charge, il est ainsi important de les **impliquer** dans cette prise en charge pour assurer sa qualité. C'est ce que font les gestionnaires de cas,

quand ils invitent les aidants dans leurs réunions de concertation. Ça contribue à une meilleure coordination entre les professionnels de santé et les aidants non professionnels, et qui favorise ainsi l'intégration opérationnelle. Par ailleurs, l'implication de l'usager et son entourage dans leur propre prise en charge signifie aussi de respecter leur choix et volonté, lorsque les professionnels mènent leurs interventions, car une prise en charge de qualité est une prise en charge qui réponde réellement aux attentes de l'usager.

Une prise en charge à la maison, qui ne pouvait être de bonne qualité, que si on pouvait s'appuyer sur un aidant soutenu, qui arrive à assumer sont rôle d'aidant. (Directrice, Association aide aux aidants)

Quand les gestionnaires de cas font des réunions des fois, ils invitent la famille, parce que la famille fait partie de l'équipe, même s'ils sont pas professionnels, ils font partie de l'équipe et ils participent du maintien au domicile. (Pilote de la gestion de cas)

Et quand les professionnels de santé ont une **vision globale vis-à-vis des besoins de la personne**, ils ont plutôt tendance à travailler en lien avec les autres professionnels ; à se donner des alertes, lorsqu'ils identifient un problème chez la personne âgée qui n'est pas de leur ressort ; et à prendre des décisions concertées. Ainsi, le fait d'avoir cette vision globale contribue aussi à l'intégration opérationnelle. Et la présence de cette vision globale est particulièrement importante pour les usagers polypathologiques, ayant des besoins multidimensionnels qui sont plutôt complexes à gérer.

Dès que je peux, je contacte les infirmières, les médecins, les neurologues, les kinés, oui, dès que je sens qu'il y a besoin, je les contacte, oui, bien sur. C'est indispensable de toute façon. On ne le fait pas assez, malheureusement, mais c'est indispensable d'être en contact, parce que pour les personnes âgées, ce sont des pathologies qui nécessitent obligatoirement des prises en charge pluridisciplinaires. Donc, il faut que les professionnels de santé se contactent, parce que sinon ca sert à rien. (Orthophoniste)

Certains acteurs ne disposent pas cette vision globale, ainsi, ils ne se rendent pas forcément compte de la nécessité de se mettre en lien, de partager des informations avec les autres acteurs qui sont impliqués dans la prise en charge de la même personne. Par conséquent, un manque de vision globale vis-à-vis des besoins de la personne est au

détriment de l'intégration opérationnelle.

Par ailleurs, selon les interviewés, il existe aussi différents **standards** développés ou en cours d'élaboration, qui contribuent à la connexion et la simplification des différents processus de prise en charge. Ces standards sont présentés dans le tableau 38 ci dessous avec une description synthétique de la nature de chaque standard, sa contribution à la connexion et/ou la simplification des processus de prise en charge, ainsi que des verbatim associés.

Tableau 38 : les standards développés contribuant à l'intégration des processus de prise en charge

Standards développés	Description synthétique	Contribution	Verbatim
Protocoles de prise en charge	Des protocoles permettant de spécifier l'ordre de délivrance des différentes interventions tout le long d'un parcours de santé « type » destiné à un groupe spécifique d'usagers, en spécifiant les conduites à tenir : à qui passe le relais, types d'informations à échanger lors du passage de relais, dans quel délai. A titre d'exemple, les protocoles de sortie d'hospitalisation pour les personnes âgées ayant subi d'une chirurgie ambulatoire ; le protocole de prise en charge des patients souffrant du problème de pied diabétique	Connexion des processus de prise en charge	*Dans les sorties d'hospit, il y a deux types : sortie protocolisée….Là, avec l'hôpital nord, on s'occupe de la chirurgie ambulatoire pour les personnes âgées uniquement…L'idée clé, c'est de sécuriser la sortie de la personne, il y a des conduites à tenir...et des seuils associés qui sont inscrites dans le protocole tel qu'il est défini par le chirurgien : cette personne va sortir, il faut surveiller ça ça, éduquer le patient aussi, l'aider, savoir s'il se passe telle ou telle chose, il appelle telle ou telle personne. Ca c'est toutes les choses que l'on fait, quand on appelle l'infirmier…Ce sont des actions cadencées. Là, c'est la sortie protocolisée où on travaille vraiment sur un parcours…* (Directeur, Réseau de santé polyvalent Ilhup)

Outils communs d'évaluation synthétique pour l'orientation	Même s'ils sont conçus pour des différents groupes d'usagers et qu'ils vont être utilisés par les différents professionnels de santé, ces outils communs permettent d'aider ces professionnels à identifier des acteurs de prise en charge les plus appropriés, à partir d'une évaluation synthétique et multidimensionnelle des besoins des usagers. Ils sont utilisés quand les professionnels identifient un problème qui n'est pas de leur ressort, et qui a un doute sur à qui passer le relais. Par ailleurs, ils permettent aussi d'éliminer des doublons d'évaluation, puisqu'ils permettent de produire une évaluation commune partageable entre les professionnels.	Connexion et simplification des processus de pris en charge	*Maintenant il y a cette fiche navette qui elle est à l'état d'expérimentation, le but c'était que chaque professionnel qui intervient auprès d'une personne âgée et qui doit passer le relai à un professionnel, puisse lui transmettre un certain nombre d'informations…avec cette fiche navette il y a également un guide, c'est à dire en fonctions des besoins qu'on repère chez la personne âgée et bien on va l'orienter vers tel ou tel professionnel.* (Responsable de coordination, Pôle info séniors Est) *C'est la grille qui est utilisée au niveau des urgences pour repérer si la personne de plus de 75 ans est en risque de re-hospitalisation à un mois ou pas…On l'a testé pendant un mois, on a eu 139 alertes. Et en fonction du score obtenu, on va mettre des personnes en face, on va travailler là-dessus : qui on met en face pour graduer la réponse.* (Directeur, Réseau de santé polyvalent Ilhup)
Livrets/catalogues standardisés des offres de services	Ces livrets ou catalogues permettent aux professionnels d'identifier des bons intervenants en cas de besoins, ce qui facilite leur mis en lien dans la prise en charge de l'usager. En outre, comme il y a souvent une présentation des offres de services (e.g. missions, critères d'inclusion) qui sont figurées dans ces livrets, ainsi, le risque de tomber sur les professionnels de santé non adaptés, avant d'arriver sur les bons professionnels sera minimisé, ce qui élimine les redondances au sein des processus de prise en charge.	Connexion et simplification des processus de pris en charge	*Les quatre pôles marseillais, on a imprimé ces listes, elles sont uniques et communes à tous les pôles marseillais. Ça peut être la liste des SSIAD sur Marseille, ça peut être la liste des HAD, on a travaillé vraiment ensemble sur une documentation commune. Des listes, des guides aussi pour aider la personne âgée et les professionnels dans la connaissance par exemple des EHPAD, comment ça fonctionne. Et bien c'est la liste mais un guide aussi.* (Responsable de coordination, Pôle info séniors Est)

Procédures d'interaction	Des procédures d'interaction interprofessionnelles établies permettent de préciser des modalités de communication et de collaboration entre les professionnels au sein des différents organisations, ce qui rend leur articulation plus fluide.	Connexion des processus de prise en charge	*On fait un gros travail avec les gestionnaires de cas et on est en train de mettre en place une méthodologie de travail et d'échange d'informations entre le service APA et la gestion de cas. On a repéré avec la pilote de la gestion de cas le fait d'avoir besoin d'articuler, de façon procédurale, les relations entre le service de gestion de cas de Marseille et le service APA de Marseille. Avec comment on fait, quand un travailleur social APA a une situation qui pourrait être prise en charge par le service de gestion de cas. Ensuite, comment on fait, quand on est gestionnaire de cas pour échanger sur des situations qui peuvent avoir un jour droit à l'APA, ou qui ont déjà l'APA.* (Responsable, Service APA du conseil départemental)
Langage commun	Le fait de pouvoir parler un minimum de langage commun entre les différents professionnels de santé permet de faciliter la communication interprofessionnelle, d'éliminer certaines barrières à la communication, et d'éviter des redondances dans cette communication.	Connexion et simplification des processus de pris en charge	*Le problème est que nous on va voir que c'est vraiment un problème urgent et grave, alors que la personne au téléphone, elle va se dire ça peut attendre.* (Directrice, SSIAD)
Division claire du travail (qui fait quoi défini)	Grâce à une répartition claire des missions et des responsabilités, les doublons de prise en charge peuvent être évitées, idem pour le glissement des tâches. En outre, les professionnels sauraient à qui contacter en cas de besoins, sans besoins de passer par les autres professionnels intermédiaires.	Connexion et simplification des processus de pris en charge	*C'est pour ça que c'est important pour nous de bien connaître toute la filière gériatrique et géronto-psychiatrique, parce qu'après pour qu'on puisse, justement, dans nos propositions d'orientation, on propose différents acteurs……il faut qu'on ait un réseau et bien connaître tous les acteurs du réseau de prise en charge de la personne âgée.* (Directrice, Unité mobile gérontopsychiatrique)

Source : élaboration personnelle

Parmi les différents standards présentés dans le tableau 38 ci-dessus, certains standards, tels que l'outil commun d'évaluation synthétique pour l'orientation MAIA, le langage commun, la division claire du travail et la procédure d'interaction sont en cours d'élaboration ou d'expérimentation dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille. A titre d'exemple, à l'heure actuelle, les procédures d'interaction ont été établies surtout entre la fonction de la gestion de cas et le service APA du conseil départemental. Cependant, d'autres procédures sont en cours d'élaboration entre la gestion de cas et les autres services du territoire.

Et petit à petit, au travers de ce qu'on a démarré là avec l'APA, on le décline sur d'autres professionnels et institutions. Et à partir de janvier, on va faire la même chose avec les infirmiers libéraux, j'ai rdv avec l'URPS des infirmiers libéraux. (Pilote de la gestion de cas)

Par ailleurs, les interviewés expriment des points de vue et des attitudes différents vis-à-vis des standards que la MAIA Marseille cherche à développer. Selon les réponses des interviewés au questionnaire descriptif présenté dans l'annexe 10, ils sont tous favorables à l'élaboration d'un minimum de langage commun entre les professionnels et à une répartition claire des missions et des responsabilités de ces derniers. En revanche, il existe un désaccord entre les professionnels sur l'adoption de l'outil commun d'évaluation synthétique pour l'orientation MAIA. Certains professionnels de santé montrent une certaine réticence à son adoption, en particulier des professionnels libéraux ou ceux qui proviennent d'un établissement sanitaire. Ceci est principalement dû à une différence au niveau des pratiques et des cultures professionnelles (le détail de cette explication est déjà présenté dans la sous section 4.1.1.3, car cet outil standardisé a été aussi identifié comme un moyen d'automatisation flexible-la capacité à concevoir des processus flexible).

Enfin, grâce à la mise en place des différents modes de travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ; à des différents types de standards

développés ; à l'implication de l'usager et son entourage dans sa propre prise en charge ; au rôle des acteurs réticulaires formels et spontanés dans la coordination de la prise en charge, les différents **types de redondances et de duplications** peuvent être éliminés au sein des processus de prise en charge de la personne, et ca contribue aussi à l'intégration opérationnelle.

Ce serait de faire des rencontres inter-structure par territoire Marseille. Par exemple, le territoire nord, ensuite, le territoire sud, ensuite le territoire centre, où le pôle info seniors, les réseaux gérontologiques, les gestionnaires de cas se rejoindraient une fois tous les mois, tous les deux mois pour parler, sur une journée, de tant de cas, et faire un point sur tant de cas. On voit si on n'est pas 46 mille professionnels à faire la même chose et à planter un clou qui ne rentrera jamais par exemple. (Psychologue, Association aide aux aidants)

Je pense que c'est toujours mieux de se réunir et de se réunir avec la personne âgée, quand il y a plusieurs intervenants……Qu'elle entende la même chose, sur l'action qui sera menée. Par exemple, quelqu'un qui a un problème financier va essayer de demander un secours, par exemple, à la CARSAT, puis au CCAS, puis peut-être à une autre caisse, mais sans prévenir chaque service. (Assistante sociale, Carsat)

4.3.2 La présentation des résultats bruts associés aux relations entre les dimensions de la SCI de services de santé

Après avoir présenté respectivement les résultats collectés relatifs aux trois dimensions de la SCI de services de santé, nous allons maintenant présenter les résultats permettant de montrer des liens entre ces trois dimensions en dessous.

- **La relation réciproque entre l'intégration organisationnelle et l'intégration opérationnelle**

Selon les interviewés, les efforts menés en termes d'intégration organisationnelle, en particulier, la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle exerce une influence sur l'intégration opérationnelle. Et il s'agit plutôt d'un avis partagé (27 sources abordant ce lien), selon le résultat de l'analyse du profil des répondants et

l'occurrence des verbatim pour les relations identifiées entre les codes présenté dans l'annexe 13.

Plus spécifiquement, dans le cadre de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle menée par la MAIA Marseille et d'autres dispositifs, différentes relations de partenariat formel et informel se développent entre les différents acteurs de prise en charge. Ces relations de partenariat peuvent se concrétiser sous formes de différents modes de travail en équipe pluriprofessionnelle, tel que la réunion de concertation inter-service cherchant à assurer une cohérence dans la prise en charge opérationnelle des usagers en commun. Et certaines relations de partenariat sont formalisées sous forme de conventions partenariales. Ces dernières permettent de définir des modalités d'interaction interprofessionnelle, visant par exemple à éliminer des obstacles à une meilleure communication entre les acteurs qui sont impliqués dans la prise en charge des mêmes usagers. Par ailleurs, grâce aux relations de partenariat formées, le travail des acteurs réticulaires au niveau la coordination de prise en charge peut aussi être facilité

C'est notre fameuse réunion partenariale de la MAIA hebdomadaire qui nous permet de sortir des situations des dossiers, et d'échanger l'info dans la mesure où on est plusieurs à avoir été sollicités par la même situation……Ce qui est intéressant c'est de justement, si on n'avait pas eu cette réunion hebdomadaire chacun aurait fait son job sans prendre soin que l'autre était déjà intervenu……et le fait que le pôle ait eu connaissance de la situation a accéléré la prise en charge et fait le lien. On travaille ensemble, chacune apporte son expertise. (Responsable de coordination, Pôle info sénior Est)

Mon travail aujourd'hui, c'est d'anticiper les besoins sur le territoire, de travail, de collaboration nécessaire pour que les gestionnaires de cas, leur travail, soient facilités dans leur quotidien, en fait. Donc, c'est de développer des modalités de collaboration avec des institutions, et des services, et des professionnels pour que les gestionnaires de cas soient facilités dans leur travail, et ça participe bien évidemment de l'intégration des services. (Pilote de la gestion de cas)

En outre, grâce aux différentes activités collectives menées dans le cadre et en dehors du déploiement de la MAIA Marseille, différents types de standard sont développés ou

en cours d'élaboration pour faciliter la connexion des différents processus de prise en charge, et éliminer des redondances et duplications au sein de ces processus (e.g. protocole de prise en charge, langage commun, division claire du travail, procédure d'interaction que nous avons déjà mentionné dans la section 4.3.1.3). L'objectif final consiste à fluidifier le parcours de santé des personnes âgées et améliorer leur prise en charge.

C'est déjà bien cette intégration des services que tout le monde utilise le même langage, les mêmes outils, plutôt qu'il y ait une superposition d'évaluation. (Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique Est)

En revanche, comme ce que nous venons de mentionner dans la section 4.3.1.3 sur l'outil commun d'évaluation synthétique pour l'orientation MAIA, tous les standards développés ne sont pas acceptés par les professionnels de santé, dû à une différence au niveau des pratiques et des cultures professionnelles. Et cela révèle encore une fois les conséquences d'un manque de culture collective partagée (e.g. le partage de vision, valeur, norme) entre les différents professionnels de santé, et d'un déséquilibre d'implication de ces professionnels (sanitaires, médico-sociaux, sociaux) à la démarche de l'intégration.

Le lien d'influence entre l'intégration organisationnelle et l'intégration opérationnelle n'est pas à sens unique, mais réciproque. Selon le résultat de l'analyse du profil des répondants et de l'occurrence des verbatim pour les relations identifiées entre les codes présenté dans l'annexe 13, peu d'interviewés ont abordé le lien d'influence de l'intégration opérationnelle sur la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle (6 sources), et le lien d'influence de l'intégration opérationnelle sur l'intégration culturelle (4 sources). Par ailleurs, ces interviewés sont essentiellement des acteurs médico-sociaux et sociaux ayant déjà travaillé avec les gestionnaires de cas ou des gestionnaires de cas en soi. Et ils parlent surtout des effets positifs associés à l'intervention des gestionnaires de cas. Ceci montre que l'effet de l'intégration opérationnelle sur l'intégration organisationnelle provient surtout du travail de la

gestion de cas pour l'instant.

Plus spécifiquement, selon eux, la coordination de prise en charge assurée par les gestionnaires de cas, permet de mener petit à petit un changement des pratiques, ou même une harmonisation des pratiques auprès des autres professionnels de santé. Et en ayant travaillé ensemble avec ces acteurs réticulaires, les autres professionnels se sont rendu compte de l'importance de la mise en lien, et de la nécessité à mieux encadrer leur interaction. Ceci les conduit à formaliser leurs relations de partenariat sous forme des procédures d'interaction interprofessionnelle et inter-organisationnelle.

Quand les gestionnaires de cas travaillent, ils font quelque parts de la micro-intégration à l'échelle d'une situation, où on a un vrai processus de changement des pratiques de la part des professionnels, de la part aussi des institutions, parce que par ce travail mis en place par les gestionnaires de cas, les autres partenaires, qu'ils soient institutionnels ou des professionnels libéraux demandent à mieux s'organiser, et à ce moment-là, on peut mettre en place des procédures, comme on a fait avec l'APA. (Pilote de la gestion de cas)

Le rapport d'évaluation nationale des MAIA (2017, p.96) soutient aussi ce constat en indiquant que l'intervention des gestionnaires de cas peut produire un effet de l'apprentissage collectif entre les professionnels, ce qui est favorable pour l'intégration des services. Par ailleurs, un autre impact positif constaté de leur intervention auprès des autres professionnels, c'est qu'il y a un changement de mentalité petit à petit chez ces professionnels qui tend vers la communication ouverte et l'ouverture d'esprit. Même si ces impacts sont encore limités à une petite échelle, ils favorisent l'émergence d'une culture collective qui encourage la communication ouverte et l'ouverture d'esprit.

Alors, la conséquence, pour l'instant positive, qu'on le voit, c'est le décloisonnement entre le secteur médical et le secteur social. C'est tout petit, mais on se rend compte que, grâce aux gestionnaires de cas quand elles suivent des situations……on a de plus en plus de capacité à être en lien avec des professionnels qui jusqu'à présent n'avaient pas l'idée d'appeler l'assistant social de l'APA, ou quand l'assistant social appelait, ils n'avaient pas volonté de lui parler de la situation. C'est pas merveilleux, mais on se rend compte que grâce à ca, ca évolue. Il faut encore continuer. (Responsable, Service

APA du conseil départemental)

- **La relation entre l'intégration organisationnelle et l'intégration des TIC**

Selon le résultat d'analyse du profil des répondants et de l'occurrence des verbatim pour les relations identifiées entre les codes présentés dans l'annexe 13, seulement 3 interviewés ont abordé le lien d'influence de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle sur le développement du SIP informatisé. Ce résultat montre que très peu d'interviewés sont directement concernés par les projets d'élaboration du SIP informatisé. Selon ces interviewés concernés, il existe des groupes de travail au niveau national, régional et aussi local destinés au développement des SIP informatisés et sécurisés, permettant de partager des données en temps réel. Mais le processus du développement de SIP informatisé est assez long sur le terrain, celui du SIP informatisé MAIA est encore dans une phase initiale.

Donc, là, on a essayé de travailler avec l'ORU PACA sur un dossier informatisé, donc, leur terminal CTA, je crois, que la MAIA doit passer dessus, les réseaux de santé doivent y passer……Idéalement, c'est ce qu'on aimerait avoir, un système d'information pour transmettre les informations en temps réel qui marche bien. Voilà, on aimerait que ca avance, et que ca se fasse aussi avec le monde social, avec droits d'accès, des choses comme ça. C'est très lent, mais idéalement, c'est ce vers quoi on veut tendre. Moi, j'ai participé aussi à des groupes de travaux au niveau national, pour essayer de travailler là dessus. Et c'est intéressant aussi, je travaille avec l'HAS, je fais partie aussi du bureau national des réseaux de santé, je participe aussi à des groupes de réflexion au niveau national. (Directrice, Réseau de santé croisée)

En fait, pour interconnecter les systèmes d'information des divers acteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées, un travail d'*homogénéisation des processus, des méthodes de travail, et des langages* doit être réalisé en amont auprès de ces acteurs, ce qui nécessite d'une concertation et collaboration inter-organisationnelle, selon le chef de projet en e-santé de l'ARS PACA, lors de la réunion de retour d'informations sur l'évaluation du dispositif MAIA Marseille- restitution de l'évaluation nationale des dispositifs MAIA (Données collectées à l'issue de notre observation dans cette réunion).

- **La relation entre l'intégration des TIC et l'intégration opérationnelle**

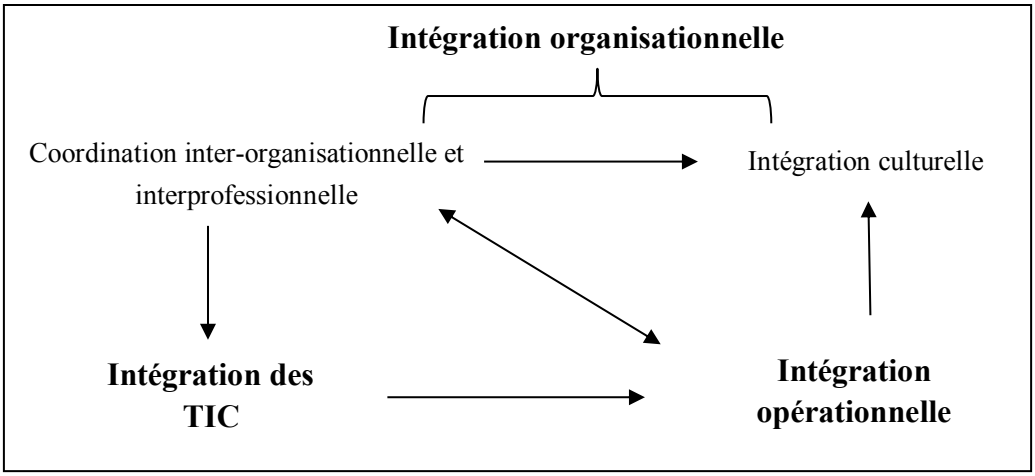
Selon les interviewés, que ce soit le SIP informatisé ou le SIP non informatisé (cahier de transmission au domicile), les conséquences (envisagées ou réelles) de leur utilisation vis-à-vis d'une meilleure coordination de la prise en charge opérationnelle des usagers sont multiples. Plus spécifiquement, grâce à la traçabilité des informations, ces deux catégories de SIP permettent tous à un professionnel de santé de connaitre l'identité des autres acteurs qui sont aussi concernés par la prise en charge du même usager ; de savoir qui a déjà fait quoi, ainsi d'éviter de refaire la même chose auprès de la personne. Et c'est bien évidemment à condition que les informations soient bien renseignées sur ces SIP, et mises à jour régulièrement. En outre, le SIP informatisé permet de partager des informations en temps réel relatives à la situation des usagers entre les différents acteurs concernés, ce qui peut renforcer aussi la réactivité des intervenants dans la prise en charge des usagers, face à l'évolution de situation de la personne. Et le travail des acteurs réticulaires peut aussi être facilité via l'utilisation du SIP informatisé et non informatisé.

C'est un peu ça le système que je vous ai parlé de référent unique entre guillemet, tout le monde se coordonne et se retrouve entre guillemet dans cet outil là. Ce référent unique peut être un outil informatique aussi. (Responsable de secteur, Service aide au domicile)

Ca c'est mais ultra important, ca typiquement si lorsque le patient ou l'aidant, ils peuvent venir nous voir avec un cahier……Vous voyez, la personne, elle vient nous dit : regardez ici, j'ai rencontré tel professionnel, tel professionnel, et que la première fois qu'on rencontre la personne, on sait tous les professionnels qu'elle a rencontré, ca sera idéal ! Comme ca, nous, on ne refait pas les choses qui ont été faites. (Psychologue, Association aide aux aidants)

La figure 25 présentée ci-dessous permet d'illustrer les différentes relations identifiées entre les dimensions de la SCI de services de santé.

Figure 25 : les liens identifiés entre les dimensions de la SCI de services de santé



Source : les discours des interviewés

Dans cette figure présentée ci-dessus, parmi les trois dimensions de la SCI de services de santé, seulement l'intégration organisationnelle comporte deux composantes. Pour montrer précisement les interactions que l'intégration organisationnelle pourrait avoir (à traver ses deux composantes) avec les deux autres dimensions de l'intégration, l'intégration organisationnelle est ainsi subdivisée dans cette figure.

4.3.3 La synthèse et la discussion des résultats collectés relatifs à la SCI de services de santé par rapport à la littérature concernée

Les résultats présentés dans la section 4.3.1 font l'objet d'un état des lieux des différentes pratiques professionnelles existantes, qui sont associées respectivement aux trois dimensions de la SCI de services de santé. Les résultats présentés montrent certaines difficultés ou dysfonctionnements associés au déploiement de l'intégration sur le terrain. Et ce déploiement n'est pas encore suffisamment avancé depuis la phase de généralisation de la MAIA Marseille en 2015. Les travaux en SCI (Swink *et al*., 2007) et ceux en intégration des services de santé (Leutz, 1999) mentionnent que le processus de mise en œuvre de l'intégration est long et couteux, il prend du temps pour produire des effets.

Les pratiques professionnelles identifiées au niveau de l'intégration organisationnelle correspondent à l'intégration au niveau de la supply chain santé globale. Parce qu'il s'agit d'organiser des activités de pilotage au niveau inter-organisationnel, permettant de soutenir la mise en œuvre des différents activités collectives entre les organisations ainsi que les professionnels qui sont au sein de ces organisations, autour des différents enjeux de la prise en charge de la population des personnes âgées. Ainsi, l'idée derrière ces activités menées consiste bien à organiser des réponses générales aux besoins communs d'une population spécifique d'usagers.

En revanche, le déploiement de l'intégration au niveau de la supply chain santé globale rencontre également plusieurs problèmes suivants. D'abord, certaines activités de pilotage sont problématiques, comme l'instance de concertation stratégique MAIA qui n'est pas encore effective. En raison de la divergence au niveau de processus décisionnels et de cadres organisationnels de chaque représentant, les décisions de mise en cohérence de l'offre ne se prennent pas au sein de l'instance de concertation stratégique, ce qui montre un problème de compatibilité organisationnelle et structurelle entre les différents décideurs et financeurs. Selon De stampa *et al.* (2013), une mauvaise articulation entre les décideurs et les financeurs constitue d'un obstacle à l'intégration des services en santé. Par ailleurs, cette instance stratégique a été suspendu aussi pendant l'année 2017 et l'année 2018, ainsi, l'articulation entre l'instance de concertation stratégique et l'instance tactique est absente, ce qui limite aussi le rôle que l'instance de concertation tactique peut jouer en termes d'ajustement de l'offre sur un territoire donné.

Ensuite, le degré d'implication des professionnels vis-à-vis des activités collectives menées par la MAIA Marseille est différent, en fonction de leur secteur d'appartenance (sanitaire, médico-social, social). Les professionnels libéraux et les professionnels provenant d'un établissement sanitaire y sont peu impliqués par rapport aux autres professionnels pour divers raisons déjà mentionnées dans la section 4.3.1.1. Et pour l'instant, le travail d'intégration est très axé sur les professionnels médico-sociaux et

les professionnels sociaux. Or, plusieurs travaux indiquent qu'il est important d'impliquer les différents professionnels de santé et de susciter leur engagement à participer au travail de l'intégration, notamment des médecins libéraux, pour mener à bien le déploiement de l'intégration (Valentijn *et al*., 2013 ; De Stampa *et al*., 2013).

Malgré les problèmes rencontrés, le développement des différentes activités collaboratives et la formation des différents partenariats interprofessionnels et inter-organisationnels commence à produire des effets, notamment en termes de changement de mentalité professionnelle qui tend vers la communication ouverte et l'ouverture d'esprit, mais ces effets sont encore très limités, et une culture commune partagée entre les professionnels reste encore à construire.

Les efforts menés en matière de l'alignement et de l'interconnexion des systèmes d'information des différents acteurs ont été constatés. Même si le processus de son développement peut s'avérer très long et laborieux, et impliquant les acteurs de différents niveaux du système de santé, les professionnels sur le terrain semblent assez favorables pour adopter un SIP informatisé.

Les pratiques professionnelles identifiées au niveau de l'intégration opérationnelle correspondent à l'intégration au niveau de la supply chain santé individualisée. Il s'agit d'assurer une cohérence au niveau de l'interaction entre les différents professionnels de santé qui sont impliqués directement dans la prise en charge de chaque usager faisant partie de la population cible. Néanmoins, certains standards développés, tels que l'outil commun d'évaluation synthétique pour l'orientation MAIA ne répondent pas aux attentes de certains professionnels de santé, dû à une différence au niveau des pratiques et cultures professionnelles. Ce constat révèle un manque de partage des visions, des valeurs et des normes entre les différents professionnels, et il révèle aussi que le déploiement de l'intégration est encore peu avancé sur le terrain.

Comme ce déploiement est encore peu avancé, et en tenant compte des différents

problèmes rencontrés dans le déploiement de l'intégration mentionnés ci-dessus, il nous semble que la priorité doit être donnée à un état des lieux des attentes, des contraintes, des pratiques et des cultures des différents professionnels de santé impliqués par le déploiement de l'intégration. L'objectif consiste à voir comment au mieux aborder l'intégration en tenant compte des spécificités et des contraintes de chaque acteur. En outre, il sera plus facile d'harmoniser des pratiques, des outils et des procédures des différents acteurs, quand ces derniers auront plus l'habitude à travailler ensemble ; ils auront mieux appréhendé la démarche de l'intégration ainsi que ses objectifs associés ; ils arriveront à partager des valeurs, des normes et des visions ; ils seront tous impliqués dans la co-construction d'une démarche de l'intégration.

Selon les résultats présentés dans la section 4.3.2, il existe des liens aussi entre les trois dimensions de la SCI de services de santé. Ces liens sont présentés dans la figure 25 à la fin de la section 4.3.2. A noter que l'intégration culturelle est la seule composante de l'intégration organisationnelle qui n'interagit avec rien, c'est probablement parce qu'il n'existe pas encore d'une culture commune partagée entre les différents acteurs sur le terrain.

En résumé, selon les résultats collectés, nous voyons qu'il existe bien deux niveaux (global et individualisé) de supply chain santé sur le terrain. Et ils s'articulent entre eux pour fournir à la fois des réponses générales aux besoins communs d'une population spécifique d'usagers, ainsi que des réponses personnalisées aux besoins spécifiques de chaque usager de cette population. Par ailleurs, etant donné que les différentes dimensions de la SCI de services de santé, ainsi que leurs liens sont observables sur le terrain, il est ainsi pertinent de rapprocher les deux littératures suivantes : la SCI et l'intégration des services de santé, pour conceptualiser et opérationnaliser la SCI de services de santé. Et cela suggère aussi que le concept de la SCI peut aussi être appliqué aux autres contextes que le contexte industriel, avec une certaine adaptation nécessaire.

Conclusion du chapitre 4

Un état des lieux respectif du développement de la CPM de services de santé, ainsi que le déploiement de ses deux facteurs facilitants clés sur le terrain : la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé, a été réalisé dans ce chapitre.

D'abord, cet état des lieux révèle que le développement de la CPM dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille est encore dans une phase initiale. Certaines capacités de PM, telles que la capacité à développer l'espace de solution, la capacité à concevoir des processus flexibles et robustes sont encore assez sous-développées sur le terrain. Par ailleurs, des discontinuités informationnelles et managériales au niveau de la délivrance des services de santé ont été aussi soulignées par les interviewés qui sont directement concernés par la prise en charge des usagers.

Pour surmonter les difficultés rencontrées dans le développement de certaines capacités de PM, notamment la capacité à concevoir des processus flexibles et robustes, une **leçon à en tirer,** c'est d'appliquer la pensée modulaire au niveau de la conception des processus de prise en charge à une petite échelle pour faciliter sa concrétisation, surtout dans un contexte où les pratiques et les cultures professionnelles (i.e. sanitaire, social, médico-social) sont relativement différentes. Il s'agit de restreindre la cible de prise en charge, et aussi le nombre des professionnels impliqués. Ceci facilitera la standardisation des processus de prise en charge (via par exemple la mise en œuvre d'un outil commun d'évaluation pour l'orientation), qui sera par la suite connectable avec les différents processus de prise en charge personnalisés, pour répondre aux besoins spécifiques de chaque usager faisant partie d'une population cible.

Ensuite, la prestation des services de santé destinée à la prise en charge des personnes âgées faisant partie de la population cible MAIA peut être caractérisée comme modulaire. Parce que cette prestation satisfait les trois conditions (trois dimensions de la modularité de prestation de services de santé ont été toutes constatées sur le terrain)

nécessaires pour qu'une prestation des services puisse être qualifiée comme modulaire.

Enfin, la réalisation de la SCI de services de santé dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille est encore dans un stade initial. Il existe des différentes difficultés ou dysfonctionnements qui ont été constatés dans cette réalisation. A titre d'exemple, la grande différence au niveau des pratiques et des cultures professionnelles, la non effectivité des instances de concertation stratégique, le déséquilibre au niveau d'implication des professionnels provenant de différents secteurs du système de santé (sanitaire, médico-social, social) à la démarche de l'intégration. Malgré ces difficultés ou dysfonctionnements identifiés, la réalisation de la SCI de services de santé commence à produire des effets en termes de décloisonnement entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Mais ces effets sont encore très limités, et une culture commune partagée entre les professionnels de santé provenant de ces différents secteurs reste encore à construire.

Face à des problèmes identifiés sur le terrain en matière de la réalisation de la SCI de services de santé, plusieurs **préconisations managériales** peuvent être formulées. Premièrement, il nous semble que la priorité doit être donnée à un état des lieux des attentes, des contraintes, des pratiques et des cultures des différents professionnels de santé concernés par cette intégration. L'objectif consiste à voir comment au mieux aborder l'intégration en tenant compte des spécificités et des contraintes de chaque acteur. En outre, il sera plus facile d'harmoniser des pratiques, des outils et des procédures des différents acteurs, quand ces derniers auront plus l'habitude à travailler ensemble ; ils auront mieux appréhendé la démarche de l'intégration ainsi que ses objectifs associés ; ils arriveront à partager des valeurs, des nomes et des visions ; ils seront tous impliqués dans la co-construction d'une démarche de l'intégration.

L'état des lieux de la réalisation de ces trois concepts clés étudiés sur le terrain permet de poser le fondement pour étudier les relations entre ces concepts dans le prochain chapitre.

5. La présentation et discussion des résultats collectés relatifs aux relations identifiées entre les trois concepts clés étudiés dans cette recherche

Introduction du chapitre 5

Dans ce chapitre, nous allons présenter des résultats collectés relatifs aux différents liens identifiés entre les trois concepts clés de notre recherche. Comme le chapitre 4, la présentation de ces résultats collectés est principalement basée sur les données primaires, telles que les résultats collectés à l'issue de l'analyse de contenu des entretiens semi-directifs, de l'analyse du profil des répondants ainsi que de l'occurrence des verbatim pour les relations identifiées entre les codes (présenté dans l'annexe 13), de notre observation, ainsi que les résultats de notre questionnaire descriptif (présenté dans l'annexe 10). Elle est aussi complétée par les données secondaires mobilisées relatives au déploiement de la MAIA Marseille (présentée dans l'annexe 5).

Nous allons discuter par la suite de ces relations identifiées à la lumière des différentes littératures concernées, et aussi par rapport à notre cadre théorique mobilisée (*RBV, ERBV, Capacité dynamique, interconnectedness)*.

Plus spécifiquement, dans la section 5.1, nous allons présenter et discuter des relations identifiées entre la SCI de services de santé et la CPM de services de santé.

Dans la section 5.2, les résultats collectés relatifs aux différentes relations identifiées entre la modularité de prestation de services de santé et la CPM de services de santé seront présentés et discutés.

Ensuite, nous présenterons et discuterons, dans la section 5.3, des relations identifiées entre la SCI de services de santé, la modularité de prestation des services de santé, ainsi que la CPM de services de santé.

Enfin, dans la conclusion du chapitre 5, nous allons synthétiser et discuter l'ensemble des relations identifiées entre les trois concepts étudiés sur le terrain, par rapport à notre modèle de recherche ainsi qu'à la proposition de recherche associée.

5.1 Les relations identifiées entre la SCI de services de santé et la CPM de services de santé

Dans cette section, nous allons d'abord présenter en détail des relations identifiées entre les différentes dimensions de la SCI de services de santé et de la CPM de services de santé (section 5.1.1). Ensuite, nous allons discuter de ces résultats présentés par rapport à la littérature étudiant l'impact de la SCI sur le développement de la CPM dans le contexte général (section 5.1.2).

5.1.1 La présentation des résultats

Selon les données collectées sur le terrain, le déploiement de la SCI de services de santé en matière de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, de l'intégration des TIC et de l'intégration opérationnelle, exercent des influences à la fois directes et indirectes sur le développement des différentes capacités de PM dans le secteur de la santé.

- **Influences directes exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis des capacités de PM de services de santé**

Les influences directes exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis de deux capacités suivantes ont été identifiées sur le terrain :

- du développement de l'espace de solutions,
- de l'identification des réponses aux besoins d'usagers.

Le développement de l'espace de solutions destinée à la population des personnes âgées de plus de 60 ans consiste à identifier des besoins non comblés qui sont fréquemment constatés chez des personnes âgées, et par la suite à développer des nouvelles solutions adaptées à ces besoins non comblés. Ainsi, ce travail n'est pas la responsabilité d'un seul acteur de prise en charge, mais d'un ensemble d'acteurs qui sont tous concernés par la prise en charge des personnes âgées. En revanche, nous avons déjà mentionné dans la section 4.1.1.2 (présentation des résultats relatifs au développement de l'espace de solutions) que peu d'initiatives relatives au développement de l'espace de solutions ont été mises en œuvre sur le terrain, et peu d'acteurs y sont impliqués. Ce manque de développement de l'espace de solutions est principalement dû à des dysfonctionnements identifiés au niveau de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle.

Selon le cahier des charges de MAIA, la table de concertation stratégique a pour objectif d'ajuster et de mettre en cohérence l'offre de services sur un territoire donné. Et nous avons déjà mentionné dans la section 4.3.1.1 (la présentation des résultats relatifs à la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle) que la table stratégique MAIA Marseille n'est pas encore effective, ainsi, elle ne joue pas encore son rôle prescrit par le cahier des charges. Comme cette instance n'est pas encore effective, son articulation avec l'instance de concertation tactique est absente. Ainsi, même si des besoins non comblés constatés chez la population des personnes âgées sont remontés à l'instance de concertation tactique, mais la décision d'ajustement de l'offre concernée ne se prend pas forcément à ce niveau de l'instance.

Par ailleurs, le cahier des charges de MAIA précise aussi que les gestionnaires de cas ont un rôle à jouer dans la remontée des dysfonctionnements observés sur le territoire, en revanche, selon certains interviewés, les modalités de recueil et d'analyse des dysfonctionnements restent encore à définir et à travailler. Ce constat est en concordance avec le rapport d'évaluation nationale des MAIA (2017, p. 104) qui précise que : en raison d'un manque des indicateurs, des formations et des outils de

recueil des dysfonctionnements, l'observation des problématiques au niveau de l'offre de services est difficile pour les gestionnaires de cas.

le gestionnaire de cas a ce rôle, on est acteur du terrain, on est observateur à ce niveau-là, mais, pour l'instant, on a un petit peu du mal à le définir, mais je pense que ce sont des choses qu'on va travailler à la rentrée, c'est de quelle manière justement on peut faire remonter des dysfonctionnements, des besoins non comblés, après du coup qui seront travaillés en table tactique et stratégique pour justement essayer d'apporter des réponses. (Gestionnaire de cas A.A)

Même si des dysfonctionnements ont été constatés au niveau de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, cela ne veut pas dire que cette coordination n'engendre aucun effet vis-à-vis du développement de l'espace de solutions. Selon le compte rendu de la table de concertation tactique qui a eu lieu le 05/12/17, à la suite de la remontée des dysfonctionnements de la part de certains professionnels de santé, relatif à la carence de prise en charge des personnes âgées souffrant des problèmes de troubles psychiques, un groupe de travail a été mis en place pour encadrer les actions à entreprendre pour combler ce manque. Par conséquent, les initiatives menées dans le cadre de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle commencent à produire des effets pour le développement de l'espace de solutions, mais ces effets sont encore très limités pour l'instant.

Concernant l'influence exercée par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis de l'identification des réponses aux besoins d'usagers, nous avons déjà mentionné dans la section 4.3.1.1 que le développement des différentes formes de travail collectif favorise la formation des différentes relations de partenariat interprofessionnelle et inter-organisationnelle. Selon les interviewés, les relations de partenariat formalisée sous forme de convention partenariale permettent d'officialiser l'orientation mutuelle des usagers accueils en cas de besoins, et d'inviter les parties concernées à s'engager dans cette démarche de l'orientation.

Il y a eu des personnes présentes dans l'atelier qui se sont tournées vers les Petits Frères

des Pauvres…il y a eu une structure d'aide à domicile qui est venu me demander de faire une convention parce qu'on avait plusieurs accompagnements en commun. Pour co-accompagner et se dire : soit on peut se signaler des gens, on peut réorienter la personne vers des structures d'aide, les aides à domicile en voyant des personnes isolées peuvent leur proposer d'être accompagnée par les Petits Frères des Pauvres… (Directrice, petits frères des pauvres)

Et lors de l'établissement d'une relation de partenariat informelle et interprofessionnelle, des professionnels concernés peuvent mieux se connaitre en matière des missions et des responsabilités de chacun, et de la manière de fournir des services de santé de chacun. Ainsi, ces relations de partenariat informelle établies peuvent les aider dans l'orientation des usagers à des services adaptés, en cas de besoin. Parfois, grâce à des relations de partenariat établies, la mise en œuvre de certaines solutions adaptées aux besoins identifiées de la personne peut aussi être facilitée. A titre d'exemple, en cas d'urgence, la simplification des démarches administratives à effectuer pour obtenir des aides financiers qui seront nécessaires pour mettre en place le service d'aide à domicile.

A l'issu de notre évaluation, nous on fait des propositions, c'est là qu'on a besoin des partenaires, c'est qu'ils nous facilitent. Parce que ce qu'on propose, c'est de façon globale, mais il faut que nos partenaires soient ok. Par exemple, la personne n'a plus de droit ouvert à sa caisse de retraite, je rencontre la personne de la Carsat qui s'occupe de la retraite en France, et je lui dis :" comment on fait pour mettre rapidement ses droits en place ? " Et là, j'ai besoin d'elle pour rapidement nous mettre en place ses droits à la retraite, pour que je puisse mettre en place l'auxiliaire de vie. (Assistant social, Unité mobile gérontopsychiatrique)

- **Influences indirectes exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis des capacités de PM de services de santé via l'intégration des TIC**

Nous avons déjà mentionné dans la section 4.3.2 que l'interconnexion et l'alignement des TIC, telles que les systèmes d'information informatisés repose sur un travail de concertation et de collaboration inter-organisationnelle et interprofessionnelle en amont.

Et selon le résultat d'analyse du profil des répondants et de l'occurrence des verbatim pour la relation identifiée entre l'intégration des TIC et la gestion de la continuité de délivrance de services de santé (présenté dans l'annexe 13), les interviewés expriment un avis partagé que le fait d'avoir un SIP informatisé ou un SIP non informatisé permettra d'assurer une traçabilité des informations relatives à la situation de la prise en charge de l'usager. Grâce à cette traçabilité des informations, les professionnels pourraient accéder aux bonnes informations au bon moment, et ce qui rend la prise en charge actuelle appropriée. Ainsi, l'intégration des TIC contribue à une meilleure gestion de la continuité informationnelle dans la délivrance des services, et elle permet aussi d'éviter des ruptures de prise en charge.

Ce qui serait bien, c'est qu'on ait tous les mêmes outils, des outils que l'on puisse partager. Un outil informatisé. Ça serait bien que l'on sache que monsieur x, il est déjà connu d'un tel service ou tel autre, au moins de pourvoir les contacter pour savoir qui a fait quoi. (Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord)

Par ailleurs, nous avons aussi mentionné dans la section 4.1.2 que la gestion de la continuité informationnelle dans la délivrance de services peut favoriser l'identification des réponses aux besoins d'usagers, ainsi, l'intégration des TIC peut contribuer aussi à l'identification des réponses aux besoins d'usagers via l'assurance d'une continuité informationnelle tout le long de la délivrance de services.

Nous rappelons que les effets du SIP informatisé vis-à-vis de la gestion de la continuité de délivrance de services de santé sont encore des effets envisagés, puisque les travaux d'établissement d'un véritable SIP informatisé sont en cours sur le terrain, et ce processus de développement s'avère long et laborieux, selon les interviewés (CF la présentation des résultats associés à l'intégration des TIC dans la section 4.3.1.2).

- **Influences indirectes exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis des capacités de PM de services de santé via l'intégration opérationnelle**

Selon ce que nous avons mentionné dans la section 4.3.2, à travers les différentes activités collectives menées dans le cadre de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, les différents types de standard sont développés ou en cours d'élaboration pour faciliter la connexion des processus de prise en charge, et éliminer des redondances et des duplications au sein de ces processus. Néanmoins, certains standards en cours d'élaboration, comme l'outil commun d'évaluation synthétique pour l'orientation MAIA, ne sont pas acceptés par tous les professionnels concernés par son utilisation. C'est principalement dû à une différence constatée au niveau des pratiques et des cultures professionnelles. Et cela révèle encore une fois les conséquences d'un manque de partage de vision, valeur, norme entre les différents professionnels de santé provenant de différents secteurs du système de santé (sanitaires, médico-sociaux, sociaux), et d'un déséquilibre d'implication de ces professionnels à la démarche de l'intégration.

Dans la section 4.1.1.3 (présentation des résultats associés à la (capacité) conception robuste des processus flexible), les résultats présentés indiquent que certains outils communs d'évaluation pour l'orientation déjà déployés ou en cours d'élaboration, tel que l'outil commun MAIA mentionné ci-dessus, peuvent aussi être vu comme un type d'automatisation flexibles. Et l'utilisation de ces outils communs permet de standardiser le processus d'évaluation et d'orientation des usagers, ce processus standardisé sera par la suite connecté avec les différents processus de prise en charge personnalisés, grâce à la fonction d'orientation de ces outils. Cela relève de la concrétisation de la pensée modulaire au niveau de la conception des processus de prise en charge (élément indispensable pour la conception des processus flexibles et robustes). Ainsi, le déploiement de cette dernière repose sur l'utilisation de ces outils à une grande échelle. Et tant qu'il existe des professionnels de santé qui sont réticents à adopter ces outils standardisés, autrement dit, qui ne sont pas favorables à une même méthodologie d'évaluation et d'orientation des usagers, le processus d'évaluation et d'orientation des usagers ne sera pas standardisé, ce qui rend la concrétisation de cette pensée modulaire

sur le terrain difficile.

Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné dans la section 4.3.2, la formation des relations de partenariat, dans le cadre de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, facilite aussi la mise en œuvre de certaines pratiques professionnelles associées à l'intégration opérationnelle, comme l'organisation des différents modes de travail en équipe pluriprofessionnelle autour de la prise en charge des usagers, et le travail des acteurs réticulaires au niveau la coordination de prise en charge. Et ces pratiques professionnelles (parmi d'autres) exercent aussi des influences vis-à-vis des capacités de PM de services de santé suivantes :

- l'identification des réponses aux besoins d'usagers
- la gestion de la continuité de délivrance de services de santé

Concernant ses influences vis-à-vis de l'identification des réponses aux besoins d'usagers, dans le cadre de l'intégration opérationnelle, l'organisation des différents modes de travail en équipe pluriprofessionnelle, notamment les réunions de concertation pluriprofessionnelles, permettent aux différents professionnels concernés par la prise en charge d'un même usager (ou plusieurs), de discuter des solutions à mettre en place, face à des difficultés de prise en charge rencontrées.

Le comité technique, c'est qu'on discute de situations problématiques……de cet échange, c'est vraiment d'essayer de trouver des solutions, avec le regard de différents professionnels, chacun avec leurs spécificités et d'essayer de trouver des solutions pour ces situations. (Gestionnaire de cas A.A)

Le fait d'avoir une vision globale vis-à-vis des besoins de la personne chez des professionnels de santé contribuera aussi à l'identification des réponses aux besoins d'usagers, puisque ces professionnels ne vont pas juste s'arrêter à leur mission, et ne pas regarder ce qui se passe autour de la prise en charge de la personne. Ainsi, même si ces professionnels arrivent à repérer des besoins non comblés chez la personne qui ne sont pas de leur ressort, ils vont quand même l'orienter vers des réponses adaptées,

selon leur connaissance de l'offre sur le territoire et leur propre réseau partenarial.

Par exemple, j'ai reçu une dame il n'y a pas longtemps, j'ai trouvé qu'il y avait un problème d'hygiène, et je voyais que la famille en souffrait parce que vous savez qu'ils ont à domicile des tas de gens. Je m'intéresse à ce qu'ils vivent au domicile, c'est pas que la prise en charge de l'accueil de jour, je m'intéresse à ce qu'ils vivent partout. Donc du coup j'ai téléphoné au service de soins à domicile, à la directrice pour savoir quel était le problème, et on a réglé des choses au niveau de l'hygiène, on a réglé des choses au niveau de l'orthophonie. Donc on essaie quand ils sont pris en charge ici qu'il y ait une harmonie entre le domicile et ici. (Responsable, Accueil de jour)

Et les pratiques qui consistent à impliquer des usagers ainsi que leurs entourages dans leurs propres prises en charge, permettent aux professionnels de tenir compte des valeurs et des préférences des usagers, lors de l'identification des réponses aux besoins d'usagers. Ainsi, les réponses identifiées correspondront aussi aux attentes des usagers ainsi que leurs entourages.

On se rencontre avec un membre de la famille, parce que des fois, il faut qu'il y a une personne de la famille présent pour mettre certaines choses en place. Au point, pour discuter et avancer, ca, ça arrive, et c'est fréquent. (Médecin généraliste J).

Concernant ses influences vis-à-vis de la gestion de la continuité de délivrance de services de santé, premièrement, malgré des discontinuités constatées au niveau informationnel et managérial dans la délivrance des services de santé, la plupart des interviewés confirment les effets positifs de l'intervention des acteurs réticulaire vis-à-vis de la gestion de la continuité de délivrances de services de santé.

Le fait qu'il y a la MAIA (gestionnaire de cas) *permet à ce patient qui a des pathologies assez graves, plusieurs pathologies de continuer à vivre à la Maison. En fait, il a une maladie neurologique et autres. Il n'a pas de famille sur Marseille, et c'est clair que c'est la MAIA qui fait le lien entre tout le monde, qui fait que cette personne est bien suivie pour éviter la rupture de prise en charge. Il y a plus de cohérence, et puis, il n'y a pas d'oubli.* (Neurologue, Centre gérontologique départemental)

Deuxièmement, les différents modes de travail en équipe pluriprofessionnelle et

pluridisciplinaire déployés au terrain, en l'occurrence, les réunions de synthèse pluriprofessionnelles qui s'organisent à l'intervalle régulier, permettent à différents professionnels de santé concernés par la prise en charge d'un même usager, de se réunir, de partager des informations importantes, et d'aligner les actions des uns et des autres, pour rendre la prise en charge de la personne suivie cohérente. Par conséquent, ces pratiques professionnelles contribuent aussi à la gestion de la continuité managériale de délivrance des services de santé.

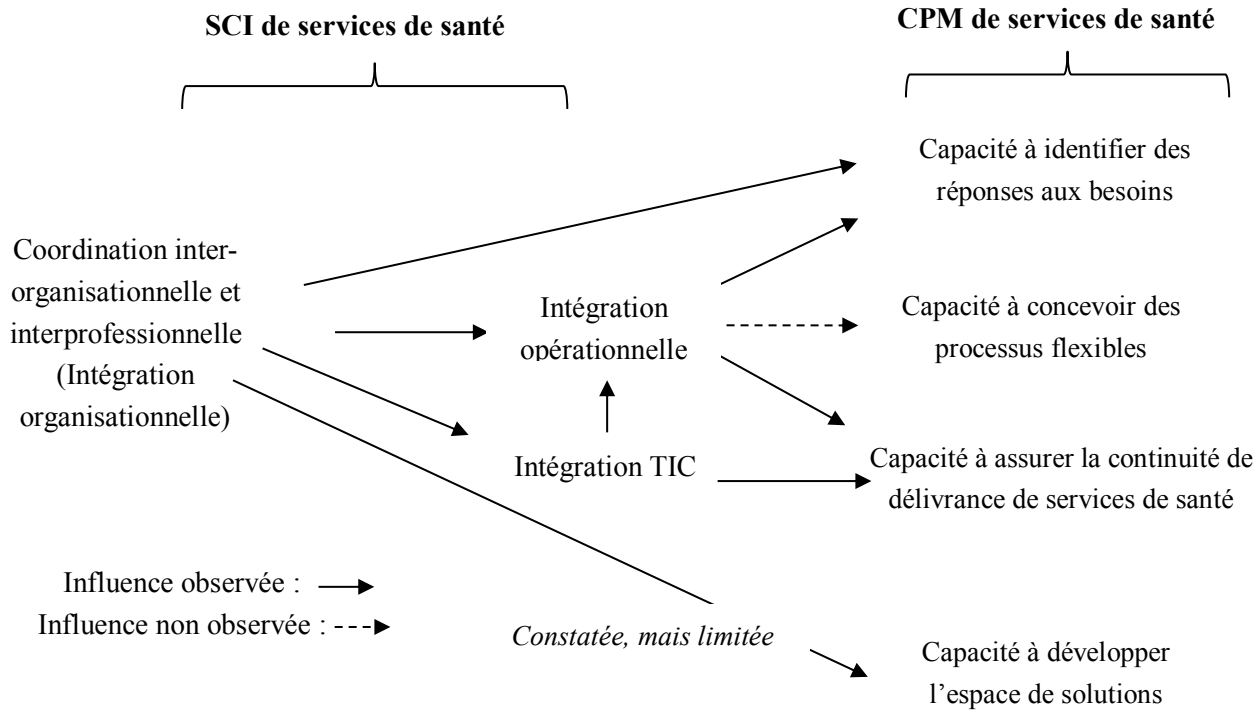
Après, il y a eu un cas extrêmement intéressant qu'on a eu sur le réseau santé mental où effectivement, c'était le réseau de santé mental, le bailleur, le CMP, le réseau géronto, on s'est tous coordonné, on s'est tous impliqué pour la situation d'un couple. Régulièrement, à ces réunions, à ces comités, on faisait le point : où on en était, ce qu'on avait fait, tout ça. (Infirmière coordinatrice, Réseau de santé gérontologique nord)

Troisièmement, les résultats collectés suggèrent aussi qu'en l'absence d'une vision globale vis-à-vis des besoins de la personne chez certains professionnels concernés, les différents services de santé sont souvent délivrés en silo, ce qui peut entrainer des ruptures de prise en charge de la personne. La sortie de l'hospitalisation non préparée constitue un très bon exemple permettant d'illustrer les effets néfastes d'un manque de vision globale vis-à-vis de la prise en charge de la personne.

En outre, comme nous l'avons mentionné dans la section 4.3.2 (la présentation des résultats relatifs à la relation identifiée entre l'intégration des TIC et l'intégration opérationnelle), le développement du SIP informatisé et non informatisé facilitera le travail des acteurs réticulaires, tels que les gestionnaires de cas, dans la coordination de la prise en charge de la personne tout le long de son parcours de santé. Et comme ce que nous avons évoqué ci-dessus, l'intervention des acteurs réticulaires favorise le développement de la CPM en santé, notamment en termes de la gestion de la continuité de délivrance de services, ainsi, **l'intégration des TIC peut exercer aussi des influences indirectes vis-à-vis des capacités de PM de services de santé via l'intégration opérationnelle.**

La figure 26 présentée ci-dessous permet d'illustrer les différentes relations identifiées entre les dimensions de la SCI de services de santé et les différentes capacités de PM de services de santé. Les flèches en lignes continues signifient que les liens d'influences ont été observés sur le terrain. La flèche en pointillé signifie que le lien d'influence n'est pas observé sur le terrain, c'est le cas du problème de mise en œuvre de l'outil commun d'évaluation synthétique pour l'orientation MAIA mentionné ci-dessus. Pour l'instant, cette influence est envisagée par certains interviewés (et le dispositif MAIA) qui sont favorables à sa mise en œuvre, mais tant que cet outil n'est pas mis en place sur le terrain, la standardisation du processus d'évaluation et d'orientation destiné à la population des personnes âgées de plus de 60s ne peut pas avoir lieu, ce qui pose le problème au niveau de la conception robuste des processus flexibles.

Figure 26 : le panorama des relations identifiées entre la SCI de service de santé et la CPM de services de santé



Source : les discours des interviewés

5.1.2 La synthèse de présentation et de discussion des résultats

Le déploiement de la SCI de services de santé sur le terrain commence à produire des effets vis-à-vis du développement des différentes capacités de PM dans le secteur de la santé. En revanche, ces effets sont encore limités, notamment, vis-à-vis du développement de l'espace de solutions et de la conception robuste des processus flexibles.

Dans la section 4.1.3, nous avons mentionné que le développement des différentes capacités de PM sur le terrain est encore dans une phase initiale, et selon les résultats présentés dans la section 5.1.1, c'est principalement dû à des dysfonctionnements associés au déploiement de l'intégration sur le terrain ainsi que des difficultés rencontrées dans ce déploiement.

Plus précisément, le développement de l'espace de solutions est limité, en raison des divers dysfonctionnements identifiés au niveau de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle : la non effectivité de la table de concertation stratégique MAIA ; le manque d'articulation entre la table stratégique et la table tactique ; les difficultés rencontrées par les gestionnaires de cas au niveau de la remontée des dysfonctionnements observés sur le territoire vers la table tactique. C'est pour cette raison là que le rapport d'évaluation nationale des MAIA (2017) indique qu'une bonne articulation entre les différents niveaux de l'intégration (i.e. stratégique, tactique, opérationnelle) sera nécessaire pour que l'intégration puisse produire des effets.

Et la conception robuste des processus flexibles est problématique, car certains professionnels de santé montrent une réticence vis-à-vis de l'adoption d'une même méthodologie d'évaluation et d'orientation des usagers, principalement en raison d'une différence au niveau des pratiques et des cultures professionnelles. Pourtant, la standardisation des processus d'évaluation et d'orientation des usagers est une

condition nécessaire pour que la pensée modulaire au niveau de la conception des processus puisse être appliquée, ou concrétisée sur le terrain (Bask *et al*., 2011, p.307).

Ces constats mentionnés ci-dessus révèlent encore une fois que le déploiement de la SCI de services de santé sur le terrain n'est pas encore suffisamment avancé. Et c'est pour cette raison là que nous avons mentionné dans la section 4.3.3 qu'il sera plus facile d'harmoniser des pratiques et des outils de tout le monde, lorsque les professionnels de santé au sein des différentes organisations auront l'habitude de travailler ensemble ; qu'ils seront tous impliqués dans la co-construction de la démarche de l'intégration ; qu'ils arriveront à partager des valeurs, des normes, et des visions, et à mieux appréhender les objectifs et des intérêts associés à la démarche de l'intégration.

Malgré des dysfonctionnements identifiés au niveau du déploiement de l'intégration sur le terrain, ce déploiement commence à produire des effets. D'abord, selon la figure 26 présentée à la fin de la section 5.1.1, nous voyons que la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle a un rôle essentiel à jouer dans le développement de certaines capacités de PM de services de santé, et elle peut être considérée comme une condition pré-requise à remplir pour ce développement. Ce résultat est conforme aux travaux précédents effectués dans un contexte industriel, qui ont mis en avant l'importance de la coordination inter-organisationnelle (Liu et Deitz, 2011 ; Zhang et al., 2014) et de l'établissement des relations de partenariat entre les acteurs de la csupply chain (Trentin et al., 2012 ; Lai et al., 2012), dans le développement de la CPM.

Ensuite, l'influence de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle sur le développement de la CPM de services de santé est parfois indirecte, via par exemple l'intégration des TIC. Cette dernière a également un rôle prépondérant à jouer dans le développement de la CPM de services de santé, notamment, la gestion de la continuité de délivrance de services. Ce résultat permet de soutenir les résultats de certaines études précédentes effectués dans un contexte industriel, qui ont démontré que

l'alignement et l'interconnexion des TIC utilisées par les acteurs au sein d'une supply chain contribuent au développement de la CPM (Brown et Bessant, 2003 ; Hong et al., 2010).

Troisièmement, la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle contribue aussi indirectement au développement de la CPM de services de santé, via l'intégration opérationnelle. Ce résultat est conforme au résultat de Liao et al. (2012), qui ont démontré que l'alignement stratégique à long terme entre les membres de la supply chain facilite l'établissement de la confiance entre ces acteurs, qui par conséquent favorise le développement des activités opérationnelles conjointes. Et ces dernières contribuent au développement de la CPM. En outre, Brown et Bessant (2003) indiquent aussi que la connexion des activités opérationnelles entre le fabricant et ses fournisseurs peut être considérée comme un élément important à prendre compte dans le développement de la CPM.

En outre, nous rappelons que les efforts menés en termes d'intégration culturelle sont encore très limités, et une culture commune partagée entre les différents professionnels reste encore à construire. (CF la section 4.3.1.1 - la présentation des résultats associés à l'intégration culturelle, et la section 4.3.3) C'est la raison pour laquelle que les influences de l'intégration culturelle vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé sont encore peu observées sur le terrain.

En s'appuyant sur l'ERBV, Lai et al. (2012) mettent en évidence que la SCI peut être vue comme une ressource stratégique pour développer la CPM. Dans cette recherche, même si plus d'efforts restent encore à mener en termes de l'intégration, à travers par exemple la mise en œuvre des différentes activités collaboratives inter-organisationnelles et interprofessionnelle, les ressources possédées par les divers acteurs impliqués commencent à être intégrées. Et cette intégration des ressources commence à produire des effets vis-à-vis du développement de certaines capacités de PM de services de santé. Ce résultat est ainsi en concordance avec la théorie de l'ERBV.

5.2 Les relations identifiées entre la modularité de prestation de services de santé et la CPM de services de santé

Dans cette section, nous allons d'abord présenter en détail des relations identifiées entre les différentes dimensions de la modularité de prestation de services de santé et les différentes capacités de PM de services de santé (section 5.2.1). Ensuite, nous allons discuter de ces résultats présentés par rapport à la littérature étudiant l'impact de la modularité sur le développement de la CPM (section 5.2.2).

5.2.1 La présentation des résultats

Selon les données collectées sur le terrain, la prestation modulaire de services de santé contribue au développement de deux capacités de PM de services de santé, via la mise en œuvre des différentes catégories d'interfaces :

- l'identification des réponses aux besoins d'usagers
- la gestion de la continuité de délivrance de services de santé

Premièrement, parmi les différentes catégories d'interfaces mises en place, les interfaces faisant partie de la catégorie « interface variété flux d'informations », de la catégorie « interface cohérence variété flux d'informations », et de la catégorie « interface variété module » contribuent à **l'identification des réponses aux besoins d'usagers**.

Plus spécifiquement, parmi les interfaces faisant partie de la catégorie « interface variété flux d'informations », l'*évaluation multidimensionnelle des besoins (outils standardisés et outils non standardisés)* ainsi que l'*évaluation continue des besoins* permettent tous aux professionnels de santé de faire un état des lieux des besoins de la personne à l'instant t, de repérer les besoins non comblés, et par la suite de s'orienter des usagers. Et grâce à des *lignes de communication préétablies*, les professionnels de santé savent à qui contacter pour quoi en cas de besoin, ce qui facilite aussi l'orientation

des usagers vers les réponses adaptées. Par ailleurs, lors des *réunions de concertation pluriprofessionnelle*, les participants concernés discutent des problèmes rencontrés dans la prise en charge des patients qu'ils ont en commun, afin d'identifier des solutions adaptées à ces problèmes.

Effectivement l'évaluation multidimensionnelle a permis de se rendre compte des difficultés qu'elle pouvait avoir sur le plan instrumental, sur le plan procédural, sur les troubles de la mémoire immédiate, il y a eu pas mal de choses qui ont été constatées. (Gestionnaire de cas A.L)

On a un médecin qui est en gériatrie, donc, à l'étage, mais qui est aussi médecin au réseau santé, donc, lui, il fait l'interface quand on a des problématiques, et on est censé saisir le réseau santé. (Assistante sociale, Centre gérontologique départemental)

A l'issue de l'évaluation des besoins, et en fonction des besoins identifiés chez les personnes âgées, les professionnels de santé et même les usagers (y compris leur entourage) peuvent tous recourir aux interfaces faisant partie de la catégorie « interface variété module » (e.g. *catalogues de l'offre de services, programmes de l'offre de services pré-combinés, annuaires*) pour sélectionner des prestations de services les plus adaptées aux besoins identifiés.

Les quatre pôles marseillais, on a imprimé ces listes, elles sont uniques et communes à tous les pôles marseillais. Ça peut être la liste des SSIAD sur Marseille, ça peut être la liste des HAD, on a travaillé vraiment ensemble sur une documentation commune. Des listes, des guides aussi pour aider la personne âgée et les professionnels dans la connaissance par exemple des EHPAD, comment ça fonctionne. Et bien c'est la liste mais un guide aussi. (Responsable de coordination, Pôle info séniors Est)

Des interfaces faisant partie de la catégorie « interface variété cohérence flux d'informations », comme *les SIP informatisés et non informatisés*, ont également un rôle à jouer dans l'identification des réponses aux besoins d'usagers. A titre d'exemple, grâce aux informations, relatives à l'évolution des besoins de la personne, notées dans le cahier de transmission à domicile (i.e. *SIP non informatisé*), le jour où les professionnels de santé concernés passeront au domicile de cette personne, ils peuvent le consulter, et fournir par la suite des services adaptés.

C'est bien d'avoir ce cahier, parce que s'il se passe quelque chose dans la matinée, on a besoin de le savoir par rapport à la prise en charge, pour pouvoir adapter la prise en charge au moment même on arrive. Si on sait que par exemple la personne a mal dormie, ou qui ont une chute, ou quelque chose comme ça, nous, ça va nous permettre d'adapter la prise en charge ce jour même, parce que ça serait noté dans le cahier. (Psychomotricienne, Equipe spécialisée Alzheimer)

En outre, pour que les influences exercées par certaines interfaces faisant partie de la catégorie « interface variété flux d'informations », comme l'*évaluation continue des besoins*, vis-à-vis de l'identification des réponses aux besoins d'usagers soient effectives, **le maintien d'une continuité relationnelle dans la délivrance de services de santé doit être assuré en amont**. Plus précisément, les professionnels de santé qui interviennent fréquemment au domicile des usagers arrivent à maintenir une relation durable avec ces derniers. Grâce à cette relation durable maintenue, ils peuvent assurer une évaluation continue des besoins de ces usagers dans le temps. Dès que la situation des usagers suivis évolue, ces professionnels peuvent rapidement se mettre en lien avec les autres professionnels concernés pour apporter des réponses adaptées à cette évolution des besoins.

Puisque c'est eux (infirmiers) *qui sont au quotidien auprès des patients, et qui sont les premiers intervenants pour le bien et le moins bien, je dirais, et c'est le rôle fondamental dans la gestion du patient.* (Médecin généraliste J)

Deuxièmement, parmi les différentes catégories d'interfaces mises en place, les interfaces faisant partie de la catégorie « interface cohérence flux d'information », de la catégorie « interface cohérence variété flux d'informations », et de la catégorie « interface cohérence module » favorisent à la **gestion de la continuité de délivrances de services de santé**, en particulier, la continuité informationnelle.

Plus spécifiquement, certaines interfaces faisant partie de la catégorie « interface « cohérence flux d'informations », comme le *dossier patient,* ont un rôle important à jouer dans la gestion de la continuité informationnelle. Si un dossier patient est complet

et bien renseigné, et lorsque ce dossier patient est transféré d'un professionnel de santé à l'autre, le professionnel qui le reçoit peut utiliser les informations contenues dans ce dossier, qui sont relatives aux évènements passés dans la prise en charge de la personne, pour fournir une réponse adaptée à cette personne.

J'ai d'autres patients qui vont arriver avec des classeurs ou des cahiers extrêmement bien fait où l'infirmière va marquer, ou l'infirmier d'ailleurs : les relevés tensionnels, l'orthophoniste va mettre un petit mot en marquant : travail sur tel type de fonction aujourd'hui. Il y a des moments où c'est génial parce qu'on a beaucoup d'informations qui arrivent du domicile ; ou le médecin traitant va mettre un petit mot en marquant appelé ce jour pour ça, telle prise en charge et en fait on a ces informations. Ça prouve également que c'est possible et que c'est faisable. (Gériatre C.F, Centre gérontologique départemental)

Certaines interfaces faisant partie de la catégorie « interface cohérence module », comme *les protocoles de sortie d'hospitalisation,* contribuent également à la gestion de la continuité informationnelle dans la délivrance de services de santé. Ces protocoles définissent des règles ou des conduites à tenir à respecter, lorsqu'un patient âgé subi d'une chirurgie ambulatoire rentre à son domicile. Et c'est l'infirmier libéral qui va assurer le travail de surveillance au domicile de l'usager. Ainsi, ces protocoles précisent les informations (i.e. les conduites à tenir) à transmettre aux infirmiers libéraux pour qu'il y a une continuité informationnelle dans la délivrance de services de santé. Par ailleurs, ces protocoles permettent aussi d'assurer la sécurité du passage de l'hôpital à la ville au sein d'un parcours de santé de l'usager.

L'idée clé, c'est de sécuriser la sortie de la personne, il y a des conduites à tenir qui sont inscrites dans le protocole tel qu'il est défini par le chirurgien : cette personne va sortir, il faut surveiller ça ça, éduquer le patient aussi, l'aider, savoir s'il se passe telle ou telle chose, il appelle telle ou telle personne. Ça c'est toutes les choses que l'on fait, quand on appelle l'infirmier…l'objectif c'est vraiment ça, sécuriser, assurer la continuité informationnelle pour que tout le monde ait le même niveau d'information. (Directeur, Réseau de santé polyvalent Ilhup)

Et les interfaces faisant partie de la catégorie « interface cohérence variété flux d'informations », comme les *SIP informatisés et non informatisés* permettent tous de

tracer des informations relatives à l'état de santé de la personne suivie, par conséquent, les professionnels de santé concernés peuvent accéder à ces informations et l'utiliser pour rendre la prise en charge actuelle appropriée. En outre, les attentes des interviewés vis-à-vis d'un SIP informatisé, c'est que ce dernier puisse aussi partager des informations en temps réel entre les professionnels, ce qui pourrait faciliter davantage la gestion de la continuité informationnelle de délivrance de services de santé.

Là, on a décidé que l'aide à domicile, l'orthophoniste, moi, les infirmières, on note toutes nos transmissions dans le même cahier, comme ça, chaque personne qui vient à la maison sait ce qui s'est passé, les soucis repérés. (Gestionnaire de cas M.V)

Je sais que la MAIA réfléchissait à mettre un outil informatique auquel plusieurs professionnels auraient accès pour savoir qui sont les intervenants auprès de cette personne dans les différents domaines et ça pour moi c'est un vrai manque aujourd'hui. (Coordinatrice sociale, petits frères des pauvres)

Par ailleurs, les influences exercées par certaines interfaces vis à vis de la **capacité à concevoir des processus flexibles et robustes** sont envisagées, mais pas réellement constatées sur le terrain.

Plus spécifiquement, en tant qu'une interface faisant partie de la catégorie « interface variété flux d'informations », à l'issue d'une *évaluation multidimensionnelle des besoins réalisée par l'outil commun,* ce dernier permettra de générer automatiquement des alertes relatives à l'état de santé des usagers, et qui donnera des conseils d'orientation au professionnel qui l'utilise. Et l'utilisation de cet outil à une grande échelle par les différents professionnels de santé concernés, permettra de standardiser le processus d'évaluation et d'orientation des usagers, et ce processus sera par la suite connectable avec les différents processus de prise en charge personnalisés, via la fonction d'évaluation et d'orientation de l'outil. En ce faisant, la mise en œuvre de cette interface sur le terrain contribuera au développement de la capacité à concevoir des processus flexibles et robustes.

En revanche, nous avons déjà mentionné à plusieurs reprises dans cette recherche que la standardisation de la méthodologie d'évaluation et d'orientation des usagers à une grande échelle via cet outil est problématique, c'est le cas de l'outil commun d'évaluation synthétique pour l'orientation MAIA en cours d'élaboration. Ainsi, tant que cette interface n'est pas mise en œuvre sur le terrain à une grande échelle, ses influences vis-à-vis de la capacité à concevoir des processus flexibles et robustes ne peuvent être constatées.

On avait tous réfléchi à une fiche que remplirait justement les médecins, les infirmières, les kinés du domicile… quand ils ont besoin de savoir à qui s'adresser, mais est-ce que ça ça arrive à se mettre en place, ça moi je sais pas. (Gériatre S.B, centre gérontologique départemental)

Enfin, pas de lien ont été constaté entre la prestation modulaire de services de santé et **la capacité à développer l'espace de solutions** sur le terrain.

5.2.2 La synthèse de présentation et de discussion des résultats

La modularité a été souvent mentionnée comme un facteur incontournable pour le développement de la CPM dans un contexte industriel (Baldwin et Clark, 1997 ; Tu et al., 2004 ; Tang et al., 2017), et aussi dans un contexte de prestation de services (Bask et al., 2010, 2011 ; Silvestro et Lustrato, 2015). Dans le secteur de la santé, les travaux suggèrent que la prestation modulaire de services de santé est un moyen efficace pour personnaliser la prise en charge des usagers (Bohmer, 2005 ; Meyer et al., 2007 ; De Blok et al., 2010a, 2010b ; Vähätalo et Kallio, 2015), en revanche, il existe peu de preuves empiriques qui confirment les effets de la prestation modulaire de services de santé vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé.

Selon les résultats présentés dans la section précédente, la prestation modulaire de services de santé exerce des influences vis-à-vis de la capacité d'identification des réponses aux besoins d'usagers et de la capacité de gestion de la continuité de délivrance de services de santé, via la mise en œuvre des différentes catégories d'interfaces.

Premièrement, ce sont les catégories d'interfaces visant à assurer la variété dans l'assemblage des modules de services en packages de services (De Blok et al., 2014), telles que « interface variété flux d'information » (e.g. l'évaluation continue des besoins », « interface variété module » (e.g. les catalogue de l'offre de services), qui contribuent à l'identification des réponses aux besoins d'usagers. En outre, à travers ces interfaces, les professionnels de santé peuvent interagir directement avec les usagers en tenant compte de leurs besoins, préférences et valeurs (Vargo et Lusch, 2004), et ils co-créent un package de services de santé personnalisé. Ainsi, ces interfaces peuvent aussi être qualifiées comme des interfaces clients qui ont un rôle important à jouer dans la création de la valeur pour les clients finaux (Pekkarinen et Ulkuniemi, 2008, p.95).

Par ailleurs, la capacité à maintenir d'une continuité relationnelle avec l'usager tout le

long de sa prise en charge a été identifiée comme une condition pré-requise à satisfaire pour que certaines interfaces, comme l'évaluation continue des besoins, puissent avoir un rôle à jouer dans l'identification des réponses aux besoins d'usagers. Ce résultat n'a pas été mentionné auparavant par la littérature étudiant la relation entre la modularité de prestation de service et le développement de la CPM dans le secteur de la santé.

Deuxièmement, ce sont surtout les catégories d'interfaces visant à assurer une cohérence dans l'assemblage des modules de services en packages de services (De Blok et al., 2014), telles que « interface cohérence flux d'information » (e.g. le dossier patient), « interface cohérence module » (e.g. les protocoles de sortie d'hospitalisation-règles de planification pour un flux d'usager sur), qui favorisent la gestion de la continuité de délivrance de services de santé. Par ailleurs, c'est surtout la continuité informationnelle qui est favorisée. Et comme ce que nous avons mentionné dans la section 4.1.1.4, la gestion de la continuité informationnelle pose le fondement pour assurer une continuité managériale dans la délivrance de services de santé, ainsi, la mise en œuvre de ces catégories d'interfaces contribuent aussi indirectement à la gestion de la continuité managériale via la gestion de la continuité informationnelle. Mais la validation de ces relations identifiées est sous condition que ces catégories d'interface mentionnées ci-dessus fonctionnent correctement, puisque les discontinuités informationnelles dans la délivrance de services de santé ont été souvent constatées par les interviewés, en raison d'une non assurance de la traçabilité des informations, par exemple, des dossiers patients mal renseignés et incomplets (CF la section 4.1.1.4 pour plus de détail).

Le déploiement de la prestation modulaire de services de santé pourrait éventuellement avoir une influence sur la conception robuste des processus flexibles, via la mise en œuvre de l'interface outil commun d'évaluation multidimensionnelle pour l'orientation. Parce que cette interface peut aussi être vue comme un type d'automatisation flexible (Salvador et al., 2009) et qui posent le fondement pour concrétiser la pensée modulaire au niveau des procesus de prise en charge (Bask et al., 2011, p.307) sur le terrain (CF

par exemple la section 4.1.1.3 pour plus de détail). Mais cette relation d'influence est valide seulement à condition que cette interface puisse être réellement mise en place à une grande échelle sur le terrain.

Nous n'avons pas pu identifier l'influence exercée par la prestation modulaire de services de santé vis-à-vis du développement de l'espace de solution. Selon nous, c'est parce que la prestation modulaire de services de santé se réalise au niveau opérationnel de la prise en charge des usagers (De Blok et al., 2010b), en revanche, le développement de l'espace de solution destiné à la population cible MAIA repose plutôt sur la collaboration et concertation entre les acteurs qui se situe au niveau tactique et stratégique du système de santé (CF aussi les résultats présentés dans la section 5.1.2).

Par ailleurs, il nous semble que le déploiement de la prestation modulaire de services est possible, seulement si les différentes réponses ou solutions (i.e. modules de services ainsi que des prestataires de service qui les réalisent) sont déjà existées. C'est bien le cas sur le terrain, en ce qui concerne la prise en charge de la population cible MAIA, au moins des principales réponses sont déjà existées.

En résumé, le déploiement de la prestation modulaire de services de santé contribue au développement de certaines capacités de PM de services de santé mentionnées ci-dessus, via l'assemblage et la recombinaison des ressources possédées par un ensemble d'acteurs concernés par la prise en charge de la population des personnes âgées sur un territoire donné. Ces résultats présentés sont en conforme avec les travaux qui ont mis en évidence la contribution de la modularité au développement des capacités organisationnelles (Eisenhardt et Martin, 2000 ; Sanchez et Mahoney, 2001 ; Salvador et al., 2009 ; Ravishankar et Pan, 2013). En revanche, cette contribution est limitée, puisque toutes les capacités de PM de services de santé ne sont pas développées, en raison par exemple de la difficulté de mise en œuvre de certaines interfaces, comme l'outil commun d'évaluation pour l'orientation.

5.3 L'interdépendance entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé dans le développement de la CPM de services de santé

Dans cette section, nous allons d'abord présenter des relations identifiées entre les différentes dimensions des trois concepts clés étudiés : la SCI de services de santé, la modularité de prestation de services de santé, et la CPM de services de santé (Section 5.3.1). Ensuite, nous discuterons de ces résultats présentés par rapport au cadre théorique de RBV et ERBV mobilisé, ainsi qu'aux recherches antécédentes étudiant les relations entre ces concepts dans un contexte industriel (Section 5.3.2).

5.3.1 La présentation des résultats

Nous allons d'abord présenter des relations identifiées entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé dans la section 5.3.1.1. Ensuite, les liens entre les trois concepts clés étudiés seront présentés dans la section 5.3.1.2.

5.3.1.1 la présentation des résultats associés aux relations identifiées entre la modularité de prestation de services de santé et la SCI de services de santé

Selon les données collectées sur le terrain, les différentes relations ont été identifiées entre le déploiement de la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé, ces relations identifiées seront présentées en détail ci-dessous.

- **Les influences directes exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis du développement des interfaces**

Dans le cadre de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, les différentes activités collaboratives menées, comme les ateliers de travail thématiques MAIA, les comités thématiques du pôle info séniors, ou encore d'autres groupes de travail organisés par les autres dispositifs de coordination, contribuent directement à

établissement de certaines interfaces identifiées dans la section 4.2.1.2, qui sont nécessaires au déploiement de la prestation modulaire de services. Ce constat relève plutôt d'un avis partagé exprimé par les interviewés concernés, selon le résultat d'analyse du profil des répondants et de l'occurrence des verbatim pour la relation identifiée entre la coordination inter-organisationnelle - interprofessionnelle et les interfaces (présenté dans l'annexe 13).

Plus spécifiquement, l'organisation de ces différentes activités collectives permettent aux différents professionnels de santé de se rencontrer physiquement, et ainsi de favoriser une meilleure interconnaissance entre eux en matière de missions et de responsabilités de chacun (i.e. *division claire du travail- interface cohérence flux d'informations*). Par ailleurs, cette interconnaissance établie facilite aussi l'établissement des différentes lignes de communication entre ces acteurs pour qu'ils puissent savoir à qui contacter pour informer sur quoi, en cas de besoins (i.e. *ligne de communication établies - interface variété flux d'informations*).

Elles vont rencontrer tel service dans telle instance de réflexion ou d'organisation de différentes choses, après quand elles seront toutes seules avec les dossiers, comme elles connaitront déjà la personne pour l'avoir vue dans une autre dimension de son travail, elles vont pouvoir l'appeler directement sans avoir à chercher. (Responsable, Service APA du conseil départemental)

Donc, le fait de rencontrer des services d'aide au domicile, de rencontrer des assistantes sociales, de voir les pôles info séniors. Ça m'aide justement à savoir où trouver l'information, et après, pour un futur d'orientation, ça m'aide dans ma pratique. (Infirmier libéral D.D)

Et selon certains interviewés, la mise en place de l'atelier de travail MAIA portant sur le thème du partage d'informations a permis de sensibiliser et même de former les professionnels de santé non familiers aux règles de partage d'informations à respecter et à suivre (i.e. quelles informations partageables sous quelles conditions via quels support tout en respectant le cadre légal du partage d'informations), lorsqu'ils ont besoin d'échanger avec d'autres professionnels dans leur travail au quotidien (i.e. *règles*

de partage d'informations – interface cohérence flux d'informations).

Donc je pense qu'ils sont en train de travailler justement au niveau de la MAIA, voilà, partage d'information, comment faire…on se retrouve en difficulté quand il n'y a pas de médecin parce que que faire de ces informations ? Comment les partager ? Quoi partager pour être utile au patient ? (Directrice, Unité mobile gérontopsychiatrique)

Dans la pratique, par exemple, ça m'a aidé par exemple sur ce secret partagé, je veux dire, ça fait drôlement réfléchir, sur ce qu'on peut dire, ce qu'on ne peut pas dire en fonction de qu'est-ce qui est une équipe de soin, qu'est-ce qui ne l'est pas. Je veux dire, ça on ne le sait pas nous. (Assistante sociale, Carsat)

Par ailleurs, selon les interviewés, il existe aussi des dysfonctionnements constatés chez certaines interfaces déjà déployées au terrain, en l'occurrence, le problème de définition et de compréhension des critères d'inclusion de certains services (*i.e. division claire du travail – Interface cohérence flux d'informations*). Parfois, les professionnels de santé arrivent à faire inclure un patient dans un service, mais l'inclusion d'un autre patient ayant les mêmes difficultés est refusée par le même service qui se trouve sur un autre secteur d'intervention (une autre équipe) que le premier. Autrement dit, l'interprétation des différents professionnels de santé vis-à-vis des critères d'inclusion /intervention d'un même service est parfois différente, car ces critères d'inclusion définis peuvent prêter à confusion. La résolution de ces dysfonctionnements constatés nécessite de la collaboration inter-service. Il s'agit des efforts à mener, d'un côté sur l'amélioration de la compréhension des critères d'inclusion de certains services qui peuvent prêter à confusion via des séances pédagogiques, et de l'autre côté sur l'identification des incohérences inhérentes constatées chez les critères d'inclusion de certains services, pour envisager une redéfinition de ces critères.

là au comité de pilotage, le réseau géronto est venu, on leur a fait part du fait que leurs critères d'interventions sont pas clairs et que moi, je leur disais qu'entre un réseau de tel arrondissement et un réseau gérontologique de l'autre arrondissement, j'ai pas du tout la même réponse et ça , c'est pas normal. Donc, moi j'ai besoin de savoir qui fait quoi, que ce soit plus clair, et là, on s'est dit, il y a encore quelque chose à faire pour améliorer la lisibilité de l'offre existante. Oui, c'est ça, donc la lisibilité, le fait de

travailler sur les critères d'interventions et que soit mieux prise en compte la problématique psychique du côté de la géronto… (Coordinatrice, Réseau santé mentale et logement)

On s'est rendu compte que distribuer simplement les critères d'entrée en gestion de cas n'est absolument pas pédagogique, ça sert à rien. Donc, je pense qu'il y aura un temps où j'irai expliquer la gestion de cas, et c'est prévu de le faire aussi avec les médecins libéraux, d'aller expliquer la gestion de cas, et de répondre à leur demande (Pilote de la gestion de cas)

- **Les influences indirectes exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis du développement des interfaces via l'intégration des TIC**

Comme ce que nous avons mentionné dans la section 4.3.2, l'alignement et l'interconnexion des TIC utilisés par les différents acteurs concernés par la prise en charge des personnes âgées repose sur un travail de concertation et de collaboration inter-organisationnelle en amont. Et dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille, l'objectif de l'intégration des TIC consiste à développer un SIP informatisé qui sera interopérable avec les outils métiers des différents acteurs concernés (Cahier des charges, MAIA). Selon les interviewés concernés, l'établissement de ce SIP informatisé est en cours, mais le processus de son établissement est long et laborieux. Par ailleurs, un SIP non informatisé (i.e. cahier de transmission au domicile) a été également identifié sur le terrain qui est déjà utilisé par les professionnels (CF la section 4.3.1.2 pour plus de détail).

En même temps, le SIP informatisé que les acteurs envisagent à développer et le SIP non informatisé déjà mis en place, ont été tous identifiés comme des interfaces faisant partie de la catégorie des « interfaces cohérence variété flux d'informations » dans la section 4.2.1.2. Autrement dit, grâce à la traçabilité des informations et au partage des informations en temps réel, l'utilisation de ces SIP permettent à la fois de mettre en cohérence l'interaction entre les différents professionnels de santé, et aussi de transmettre des informations relatives aux besoins non comblés de la personne aux

services adaptés pour soutenir la variété dans l'assemblage des modules de services en packages de services.

- **Les influences indirectes exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis du développement des interfaces via l'intégration opérationnelle**

Comme ce que nous avons déjà mentionné dans la section 4.3.2 (la présentation de la relation identifiée entre la coordination inter-organisationnelle-interprofessionnelle et l'intégration opérationnelle), grâce à la mise en œuvre des différentes activités collaboratives dans le cadre et en dehors du déploiement de la MAIA Marseille, les différents professionnels de santé sont impliqués dans le développement des différents types de standard. Ces derniers permettent de faciliter la connexion des différents processus de prise en charge, et d'éliminer des redondances et des duplications au sein de ces processus (e.g. protocole de prise en charge, langage commun, division claire du travail, procédure d'interaction que nous avons déjà mentionné dans la section 4.3.1.3).

En même temps, ces différents standards développés ou en cours d'élaboration ont été aussi identifiés comme des interfaces faisant partie des différentes catégories d'interfaces mentionnées dans la section 4.2.1.2. Certaines d'entre eux contribuent à la gestion de l'interaction au niveau des modules de services, pour objectif d'assurer la cohérence et la variété dans l'assemblage de ces modules en packages de services. (e.g. *protocoles de prise en charge, catalogues/annuaires des offres de services*). Certaines d'autres contribuent à la gestion de l'interaction au niveau des prestataires de services pour les mêmes objectifs (i.e. cohérence et variété), comme *la division claire du travail, le langage commun et les procédures d'interaction,* etc.

Et toujours selon ce que nous avons mentionné dans la section 4.3.2, la mise en œuvre de ces différentes activités collaboratives entre les professionnels de santé favorise aussi la formation des différentes relations de partenariat formel et informel entre eux.

Certaines relations de partenariat sont formalisées sous forme de convention partenariale. Ces dernières précisent les modalités de communication et de collaboration entre deux ou plusieurs acteurs concernés. Elles permettent non seulement d'établir des lignes de communication entre ces acteurs, mais aussi, dans certains cas, de donner lieu à une officialisation de l'organisation des réunions de concertation à intervalle régulier entre eux. Ces réunions réunissent souvent les différents acteurs concernés par la prise en charge d'un même usager, et qui permettent de les mettre en lien pour assurer une meilleure coordination de prise en charge, en fonction des besoins changeants de la personne.

Par ailleurs, la formation des relations de partenariat informel entre les différents professionnels de santé facilite aussi la mise en place d'autres modes de travail en équipe pluriprofessionnelle, comme l'évaluation conjointe à domicile. Comme la réunion de concertation mentionnée ci-dessus, l'évaluation conjointe à domicile est souvent organisée entre les professionnels de santé concernés par la prise en charge d'un même usager. Elle permet aussi de mettre en lien ces différents professionnels pour qu'ils puissent s'échanger sur les besoins de la personne et identifier ensemble des réponses adaptées à ces besoins. Ainsi, elle peut aussi être considérée comme une sorte de réunion de concertation inter-service ou interprofessionnelle mais qui se passe au domicile de la personne.

En même temps, la réunion de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire a été aussi identifiée comme une interface permettant de gérer l'interaction au niveau des prestataires de services, pour l'objectif d'assurer la variété dans l'assemblage des modules de service en package de service (CF la section 4.2.1.2 – Interface variété flux d'informations). A travers cette interface, en fonction de l'évolution des besoins de la personne, les différents acteurs concernés peuvent discuter des solutions disponibles à mettre en place pour réadapter sa prise en charge.

- **Les relations directes identifiées entre l'intégration opérationnelle et les interfaces mises en œuvre**

Selon les données collectées sur le terrain, plusieurs relations ont été identifiées entre les pratiques professionnelles associées à l'intégration opérationnelle et les différentes interfaces mises en œuvre dans le cadre du déploiement de la prestation modulaire de services de santé. La synthèse de présentation de ces relations identifiées se trouve ci-dessous. Et comme cette présentation synthétique repose sur plusieurs relations identifiées entre les indicateurs [27] de l'intégration opérationnelle et ceux [28] des interfaces, ainsi un tableau qui reprend toutes ces relations identifiées est présenté dans l'annexe 17 pour montrer le détail des données collectées relatives à la relation étudiée.

Les différentes pratiques professionnelles associées à l'intégration opérationnelle sont interdépendantes avec les différentes interfaces mises en œuvre dans la prise en charge des usagers. En revanche, cette interdépendance se manifeste surtout dans la prise en charge des usagers complexes et instables, ayant des problèmes de santé multiples, auquel un suivi régulier et pluridisciplinaire sera nécessaire.

A titre d'exemple, lorsque les professionnels de santé font des évaluations continues des besoins (i.e. *interface variété flux d'informations*) auprès des usagers, certains d'entre eux ne vont pas juste s'arrêter à leur domaine d'intervention, ils portent aussi une attention particulière aux besoins de la personne dans sa globalité. Et la présence de cette vision globale vis-à-vis des besoins de la personne (i.e *pratique professionnelle associée à l'intégration opérationnelle*) est particulièrement importante dans la prise en charge des usagers complexes, isolés et ayant peu de liens sociaux. Parce que même si les besoins non comblés repérés chez la personne ne sont pas de leur ressort, ils peuvent au moins de donner des alertes aux autres intervenants adaptés pour éviter la rupture de prise en charge.

[27] CF le tableau 20 (section 3.4.3 - protocole de recherche : grille de codage) pour plus de détail
[28] Idem

Il y a deux trois semaines de cela, Fernande (pseudonyme du patient) *a reçu un relevé de compte, dont nous on ne s'occupe pas en tant qu'infirmière, tout ce qui est financier du patient parce que sinon ça devient trop délicat vous comprenez, néanmoins de temps en temps pour les personnes qui sont âgées ou qui ont des difficultés, on jette un œil pour s'assurer qu'il n'y a pas eu de souci, que tout se passe bien.* (Infirmière libérale S.I)

Et quant à certains professionnels de santé, le fait d'avoir cette vision globale peut les conduire naturellement à connaître les missions et les responsabilités des différents intervenants qui sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes âgées (i.e. *interface cohérence flux d'informations*), et à établir des lignes de communication (i.e. *interface variété flux d'informations*) avec ces professionnels pour pouvoir les orienter des usagers, en cas de besoin.

Après, j'essaie de temps en temps d'avoir toujours des contacts un peu avec tout le monde, pour éviter justement de se retrouver tout seul, et de ne pas savoir quoi faire. (Infirmier libéral D.D)

En outre, lorsque la prise en charge nécessite de l'intervention des acteurs réticulaires (i.e. *pratique professionnelle associée à l'intégration opérationnelle*), ces derniers utilisent souvent des interfaces, comme la réunion de concertation pluriprofessionnelle (i.e. *interface variété flux d'informations*), pour réunir les différents professionnels concernés et discuter des problèmes rencontrés dans cette prise en charge. L'objectif final consiste à identifier des solutions, réadapter la prise en charge, et mettre en cohérence les différentes interventions menées auprès de la personne. Par ailleurs, ces réunions de concertation s'organisent généralement pour des situations difficiles où les professionnels concernés sont en difficultés. Et la prise en charge de ces usagers complexes nécessite souvent une coordination de la prise en charge assurée par les acteurs réticulaires, en l'occurrence, les gestionnaires de cas.

En général, bon, c'est à notre initiative et on organise donc une réunion avec tous les professionnels du domicile de la personne…parce que dans ces situations complexes,

on est souvent dans des croisements de compétences, c'est pas qu'une problématique d'aide à la toilette, c'est souvent l'aide à la toilette, mais si la personne n'est pas encore réveillée, si elle n'a pas déjeuné, est ce qu'il faut qu'elle déjeune avant, est ce que l'aide à domicile doit peut être changer son horaire de passage, ça va être des fois des réponses comme ça qui peuvent être trouvées de façon collective, en fait. (Gestionnaire de cas A.A)

Lors de leur intervention, ces différents acteurs réticulaires peuvent être emmenés à gérer le planning des interventions des différents professionnels de santé concernés (l'ordre dans lequel les différentes interventions de services vont être délivrées), pour fluidifier le parcours de santé de l'usager concerné, et d'éviter la rupture de sa prise en charge. (i.e. *règles de planification pour un flux d'usager fluide, interface cohérence module*)

Ca était notre travail de début, de coordonner les différents acteurs du maintien à domicile, c'était aussi une priorité. C'est là qu'on va dire il faut que l'infirmière vienne avant 8h00, parce que le monsieur s'en va à 8h00 pour faire les courses, il part toute la journée. Ça arrive toujours. (Responsable de coordination, pôle info séniors Est)

Et il peut aussi arriver que les usagers ou/et leurs entourages soient impliqués dans des réunions de concertation organisés par ces acteurs réticulaires (i.e. *pratique professionnelle associée à l'intégration opérationnelle*), ainsi, ils peuvent partager des informations relatives à l'état de santé de la personne, à ses valeurs et ses préférences aux autres professionnels qui ne les connaissent pas forcément. Par conséquent, lors de ces réunions, le plan de soins et d'aides est vraiment établi de manière collégiale avec la personne et qui est adapté aux besoins de cette personne.

Quand les gestionnaires de cas font des réunions, des fois, ils invitent la famille, parce que la famille fait partie de l'équipe, même s'ils sont pas professionnels, ils font partie de l'équipe et ils participent du maintien au domicile. (Pilote de la gestion de cas)

En revanche, quant à la prise en charge des usagers non complexes, certains interviewés indiquent que l'utilisation de quelques interfaces, telles que le SIP non informatisé (i.e cahier de transmission à domicile) et/ou les lignes de communication établies (i.e

interface variété flux d'informations) avec quelques professionnels pour des orientations habituelles (usagers), est suffisante pour mener à bien la prise en charge de ces usagers. Ainsi, le besoin d'interaction entre les professionnels concernés autour de la prise en charge des usagers non complexes reste généralement faible

Non, il y a pas besoin que ça soit coordonné pour la plupart des patients, parce qu'une fois que le médecin généraliste a demandé à des infirmiers de venir les voir, des infirmiers ont un certain degré d'autonomie à suivre les recommandations du médecin généraliste quand même, à suivre les traitements, et à s'occuper des patients. (Médecin généraliste J)

Non, il y a des téléphones maintenant. Je ne veux pas en plus de mon travail à avoir un même système d'information pour partager les informations. A l'hôpital, c'est une chose, mais à la maison, c'est un cahier, on écrit sur le cahier. (Infirmière libérale S.P)

5.3.1.2 La synthèse de présentation des résultats associés aux relations identifiées entre les trois concepts clés étudiés

Après avoir présenté les relations identifiées entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire des services de santé dans la section précédente, et en tenant compte respectivement des influences identifiées de la SCI de services de santé et de la prestation modulaire des services de santé sur le développement de la CPM de services de santé dans la section 5.1 et la section 5.2, nous allons présenter les relations identifiées entre ces trois concepts clé dans cette section. Il s'agit des influences de l'interdépendance entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé sur le développement de la CPM de services de santé.

- **Les influences exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé, via le développement et l'amélioration des interfaces**

Selon les résultats présentés dans la section 5.3.1.1, premièrement, les différentes activités menées dans le cadre du déploiement de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle contribuent directement à l'établissement de certaines interfaces, et l'amélioration de leur fonctionnement, lorsque des dysfonctionnements ont été constatés chez ces interfaces mises en œuvre.

Deuxièmement, cette coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle pose aussi le fondement pour le développement du SIP informatisé, qui est identifié comme une interface faisant partie de la catégorie d'interfaces variété cohérence flux d'informations.

Troisièmement, grâce au déploiement de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, les différents types de standard sont développés ou en cours d'élaboration. Ces standards contribuent à la connexion et la simplification des

différents processus de prise en charge. Par ailleurs, à travers cette coordination, les différents types de relations de partenariat interprofessionnel et inter-organisationnel se développent. Certaines relations de partenariat se formalisent sous forme de convention partenariale. Cette dernière permet d'officialiser l'organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelle à l'intervalle régulier. Et en même temps, les standards développés ou en cours d'élaboration ainsi que la réunion de concertation pluriprofessionnelle mentionnés ci-dessus, ont été aussi identifiés comme des interfaces faisant partie des différentes catégories d'interfaces mises en œuvre (ou en cours) sur le terrain.

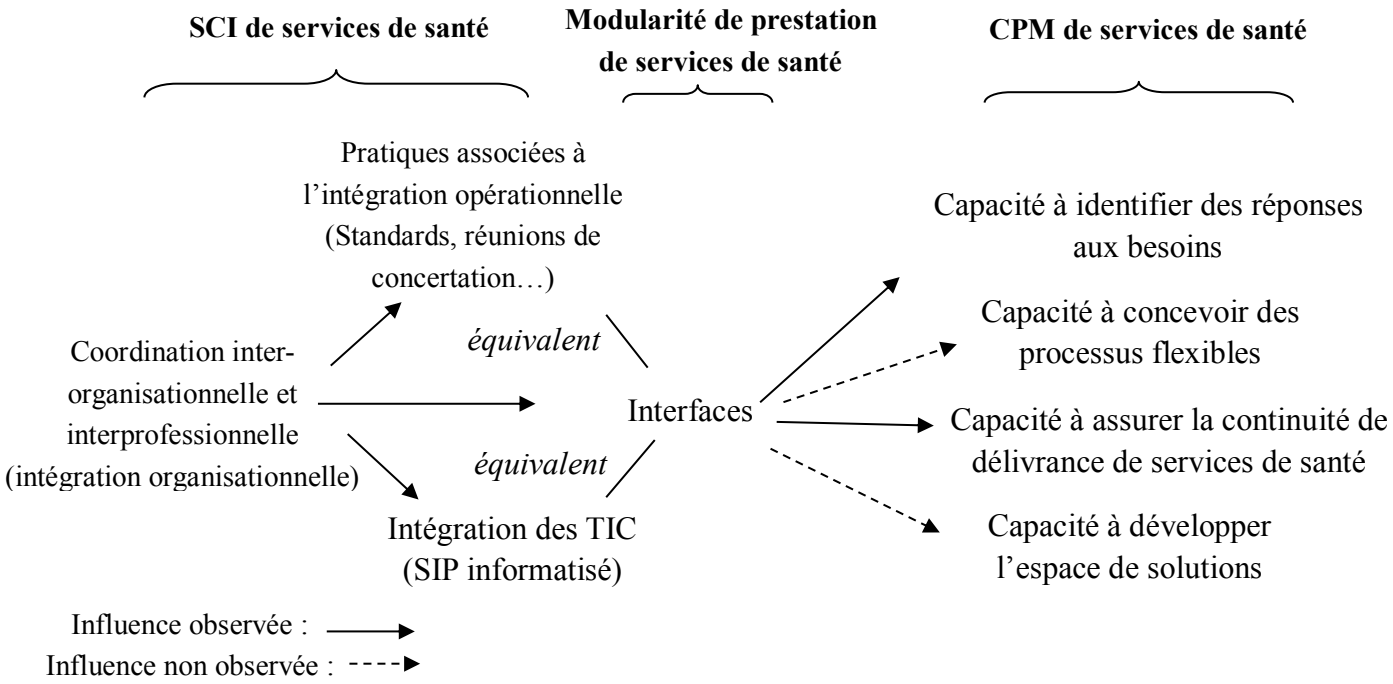
Et selon les résultats présentés dans la section 5.2, la mise en œuvre de ces différentes catégories d'interfaces contribuent respectivement au développement de deux capacités de PM suivantes : la capacité d'identification des réponses aux besoins d'usagers et la capacité de gestion de la continuité de délivrance des services de santé.

Le développement de la capacité de conception robuste des processus flexibles repose sur la standardisation du processus d'évaluation et d'orientation des usagers auprès d'un ensemble d'acteurs concernés par la prise en charge de la population des personnes âgées de plus de 60 ans. Et cette standardisation repose sur la mise en œuvre de l'interface *l'outil commun d'évaluation pour l'orientation* à une grande échelle. Cependant, la mise en œuvre de cette interface est justement problématique, dû à une grande différence au niveau des pratiques et des cultures professionnelles, ce qui rend le déploiement de la conception robuste des processus flexibles difficile sur le terrain. En outre, nous avons déjà mentionné dans la section 5.2 que la prestation modulaire de services de santé n'exerce pas d'effets sur le développement de l'espace de solutions.

L'ensemble des relations d'influences mentionnées ci-dessus est synthétisé et présenté dans la figure 27 en dessous.

Figure 27 : les influences exercées par la coordination inter-organisationnelle et

interprofessionnelle sur le développement de la CPM de services de santé via la mise en œuvre des interfaces



Source : élaborée à partir du discours des interviewés

- **L'interdépendance entre l'intégration opérationnelle et la prestation modulaire des services de santé dans le développement de la CPM de services de santé**

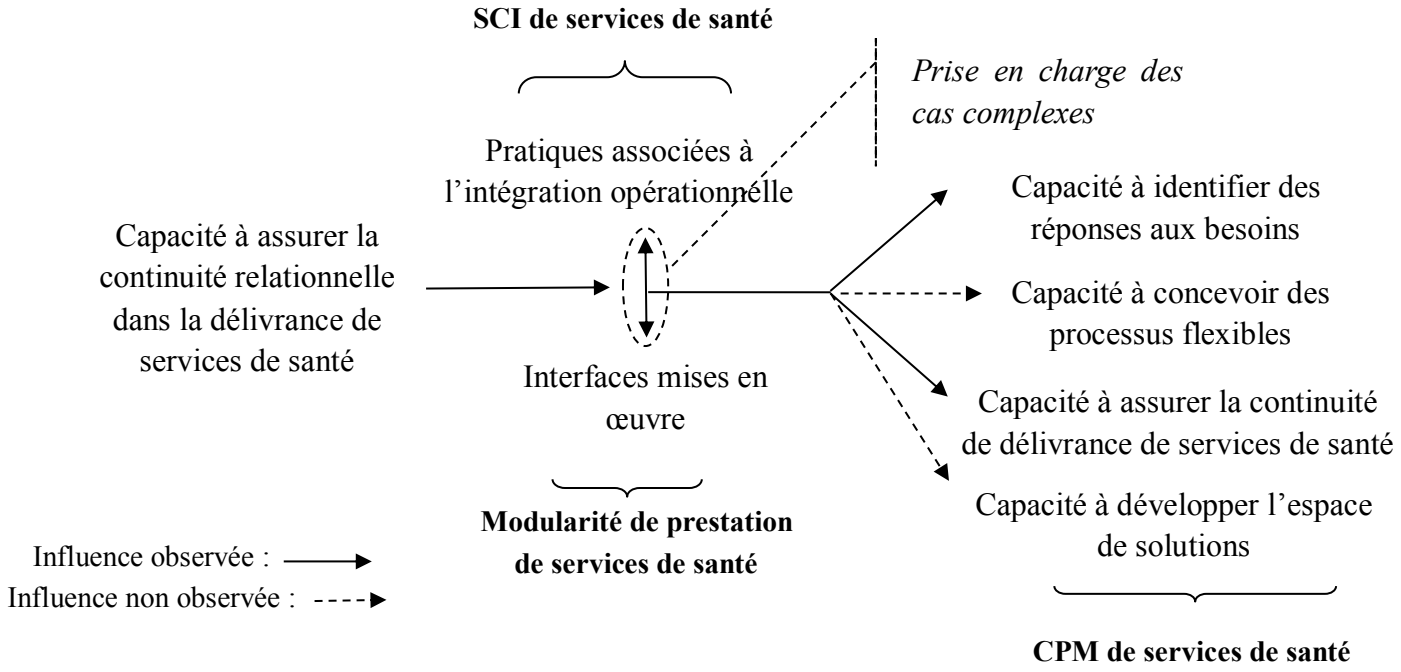
Premièrement, selon les résultats présentés dans la section 5.2.1 et la section 5.3.1.1, dans la prise en charge des cas complexes, certaines pratiques professionnelles associées à l'intégration opérationnelle s'associent souvent avec des interfaces mises en œuvre pour développer les capacités de PM de services de santé. A titre d'exemple, les acteurs réticulaires utilisent souvent des interfaces, telles que les réunions de concertation clinique, l'évaluation continue des besoins, les règles de planification pour un flux d'usager fluide, pour à la fois identifier des réponses aux besoins d'usagers, et aussi mettre en cohérence des différentes interventions effectuées auprès de la personne, ce qui favorise la continuité de délivrance de services de santé.

Et toujours selon les résultats présentés dans la section 5.2.1, pour que les influences exercées par certaines interfaces faisant partie de la catégorie « interface variété flux d'informations », comme l'*évaluation continue des besoins*, vis-à-vis de l'identification des réponses aux besoins d'usagers soient effectives, le maintien d'une continuité relationnelle dans la délivrance de services de santé doit être assuré en amont. Et selon les résultats présentés dans la section 5.3.1.1, les professionnels de santé qui font une *évaluation continue des besoins*, ont souvent aussi une vision globale vis-à-vis des besoins de la personne (i.e. pratique professionnelle associée à l'intégration opérationnelle), ce qui leur permet d'évaluer les besoins de la personne dans sa globalité, et d'y apporter des réponses adaptées. Et la présence de cette vision est particulièrement important pour la prise en charge des cas complexes. Par conséquent, pour que l'influence de cette association sur le développement de la CPM de services de santé soit effective, **la gestion de la continuité relationnelle dans la délivrance de services de santé est encore une condition pré-requise à remplir.**

Par ailleurs, selon les résultats présentés dans la section 5.3.1.1, certaines pratiques professionnelles associées à l'intégration opérationnelle, comme la vision globale vis-à-vis des besoins de la personne, ou le rôle des acteurs réticulaires dans la coordination de la prise en charge contribuent aussi à l'élaboration des interfaces comme : les lignes de communication, les règles de planification pour un flux d'usagers fluide, etc. Selon les résultats présentés dans la section 5.2, ces interfaces mentionnées ci-dessus contribuent au développement de la CPM de services de santé. A titre d'exemple, les lignes de communication préétablies facilitent l'identification des réponses aux besoins d'usagers, les règles de planification pour un flux d'usagers fluide permettent d'éviter des ruptures de prise en charge.

La figure 28 présentée ci-dessous permet d'illustrer l'ensemble des relations mentionnées ci-dessus.

Figure 28 : l'interdépendance entre l'intégration opérationnelle et la prestation modulaire de services de santé dans le développement de la CPM de services de santé



Source : élaborée à partir du discours des interviewés

- **L'implantation de la SCI de services de santé et de la prestation modulaire des services de santé suit une séquence spécifique dans le développement de la CPM de services de santé.**

Selon certains interviewés, il existe une séquence spécifique pour développer la CPM de services de santé : les différents travaux collaboratifs menés en matière de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, constituent des conditions pré-requises pour établir des interfaces nécessaires à la réalisation de la modularité de prestation de services de santé, et ensuite, ils contribuent ensemble au développement des différentes capacités de PM de services de santé.

Sans les différents travaux collectifs et collaboratifs menés en amont, ou un manque

d'implication des différents professionnels de santé concernés à ces travaux ne favorisent pas le partage des valeurs, des normes et des visions entre ces professionnels, et cela peut entrainer des difficultés en termes de l'harmonisation des pratiques, des procédures et des outils. C'est le cas dans le déploiement de la MAIA Marseille (peu de professionnels sanitaires impliqués dans ce déploiement, en particulier des professionnels libéraux – CF la section 4.3.1.1 pour plus de détail).

Parmi les interviewés qui ont abordé ce point (i.e. l'ordre d'implantation), la plupart d'entre eux ont cité l'exemple de l'outil commun d'évaluation pour l'orientation que la MAIA Marseille cherche à mettre en œuvre. Et ils indiquent tous que la mise en place de cet outil commun sera difficile, si les professionnels provenant de différents secteurs du système de santé n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, d'échanger des informations, et de partager des visions, des normes et des valeurs. Et comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises dans les sections précédentes, cet outil a été aussi identifié comme une interface et qui est indispensable pour la conception robuste des processus flexibles destinée à la population des personnes âgées de plus de 60 ans. Ainsi, le problème de sa mise en œuvre a aussi un impact sur le déploiement de la prestation modulaire de services et le développement de la CPM de services de santé sur le terrain.

Après peut-être en quelques années où on aura appris à beaucoup travailler ensemble, pourquoi pas, et pour l'instant non. C'est à dire que vouloir imposer quelque chose (l'utilisation de l'outil commun d'évaluation pour l'orientation MAIA)*, alors que les gens ne sont pas prêts, ça va jamais marcher. Petit à petit, en apprenant à faire des choses ensemble, ça c'est ce qu'on a fait au niveau du GCS. Dans le cadre du projet ANAP, même du GCS, on a travaillé sur des petits projets, c'est un des effets collatéraux, c'est ce que je disais à l'ARS, et à l'ANAP, les gens ont appris à se respecter, à réfléchir ensemble, pour après aller plus loin.* (Directeur, Réseau de santé polyvalent ILHUP)

Et puis, pour le coup, je prépare le terrain pour un outil commun : le Contact Assessment (Outil commun d'évaluation pour l'orientation MAIA)*, parce qu'on est avec le RAI, et mon idée, c'est quand même de promouvoir ce RAI qui est à mon avis un potentiel absolument formidable. Parce que quand les gens ont l'habitude déjà de travailler ensemble, et de se donner des informations, de dire après on formalise la transmission des informations au travers d'un outil, ce sera beaucoup plus facile.* (Pilote de la gestion de cas)

Cette séquence spécifique d'implantation à suivre dans le développement de la CPM de services de santé est codée sous un code émergeant intitulé « dépendance de sentier ». Selon le résultat de l'analyse du profil des répondants et de l'occurrence des verbatim pour ce code présenté dans l'annexe 13, il existe peu d'interviewés (4 sources) qui ont abordé ce point lors des entretiens. Même s'ils sont peu nombreux, mais ces interviewés ont tous vécu le déploiement de la MAIA Marseille depuis la phase de son expérimentation jusqu'à la phase actuelle de sa généralisation sur tout le territoire de Marseille. Ils peuvent ainsi prendre du recul sur ce qui s'est passé au niveau du déploiement de l'intégration et en déduire des leçons à tirer.

5.3.2 La synthèse de présentation et de discussion des résultats

Dans cette section, nous allons d'abord discuter des résultats présentés dans la section 5.3.1.1 concernant les relations identifiées entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé, par rapport à la littérature concernée. Ensuite, nous discuterons des résultats présentés dans la section 5.3.1.2 concernant les relations identifiées entre les trois concepts étudiés.

D'abord, nous rappelons qu'il existe une controverse dans la littérature étudiant la relation entre la modularité et la SCI : un courant de recherche dit que la mise en place de la modularité du produit, de processus et de la production dans une entreprise focale rend sa supply chain modulaire (Sanchez et Mahoney, 1996 ; Hoetker et al., 2007 ; Squire et al., 2009 ; Pero et al., 2015), et ce résultat est remis en question par un autre courant de recherche qui indique que la mise en œuvre de la modularité du produit, de processus et de la production peut engendrer, ou parfois nécessiter de l'intégration entre les différents acteurs au sein d'une supply chain (Howard et Squire, 2007 ; Ro et al., 2007 ; Lau et al., 2010a ; Droge et al., 2012). En outre, certaines recherches ont trouvé des résultats ambivalents, comme celle de Caridi et al. (2012). Selon ces derniers, la relation entre la SCI et la modularité varie en fonction du contexte (i.e. secteur d'activité) dans lequel se situe l'entreprise.

Dans cette recherche, les résultats présentés dans la section 5.3.1.1 montrent qu'il existe bien une interdépendance entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé. Mais la présence de cette interdépendance est conditionnelle/relationnelle, en fonction de la complexité de cas prise en charge.

Plus spécifiquement, le déploiement de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle contribue directement à l'établissement de certaines interfaces ainsi qu'à l'amélioration de leur fonctionnement, en cas des dysfonctionnements constatés. Et ce déploiement y contribue aussi indirectement via son influence sur

l'intégration des TIC et l'intégration opérationnelle. Ces résultats se rejoignent à ce que disent par Hsuan (1999, 2003) et Lau et al. (2010a) dans un contexte industriel : le maintien d'une relation étroite et collaborative entre les fournisseurs et leurs clients sera nécessaire dans la co-conception et le co-développement des nouveaux produits modulaires, pour résoudre des problèmes de compatibilité entre les différents composants de ces produits (niveau interface). Par ailleurs, les dysfonctionnements peuvent toujours avoir lieu au niveau des interfaces, lors de la réalisation de la modularité de prestation des services, en raison des interdépendances entre les modules qui n'ont pas été suffisamment anticipées en avance dans la phase de conception (Iman, 2016). Ainsi, le maintien d'une relation étroite entre les différents prestataires de service sera nécessaire pour résoudre ensemble ces problèmes identifiés au niveau des interfaces, lors du déploiement de la modularité de prestation de services.

A partir du résultat présenté ci-dessus, nous voyons bien que la réalisation de la SCI en matière de coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle, contribue au déploiement de la prestation modulaire de services de santé, via la mise en œuvre des interfaces. Ce résultat est en concordance avec le courant de recherche mentionné ci-dessus indiquant que la mise en œuvre de la modularité du produit, de processus et de la production nécessite de la SCI (Kim et al., 2006 ; Lau et al., 2007 ; Lau et al., 2010a).

Par ailleurs, les différents types de standards développés (ou en cours) dans le cadre de l'intégration opérationnelle, et les SIP informatisés et non informatisés développés (ou en cours) dans le cadre de l'intégration des TIC, ont été aussi identifiés comme des différentes interfaces présentées dans la section 5.2 (CF aussi la figure 27 présentée dans la section 5.3.1.2). A titre d'exemple, les différents modes de travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire mises en œuvre, comme la réunion de concertation pluriprofessionnelle contribue à l'intégration opérationnelle via une meilleure coordination de la prise en charge (Janse et al., 2016), mais elle a aussi été identifiée comme une interface faisant partie de la catégorie d'interfaces variétés flux d'informations par De Blok et al. (2014).

Selon nous, une explication, c'est que la mise en œuvre de l'intégration opérationnelle, des SIP informatisés et non informatisés, et de certaines interfaces repose tous sur le partage d'information. Ce dernier est particulièrement important dans un contexte de prestation de service, où l'interaction entre les être-humains (i.e. prestataire-prestataire, prestataire – client) y joue un rôle important (Voss et Hsuan, 2009, p.545). Et la mise en œuvre de ces trois éléments mentionnés ci-dessus consiste à développer des mesures permettant d'encadrer et de mettre en cohérence cette interaction pour mener à bien la prestation de services. Ainsi, parfois, ils peuvent développer des mesures en commun, comme l'exemple de la réunion de concertation pluriprofessionnelle mentionné ci-dessus.

Par ailleurs, les résultats présentés dans la section 5.3.1.1 montrent aussi que certaines pratiques professionnelles associées à l'intégration opérationnelle et certaines interfaces mises en œuvre dans le cadre de déploiement de la modularité de prestation de services sont interdépendantes. En revanche, cette interdépendance se manifeste uniquement dans la prise en charge des usagers complexes et instables, ayant des problèmes de santé multiples, auquel un suivi régulier et pluridisciplinaire sera nécessaire. Autrement dit, dans la prise en charge des usagers non complexes, les professionnels concernés n'ont pas besoin d'être intégrés pour mener à bien cette prise en charge. En s'appuyant sur quelques interfaces, telles que le SIP non informatisé (i.e cahier de transmission à domicile) et/ou les lignes de communication établies avec quelques professionnels pour des orientations habituelles (usagers), ils arrivent à prendre en charge des usagers non complexes. Ainsi, seule la prestation modulaire de services de santé pourrait être suffisante pour la prise en charge des cas non complexes.

Par rapport à la controverse évoquée au début entre deux courants de littérature, le résultat présenté ci-dessus est ambivalent. Selon Caridi et al. (2012) et Cabigiosu et Camuffo (2017), la relation entre la SCI et la modularité du produit varie, en fonction de la complexité et du degré d'innovation du produit. La SCI est surtout nécessaire pour

la conception modulaire des produits complexes et innovants. Et le résultat présenté ci-dessus montre la même chose dans le secteur de la santé : l'association entre la prestation modulaire de services de santé et l'intégration de la supply chain santé individualisée (les pratiques professionnelles associées à l'intégration opérationnelle), se manifeste uniquement pour la prise en charge des cas complexes.

En résumé, par rapport au débat mentionné au début de cette section, notre recherche montre que la réalisation de la SCI de services de santé en matière de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle (au niveau de la supply chain santé globale) contribue au déploiement de la prestation modulaire de services de santé, ce qui est en concordance avec l'idée défendue par l'un des deux courants de recherche mentionné au début. En revanche, au niveau de la supply chain santé individualisée, dans la prise en charge opérationnelle des usagers, notre recherche montre des résultats ambivalents par rapport à ce débat.

Selon les résultats présentés dans la section 5.3.1.2 par rapport aux relations identifiées entre les trois concepts clé étudiés, la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé sont interdépendantes dans le développement de certaines capacités de PM de services de santé. Selon le cadre théorique de RBV et d'ERBV mobilisé, ces résultats peuvent être expliqués par la notion d'*interconnectedness* ainsi que ses deux dimensions : *embeddedness* et dépendance de sentier (*path dependance*) (Hart, 1995b, p.1004).

Concernant la dimension *embeddedness*, le développement d'une capacité repose sur la présence simultanée de plusieurs ressources déjà acquises, et il sera difficile de développer une nouvelle ressource sans que les autres ressources soient aussi présentes (Hart, 1995b). Selon Salvador et al. (2015, p.618), les initiatives associées à la mise en œuvre de la SCI, et de la modularité des produits et des processus peuvent être vues comme des ressources nécessaires pour le développement de la CPM dans un contexte industriel. Et selon les résultats identifiés dans cette recherche, pour développer

certaines capacités de PM de services de santé, la présence simultanée de la SCI de services de santé et de la prestation modulaire des services de santé sera nécessaire.

Plus spécifiquement, les résultats présentés dans la section 5.3.1.2 montrent que les activités collaboratives menées dans le cadre de la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle **commencent** à produire des effets, en matière du développement des interfaces et de l'amélioration de leur fonctionnement, une fois que les dysfonctionnements chez certaines interfaces sont identifiés. Et la mise en œuvre de ces interfaces sur le terrain favorise le développement de deux capacités de PM suivantes : l'identification des réponses aux besoins d'usagers, la gestion de la continuité de délivrance de services de santé. Ces résultats identifiés se joignent au résultat de Liao et al. (2013), qui ont démontré dans un contexte industriel que l'alignement tactique (i.e. la répartition des responsabilités) entre les membres de la supply chain, en tant qu'une initiative associée à la SCI, contribue à la conception modulaire des produits et des processus, et cette dernière contribuent au développement de la CPM. Et selon Lee (2000) et Lau et al. (2010a), la répartition des responsabilités, des risques, et le partage des ressources entre les acteurs d'une supply chain repose souvent sur la coordination inter-organisationnelle menée au sein de cette supply chain.

La coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle ne produit pas encore des effets vis-à-vis de la conception robuste des processus flexibles, via le développement et l'amélioration des interface, car la mise en œuvre de l'interface *outil commun d'évaluation pour l'orientation* est problématique. Les problèmes rencontrés dans sa mise en œuvre sont principalement dû à une grande différence au niveau des pratiques et des cultures professionnelles, ce qui montre que le déploiement de l'intégration n'est pas encore suffisamment avancé sur le terrain (CF la section 5.1 et 5.2 pour plus de détail)

Par conséquent, nous voyons que, comme dans un contexte industriel, la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle menée dans le cadre de l'intégration

organisationnelle peut produire des effets en matière du développement et de l'amélioration des interfaces. Et la mise en œuvre de ces dernières favorise le développement de certaines capacités de PM de services de santé, dans un contexte où le déploiement de l'intégration n'est pas encore suffisamment avancé.

Et toujours selon les résultats présentés dans la section 5.3.1.2, l'intégration opérationnelle et la prestation modulaire des services de santé sont interdépendantes dans le développement de deux capacités de PM : l'identification des réponses aux besoins d'usagers, et la gestion de la continuité de délivrance des services de santé. En revanche, leur interdépendance se manifeste généralement pour la prise en charge des usagers complexes qui nécessitent d'un suivi régulier et d'une prise en charge pluriprofessionnelle. Cette interdépendance identifiée a été déjà discutée ci-dessus lors de la discussion des résultats identifiés dans la section 5.3.1.1.

Par ailleurs, pour que l'influence de leur interdépendance sur le développement de certaines capacités de PM de services de santé mentionnées ci-dessus soit effective, le maintien d'une continuité relationnelle avec l'usager dans la délivrance de services de santé a besoin d'être assurée en amont. Ce résultat identifié sur le terrain n'a pas été abordé auparavant par la littérature concernée dans un contexte de prestation de services de santé.

En résumé, l'intégration opérationnelle et la prestation modulaire de services de santé sont interdépendantes dans le développement de certaines capacités de PM de services de santé, dans un contexte où le déploiement de l'intégration n'est pas encore suffisamment avancé. Mais cette interdépendance se manifeste généralement pour la prise en charge des usagers complexes, et l'effectivité de leur interdépendance vis-à-vis du développement de ces capacités repose parfois sur la capacité à maintenir une continuité relationnelle avec l'usager dans la délivrance de services de santé.

Les résultats présentés dans la section 5.3.1.2 montrent aussi que la réalisation de la

SCI de services de santé et de la prestation modulaire de services de santé pourrait suivre **une séquence spécifique** dans le développement de la CPM de services de santé. Si le déploiement de l'intégration n'est pas suffisamment avancé sur le terrain, les différents professionnels provenant de différents secteurs du système de santé n'auront pas l'habitude de travailler ensemble ; d'échanger des informations ; de partager des visions, des valeurs et des normes qui sont parfois relativement différentes d'un secteur à l'autre. Et cette insuffisance du déploiement peut avoir une influence sur l'établissement de certaines interfaces et le développement de certaines capacités de PM de services de santé.

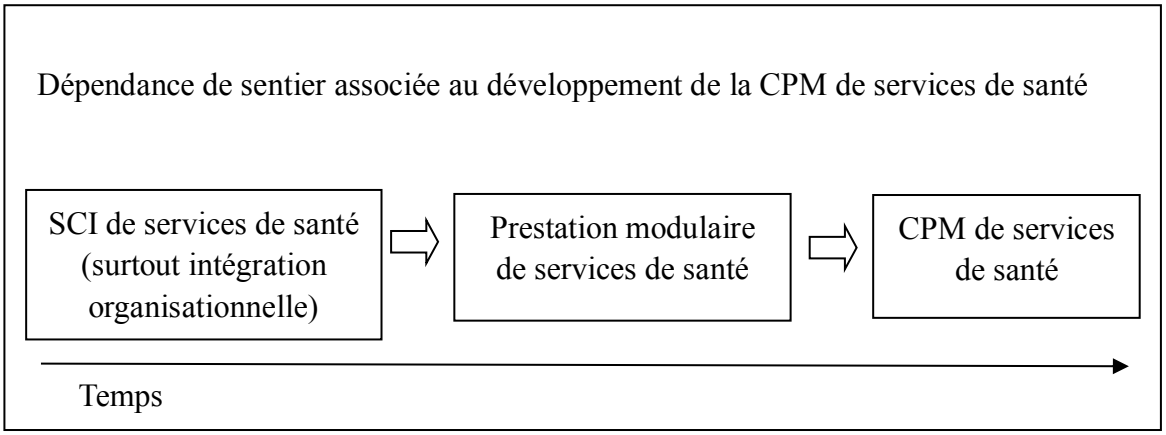
Selon le cadre théorique d'RBV et d'ERBV mobilisé, ces résultats identifiés peuvent être expliqués par la deuxième dimension de la notion *interconnectedness* proposée par Hart (1995b, p.1004) : la dépendance de sentier (*path dependance*). Selon cette dernière, l'acquisition d'une nouvelle ressource ou capacité dépend de la présence des autres ressources déjà acquises.

Nous avons déjà mentionné dans la section 5.1.2 que la phase actuelle du déploiement de l'intégration n'est pas suffisamment avancée sur le terrain. Et cette insuffisance du déploiement, en particulier, en matière de l'intégration organisationnelle, ne favorise pas l'harmonisation des pratiques, des procédures et des outils des différents professionnels. C'est le cas de l'outil commun d'évaluation multidimensionnelle pour l'orientation que la MAIA Marseille cherche à mettre en œuvre. Ce dernier peut être considéré comme une interface (i.e. interface variété flux d'informations), une fois qu'il sera mis en œuvre. Or, sa mise en œuvre est problématique, justement en raison d'une grande différence constatée au niveau des cultures et des pratiques professionnelles. Et la conception robuste des processus flexibles (i.e. l'une des capacités de PM de services de santé) repose justement sur la mise en œuvre de cet outil commun MAIA, puisque ce dernier permet d'aboutir à une standardisation du processus d'évaluation et d'orientation des usagers destinée à la population des personnes âgées (CF la section 4.1.1.3 pour plus de détail).

C'est aussi pour cette raison là que nous n'avons pas identifié des influences exercées par la SCI de services de santé, ni par la prestation modulaire de services de santé vis-à-vis du développement de cette capacité de la PM de services de santé.

En fait, les recherches menées dans un contexte industriel ne sont pas claires sur l'ordre d'implantation de la SCI et de la modularité dans le développement de la CPM. Purohit et al. (2016) suggèrent que la mise en place de la modularité du produit précède la mise en place de la SCI pour le développement de la CPM. A travers une recherche menée dans l'industrie automobile, Jacobs et al. (2007) partagent le même point de vue en indiquant que pour atteindre une meilleure performance, la mise en place de la modularité du produit précède celle de la SCI. Cependant, ces derniers auteurs ont aussi nuancé leur propos en disant que cet ordre d'implantation peut être inversé dans d'autres contextes. Dans le contexte de cette recherche, le déploiement de la prestation modulaire de services de santé repose sur le déploiement de la SCI de services de santé en amont, en particulier, en matière de l'intégration organisationnelle, pour développer les différentes capacités de PM de services de santé. La figure 29 présentée ci-dessous permet d'illustrer ce propos.

Figure 29 : la dépendance de sentier associée au développement de la CPM de services de santé identifiée sur le terrain



Source : élaboration personnelle

Conclusion du chapitre 5 : **la discussion des résultats par rapport à la proposition de recherche formulée au départ et au modèle conceptuel de recherche**

Dans cette conclusion, nous synthétisons les principaux résultats présentés respectivement dans les trois sections de ce chapitre, et nous faisons le lien entre ces résultats présentés et la proposition de recherche formulée au départ, sur laquelle se base notre modèle conceptuel de recherche.

Premièrement, concernant les influences exercées par la SCI de services de santé vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé (CF **la flèche numéro 1 figurant sur le modèle de recherche**), nous avons trouvé des résultats ambivalents dans la section 5.1. Plus spécifiquement, les initiatives menées dans le cadre du déploiement de l'intégration sur le terrain commencent à produire des effets favorables pour le développement de la capacité d'identification des réponses aux besoins d'usagers, et de la capacité de gestion de la continuité de délivrance de services de santé. En revanche, les effets associés à ce déploiement vis-à-vis du développement de l'espace de solutions sont encore relativement limités pour l'instant. Par ailleurs, la SCI de services de santé n'exerce pas encore des influences sur la conception robuste des processus flexibles.

Selon les résultats présentés dans la section 5.1, c'est principalement dû à un déploiement de l'intégration non suffisamment avancé sur le terrain. A titre d'exemple, en raison de la non effectivité de l'instance de concertation stratégique, les décisions relatives à l'ajustement de l'offre de services sur le territoire ne sont pas prises de manière concertées, ce qui peut aussi créer des incohérences en termes de l'ajustement de l'offre. En outre, en raison d'un manque d'indicateurs, de méthode de recueil, d'outillage et de formations dédiés au repérage des dysfonctionnements ou des besoins non comblés constatés sur le territoire, les gestionnaires de cas ont du mal à jouer leur rôle en matière de remontée de ces besoins non comblés vers l'instance de concertation tactique. Et en absence d'une articulation entre l'instance stratégique et l'instance

tactique, le rôle que ce dernier peut jouer en matière d'ajustement et de mise en cohérence de l'offre sur le territoire est limité. Tous ces éléments mentionnés ci-dessus expliquent la faible effectivité du déploiement de la SCI de services de santé sur le développement de l'espace de solutions.

En outre, le déploiement actuel de l'intégration est encore très axé sur les professionnels médico-sociaux, et sociaux, mais pas assez sur les professionnels sanitaires. Un tel déséquilibre d'implication des professionnels de santé dans le travail de l'intégration ne favorise pas le partage des visions, des valeurs et des normes entre ces professionnels. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle qu'il existe encore une grande différence au niveau des pratiques et des cultures professionnelles, ce qui ne favorise pas l'harmonisation des pratiques, des outils des différents professionnels de santé. C'est pour cette raison là que certains professionnels, en particulier des professionnels sanitaires montrent une certaine réticence vis-à-vis de la mise en œuvre de l'outil commun d'évaluation pour l'orientation MAIA. Et cela rend la standardisation du processus d'évaluation et d'orientation des usagers via cet outil commun difficile à mettre en œuvre. Cependant cette standardisation du processus sera nécessaire pour que la conception robuste des processus flexibles soit possible.

Deuxièmement, nous avons également trouvé des résultats ambivalents dans la section 5.2, concernant les influences exercées par la prestation modulaire de services de santé vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé (CF **la flèche numéro 2 figurant sur le modèle de recherche**). L'identification des réponses aux besoins d'usagers est facilitée par les catégories d'interfaces visant à assurer la variété dans l'assemblage des modules de services en packages de services (e.g. interface variété module, interface variété flux d'infos). Et la gestion de la continuité de délivrance de services de santé est facilitée par les catégories d'interfaces visant à assurer la cohérence dans l'assemblage des modules de services en packages de services. Cependant, les effets du déploiement de la prestation modulaire de services de santé vis-à-vis de la conception robuste des processus flexibles sont encore absentes. Parce que la mise en

œuvre de l'outil commun d'évaluation synthétique pour l'orientation MAIA est problématique pour des raisons déjà mentionnées ci-dessus. Selon les résultats présentés dans la section 5.2, cet outil commun peut être considéré comme une interface, s'il peut être mise en place à une grande échelle (ce qui n'est pas le cas constaté sur le terrain), ca permet éventuellement de standardiser le processus d'évaluation et d'orientation des usagers, tout en le connectant avec les différents processus de prise en charge personnalisés, ce qui concrétise la pensée modulaire au niveau de la conception des processus sur le terrain (élément indispensable pour la conception robuste des processus flexibles).

En résumé, par rapport aux relations (flèches 1 et 2) mentionnées ci-dessus qui figurent sur notre modèle de recherche, les résultats présentés et discutés dans la section 5.1 et 5.2 montrent que : **la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé produisent respectivement des effets vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé, mais ces effets restent encore limités, en raison d'un déploiement de l'intégration non suffisamment avancé sur le terrain.**

Troisièmement, concernant la relation entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé, ainsi que l'influence de leur relation sur le développement de la CPM de services de santé (**flèches numéro 3 et 4 figurant sur le modèle de recherche**), les résultats présentés et discutés dans la section 5.3 montrent que le déploiement de la SCI de services de santé et de la prestation modulaire de services de santé sont interdépendants, mais cette interdépendance se manifeste sous certaines conditions. En outre, ces résultats montrent que leur interdépendance peut également produire des effets vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé, mais ces effets restent encore limités, en raison principalement d'un déploiement non suffisamment avancé de l'intégration sur le terrain.

Ces résultats présentés et discutés dans la section 5.3 peuvent être synthétisés en trois points principaux qui sont présentés ci-dessous. Et ces trois points permettent de

développer en détail (raffiner) les relations (flèches 3 et 4) mentionnées ci-dessus qui figurent sur notre modèle de recherche.

- **la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle menée dans le cadre de l'intégration organisationnelle peut produire des effets en matière du développement et de l'amélioration des interfaces. Et la mise en œuvre de ces dernières favorise au développement de certaines capacités de PM de services de santé, dans un contexte où le déploiement de l'intégration n'est pas encore suffisamment avancé.**

- **dans un contexte où le déploiement de l'intégration n'est pas encore suffisamment avancé, l'intégration opérationnelle et la prestation modulaire de services de santé sont interdépendantes dans le développement de certaines capacités de PM de services de santé. Cette interdépendance se manifeste généralement pour la prise en charge des usagers complexes, et l'effectivité de leur interdépendance vis-à-vis du développement de ces capacités repose parfois sur la capacité à maintenir une continuité relationnelle avec l'usager dans la délivrance de services de santé.**

- **le déploiement de la SCI de services de santé, en particulier, en matière de l'intégration organisationnelle, précède celui de la prestation modulaire de services de santé, pour développer les différentes capacités de PM de services de santé.** Ce point constitue ainsi une préconisation managériale pour mener à bien le développement de la CPM dans le contexte de la santé.

Conclusion générale

1. Apports de la recherche

Les apports de cette recherche sont présentés en trois parties : les apports théoriques (1.1), les apports managériaux (1.2), l'apport méthodologique (1.3).

1.1 Apports théoriques

Les contributions théoriques de cette recherche sont multiples. D'abord, comme ce que nous avons mentionné dans la section 1.4, peu de recherches ont simultanément investigué le rôle de la SCI et de la modularité (produit, processus, production) ainsi que leur interaction dans le développement de la CPM. Et parmi les recherches ayant étudié simultanément ces trois concepts ainsi que leurs relations, elles sont focalisées seulement sur une ou quelques initiatives associées à la SCI (e.g. Lin et al., 2012 ; Liao et al., 2013 ; Salvador et al., 2015), il existe rarement des recherches qui tiennent compte systématiquement des quatre couches de la SCI (CF la section 1.2) dans leur étude. Par ailleurs, parmi ces recherches mentionnées ci-dessus, aucune d'entre elles n'a étudié les relations entre ces concepts dans un contexte de prestation de services de santé. Par conséquent, à travers cette recherche, nous avons mis en exergue en détail les différentes interactions possibles entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé dans le développement des différentes capacités de PM de services de santé. En ce faisant, nous avons pu éprouver et raffiner notre modèle de recherche et répondre à notre question de recherche posée.

Ensuite, cette recherche participe aussi au débat évoqué dans la littérature, concernant la relation entre la SCI et la mise en œuvre de la modularité (produit, processus, production). Après avoir identifié et analysé les différentes interactions possibles entre la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé, nous avons identifié deux résultats ayant des implications différentes sur ce débat théorique dans

un contexte de prestation de services de santé :

- une partie des résultats présentés est en concordance avec le courant de recherche qui indique que le déploiement des pratiques associées à la SCI facilite la mise en œuvre de la modularité (produit, processus, production). Il s'agit des influences exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle vis-à-vis du développement de certaines interfaces et de l'amélioration de leur fonctionnement, une fois que les dysfonctionnements sont constatés chez ces interfaces (CF la section 5.3.1.2)

- l'autre partie des résultats présentés sont ambivalents par rapport à ce débat théorique. Il s'agit de l'interdépendance identifiée entre l'intégration opérationnelle (intégration au niveau des supply chain santé individualisées) et la prestation modulaire de services de santé. Cette interdépendance se manifeste uniquement dans la prise en charge des usagers complexes et instables (CF la section 5.3.1.2).

Troisièmement, en étudiant respectivement les influences exercées par la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé, nous mettons en évidence la manière dont ces relations d'influence se manifestent dans un contexte de prestation de services de santé. Cela apporte ainsi des preuves empiriques sur ces relations identifiées dans ce contexte particulier.

Quatrièmement, nous contribuons aussi à la littérature via le travail de conceptualisation et d'opérationnalisation des trois concepts clés étudiés, ayant tous une origine industrielle, dans un contexte de prestation de services de santé. A travers l'étude de cas menée sur le déploiement de la MAIA Marseille, nous avons montré que ces trois concepts peuvent tous être appliqués dans le contexte de la santé, mais avec certaines adaptations nécessaires en amont. Ce travail pose ainsi le fondement pour les autres travaux qui cherchent aussi à étudier ces trois concepts dans ce contexte

spécifique. A titre d'exemple, la conceptualisation de la SCI de services de santé repose sur le rapprochement des deux littératures suivantes : la SCI et l'intégration des services de santé. Et son opérationnalisation s'appuie à la fois sur des indicateurs en communs utilisés par ces deux littératures, et aussi sur des indicateurs qui proviennent spécifiquement de l'intégration des services de santé (CF les indicateurs surlignés relatifs à la SCI de services de santé figurant sur le tableau 8 présenté à la fin de la partie revue de littérature). En montrant que ce concept est applicable dans le contexte de la santé à travers notre étude de cas, la pertinence de rapprochement de ces deux littératures mentionnées ci-dessus dans la conceptualisation et l'opérationnalisation de la SCI de services de santé est ainsi approuvée.

1.2 Apports managériaux

Comme cette recherche s'inscrit dans un contexte de prestation de services de santé, et la réponse à la question de départ nous a conduit à investiguer le « comment » réaliser la PM dans ce contexte spécifique, en montrant que le développement des différentes capacités de PM de services de santé repose sur une séquence spécifique d'implantation de ses deux facteurs facilitants les plus importants : la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé, cette recherche fournit ainsi des réponses à la question de départ.

Plus spécifiquement, le déploiement de la SCI de services de santé, en particulier, l'intégration organisationnelle, a un rôle clé à jouer dans le développement des différentes capacités de PM de services de santé. Une non effectivité au niveau de la concertation et de la coordination stratégique entre les différents décideurs et financeurs sur un territoire donné peut nuire au développement de l'espace de solutions sur ce territoire. Par ailleurs, si le déploiement de l'intégration sur le terrain n'est pas suffisamment avancé, ceci ne favorisera pas le partage des visions, des valeurs et des normes entre les professionnels de santé provenant de différents secteurs du système de santé. Ainsi, les professionnels provenant d'un « monde » spécifique du système de

santé n'auront pas l'habitude de travailler et d'échanger des informations avec les professionnels provenant des autres « mondes », ce qui ne favorise pas l'harmonisation des pratiques, des outils, des procédures des différents professionnels. Cependant notre recherche montre que la mise en œuvre de certaines interfaces repose justement sur cette harmonisation (e.g. outil commun évaluation pour l'orientation MAIA), et leur mise en œuvre constitue des conditions nécessaires pour le développement des différentes capacités de PM de services de santé (e.g. conception robuste des processus flexibles).

Dans la phase actuelle du déploiement de l'intégration sur le terrain (MAIA Marseille), comme il existe encore une grande différence au niveau des pratiques et des cultures professionnelles, les différents professionnels montrent une certaine réticence vis-à-vis des initiatives menées en matière d'harmonisation des pratiques et des outils. Par conséquent, la poursuite de la mise en œuvre de ces initiatives risque de produire une désintégration des différents services et professionnels concernés. C'est pour cette raison là que certains interviewés insistent sur l'importance de continuer à conduire des petits projets collaboratifs au niveau inter-organisationnelle et interprofessionnels ; d'impliquer tous types de professionnels de santé dans la co-construction d'une démarche de l'intégration qui est adaptée au contexte local ; de continuer à sensibiliser les professionnels à cette démarche de l'intégration ainsi que des objectifs associés ; et bien évidemment de comprendre les attentes et les contraintes de ces professionnels vis-à-vis du déploiement de l'intégration. La réalisation de ces éléments mentionnés ci-dessus permet de créer une atmosphère favorable à la mise en œuvre des initiatives relatives à l'harmonisation des pratiques, des outils et des procédures des différents professionnels concernés. Ceci constitue une préconisation managériale destinée à la MAIA Marseille, et aussi le déploiement du dispositif MAIA en général

Par ailleurs, nous avons déjà mentionné dans la section 4.1.3 que le développement de la CPM de services de santé est encore dans un stade initial, notamment, en matière de la conception robuste des processus flexibles, destinée à la population des personnes

âgées de plus de 60 ans, en raison de la difficulté de standardisation de la méthodologie d'évaluation et d'orientation des usagers chez un ensemble de professionnels concernés (via l'outil commun MAIA). Les résultats présentés dans cette section montrent aussi qu'il existe d'autres initiatives associées à la conception robuste des processus flexibles, qui sont destinées à des petits groupes d'usagers, et qui implique un nombre restreint des professionnels de santé ayant des pratiques et des cultures professionnelles similaires. Et la mise en œuvre de ces initiatives n'a pas rencontré les mêmes difficultés que celles rencontrés par la MAIA Marseille.

Par conséquent, dans un contexte où les pratiques et les cultures professionnelles sont relativement différentes, pour développer la capacité de conception robuste des processus flexibles, il vaut mieux appliquer la pensée modulaire au niveau de la conception des processus à une petite échelle (cible de prise en charge, et nombre de professionnels concernés restreints), au moins dans un premier temps. Il est aussi important d'impliquer des professionnels provenant de différents mondes du système de santé (e.g. médical, paramédical, soins alternatives, social) dans la co-construction d'une démarche permettant de concrétiser la pensée modulaire dans la prise en charge des usagers, et qui est adaptée aux spécificités du contexte local. Même si ces divers professionnels impliqués sont peu nombreux au départ. Et petit à petit, lorsque ces professionnels auront beaucoup appris à travailler ensemble, l'application de la pensée modulaire au niveau de la conception des processus à une échelle plus large pourrait être envisagé, ce qui rejoint à notre propos évoqué au départ. Ceci constitue une autre préconisation managériale destinée à la MAIA Marseille, et aussi le déploiement du dispositif MAIA en général.

1.3 Apport méthodologique

L'apport méthodologique de cette recherche consiste à répondre à une limite méthodologique régulièrement identifiées chez les travaux portant sur la SCI. Plus spécifiquement, selon notre revue de littérature sur la SCI, il existe rarement des

recherches empiriques qui ont étudié la SCI au-delà d'une relation de dyade ou de triade[29] (Fabbe-Costes et Jahre, 2008 ; Näslund et Hulthen, 2012 ; Jin et al., 2013 ; Claye-Puaux *et al.*, 2014), ce qui est probablement dû à la difficulté méthodologique, et aussi la complexité d'appréhender la globalité de l'intégration quand elle se réalise au-delà d'une relation dyade ou triade. Dans cette recherche, nous avons pu étudier le déploiement de l'intégration à l'échelle multi-acteurs (i.e. niveau de la supply chain santé globale), via l'analyse du profil des répondants ainsi que l'occurrence de leur verbatim pour les différents codes hiérarchiques associés au concept de la SCI de services de santé ainsi que les relations entre ces codes. Autrement dit, cette analyse nous permet d'étudier et de comparer les perspectives d'une multitude d'acteurs concernés vis-à-vis du déploiement de l'intégration sur le terrain.

2. Limites et perspectives de la recherche

Comme toutes les recherches, cette recherche comporte aussi des limites qui sont présentées ci-dessous, et certaines limites identifiées révèlent aussi des pistes de recherches futures :

Premièrement, sur le plan méthodologique, nous avons mené une étude de cas unique sur le déploiement de la MAIA Marseille (l'un des MAIA déployé dans la région PACA) dans le contexte de la santé, ce qui peut limiter la validité externe ou la généralisation des résultats de cette recherche. Toutefois, certains travaux indiquent qu'un manque de généralisation des résultats aux différents contextes n'est pas un problème majeur pour les recherches en Sciences de gestion qui mobilisent la méthode de l'étude de cas pour l'objectif de test théorique (Barrat et al., 2011 ; Ketokivi et Choi, 2014). Selon ces auteurs, ce qui est important, c'est que le cas choisi ainsi que les données contextuelles collectées permettent vraiment de répondre à la finalité de ces recherches. Nous avons déjà montré, dans la section 3.4.2, la pertinence du cas choisi pour étudier les relations

[29] deux ou trois acteurs d'une supply chain

entre les trois concepts clés de cette recherche. Ce cas peut être considéré comme un cas critique ou exemplaire dans le sens de Yin (2003, p.40). Par ailleurs, à travers cette étude de cas, nous avons pu mettre à l'épreuve et raffiner notre modèle de recherche pré-établi.

En outre, pour atteindre la finalité du test théorique, les résultats obtenus à l'issue d'une étude des cas multiples sont plus robustes et convaincants par rapport à ceux d'une étude de cas unique (Johnston et al., 1999). Nous sommes conscients de cette limite, mais, en tenant compte du temps imparti pour finir ce travail de recherche, nous assumons les conséquences associées au choix d'une étude de cas unique. Et cette limite identifiée révèle justement une piste de recherche future qui consiste à mettre à l'épreuve notre modèle de recherche, via une étude des cas multiples. Il s'agit de choisir des sites MAIA qui sont en cours du déploiement, mais avec un état d'avancement différent. Chaque cas choisi peut être ainsi considéré comme un cas exemplaire. L'objectif consiste à voir comment les relations entre les trois concepts clés étudiés se manifestent dans différents contextes du déploiement de la démarche MAIA. Ainsi, la conduite d'une étude des cas multiples sur le même sujet de recherche permet à la fois d'accroitre la validité externe de la recherche, mais aussi d'enrichir les résultats collectés, à travers une comparaison des cas étudiés.

Deuxièmement, toujours sur le plan méthodologique, parmi les acteurs interviewés faisant partie des différents secteurs (catégories) du système de santé (e.g professionnels libéraux, professionnels provenant des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux), certaines catégories présentent peu d'acteurs (CF le tableau 19 présenté dans la section 3.4.3.3). A titre d'exemple, pour la catégorie « professionnels libéraux médicaux », nous avons pu interviewer seulement deux médecins généralistes, dû à un manque de disponibilité de ce genre de professionnels. Et nous avons essayé de les solliciter dans la mesure du possible pour participer à notre recherche.

Par ailleurs, lors de notre échantillonnage théorique, nous avons fait le choix d'interviewer les acteurs qui sont plutôt sensibilisés par le dispositif MAIA, même au minima, car nous avons besoin d'étudier leurs opinions vis-à-vis du déploiement de la MAIA Marseille. Par conséquent, parmi les acteurs interviewés, il existe peu d'acteurs qui sont pas du tout sensibilisés par ce dispositif (7 interviewés parmi les 37 interviewés -CF annexe 11). En revanche, nous avons pu quand même tenir compte des perspectives de ces acteurs non sensibilisés par la MAIA dans cette recherche, à travers l'analyse du profil des répondants pour les codes hiérarchiques associés respectivement aux trois concepts clés étudiés ainsi que les relations identifiées entre ces codes (présenté dans l'annexe 12 et 13)

Et comme nous choisissons de nous intéresser aux aspects opérationnels et organisationnels du développement de la CPM de services de santé, nous avons visé prioritairement aux acteurs (opérationnels et managériaux) qui sont directement concerné par ce développement, donc, le déploiement de la MAIA Marseille. Ainsi, nous n'avons pas interviewé d'acteurs institutionnels (i.e. les décideurs et les financeurs) qui sont indirectement concernés par ce déploiement. En revanche, les perspectives de ces acteurs vis-à-vis du déploiement de la MAIA Marseille sont quand même prises en compte par cette recherche, via notre observation dans diverses réunions organisées au sein de l'ARS PACA, ainsi que des données secondaires collectées, en l'occurrence, le rapport d'évaluation nationale des MAIA.

Troisièmement, cette recherche n'est pas une recherche aboutie dans la mesure où les différentes relations identifiées entre les trois concepts étudiés dans cette recherche peuvent être encore soumis à des tests statistiques. L'objectif consiste à vérifier les relations de causalité, les effets de médiation ou de modération entre ces trois concepts. Ainsi, cette recherche pose le fondement pour une recherche future quantitative.

Par ailleurs, le travail d'opérationnalisation des trois concepts étudiés dans le contexte de la santé n'est pas tout à fait abouti. Les indicateurs développés à l'issus de ce travail

permettent d'apprécier de manière qualitative ces trois concepts étudiés sur le terrain, mais ils ne peuvent pas encore être considérés comme un instrument de mesure prêt à utiliser dans une recherche employant la méthode quantitative.

Quatrièmement, le développement de la CPM de services de santé consiste à concilier le dilemme coût – qualité posé dans la délivrance d'un ensemble de services de santé destinée à un groupe ou une population spécifique d'usagers. En revanche, cette recherche ne permet pas de mesurer quantitativement les coûts réduits associés à la prestation de services de santé, grâce au développement de la CPM de services de santé sur le terrain. Par ailleurs, nous avons aussi mentionné dans la section 4.1 que ce développement est encore dans une phase initiale, ce qui pose ainsi la question de la faisabilité de cette démarche (mesure des coûts réduits-performance associée au développement de la CPM sur le terrain).

Enfin, dans cette recherche, nous avons étudié les influences exercées par la SCI de services de santé et la prestation modulaire de services de santé vis-à-vis du développement de la CPM de services de santé. Comme le développement de cette dernière est encore dans un stade initial sur le terrain, nous n'avons pas pu observer des effets rétroactifs de ce développement vis-à-vis de la réalisation de ses deux facteurs facilitant mentionnés ci-dessus. Par conséquent, une recherche longitudinale pourrait être envisagée dans le futur pour justement vérifier l'existence ou non de ces effets rétroactifs, et d'en étudier.

ANNEXES

Annexe 1 : les 33 articles identifiés focalisant sur la conceptualisation et l'opérationnalisation de la CPM

1. Ahmad, S., Schroeder, R. G., & Mallick, D. N. (2010). The relationship among modularity, functional coordination, and mass customization: Implications for competitiveness. European Journal of Innovation Management, 13(1), 46-61.
2. Huang, X., Kristal, M. M., & Schroeder, R. G. (2008). Linking learning and effective process implementation to mass customization capability. *Journal of Operations Management*, *26*(6), 714-729.
3. Huang, X., Kristal, M. M., & Schroeder, R. G. (2010). The impact of organizational structure on mass customization capability: a contingency view. *Production and Operations Management*, *19*(5), 515-530.
4. Jitpaiboon, T., Dangols, R., & Walters, J. (2009). The study of cooperative relationships and mass customization. *Management Research News*, *32*(9), 804-815.
5. Jitpaiboon, T., Dobrzykowski, D. D., Ragu-Nathan, T. S., & Vonderembse, M. A. (2013). Unpacking IT use and integration for mass customisation: a service-dominant logic view. *International Journal of Production Research*, *51*(8), 2527-2547.
6. Kortmann, S., Gelhard, C., Zimmermann, C., & Piller, F. T. (2014). Linking strategic flexibility and operational efficiency: The mediating role of ambidextrous operational capabilities. *Journal of Operations Management*, *32*(7), 475-490.
7. Lai, F., Zhang, M., Lee, D. M., & Zhao, X. (2012). The impact of supply chain integration on mass customization capability: an extended resource-based view. *IEEE Transactions on Engineering Management*, *59*(3), 443-456.
8. Liao, K., Ma, Z., Jiung-Yee Lee, J., & Ke, K. (2011). Achieving mass customization through trust-driven information sharing: a supplier's perspective. *Management research review*, *34*(5), 541-552.
9. Liao, K., Sharkey, T. W., Ragu-Nathan, T. S., & Vonderembse, M. (2012). Trust-driven joint operational activities to achieve mass customization: a culture perspective. *Benchmarking: An International Journal*, *19*(4/5), 585-603.
10. Liu, G. J., Shah, R., & Schroeder, R. G. (2006). Linking work design to mass customization: a sociotechnical systems perspective. *Decision Sciences*, *37*(4), 519-545.
11. Liu, G., Shah, R., & Schroeder, R. G. (2010). Managing demand and supply uncertainties to achieve mass customization ability. *Journal of Manufacturing Technology Management*, *21*(8), 990-1012.
12. Liu, G., & Deitz, G. D. (2011). Linking supply chain management with mass customization capability. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, *41*(7), 668-683.
13. Liu, G. J., Shah, R., & Babakus, E. (2012). When to mass customize: The impact of environmental uncertainty. *Decision Sciences*, *43*(5), 851-887.
14. Murat Kristal, M., Huang, X., & Schroeder, R. G. (2010). The effect of quality management on mass customization capability. *International Journal of Operations & Production Management*, *30*(9), 900-922
15. Peng, Xiaosong. D., Liu, G., & Heim, G. R. (2011). Impacts of information technology on mass customization capability of manufacturing plants. *International Journal of Operations & Production Management*, *31*(10), 1022-1047.
16. Q, Yinan., M, Tang., & Zhang, M. (2014). Mass customization in flat organization: The mediating role of supply chain planning and corporation coordination. *Journal of Applied Research and Technology*, *12*(2), 171-181.
17. Salvador, F., De Holan, P. M., & Piller, F. T. (2009). Cracking the code of mass customization. *MIT Sloan management review*, *50*(3), 71.
18. Salvador, F., Rungtusanatham, M. J., & Montanez, J. P. M. (2015). Antecedents of mass customization capability: Direct and interaction effects. *IEEE Transactions on Engineering Management*, *62*(4), 618-630.
19. Sjödin, D. R., Parida, V., & Kohtamäki, M. (2016). Capability configurations for advanced service offerings in

manufacturing firms: Using fuzzy set qualitative comparative analysis. *Journal of Business Research*, *69*(11), 5330-5335.

20. Tang, M., Qi, Y., & Zhang, M. (2017). Impact of Product Modularity on Mass Customization Capability: An Exploratory Study of Contextual Factors. *International Journal of Information Technology & Decision Making*.
21. Trentin, A., Forza, C., & Perin, E. (2012). Organisation design strategies for mass customisation: an information-processing-view perspective. *International Journal of Production Research*, *50*(14), 3860-3877.
22. Trentin, A., Forza, C., & Perin, E. (2015). Embeddedness and path dependence of organizational capabilities for mass customization and green management: A longitudinal case study in the machinery industry. *International Journal of Production Economics*, 169, 253-276.
23. Tu, Q., Vonderembse, M. A., & Ragu-Nathan, T. S. (2001). The impact of time-based manufacturing practices on mass customization and value to customer. *Journal of Operations management*, *19*(2), 201-217.
24. Tu, Q., Vonderembse, M. A., Ragu-Nathan, T. S., & Ragu-Nathan, B. (2004). Measuring modularity-based manufacturing practices and their impact on mass customization capability: a customer-driven perspective. *Decision Sciences*, *35*(2), 147-168.
25. Tu, Q., Vonderembse, M. A., & Ragu-Nathan, T. S. (2004). Manufacturing practices: antecedents to mass customization. *Production Planning & Control*, *15*(4), 373-380.
26. Wang, Z., Chen, L., Zhao, X., & Zhou, W. (2014). Modularity in building mass customization capability: The mediating effects of customization knowledge utilization and business process improvement. *Technovation*, *34*(11), 678-687.
27. Wang, Q., Wang, Z., & Zhao, X. (2015). Strategic orientations and mass customisation capability: the moderating effect of product life cycle. *International Journal of Production Research*, *53*(17), 5278-5295.
28. Wang, Z., Zhang, M., Sun, H., & Zhu, G. (2016). Effects of standardization and innovation on mass customization: An empirical investigation. *Technovation*, *48*, 79-86.
29. Zhang, M., Zhao, X., & Qi, Y. (2014). The effects of organizational flatness, coordination, and product modularity on mass customization capability. *International Journal of Production Economics*, *158*, 145-155.
30. Zhang, M., Zhao, X., Lyles, M. A., & Guo, H. (2015). Absorptive capacity and mass customization capability. *International Journal of Operations & Production Management*, *35*(9), 1275-1294.
31. Zhang, M., Lettice, F., & Zhao, X. (2015). The impact of social capital on mass customisation and product innovation capabilities. *International Journal of Production Research*, *53*(17), 5251-5264.
32. Zhang M, Qi Y, Zhao X, et al. Mass customisation systems: complementarities and performance consequences [J]. *International Journal of Logistics Research and Applications*, 2015, 18(6): 459-475.
33. Zipkin, P. (2001). The limits of mass customization. *MIT Sloan management review*, *42*(3), 81.

Annexe 2 : la synthèse de la revue de littérature sur la SCI

Les dimensions de SCI										La relation entre la SCI et la performance	Les références clés
Les couches de l'intégration (le quoi à intégrer)				Les étendues de l'intégration (avec qui à intégrer)					Les niveaux de l'intégration		
Flux	Processus & activités	Systèmes& technologies	Acteur	Intra-orga	dyade	triade	Supply chain étendue	Réseau	Niveau maximal vs Niveau différencié		
X (I)	X (I)	X (I)	X (I)		X (E)	X (E)			la recherche d'un haut niveau de l'intégration sur toute la supply chain	Le lien est positif	Frohlich et Westbrook (2001)
X(I)	X(I)	X(I)	X(I)	X (E)	X (E)	X (E)			Un haut niveau de l'intégration est à chercher sur toute la supply chain	Le lien est positif et indirect via les stratégies de diversification produit et marché	Narasimhan et Kim (2002)
X(I)	X(I)	X (E)	X (E)	X (E)	X (E)	X (E)			la recherche d'un haut niveau de l'intégration sur toute la supply chain	Le lien est positif et indirect via l'amélioration du service client	Vickery et al. (2003)
X(I)	X(E)	X(I)	X (E)	X (E)					Un niveau maximal de l'intégration interne est à rechercher	Le lien positif entre l'intégration interne et la performance est suggéré par l'auteur	Pagell (2004)
X(I)	X(I)	X(I)	X(E)	X (E)	X (E)				La variation du niveau	Le résultat est	Gimenez et Ventura

									de l'intégration sur toute la supply chain est à chercher	ambivalent, un haut niveau de l'intégration interne entre logistique et marketing n'aboutit pas à la performance, mais le lien est globalement positif.	(2005)
X(I)	X(E)	X(I)	X(E)	X (E)	X (E)	X(E)			un trade-off dans la recherche de différents niveaux de dimensions de SCI est nécessaire	Le résultat est ambivalent, les différentes dimensions de SCI ont des impacts mixés vis-à-vis de la performance.	Swink et al. (2007)
X (I)	X (E)		X (I)	X (E)	X (E)	X(E)			Un haut niveau de l'intégration des processus sur toute la supply chain est à conseiller	Le lien est positif	Chen et al (2009)
X (I)	X (I)	X (I)	X (E)	X (E)	X (E)	X (E)			la recherche d'un haut niveau de l'intégration sur toute la supply chain	le lien positif entre SCI et performance est à la fois direct et indirect	Flynn et al (2010)
X (I)	X (I)	X (I)	X (I)	X (E)	X (E)	X (E)			ajuster l'effort de l'intégration en fonction de l'incertitude	Le lien est positif, quand le degré de l'incertitude environnementale est élevé.	Wong et al (2011)

									environnementale		
X(I)	X(E)	X(E)	X (E)	X (E)	X (E)				La recherche d'un haut niveau d'intégration (partenariat à long terme) entre le fabricant et son fournisseur est importante	le lien positif entre SCI et performance est à la fois direct et indirect	Prajogo et Olhager (2012)
X (I)	X(I)		X(I)	X (E)	X (E)	X (E)	X (E)		L'existence d'un niveau optimal de l'intégration à atteindre	Le lien est positif, quand le niveau de l'engagement vers l'intégration est élevé	Jin et al (2013)
X(I)	X(E)				X(E)				la recherche d'un haut niveau de l'intégration des processus entre le fabricant et son fournisseur est nécessaire	Le lien est positif et indirect via la performance de l'approvisionnement et la production lean	Prajogo et al (2016)
12(I) 0 (E)	7 (I) 5 (E)	7 (I) 2 (E)	5 (I) 6 (E)	0 (I) 10(E)	0 (I) 11 (E)	0 (I) 8 (E)	0 (I) 2 (E)	0 (I) 0 (E)	9 (M) 3 (D)	10 (P) 2 (A)	Total 12

Note : (I) signifie que l'élément correspondant a été implicitement étudié par les auteurs, (E) signifie que l'élément correspondant a été explicitement mentionné comme une dimension de SCI étudiée par les auteurs. (M) signifie la recherche d'un niveau maximal de l'intégration sur toute la supply chain et (D) signifie la différenciation du niveau de l'intégration en fonction du contexte. (P) signifie positif et (A) signifie ambivalent.

Source : élaboration personnelle

Annexe 3 : les idées clés de l'ensemble des références retenues ayant étudiés les liens entre les trois concepts clés dans la littérature

Les types de relation causale et/ou liens d'influence identifiés	Les références clés
La modularité (produit, processus) ⇔ l'intégration de la supply chain	**la mise en place de la modularité du produit, de processus engendre la SCI** : Hoek et Weken (1998) **:** la mise en place de la production modulaire peut avoir des impacts profonds sur la supply chain de l'entreprise focale. L'implantation de la production modulaire peut non seulement conduire à une intégration interne au sein du fabricant-assembleur dans l'industrie de l'automobile, mais aussi à une intégration externe avec ses fournisseurs en amont et ses clients en aval. Brusoni et Prencipe (2001) : la mise en place de la modularité du produit engendre la coordination organisationnelle et la coordination des connaissances, parce que seule la modularité du produit (i.e. coordination encastrée (sanchez et Mahoney, 1996) à travers la standardisation des interfaces) ne peut pas satisfaire complètement le besoin de la coordination inter-organisationnelle. Hsuan (1999) : le développement du nouveau produit modulaire nécessite d'un haut niveau de la SCI entres les fournisseurs et le client sous forme de la collaboration technique et la communication continue pour faciliter les efforts du co-développement du produit et la réduction des contraintes associées aux interfaces (problèmes de compatibilité entre les composants du produit modulaire). Hsuan (2003) : une défaillance au niveau du système global pourrait toujours avoir lieu s'il y a une mauvaise compréhension sur la compatibilité (niveau interface) entre les composants externalisés et les autres composants du système global. L'externalisation engendre ainsi un certain degré d'interdépendance entre les fournisseurs et leurs clients ainsi que les opportunités d'apprentissage inter-organisationnel. Howard et Squire (2007) : la modularité du produit nécessite de la SCI (collaboration client-fournisseur), les conditions explicatives de cette relation sont les suivantes : le partage d'information et les actifs liés à l'investissement humain, technique et matériel dans une relation spécifique. Gomes et Dahab (2010) : A travers une étude de cas unique, les auteurs démontrent que dans un contexte de l'implantation de la modularité du produit, la gestion efficace des interfaces de processus au sein d'une supply chain dyade (fournisseur-

	client) se réalise à la fois via la réduction des besoins d'interdépendance au minimum parmi les modules de processus, mais aussi via le développement de la capacité de coordination au sein de la relation dyade sous condition que l'interdépendance non prévue des processus est importante et inévitable. Autrement dit, l'interdépendance des processus dans une supply chain peut être importante et inévitable, même si avec la présence des architectures modulaires du produit. C'est ainsi grâce au développement de la capacité de coordination permettant de combiner de manière dynamique les ressources internes et externes, de partager les informations et connaissances, que ces interdépendances non prévues et inévitables sont gérées. Jacobs et al. (2007) indiquent que la modularité du produit conduit aux entreprises de la supply chain à développer les pratiques intégratives en matière de la conception et de la production des produits, et à développer une relation étroite avec leurs fournisseurs clés via l'intégration pour atteindre une meilleure performance. Doran et al. (2007) : à travers une étude de cas dans l'industrie automobile, cet article démontre que face à la complexité dans la gestion de la fourniture de pièces modulaires pré-assemblées pour le compte du fabricant d'équipements d'origines (OEM), les fournisseurs de premier rang cherchent à développer les stratégies permettant de gérer la fourniture des pièces modulaire pré-assemblées pour le compte d'OEM. Ces stratégies comprennent, par exemple, l'intégration des fournisseurs des autres rangs pour qu'ils puissent travailler efficacement ensemble, l'augmentation du niveau de partage du risque et de récompense avec les fournisseurs des autres rangs, l'identification et le transfert des opérations qui n'apportent pas des valeurs ajoutées à la fourniture des pièces modulaires aux fournisseurs des autres rangs. Ro et al. (2007) met en évidence le besoin accru de coordination extensive entre les différents acteurs de la supply chain dans l'industrie automobile, quand les fabricants de voiture cherchent à mettre en place la conception modulaire du produit et transformer leurs supply chain traditionnelles à la supply chain basée sur le modèle de « *build to order* ». Le manque de confiance établie entre les fournisseurs de premier rang caractérisé comme *system integrator* et l'OEM nuit à l'établissement de la relation partenariale entre ces acteurs clés de la supply chain automobile. Par conséquent, cela empêche la transformation de la supply chain traditionnelle vers la supply chain « *build to order* » dans ce contexte spécifique. Lau (2011a) : la conception modulaire du produit mise en place chez les entreprises focales engendre un haut niveau d'implication des clients et des fournisseurs dans le développement du nouveau produit, et qui par conséquent améliore la performance du nouveau produit.

	Doran et Giannakis (2011) : les résultats de l'étude de cas dans l'industrie de la construction démontrent qu'il est nécessaire d'augmenter le niveau de la SCI (entre le fournisseur et le client) pour améliorer la compétitivité des solutions modulaires, et surmonter les contraintes associées à l'architecture modulaire du produit et à la transportation des modules préfabriqués vers le site de construction. Droge et al. (2012) : l'intégration en amont avec les fournisseurs et en aval avec les clients ensemble jouent un rôle de médiation sur la relation entre la modularité du produit, de processus et la performance de service associée. La modularité contribue à la réduction des barrières à la collaboration inter-organisationnelle. Salvador et Villena (2013) démontrent que les compétences de conception modulaire que les fabricants possèdent peuvent compenser les effets négatifs associées à l'intégration des fournisseurs, en matière des coûts de production et de la performance techniques dans le développement du nouveau produit. Cet article démontre aussi que les effets de cette compensation est significatifs partiellement dans un contexte où le niveau de l'innovation du produit et du processus co-développés est élevé. Même si ces auteurs réclament qu'ils ne prennent pas de position dans le débat théorique : la modularité du produit engendre la SCI ou au contraire réduit le besoin de la SCI, ils y participent indirectement en indiquant que : « *our findings, however, suggest that a buyer with a high level of MDC (*compétences de conception modulaire) *may have greater interest in increasing SI given the positive moderation effect that we empirically detect* » (Salvador et Villena, 2013, p.105). **La SCI contribue aussi à la conception modulaire de produit et de processus de fabrication** : Kim et al. (2006) : la bonne qualité du partage d'information entre les acteurs de la supply chain facilite la coordination entre ces acteurs, qui par conséquent favorise aux activités associée à la conception modulaire du produit dans l'industrie automobile. Lau et al. (2007) : la mise en place des activités associées à la SCI en matière de co-développement du produit contribue à la conception modulaire de ce produit. Ces activités associées à la SCI en matière de co-développement du produit contribuent aussi directement à la performance associée à ce produit. La modularité du produit joue un rôle de modération dans cette relation. Lau et al. (2010a) : les mécanismes de la SCI (le co-développement du produit ; le partage d'information ; la coordination organisationnelle) entrainent un haut niveau de la modularité du produit, qui par conséquent, permet d'améliorer la performance du produit. **La SCI et la modularité du produit et de processus sont interdépendantes,**

	leur association permet d'améliorer la performance de l'entreprise : Lau et Yam (2005) : l'association de la modularité du produit avec la SCI contribue à la performance opérationnelle de l'entreprise focale (e.g. la diminution du niveau de stock, l'amélioration de la qualité du produit et la réduction du temps de développement du nouveau produit). Lau et al. (2011b) : à travers les études de cas, les auteurs démontrent que les facteurs clés de succès à prendre compte dans le management de la conception modulaire du produit et de la production sont les suivants : la communication extensive entre les fonctions clés du fabricant impliqués ; l'implication active en amont des fournisseurs et en aval des clients clés dans le processus du développement des nouveaux modules innovants ou produits technologiquement complexes. Davies et Joglekar (2013) : à travers une modélisation mathématique, cet article démontre que l'interaction entre la SCI et la modularité du produit (leur interdépendance) est positivement associés à l'évaluation agrégée des valeurs du marché des acteurs faisant partie de la supply chain dans l'industrie de l'énergie solaire. Terjesen et al. (2012) démontrent qu'un haut niveau de congruence entre la SCI et les pratiques manufacturières basées sur la modularité sera nécessaire pour améliorer la performance opérationnelle des entreprises focales dans un contexte de forte incertitude environnementale. Persson et al. (2016) : à travers deux études de cas dans une même entreprise manufacturière, cet article indique que la coordination encastrée via les interfaces standardisées n'est pas suffisante pour gérer l'interdépendance entre la fonction de conception chez les fabricants et les fournisseurs qui fabriquent les modules sous-traités. Il existe différents mécanismes de coordination permettant de compenser ce manque de coordination entre le fabricant (fonction conception) et son fournisseur. Notamment, la fonction de la *Supply Chain* (fabricant) peut jouer un rôle de l'interface entre ces deux parties (fabricant-fournisseur). Ces auteurs rappellent que le niveau de l'intégration avec les fournisseurs doivent varier en fonction du contexte et de l'environnement au sein duquel se situent les fabricants.
La modularité (produit, processus, service) ➔ la capacité de personnalisation de masse	Baldwin et Clark (1997) : la modularité est une stratégie de production effective permettant aux entreprises d'atteindre la personnalisation de masse via la réponse rapide aux besoins changeants des clients dans un contexte où la complexité technique des produits est élevée. Pine (1993) : « la meilleure méthode pour réaliser la personnalisation en masse, en minimisant les coûts tout en maximisant la personnalisation individuelle, est en créant des composantes modulaires qui peuvent être configurés dans une grande variété de produits et de services finaux ».

	Berman (2002) indique que la conception modulaire du produit combinée avec la différenciation retardée des configurations des produits fournissent le socle pour la réussite de la personnalisation de masse. Voss et Hsuan (2009) : l'architecture modulaire du produit dispose des interfaces standardisées permettant de combiner et recombiner les composants, qui par conséquent facilitent la réalisation de la personnalisation de masse. Duray et al. (2000) considèrent la modularité du produit comme un moyen essentiel pour atteindre la personnalisation de masse. Tu et al. (2004) : les pratiques manufacturières basées sur la modularité favorisent le développement de la capacité de personnalisation de masse. Bask et al. (2011) : la modularité de services est un moyen essentiel pour la réalisation de la personnalisation de masse dans un contexte de service. Salvador et al. (2009) indiquent que la modularité du processus peut être considérée comme un moyen pour concevoir des processus flexibles. Et la conception des processus flexible est vue comme une capacité organisationnelle pour réaliser la stratégie de la PM. Ahmad et al. (2010) démontrent que la coordination inter-fonctionnelle au niveau de la conception du produit joue un rôle de médiation sur l'impact positif de la modularité du produit vis-à-vis de la CPM de l'entreprise. Zhang et al. (2014) démontrent que la modularité du produit, la structure organisationnelle plate et la coordination inter-fonctionnelle ont un impact positif et direct sur la CPM de l'entreprise. Par ailleurs, la coordination inter-fonctionnelle et la coordination inter-site contribuent indirectement à la CPM via la modularité du produit. Wang et al. (2014) mettent en évidence que les deux pratiques de l'apprentissage organisationnel suivantes : l'utilisation de la connaissance générée de l'expérience de la personnalisation et l'amélioration des *business processes,* jouent un rôle de médiation sur l'impact positif de la modularité du produit et de processus sur la CPM d'une entreprise. Salvador et al. (2015) : l'architecture modulaire du produit a été identifiée comme l'une des ressources de production flexible, et ces dernières sont vues comme l'un des antécédents de la CPM. Silvestro et Lustrato (2015) : à travers une étude exploratoire sur une nouvelle

	configuration de la conception de service dans le secteur de la finance, intitulée « *mid office* ». Cette dernière facilite la mise en place de la modularité de service et la modularité organisationnelle, qui par conséquent, contribue à la réalisation de la PM. Tang et al. (2017) démontrent que l'impact positif de la modularité du produit sur le développement de la CPM est modéré par quelques facteurs contextuels suivants : la capacité du système d'information de l'entreprise, le travail en équipe, les employées polyvalents, et la structure organisationnelle (plate ou hiérarchique). Ainsi, ils suggèrent que les fabricants qui souhaitent mettre en place la stratégie de la PM devraient choisir des organisations plates avec des employés polyvalents et qui sont aptes au travail d'équipe.
L'intégration de la supply chain ➔ la capacité de personnalisation de masse	Feitzinger et Lee (1997) : avec la démonstration du cas d'Hewlett-Packard qui a adopté la stratégie de la différenciation retardée pour réaliser la personnalisation de masse, ces auteurs indiquent qu'il est crucial pour les fabricants de travailler étroitement avec leurs fournisseurs et distributeurs au sein d'une même supply chain pour mener à bien la stratégie de la différenciation retardée. Brown et Bessant (2003) indiquent que l'établissement d'une relation étroite entre les fabricants et leurs fournisseurs via par exemple l'intégration des systèmes d'information, la planification collaborative et intégrée, font tous partie des facteurs facilitant de la réalisation de la PM. Vrechopoulos (2004) cherche à démontrer théoriquement les effets positifs associés à l'intégration d'une application de commerce électronique à un business modèle basé sur la PM dans le secteur de la vente au détail en ligne. Il révèle indirectement l'importance d'assurer la continuité du flux informationnelle via l'intégration des technologies d'information entre les différents acteurs de la supply chain pour mener à bien la PM. Trentin et al. (2012) démontrent que l'intégration externe avec les fournisseurs et les clients, et l'intégration interne contribuent tous au développement de la CPM des entreprises focales dans le secteur industriel. Lai et al. (2012) : l'intégration interne et l'intégration en aval avec les clients ont un impact direct positif sur le développement de la capacité de personnalisation de masse. Plus spécifiquement, l'intégration interne contribue à ce développement indirectement via l'intégration avec les clients surtout dans un contexte où les demandes sont incertaines et la compétition est intense. Ainsi, le développement de la capacité de personnalisation de masse ne repose pas uniquement sur les aspects techniques : la conception du produit ; la technologie et l'équipement de la production, mais aussi sur les aspects organisationnels, comme la SCI. Jitpaiboon et al. (2009) : la SCI dont l'intégration en aval avec les clients en

	particulier a un impact positif sur la réalisation de la PM du produit ou service. Plus spécifiquement, un haut niveau de l'intégration avec les clients (implication active du client dans le processus de création du produit ou service) permet à l'entreprise focale de la supply chain de mieux appréhender les informations concernant les demandes, ainsi de produire les produits ou services étant capables de répondre au plus juste les demandes des clients à moindre coût. Jitpaiboon et al. (2013) : l'intégration avec les clients a un impact direct et positif sur la réalisation de la personnalisation de masse, l'intégration avec les fournisseurs a un impact indirect et positif sur la réalisation de la personnalisation de masse via l'amélioration de la performance opérationnelle. Ces efforts de l'intégration avec les autres membres en amont et en aval de la supply chain sont facilités et soutenus par le développement et l'utilisation de la technologie de l'information par l'entreprise focale avec ses fournisseurs et clients. Zhang et al. (2014) : la coordination et l'intégration de la supply chain parmi d'autres facteurs contribue au développement de la capacité de personnalisation de masse. Qi et al. (2014) : la planification intégrée de la supply chain ont un impact positif et direct sur le développement de la capacité de personnalisation de masse. Hong et al. (2010) : l'intégration informationnelle parmi les membres de la supply chain a un impact positif et direct sur la performance associée à la réalisation de personnalisation de masse de l'entreprise focale, quand l'entreprise focale cherche à améliorer l'efficience et la flexibilité de ses processus via la mise en place des pratiques du Lean. Cette intégration informationnelle est facilitée par l'implantation et l'utilisation des technologies de l'information (e-achat pour l'intégration avec les fournisseurs ; e-commerce pour l'intégration avec les clients). Murat Kristal et al. (2010) : l'implication du client et du fournisseur dans les activités associées au management de la qualité au sein de la supply chain contribuent au développement de la CPM de l'entreprise focale. Liu et Deitz (2011) : la planification intégrée de la supply chain contribue indirectement au développement de la capacité de personnalisation de masse via la réduction du lead time des fournisseurs et la conception des produits orientés aux besoins de client. Ces derniers jouent un rôle de médiation dans la relation entre la planification intégrée de la supply chain et la capacité de personnalisation de masse. Liao et al. (2011) : un haut niveau de confiance mutuelle établie entre les fournisseurs et les fabricants peut engendrer leur volonté de partage d'information.

	Et ce partage d'information au sein de la supply chain contribue au développement de la CPM. Par ailleurs, les différences culturelles ont un effet de modération sur la relation entre l'établissement de la confiance et le partage d'information. Liao et al. (2012) : Cet article démontre que les pratiques intégratives établies entre le fabriquant et ses fournisseurs contribuent au développement de la CPM dans le secteur industriel. Plus spécifiquement, l'alignement des objectifs stratégiques et un haut degré d'autonomie laissé aux fournisseurs favorisent l'établissement de la confiance entre ces deux parties dans la supply chain, la confiance établie entre ces deux parties favorise le développement des activités conjointes. Ces dernières contribuent au développement de la CPM.
Les recherches qui étudient simultanément le rôle de la SCI et de la modularité et/ou leur interaction dans le développement de la CPM	Hsuan Mikkola et Skjøtt-Larsen (2004) : dans un contexte industriel, l'implantation de la PM nécessite d'une stratégie de la SCI qui facilite l'assemblage des composantes de produits personnalisés basés sur une architecture modulaire, et qui assure la flexibilité dans la livraison de ces produits et la pertinence des choix de sous-traitants. Peng et al. (2011) démontrent que l'intégration des technologies d'informations entre les fournisseurs et les fabricants, l'adoption de la conception modulaire du produit et de la technologie d'information de la configuration du produit (permettant d'impliquer les clients dans la co-conception des produits) contribuent tous au développement de la CPM dans le secteur industriel. La conception modulaire du produit contribue directement au développement de la CPM et y contribue indirectement via l'adoption de la technologie d'information de la configuration du produit. Lin et al. (2012) : face à un changement de paradigme de la production de masse à la personnalisation de masse, les fabricants des bus ont besoins de développer les capacités de production basées sur le temps (*time-based manufacturing capabilities*) pour obtenir les avantages compétitifs basés sur le temps. A travers deux études de cas dans l'industrie de fabrication du bus chinois, les auteurs indiquent que la conception modulaire, l'intégration des activités logistiques (flux entrantes et sortantes) ; l'implication du client font partie des *best practices* à employer pour obtenir ces avantages compétitifs. Smith et al. (2013) confirme que l'intégration avec les clients, les techniques de conception modulaire, les systèmes de production reconfigurables et les méthodes du SCM contribuent tous individuellement à la réalisation de la PM. Liao et al. (2013) démontrent qu'un mécanisme d'intégration suivant : l'alignement tactique (un consensus sur la répartition des responsabilités en matière de la gestion des opérations en commun) entre les fournisseurs et leurs clients dans une supply chain favorisent la conception modulaire des produits et des processus chez les fournisseurs, et les pratiques de différenciation retardée des

	fournisseurs. Ces trois derniers éléments mentionnés avec la segmentation de fournisseurs contribuent tous au développement de la CPM. Salvador et al. (2015) conceptualisent les trois facteurs facilitant ou antécédents (i.e. les ressources de production flexible, l'intégration avec les clients, les outils de la gestion du produit) du développement de la CPM identifiés dans la littérature comme les trois types de ressources nécessaire à la mise en place de la PM. A travers une enquête auprès des entreprises manufacturières dans les différents secteurs industriels, ces auteurs démontrent que ces trois types de ressources contribuent tous individuellement au développement de la CPM. Et leur contribution est aussi complémentaire. Purohit et al. (2016) : la SCI et les pratiques basées sur la modularité font tous partie des facteurs clés de la réalisation de la PM, en revanche, la SCI dépend des pratiques basées sur la modularité pour mener à bien la PM, autrement dit, la mise en place des pratiques basées sur la modularité doit précéder la mise en place de la SCI.

Annexe 4 : la synthèse de la revue de littérature sur l'intégration des services de santé

Les dimensions et/ou les niveaux de l'intégration abordée	La cible de l'intégration (ciblé et catégorisé[30])	L'étendue de l'intégration (le niveau d'analyse spécifié)	La méthodologie	Les points essentiels à retenir	Références
Les niveaux de l'intégration en lien avec la variation de complexité des besoins de l'usager : **liaison**, **coordination**, **intégration complète.** **Les domaines opérationnels où l'intégration se réalise à différents niveaux** : Identification des besoins de l'usager ; pratiques cliniques ; gestion de transition de l'usager dans son parcours ; collecte et partage de l'information ; gestion de cas ; gestion de fonds provenant de multiples sources de paiement ; la coordination autour de l'admissibilité et la couverture des prestations.	Ciblé (handicap physique et atteint de maladies mentales) et Catégorisé (adapter le niveau et le type de l'intégration en fonction de la complexité des besoins de patient)	Général, tous les niveaux du système de santé	Conceptuel	Il est important d'adapter le niveau et le type de l'intégration des services en fonction de la complexité des besoins de l'usager.	Leutz (1999)
L'intégration se réalise à différents domaines et différents niveaux du système de santé : Le niveau du financement et de l'administration ; le niveau des organisations ;	Ciblé (maladies chroniques et complexes), mais non catégorisé	Général, tous les niveaux du	Conceptuel	Discussion conceptuelle sur ce que c'est l'intégration des soins et insister sur l'importance de la vision de l'intégration centrée sur les	Kodner et Spreeuwenberg (2002)

[30] Ciblé : l'intégration des services de santé étudiée dans l'article est destinée à un groupe/une population d'usagers spécifiques ou pas. Catégorisé : est-ce que ce groupe spécifique de patient est catégorisé en fonction de la complexité de leur besoins ou pas.

le niveau organisationnel en lien avec la prestation de service ; le niveau clinique.		système de santé		besoins de patient.	
L'intégration verticale (le lien et l'alignement parmi l'hôpital et tous les autres services médicaux et sociaux présents au sein du réseau). **L'intégration clinique** (via la gestion de cas et le *Disease management*[31]). **L'intégration informationnelle** (via la mise en place des systèmes d'information intégrés).	Général (non ciblé et non catégorisé)	Un réseau des services de santé intégré sur un territoire donné	Questionnaire	La mise en place de l'intégration à court terme ne conduit pas forcément à une meilleure performance en matière de profitabilité et de l'efficience. Il est important de peser le pour (continuité de soins) et le contre (coût) de chaque initiative de l'intégration, avant de le mettre en place.	Wan et al (2001)
Intégration horizontale (parmi les différentes organisations qui se situent à différents niveaux d'une même hiérarchie) **Intégration verticale** (parmi les différentes organisations qui se situent au même niveau hiérarchique ou partagent le même statut)	Général (non ciblé et non catégorisé)	Intégration des services de soins et d'aide au niveau inter-organisationnelle	Conceptuel	Quatre formes de l'intégration ont été proposées en fonction de la variation du niveau de l'intégration verticale et horizontale : contractualisation, coordination, coopération et collaboration. Ils sont tous efficace en fonction du niveau de différenciation des organisations concernées. La collaboration est la forme la plus adaptée et répandue de l'intégration inter-organisationnelle	Axelsson et Axelsson (2006)

[31] le *Disease Management* est un système coordonné d'intervention et de communication en matière de soins, dirigé vers des populations pour lesquelles les efforts des patients eux-mêmes ont un impact significatif. Source : http://chronisante.inist.fr/?+-disease-management-+

				en santé publique.	
Intégration des soins : La coordination durable des pratiques cliniques autour des besoins spécifiques de chaque usager pour assurer la cohérence et la continuité de délivrance de différentes prestations de services. C'est à la fois une des dimensions du processus d'intégration, mais aussi le résultat recherché de ce processus. **Intégration de l'équipe clinique :** La formation des équipes professionnelles pluridisciplinaire autour des besoins spécifiques de chaque usager et l'articulation de ces équipes en mettant à leur disposition des informations nécessaires sur la situation de la malade pour faciliter le suivi et l'évaluation de cette dernière. **Intégration fonctionnelle** La création d'une gouverne commune permettant d'assurer la cohérence dans l'articulation des systèmes de financement, d'information et des modalités de gestion du réseau d'acteurs (organisations). Elle ne signifie pas nécessairement une intégration structurelle des organisations. Elle cherche à soutenir de manière durable la constitution et le fonctionnement des équipes cliniques intégrés.	Général (non ciblé, (mais implicitement mettre l'accent sur l'importance de l'intégration des soins pour les populations d'usagers complexes et chroniques) et non catégorisé)	Général, tous les niveaux du système de santé	Conceptuel	L'intégration des soins peut être considérée comme une solution importante aux dysfonctionnements du système de santé. Le processus de cette intégration repose sur la mise en place de manière durable des cinq dimensions interdépendantes de l'intégration dans le temps. Et il est important de rendre le cadre de l'intégration des soins adaptables aux spécificités locales, et de préserver l'adaptabilité et la flexibilité dans la réalisation de cette intégration.	Contandriopoulos et al (2001)

Intégration normative : Assurer une cohérence entre le système collectif de représentations et de valeurs et les trois dimensions de l'intégration mentionnées ci-dessus. Elle se concrétise à travers l'établissement d'une philosophie commune d'action (Une vision partagée de ce qui est adéquat de faire). **Intégration systémique :** Une cohérence entre les dimensions de l'intégration mentionnées précédemment à différents niveaux d'intégration (individu, organisation) à différentes échelles du territoire (local, régional, national).					
Intégration fonctionnelle (le degré auquel les fonctions et activités de support clés (e.g. planification stratégique, management financier, système d'information) sont coordonnées entre les unités opérationnelles (e.g. l'hôpital, Clinique externe). **l'intégration médecin-système** (le degré auquel les médecins peuvent bénéficier économiquement de leur affiliation au système de santé, et le degré auquel ils sont engagés à utiliser ce système et largement impliqués dans ce système).	Générale (non ciblé et non catégorisé)	Un réseau de prestation de soins intégré verticalement Sur un territoire donné (régional ou local)	Questionnaire	Les auteurs ont développé des mesures des trois dimensions de l'intégration. Ces trois formes de l'intégration se réalisent de manière séquentielle, l'intégration clinique repose sur l'intégration fonctionnelle et l'intégration médecin-système. Par ailleurs, ces mesures permettent aux organisations concernées de mesurer le degré d'implantation de l'intégration actuel, de fixer les	Devers et al (1994)

Intégration clinique (le degré auquel la prestation de services de santé aux patients est coordonnée entre les différentes fonctions, unités opérationnelles et activités d'un système).				objectifs de l'intégration dans le futur et de planifier les actions à réaliser pour l'atteindre.	
L'intégration verticale (le continuum de soins assuré par l'hôpital et tous les autres services médicaux et sociaux présents au sein du réseau) **L'intégration clinique** (via la gestion de cas) **L'intégration informationnelle** (via la mise en place des systèmes d'information intégrés dans les domaines suivants : administratif, managérial, clinique)	Général (non ciblé et non catégorisé)	Un réseau de services de santé intégré sur un territoire donné (integrated healthcare network)	Questionnaire et méthode DEA (Data Envelopment Analysis)	L'intégration informationnelle au niveau managérial est positivement associée à la performance globale des réseaux de services de santé intégrés. L'absence des liens entre les autres stratégies de l'intégration et la performance globale des réseaux intégrés ne veut pas forcément dire qu'elles sont inutiles. Il est peut-être que les autres stratégies de l'intégration sont encore dans le début de leur implantation et qui ont besoin de temps pour prouver leurs efficacités.	Wan et Wang (2003)
Six composants du système de prestation de service de santé intégré (modèle PRISMA) : Les instances de coordination à trois niveaux : stratégique (décideurs et financeur), tactique (représentant des établissements de service) et opérationnel (professionnels de santé). La porte d'entrée unique (mécanismes d'évaluation des	Ciblé (personne âgée en perte d'autonomie) et catégorisé (deux catégories de patients ont été crées en fonction de la complexité des besoins du groupe de	Intégration des services de santé au niveau local sur un territoire donné.	Etude des cas multiples	Les auteurs ont développé une méthode d'évaluation du degré d'implantation d'un modèle de l'intégration des services de santé. Après deux ans et demi de l'expérimentation, l'instance de coordination est la composante la plus développée par rapport aux	Hébert et Veil (2004)

besoins de l'usager et leur orientation aux services les plus adaptés). La gestion de cas (coordonner et collaborer une équipe pluridisciplinaire autour des usagers complexes). Trois outils à s'appuyer : le système d'information intégré, le formulaire d'évaluation des besoins unique, le plan de service individualisé. **Le niveau de l'intégration concerné** : Le modèle de l'intégration implantée correspond au niveau intermédiaire de l'intégration dans le sens de Leutz (1999) : la coordination.	patients)			autres composantes dans les trois territoires de l'expérimentation. Le taux d'implantation du modèle d'intégration dans ces territoires-là s'élève en moyenne à plus de 70%.	
Les aspects fonctionnels de l'*intégration clinique* (i.e. la collaboration, la coordination ou la coopération avec d'autres unités de services de santé dans les opérations cliniques pour des groupes de patients spécifiques) : le transfert des patients, les directives ou recommandations cliniques (i.e. ce qui doit être fait et par qui pour un groupe particulier de patients), chains of care (basé sur les directives cliniques, auxquelles s'ajoute la coordination des organisations concernées), la désignation du gestionnaire de réseau pour chains of care, la mutualisation des ressources pour un groupe spécifique de l'usager.	Ciblé (maladies fréquentes et besoins en commun des populations d'usager les plus importantes), et non catégorisé.	Intégration des services de santé au niveau local (un territoire spécifique).	Enquête d'auto-évaluation	Les auteurs ont développé un modèle conceptuel permettant de mesurer à la fois le niveau de l'intégration actuel et le niveau de l'intégration optimal à atteindre, à l'intérieur et entre les organisations concernés.	Ahgren et Axelsson (2005)

Les différents niveaux de l'intégration à l'intérieur et entre les organisations : **La séparation totale** (absence de l'intégration) ; **La liaison** (directives ou recommandations cliniques) ; **La coordination** au sein du réseau de santé (le partage des informations clinique, la gestion de la transition des patients entre plusieurs unités de santé, sous forme des chains of care) ; **La coopération** (la désignation du gestionnaire de réseau pour gérer l'interdépendance entre les unités organisationnelles concernées) **l'intégration complète** (la mutualisation des ressources pour créer une nouvelle organisation destinée à la prise en charge des groupes ou populations d'usagers spécifiques)					
Les aspects structurels (ce qu'on possède ou devrait posséder à l'intérieur ou entre les organisations dans un système intégré) **Les aspects culturels** (la volonté à s'intégrer) **Les aspects processuels** (ce qu'on fait pour intégrer)	Générale/non spécifié	/	Revue de littérature systématique	Il n'existe pas de consensus sur comment mesurer la prestation des services de santé intégrés. Les différentes mesures de l'intégration utilisée ont été examinées et comparées à travers une série de critères comme les aspects structurels, culturels et processuels	Strandberg-Larsen et Krasnik (2009)

				de l'intégration. Plus de recherches sont nécessaires dans le futur pour consolider le modèle conceptuel de l'intégration et simplifier les mesures de l'intégration pour les rendre utilisables.	
Intégration du système (niveau macro) : l'alignement des règles, lignes directrices, politiques parmi les parties prenantes clés du système de santé, pour le bien-être des individus et de la population. **Intégration professionnelle** (niveau méso) : les partenariats interprofessionnels basés sur le partage des compétences, rôles, responsabilités de chacun, pour délivrer un continuum de services de santé à une population d'usagers spécifique. **Intégration organisationnelle** (niveau méso) : les partenariats inter-organisationnels basés sur la contractualisation, les alliances stratégiques, les mécanismes de gouvernance commune, les fusions et acquisitions, pour délivrer un ensemble de services de santé auprès d'une population d'usagers spécifique. **Intégration clinique** (niveau micro) : la mesure dans laquelle les prestations de services sont coordonnées dans	Générale/non spécifié	L'intégration des services de santé au niveau des soins primaires	Revue de littérature	A travers une revue de littérature sur les soins primaires et les dimensions de l'intégration des services de santé, les auteurs ont proposé un cadre conceptuel qui combine les six dimensions de l'intégration avec les deux perspectives clés des soins primaires (centrée sur le patient et centrée sur la population). La perspective centrée sur la population va guider la mise en place des dimensions de l'intégration aux niveaux macro et méso. La perspective centrée sur le patient permet de guide l'intégration clinique. En outre, parmi les différentes dimensions de l'intégration, l'intégration fonctionnelle et l'intégration normative permettent de connecter	Valentijn et al (2013)

le processus de prise en charge d'un individu. **Intégration fonctionnelle** (macro, méso, micro) : la mesure dans laquelle les fonctions clés de support (finance, management, système d'information) sont structurées et coordonnés pour soutenir le travail des organisations et des professionnels au sein de ces organisations. **Intégration normative** (macro, méso, micro) : le développement et le maintien d'un cadre commune des références (valeurs, normes, missions partagées, culture) parmi les différents acteurs au sein du système de santé.				les trois autres dimensions de l'intégration pour assurer la cohérence de l'intégration au sein du système de santé.	
Les aspects structurels (l'adéquation des équipements et des installations ; les qualifications du personnel médical et de leur organisation; la structure administrative et le fonctionnement des programmes et des institutions de soins). **Les aspects processuels** (comment le travail de l'intégration s'est réalisé : les routines de travail, la communication entre les professionnels et l'implication de l'usager dans la prestation de soins) **Les aspects culturels** (Croyances, normes et valeurs partagées)	Ciblé (les personnes nécessitant une prise en charge continue et à long terme), mais non catégorisé	/	Revue de littérature systématique	A travers une revue de littérature sur les aspects structurels, processuels et culturels de l'intégration des services de soins et d'aide, huit éléments organisationnels importants à prendre en compte dans l'implantation de l'intégration des services de santé ont été identifiés.	Lyngsø et al, (2014)

Idem Valentijn et al (2013)	Générale/non spécifié	L'intégration des services de santé au niveau des soins primaires	Analyse thématique du résultat de revue de littérature et méthode Delphi	En se basant sur le cadre conceptuel de l'intégration des services de santé développé par Valentijn et al (2013), les auteurs mettent en évidence les caractéristiques ou attributs clés associées à chacune des six dimensions de l'intégration figurant dans leur cadre conceptuel proposé.	Valentijn et al (2015)
L'intégration structurelle (La disponibilité et le fonctionnement de mécanismes favorisant la collaboration interprofessionnelle, la coordination des tâches, des fonctions et des activités, ainsi que la communication fréquente, adéquate et en temps réelle). **L'intégration sociale** (l'établissement de la compréhension mutuelle, la confiance, le respect et l'appréciation parmi les professionnels, et la prise de conscience des tâches de chacun). **L'intégration culturelle** (le développement des croyances, normes et valeurs partagés entre les professionnels, aboutissant à une culture partagée). **L'intégration stratégique** (le développement de la stratégie partagé au niveau organisationnel et administratif. Elle repose sur l'alignement des objectifs et	Ciblé (personne âgée fragile) et catégorisé (les patients sont classés en deux catégories : cas non complexe atteint d'une seul maladie, et cas complexe)	Intégration des services de santé (soins primaire, soins et services d'aide à domicile) sur un territoire donné.	Questionnaire	L'implantation d'un modèle de l'intégration des services de santé dédiés aux personnes âgées fragiles permet d'améliorer de manière significative les aspects structurels, culturels, sociaux et stratégiques de cette intégration. Les professionnels concernés sont satisfaits des résultats de cette intégration.	Janse et al (2016)

des intérêts des parties prenantes et l'accord des ces dernières sur la répartition du pouvoir et des ressources).					

Source : élaboration personnelle

Annexe 5 : les sources secondaires concernant le déploiement du dispositif MAIA

Les documents internes MAIA Marseille	<u>Les instances de concertation :</u> Les comptes-rendus des instances de concertation stratégique et tactique (2009-2017) ; Le bilan participation des instances de concertation tactiques (2016) <u>La construction du guichet intégré :</u> Les comptes-rendus des ateliers thématiques pour la construction du guichet intégré (2016) ; Les différents référentiels de missions thématiques (2016) ; La liste des services ayant participé aux ateliers Guichet Intégré (2016) ; Le bilan participation ateliers (2016) le document « Note de cadrage Système d'Information des Guichets Intégrés 2016 » L'outil guide d'accueil, d'évaluation et d'orientation ; La note de cadrage du groupe de travail autour du système d'information du guichet intégré ; La plaquette portail régional de santé PACA - système d'information partageable du guichet intégré ; Les manuels d'utilisation outils RAI filtrage-orientation ; Le document « note projet RAI filtrage-orientation (2017) » Le document « l'expérimentation DCAS 2011-2016 » <u>La gestion de cas :</u> La base de données de gestion de cas MAIA Marseille (2009-présent) Le document « la procédure de la gestion de cas » Les différents modèles des outils métiers utilisés par la gestion de cas Les procédures d'interaction établies entre l'équipe de Gestion de Cas et les autres services du territoire ; La vidéo de présentation de la gestion de cas <u>Divers :</u> Le rapport d'étape du déploiement MAIA Marseille (2015)
Les documents externes - dispositif MAIA	<u>Les documents institutionnels :</u> Le rapport d'évaluation national des MAIA - première phase expérimentale 2009-2010 ; Le rapport d'évaluation national des MAIA - deuxième phase expérimentale 2010-2011 ; Le rapport d'évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations (2017) ; Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie de la CNSA (2015) ; Les Cahiers pédagogiques de la CNSA (2014) ; Les stratégies des ARS dans le déploiement du dispositif d'intégration MAIA (2013) ; Le guide des indicateurs de pilotage MAIA ; Les critères nationaux d'inclusion en gestion de cas ;

	Le compte rendu de la réunion régionale SACO, 28/02/18 <u>Les textes règlementaires :</u> Circulaire interministérielle DGCS/DGOS/CNSA no 2013-10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) - Ministère des Affaires sociales et de la santé. Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. <u>Les documents professionnels :</u> La présentation pour la MAIA de l'agglomération clermontoise, de la concertation, du guichet intégré et de la gestion de cas. Les Réseaux de santé Gérontologiques à l'heure des MAIA, éléments de discussion, réalisé par le groupe de travail FREGIF 2012-2013. <u>Les documents académiques</u> : Bloch, M. A., Hénaut, L., Sardas, J. C., & Gand, S. (2011). La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. De Stampa, M., Vedel, I., de Montgolfier, S., Buyck, J. F., Thorez, D., Gazou, F., ... & Ankri, J. (2013). Un guichet unique dans un réseau gérontologique pour l'orientation des personnes âgées. Santé publique, 25(1), 7-14. De Stampa, M., Vedel, I., Trouvé, H., Saint Jean, O., Ankri, J., & Somme, D. (2013). Intégration des services : obstacles et facteurs facilitant leur implantation. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 61(2), 145-153.

Annexe 6 : la présentation détaillée du déploiement de la MAIA Marseille

La présentation de la MAIA Marseille s'appuie sur les données secondaires présentées dans Annexe 5. Nous présentons d'abord le contexte général du déploiement de la MAIA Marseille, et ensuite, nous présentons la mise en place des trois principaux mécanismes de l'intégration des services ainsi que les outils associés (les principes généraux de déploiement du dispositif MAIA) au territoire de la MAIA Marseille.

1. Le contexte du déploiement de la MAIA Marseille

Le déploiement de la MAIA Marseille peut être divisé en trois phases consécutives : de la phase expérimentale couvrant seulement deux arrondissements de Marseille jusqu'à la phase de la généralisation à toute la commune de Marseille.

- **La phase d'expérimentation de la MAIA Marseille** : **2009-2011**

La MAIA Marseille fait partie de l'un des 17 sites expérimentaux du dispositif MAIA en France. La phase de l'expérimentation de MAIA Marseille s'est déroulé de 2009 jusqu'à la fin de l'année 2011. Au départ, le déploiement du dispositif MAIA expérimental s'étend seulement à deux arrondissements de Marseille (4ème et 12ème). Le tableau 1 résume les informations générales du déploiement de la MAIA Marseille dans la phase de l'expérimentation.

Tableau 1 : les informations générales du déploiement de la MAIA Marseille dans la phase de l'expérimentation (2009-2011)

Les données démographiques du périmètre de couverture territorial de MAIA Marseille expérimental : **2 arrondissements de Marseille : 4ème, 12ème**	106018 personnes en population générale - 29169 personnes de + 60 ans, soit **27,51%** de la population. - 12903 personnes de + 75 ans, soit **12,17%** de la population. *Source : Insee, recensement 2008*
Le porteur du dispositif	**l'Institut de la Maladie Alzheimer (IMA)** : centre de consultation pour les familles et aidants, centre de formation et d'information sur la maladie d'Alzheimer.
Le pilote MAIA Marseille	**Dr valérie Cérase**, directrice IMA, médecin coordonnatrice du réseau gérontologique Est Marseille.
Les membres du guichet intégré	**Six acteurs** : le pôle info-sénior Est Gérontologique, l'Espace Services Aînés du CCAS (centre communal d'action sociale) Chartreux, les services APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) du CG (conseil général) 13 en charge des 4ème et 12ème

	arrondissements, le réseau gérontologique Marseille Est, l'IMA et l'équipe de gestion de cas.
L'équipe de gestion de cas	3 gestionnaires de cas en poste ayant des profils différents : deux Infirmière Diplômé d'Etat (IDE) et une psychologue.

Source : le rapport d'étape du déploiement de la MAIA Marseille (2015)

- **La première phase de généralisation de la MAIA Marseille : 2012-2014**

Le dispositif MAIA initialement expérimental, est entré en droit commun en 2011 et est actuellement sous la gouvernance financière de l'ARS. Lors de la table stratégique qui a eu lieu le 6 décembre 2011, la décision de l'extension du territoire de MAIA Marseille aux 4 arrondissements (3ème, 4ème, 11ème et 12ème) est prise. Le tableau 2 présente les informations générales de la MAIA Marseille déployée dans cette première phase de généralisation.

Tableau 2 : les informations générales du déploiement de la MAIA Marseille dans la première phase de généralisation (2012- 2014)

Les données démographiques du périmètre de couverture territorial de MAIA Marseille généralisé partiellement : **4 arrondissements de Marseille : 3ème, 4ème, 11ème, 12ème**	208 133 personnes en population générale, - 47863 personnes de + 60 ans, soit **23%** de la population. - 19 871 personnes de + de 75 ans, soit **9,5%** de la population. *Source : Insee, recensement 2013*
Le porteur du dispositif	**l'Institut de la Maladie Alzheimer (IMA)** : centre de consultation pour les familles et aidants, centre de formation et d'information sur la maladie d'Alzheimer.
Le pilote MAIA Marseille	**Dr valérie Cérase**, directrice IMA, médecin coordonnatrice du réseau gérontologique Est Marseille.
Les membres du guichet intégré	Il s'agit d'une extension des secteurs d'intervention des six membres du guichet intégré à deux nouveaux arrondissements (3ème et 11ème).
L'équipe de gestion de cas	3 gestionnaires de cas en poste (les mêmes dans la phase de l'expérimentation).

Source : le rapport d'étape du déploiement de la MAIA Marseille (2015)

- **La deuxième phase de généralisation de la MAIA Marseille : à partir de l'année 2015**

Depuis 2015, le territoire de la MAIA Marseille s'est étendu à toute la commune de Marseille. Selon le rapport d'étape du déploiement de la MAIA Marseille de 2015, une cellule de pilotage est fondée au début de l'année 2015, suite au

recrutement des pilotes « intégration des services » et « gestion de cas », ainsi que l'assistante. Par ailleurs, comme le déploiement de la MAIA Marseille est généralisé à la commune de Marseille, les ressources de l'IMA ne sont plus suffisantes en tant que porteur unique de MAIA Marseille, selon la directrice de l'IMA. C'est la raison pour laquelle que le CGD est devenu co-porteur, voire porteur majeur de MAIA Marseille, qui apporte des ressources complémentaires au déploiement de MAIA Marseille. Le tableau 3 présente les informations générales du déploiement de la MAIA Marseille dans la deuxième phase de généralisation.

Tableau 3 : les informations générales du déploiement de la MAIA Marseille dans la deuxième phase de généralisation (à partir de 2015)

Les données démographiques du périmètre de couverture territorial de MAIA Marseille généralisé : **La commune de Marseille = 16 arrondissements**	855 393 habitants en population générale - 200009 personnes de + 60 ans, soit **23,38%** de la population. - 82617 personnes de + 75 ans, soit **9,38%** de la population. *Source : Insee, recensement 2013*
Les co-porteurs du dispositif	**l'Institut de la Maladie Alzheimer (IMA)** : centre de consultation pour les familles et aidants, centre de formation et d'information sur la maladie d'Alzheimer. **le centre gérontologique départemental (CGD) :** établissement sanitaire et médico-social, l'implication dans les projets ou dispositifs transversaux en faveur de la prise en charge des personnes âgées. Le réseau gérontologique Est, l'un des quatre branches du pôle info-sénior et l'une des quatre équipes de gestion de cas y sont hébergés. Une relation de proximité parmi ces équipes est facilitée.
La cellule de pilotage MAIA Marseille	**Référent scientifique et méthodologique :** Dr valérie Cérase, directrice IMA, médecin coordonnatrice du réseau gérontologique Est Marseille, à temps partiel (20%). **Pilote intégration des services** : Emma Bourcart ayant une formation de management des organisations du secteur médico-social, à temps plein. Elle est entièrement dédiée à la sensibilisation et la mise en œuvre du projet de co-construction du guichet intégré. **Pilote gestion de cas** : Elodie Lys, ancienne gestionnaire de cas (2008-2014), formation d'IDE (Infirmière Diplômé d'Etat), à temps plein. **Assistante** : Denise Torrese, à temps partiel (50%).
Les membres du guichet intégré	Tous les acteurs impliqués directement dans la prise en charge de la personne et son entourage.
L'équipe de gestion de cas	L'équipe de 9 gestionnaires de cas a été fondée à la fin de l'année 2015, qui ont été répartis en 4 secteurs d'intervention : Secteur est (3ème 4ème11ème 12ème) : 3 gestionnaires de cas, fondé depuis 2009 Secteur centre (1ère 2ème 5ème 6ème) : 3 gestionnaires de cas, fondé depuis

	03/2015. Secteur sud (7ème 8ème 9ème 10ème) : 2 gestionnaires de cas, fondé depuis 03/2015. Secteur nord (13ème 14ème 15ème 16ème) : 1 gestionnaire de cas, fondé depuis 12/2015. Leurs profils sont divers et variés, mais ils relèvent essentiellement du champ para-médical, médico-social et social : conseillère en économie sociale et familiale (CESF), assistante de service social, Infirmière Diplômé d'Etat et psychologue.

Source : le rapport d'étape du déploiement de la MAIA Marseille (2015)

2. La mise en place des trois principaux mécanismes d'intégration ainsi que les outils associés

Les instances de concertation stratégique et tactique

L'instance de concertation stratégique :

Selon les comptes rendu des instances de concertation stratégique de la période de 2009 à 2014, comme la MAIA Marseille fait partie de l'un des 17 sites expérimentaux, les rôles de l'instance de concertation stratégique pendant cette période consistait surtout à :

- Sensibiliser les décideurs et financeurs au niveau départemental et de la ville aux concepts et principes que le dispositif MAIA représente.
- Mobiliser les décideurs et financeurs à adhérer au déploiement du dispositif MAIA.
- Chercher une concertation et collaboration au niveau stratégique en matière de mise en cohérence de l'offre sur le territoire concerné (4 arrondissements de Marseille).
- Etudier et valider les propositions issues de la table tactique.

Depuis la généralisation de la MAIA Marseille à toute la commune de Marseille en 2015, l'instance de concertation stratégique s'organise à l'échelle départementale, et non plus à l'échelle de la commune de Marseille. Les membres de cette instance s'élargissent ainsi à tous les décideurs et financeurs au niveau du département (e.g. ARS, CD, URPS médecin, URPS pharmacien, Mutualité française) ainsi que les pilotes de six MAIA existants du département des Bouches du Rhône. Selon les comptes rendu des instances de concertation stratégique de cette période, le rythme d'organisation de cette instance est deux fois par an. L'objectif principal de cette instance consiste à légitimer et homogénéiser le déploiement des MAIA à l'échelle du département des Bouches du Rhône. La réalisation de cet objectif principal repose sur :

- L'harmonisation du territoire : étendre la couverture du dispositif MAIA au territoire non couvert dans le département.

- L'élaboration d'un diagnostic départemental commun des ressources, des outils et

des prestations par l'ensemble des pilotes MAIA du département afin de disposer d'une vision départementale de l'offre de soins et d'aide et de comparer de manière dynamique les différents territoires d'installation de la méthode.

- la mise en place de chartes d'engagement et de coresponsabilité.

Il est à noter que les porteurs de MAIA Marseille (IMA et CGD) qui étaient tout le temps présent dans l'instance de concertation stratégique avant son extension à tout le département, s'est tiré de cette instance, puisqu'il se sent moins concerné par les sujets abordés lors de cette table. Par ailleurs, cette instance de concertation n'a pas eu lieu en 2017 et 2018, suite à la décision de l'ARS PACA, et elle va être remplacée par une nouvelle instance de concertation (CCOPD) qui dépasse le cadre de la MAIA.

L'instance de concertation tactique :
Selon les comptes rendu des instances de concertation tactique de la période de 2009 jusqu'à présent, les objectifs de cette instance restent inchangés, mais elle mobilise un nombre d'acteurs (représentants de l'établissement) plus important depuis la phase de la généralisation de ce dispositif à toute la commune de Marseille. Les principaux objectifs de la table tactique sont les suivants :
- identifier les leviers du parcours de soins et d'aides.
- partager et harmoniser les pratiques professionnelles.
- améliorer la lisibilité du système d'accompagnement dans le parcours de soins.
- analyser les dysfonctionnements et ruptures de parcours.
- être force de proposition envers la table stratégique.

Depuis 2015, comme l'instance de concertation stratégique, l'instance de concertation tactique s'organise aussi deux fois par an. Les membres de cette table regroupent les représentants légitimes des services d'aide et de soins couvrant les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la commune de Marseille. Cette instance réunit chaque fois environ une trentaine de participants.

En effet, la phase de généralisation actuelle du dispositif MAIA sur la commune de Marseille nécessite à nouveau une sensibilisation des principes et concepts associés à ce dispositif, auprès d'une multitude de nouveaux acteurs sur ce territoire. Le travail de mobilisation de ces acteurs à adhérer à la démarche de l'intégration des services de santé sont en cours. L'instance de concertation stratégique départementale commence à chercher une cohésion dans le déploiement des différents MAIA existants et fonder une atmosphère partenariale. En outre, l'instance de concertation tactique qui a eu lieu en mars 2016 a validé la décision de la mise en place des ateliers thématiques pour co-construire le guichet intégré.

- **La co-construction du guichet intégré dans le cadre du déploiement de la MAIA Marseille**

Comme ce que nous avons déjà mentionné dans la présentation du dispositif MAIA, l'objectif de la construction du guichet intégré consiste à fournir une réponse harmonisée à la personne et son entourage dans l'accueil, l'information et l'orientation de sa demande, quelque soit le point d'entrée sur le territoire. La construction du guichet intégré ne dépend pas uniquement d'un acteur ou du pilote MAIA, elle repose sur l'engagement et la coresponsabilité de tous les acteurs concernés par le déploiement du guichet intégré.

Selon les comptes rendus de l'instance de concertation tactique de la période 2009-2014, l'extension du guichet intégré de cette période s'est réalisée petit à petit. Comme ce que préconise le cahier des charges des MAIA (2011) par rapport à la construction du guichet intégré, la pilote MAIA (en poste sur la période 2009-2014) a d'abord réalisé un diagnostic territorial pour identifier les ressources, les acteurs et les interventions disponibles sur le territoire de la MAIA Marseille. A l'issue de la réalisation du diagnostic territorial, la pilote MAIA a établi un « répertoire commun partagé » auquel sont référencés l'ensemble des acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux du territoire pendant la phase d'expérimentation. Ce répertoire a été transmis à l'ensemble des acteurs du guichet intégré et mise à jour régulièrement par ces derniers. Ensuite, les modalités de l'orientation des demandes d'usagers faisant partie de la population visée ont été discutées lors des instances de concertation stratégique et tactique, ce qui a abouti à une répartition des tâches et des responsabilités de l'ensemble d'acteurs du guichet intégré, sous forme d'un référentiel des missions.

Par ailleurs, selon le document « l'expérimentation DCAS 2011-2016 », sur la période de 2011-2014, le travail de co-construction du guichet intégré a abouti à l'élaboration du DCAS (Dossier Commun d'Aides et de Soins) en 2014. Il constitue une partie du « système d'information MAIA » partageable qui sert le guichet intégré. Le DCAS intègre principalement deux outils suivants :

- le RAI (Resident Assessment Instrument) filtrage-orientation : cet outil a été validé comme l'outil commun d'analyse, d'information et d'orientation au guichet intégré par les membres du guichet, lors des instances de concertation stratégiques et tactiques. Il permet d'effectuer une analyse rapide et multidimensionnelle des besoins de la personne et son entourage. Cette analyse multidimensionnelle fait état de six aspects de la vie quotidienne de cette personne (facultés cognitives pour prendre les décisions, activités de la vie quotidienne, (auto)perception de la santé, Service d'aide/soins à domicile requis pour cette personne, essoufflement, états morbides instables).
  A la fin de cette évaluation rapide, cet outil donnera les signaux d'alertes ainsi que les préconisations d'orientation. Il permet ainsi aux acteurs du guichet intégré, d'adopter un langage commun via l'utilisation de la même méthodologie d'analyse et d'orientation des demandes de la personne et son entourage. Cet outil permet de fournir une réponse harmonisée auprès de chaque usager, quelque soit le point d'accès du territoire de la MAIA Marseille.

- le RAI home care : l'outil d'évaluation multidimensionnelle utilisé par les gestionnaires de cas attachés à la MAIA Marseille. C'est un outil métier du gestionnaire de cas qui permet d'évaluer de manière globale et détaillée les besoins multidimensionnels des cas en situation complexe. Il permet également de suivre l'état d'un cas complexe ayant des besoins de santé au long cours.

Ces deux outils standardisés sont complémentaires, le premier outil permet d'effectuer une analyse rapide et multidimensionnelle des besoins de l'usager pour l'orienter aux services les plus appropriés sur le territoire. Le deuxième outil repose sur le premier outil, dans la mesure où si l'usager orienté est jugé « complexe », ce deuxième outil est utilisé pour faire un état des lieux détaillé des besoins de cet usager.

Toujours selon le document « l'expérimentation DCAS 2011-2016 », l'utilisation du DCAS apporte plusieurs avantages :

- la facilité d'accès : le DCAS était accessible par l'ensemble des acteurs du guichet intégré via une même adresse WEB (plateforme web sécurisé).
- l'adoption d'un langage commun par l'ensemble d'acteurs du guichet intégré qui utilise l'outil RAI filtrage-orientation.
- Pas de doublons d'évaluation, ni de perte d'informations : une fois que l'analyse de la situation est terminé, le dossier de l'usager, tout ou partie, peut être transférer vers le service le plus adapté. Un référent sera authentifié comme responsable du dossier et pourra en donner l'accès ou pas aux autres professionnels en fonction des besoins. En outre, à la réception d'une demande, il est possible de vérifier si la personne est déjà prise en charge par l'un des services du guichet intégré via la recherche du numéro INSEE de cette personne, ce qui permet d'éviter la répétition dans le recueil des informations concernant l'état de santé de la personne.
- Le travail de sensibilisation et la formation DCAS permettent à différents acteurs du guichet intégré de mieux connaitre les missions et les responsabilités de chacun.
- L'identification plus rapidement des services les plus appropriés sur le territoire.

Dans la deuxième phase de généralisation de la MAIA Marseille (2015-présent), une multitude de nouveaux acteurs présents sur la commune de Marseille reste encore à mobiliser pour la co-construction du guichet intégré. A noter qu'en raison de l'absence de la pilote « intégration des services » pendant sept mois au cours de l'année 2015, le travail de co-construction du guichet intégré a débuté en 2016.

Dans cette phase, la construction du guichet intégré s'appuie sur le travail de construction du guichet intégré déjà réalisé depuis 2009. Mais comme le territoire de la MAIA s'est élargie, les travaux, comme la diagnostique territoriale, la définition des modalités d'orientation est à renouveler.

Selon le rapport d'étape MAIA Marseille (2015), la pilote « intégration des services » met à jour aussi le référentiel des missions préétabli. Pour le réaliser, six ateliers de

travail thématique ont étés mis en place :

1. Facultés pour prendre des décisions
2. Isolement ou entourage en difficulté
3. Etat fonctionnel, activités de la vie quotidienne
4. Problème de santé physique ou psychologique
5. Environnement, espace de vie
6. Difficultés financières

Chaque atelier s'est réuni 3 fois en 2016. Et il regroupe chaque fois environ une dizaine de participants concernés par la construction du guichet intégré. Ces six ateliers thématiques renvoient en effet à six aspects de la vie quotidienne à évaluer par l'outil RAI filtrage-orientation mentionné ci-dessus, avec une adaptation légère. Ainsi, l'objectif ultime de ces ateliers consiste à préparer les acteurs concernés à s'adhérer à cet outil (i.e. l'utilisation de la même méthodologie d'analyse, d'information et d'orientation). Pour le réaliser, cet objectif ultime se divise en trois objectifs intermédiaires :

1. adopter un langage commun : il s'agit d'harmoniser des visions de chacun vis-à-vis des thèmes de chaque atelier. Chaque thème correspond à une notion associée à chaque dimension de l'outil RAI filtrage-orientation.

2. identifier « qui fait quoi » : il s'agit de définir une répartition claire des tâches et des responsabilités de chaque acteur du guichet intégré, en fonction du thème de chaque atelier. Sachant qu'un acteur peut être concerné par plusieurs thèmes. A la fin de ces ateliers de travail, un référentiel des missions thématique est réalisé par thème.

3. formaliser les modalités d'orientation : les référentiels de missions thématiques établis constituent les bases pour formaliser les modalités d'orientation. L'établissement de ces référentiels de missions a abouti à deux documents suivant : le « guide accueil-évaluation-orientation » et la « fiche navette ». Le premier document est une synthèse des échanges qui ont eu lieu pendant les ateliers thématiques et qui reprend toutes les référentiels de missions thématiques. Le deuxième document est une version simplifiée de RAI filtrage-orientation, il permet d'effectuer une analyse rapide et multidimensionnelle des besoins de la personne pour recommander le(s) service(s) le(s) plus approprié(s) à sa prise en charge, et aussi de partager un minimum d'informations utiles et communes à tous les professionnels. A noter que ces deux documents sont bien complémentaires. Pour repérer les acteurs les plus appropriés, les acteurs du guichet intégré qui utilisent la « fiche navette » doivent aussi se référer au « guide accueil-évaluation-orientation ». Par ailleurs, ces deux documents sont en cours de test, et ils devront être complétés par un véritable outil d'évaluation multidimensionnel pour être tout à fait opérationnel : le RAI Filtrage-Orientation informatisé.

Toujours dans le cadre de la formalisation des modalités d'orientation, la pilote « intégration des services » a organisé un atelier de travail sur le thème de partage d'information. Les participants sont les acteurs concernés par la construction du guichet intégré. L'ensemble des trois sessions de travail a abouti à un guide de partage d'information. Ce guide cherche à poser le cadre du partage d'informations entre les professionnels. Plus précisément, dans ce guide se trouve le cadre juridique définissant à quel cas un recueil de consentement du partage des informations personnelles sera nécessaire, et à quel cas les professionnels peux partager directement les informations personnelles entre eux. Ce guide indique aussi quels types d'informations utiles à partager, et via quels supports. Ce guide est complémentaire par rapport au « guide accueil-évaluation-orientation » et à la « fiche navette », puisque l'orientation de l'usager aux services les plus appropriés sur le territoire repose sur le cadre du partage d'information.

En outre, par rapport à la construction du Système d'Information Partageable MAIA, après avoir discuté avec la pilote actuelle de l'intégration des services, le DCAS (SIP MAIA 2009-2014) sera remplacée par le « système d'information partageable » (SIP) du guichet intégré. Ce dernier sera intégré dans l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) [32], mais la forme d'intégration n'est encore définie. Pour l'instant, le SIP du guichet intégré est encore dans la phase de conception. A priori, il comprendra les outils suivants :

- la fiche de liaison unique : cette fiche comprend les données personnelles et administratives de l'usager et son entourage. Elle sera remplie en amont de l'analyse des besoins de la personne.

- le RAI filtrage-orientation informatisé : le fond sera le même que le format papier, mais informatisé. Par ailleurs, les algorithmes seront être programmés dans cet outil spécifique pour que ce dernier puisse fournir de manière automatique des préconisations d'orientation à des acteurs qui l'utilisent. Ainsi, il deviendra un outil d'aide à la décision.

- l'annuaire ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) : cet annuaire va remplacer le répertoire commun partagé développé par la pilote MAIA en poste sur la période 2009-2014. C'est un système d'information pour la gestion de la capacité d'accueil des établissements de soins, il permet de recenser le nombre de place disponible dans les établissements de soins, tels que l'urgence des hôpitaux, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation). Il contient aussi un annuaire auquel sont référencées les structures et les professionnels sanitaires et médico-sociaux de la région PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur). Et elle est développée par l'ORU (Observatoires Régionaux des Urgences) PACA.

[32] Une plateforme des outils établie en dehors de la cadre du déploiement de la MAIA.

- la messagerie sécurisée (MSS) : elle permet de sécuriser l'échange d'information entre les acteurs du guichet intégré. A chaque connexion de MSS, un code à usage unique sera automatiquement attribué à la messagerie originale des professionnels. Une traçabilité de l'heure de reçu et d'ouverture de message envoyé sera assurée.

Selon le document « Note de cadrage Système d'Information des Guichets Intégrés 2016 », le SIP du guichet intégré permettra de partager un minimum d'informations communes et utiles concernant la situation de la personne et son entourage entre les acteurs du guichet intégré. En entrant les données administratives sur la personne, il devra permettre à l'utilisateur d'accéder aux informations utiles dont les partenaires disposent. Le socle commun de ces informations partagées sera composé des éléments suivants :

- Les informations administratives de la personne nécessaires à tous les partenaires du guichet intégré.
- L'origine de demande de la personne et son entourage.
- Le résultat d'évaluation rapide des besoins de la personne et son entourage
- Le consentement de la personne au partage d'informations.
- Les informations relatives à l'orientation, séquencée en trois étapes: orientation, décision suite à la demande d'orientation (inclusion ou réorientation vers un autre service), retour d'information.

L'ENRS contribue à soutenir la construction du guichet intégré et le déploiement de la gestion de cas via :

- améliorer la lisibilité de l'offre sur le territoire.
- faciliter l'échange d'information entre les professionnels et l'amélioration de la qualité de l'échange.
- éviter les redondances et les doubles évaluations.
- anticiper des situations d'urgence.

En ce qui concerne la construction d'une base de données pour observer l'évolution des besoins de la population ciblée de la MAIA Marseille, cette base de données n'est pas encore construite. En revanche, une fois que l'outil RAI filtrage-orientation sera mis en place, toutes les saisies dans cet outil permettent de générer les données qui alimenteront la base de données observatoire mentionnée ci-dessus.

- **Le déploiement de la gestion de cas à la MAIA Marseille**

Pendant la période de 2009 à 2014, l'équipe de gestion de cas était composée de trois gestionnaires de cas qui avaient une zone d'intervention de quatre arrondissements de Marseille : 3ème, 4ème, 11ème et 12ème. Depuis le début de l'année 2015, six autres gestionnaires de cas ont été recrutés progressivement, l'équipe actuelle de la gestion de cas sont répartie en quatre secteurs d'intervention couvrant toute la commune de Marseille.

En absence de situation médicale aiguë ou de crise, la gestion de cas s'adresse aux personnes de 60 ans et plus qui sont en lourde perte d'autonomie et qui souhaite rester à domicile. Après avoir analysé la situation de la personne et son entourage à travers le RAI filtrage-orientation (format papier) par les acteurs du guichet intégré, et si cette situation est considérée comme une situation complexe correspondant aux critères d'inclusion en gestion de cas (présenté en dessous), cette personne va être ainsi orientée à la gestion de cas. Ensuite, la décision d'inclusion des cas orientés en gestion de cas va être prise lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe de gestion de cas.

La mobilisation d'un gestionnaire de cas nécessite de la validation des trois critères suivants :

1. Le maintien à domicile est compromis en raison de :
- problèmes d'autonomie fonctionnelle.
- problèmes médicaux.
- problèmes d'autonomie décisionnelle (que la personne elle-même ou son environnement en soit à l'origine).

Le premier critère est validé, si tous les trois problèmes cités ci-dessus sont tous présents.

2. Les aides et soins mis en places sont insuffisants ou inadaptés.

3. Il n'y a personne dans l'entourage pour mettre en place et coordonner de façon intensive et dans la durée les réponses aux besoins

Aujourd'hui, les critères d'inclusion en gestion de cas ont été validés au niveau national par la CNSA. Si l'un des trois critères n'est pas validé, la situation ne relève pas de la gestion de cas. Et elle va être réorientée au service le mieux adapté par le gestionnaire de cas. La présence de tous les critères signifient que la personne nécessite d'un suivi pluridisciplinaire et intersectoriel, et d'un accompagnement intense et continu. A noter que l'intervention de la gestion de cas est nécessaire, seulement si l'accompagnement de la gestion de cas auprès de la situation complexe présente une plus value. En plus, la file active maximum est fixée à 30 cas par gestionnaire de cas.

Le document « la procédure de la gestion de cas » précise le processus de la gestion de cas à temporalité différente : la première étape est la **préparation de l'entrée en gestion de cas**, suivie par une **première évaluation multidimensionnelle à domicile** à l'aide de l'outil RAI home care. A la suite de cette évaluation, un **plan de service individualisé** sera rédigé et mis en place. Ce plan sera communiqué auprès du bénéficiaire de service et son entourage. Si nécessaire, le gestionnaire de cas peut organiser une **concertation pluridisciplinaire** avec les partenaires d'une situation suivie sur les besoins non comblés de la personne et son entourage. **Une nouvelle visite à domicile pour la réévaluation** sera programmée dans 6 mois après la première évaluation. Par ailleurs, les **évaluations spécifiques** peuvent être engendrées lors :

- d'un **changement significatif de situation** de bénéficiaire de service qui se manifeste par une amélioration ou une dégradation dans 2 domaines au minimum parmi les 19 domaines d'évaluation.
- d'un **retour d'hospitalisation**
- avant la **sortie de gestion de cas** (ne nécessite plus de l'accompagnement de la gestion de cas, le déménagement, l'entrée en institution du type EHPAD ou le décès).

Un nouveau PSI doit être élaboré et mise en place systématiquement après chaque nouvelle évaluation**.**

Les gestionnaires de cas sont en lien étroit avec les médecins traitants dans la prise en charge de la personne et son entourage. Le médecin traitant est systématiquement contacté pour lui informer sur l'inclusion de son patient en gestion de cas et obtenir son accord sur l'intervention de gestion de cas.

Par ailleurs, les données générées par l'utilisation de l'outil RAI home care (l'outil métier de gestion de cas) depuis 2009 jusqu'à présent ont constitué une base de données de gestion de cas. Dans cette base de données, nous retrouvons toutes les cas qui ont étés suivis en gestion de cas ainsi que les différents intervenants concernés dans leur prise en charge.

Selon le compte rendu de l'instance de concertation tactique datant de mars 2016, jusqu'au mois de Mars 2016, 91 cas ont été suivis par les gestionnaires de cas du secteur Est (la fonction de gestion de cas a été implantée depuis la phase de l'expérimentation). Sur les nouveaux secteurs d'intervention, il y a 60 demandes d'orientation en Gestion de cas au total dont 30 ont été incluses en Gestion de cas. La statistique sur l'origine des demandes d'inclusion en gestion de cas est présentée en dessous :

- **70%** du **champ sanitaire** (réseaux gérontologique, services hospitaliers, Médecins traitants, Médecins spécialistes, SSIAD, IDEL).
- 17% du champ social (équipe APA, CCAS, Pôles Infos Séniors, services sociaux hospitaliers).
- 5% de services d'aides à domicile.
- 5% de familles sur la recommandation d'un tiers professionnel.
- 3% d'associations d'aide aux aidants.

Toujours selon ce même compte rendu, il y a eu des travaux collaboratifs entre le service de la gestion de cas et les autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux présents sur la commune de Marseille. Ces travaux collaboratifs ont abouti à des procédures d'interaction entre la gestion de cas et les autres services du territoire. A titre d'exemple, une procédure d'articulation entre le service de gestion de cas et l'équipe de l'APA CD 13 a été déjà élaborée. Cette procédure permet de préciser les différentes modalités de collaboration, d'échange d'informations entre ces deux services dans la prise en charge des personnes âgées.

Aujourd'hui, il existe un groupe d'analyse des pratiques de la gestion de cas au niveau régional qui s'organise chaque six semaines. Dans ce groupe, les gestionnaires de cas échangent leur pratiques, expériences et vécu entre eux et ils peuvent emmener à discuter leurs pratiques autour des cas de référence présentés.

Annexe 7 : un extrait de prise de note lors de notre observation au terrain

Sources de données	Moyens de collecte de données	Les données qualitatives brutes	Mon interprétation/ma compréhension	Ce que dit la théorie/littérature
L'atelier thématique MAIA première session « difficultés financières » (29/09/2016, à CGD) Participants : divers professionnels de santé concernés par le thème	Observation non participante	Les participants autour de la table se mettent d'accord sur la notion de « difficultés financières »	Adoption d'un langage commun	Partage de visions au niveau interprofessionnelle (intégration culturelle)
		Une vingtaine de participants qui sont présents, mais la plupart d'entre eux sont des assistants sociaux. Et il y a également quelques professionnels qui font partie d'un établissement médico-social, mais seulement un seul médecin qui est présent.	Les professionnels mobilisés pour participer à la co-construction du guichet intégré sont essentiellement des acteurs sociaux et médico-sociaux.	La coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle
		« *J'ai connu des demandes d'hospitalisation pour les raisons purement sociales* » - Responsable de secteur, SAD	Rupture de prise en charge identifiée Glissement des tâches Lisibilité de l'offre sur le territoire est problématique Manque de visibilité sur les ressources clés (service relais- (à qui on peut orienter le patient) du territoire	La rupture de prise en charge (gestion de la continuité de délivrance de services de santé) Manque de répartition claire de tâches et de responsabilités de chacun (interface-division du travail)
		« *On fait le travail des autres, parce que les autres ne le font pas…Ça fait 2 ans que je fais des demandes de rencontre avec CARSAT pour qu'ils viennent à présenter leur mission, mais c'est toujours pas fais* » - Assistante sociale d'hôpital Sainte-Marguerite « *Le relais l'hôpital et la ville est problématique et qui ne fonctionnement pas réellement. Du coup, je peux emmener à accompagner la personne de A à Z* » - Assistante sociale de l'APHM … etc		

Annexe 8 : le guide d'entretien

L'introduction :

Objectif : je fais une thèse pour comprendre comment plusieurs intervenants provenant de différents services de Marseille travaillent ensemble pour améliorer la prise en charge des personnes âgées.
Anonymat et confidentialité (sources d'information) : le répondant accepte t-il l'enregistrement ?

1) Pouvez-vous rapidement vous présenter ? Quel est votre rôle en général dans la prise en charge des personnes ? Vous occupez vous fréquemment de personnes âgées ?

2) Pouvez-vous me raconter un cas concret de prise en charge d'une personne âgée qui vous a amené à travailler avec d'autres intervenants ou/et services de Marseille (APA, réseau…) ?

- Comment les problèmes de la personne ont été identifiés au début de la prise en charge? Comment les autres intervenants concernés par la prise en charge ont-ils été identifiés ?
- Comment avez-vous interagi avec les autres intervenants dans la prise en charge ? Ces interventions ont été coordonnées ? Par qui et comment ?
- En cas d'évolution de l'état ou de la situation de la personne, comment la prise en charge a-t-elle été adaptée ? Qui a décidé de cette évolution dans la prise en charge ?
- Quelles difficultés avez vous rencontrées dans cette prise en charge ? Quels moyens permettraient de limiter à l'avenir ces difficultés ?

3) En général, vous sentez vous isolé dans la prise en charge des personnes ou travaillez-vous le plus souvent avec les autres intervenants et/ou services ?

- Si vous sentez vous isolé, aimeriez vous travailler plus en lien avec d'autres intervenants/services ?
- Si vous travaillez souvent avec d'autres intervenants et /ou services, quels sont les moyens développés ensemble pour améliorer la prise en charge de la personne ? Quels sont les difficultés rencontrées dans ce travail collectif ? comment pourriez-vous l'améliorer ?
- Comment faites-vous, si vous identifiez certains problèmes auxquels vous ne pouvez pas répondre a-priori ?
- Face aux événements imprévus, cela vous est-il déjà arrivé de réagir ensemble avec les autres intervenants et/ou services concernés dans la prise en charge de même personne ? Pouvez-vous donner d'un exemple ?

4) Quelles sont les activités organisées par la MAIA auxquelles vous et/ou votre service avez déjà participé ? Quelles sont vos motivations pour participer à ces activités ? Quels ont été les impacts positifs/négatifs de ces activités sur votre travail au quotidien ? La démarche MAIA répond-elle à vos attentes ?

- Apport des ateliers thématiques : formaliser le langage commun et « qui fait quoi »
- Outils en commun développés (guide évaluation-orientation, DCAS) et les formations dédiées
- SI partageables interconnectés avec le logiciel métier, le guide de partage d'information
- Procédures d'interaction établies avec l'équipe de gestion de cas

5) En dehors du cadre de MAIA, vous et/ou votre service avez établi des liens formels ou informels avec vos partenaires de Marseille ? Pourquoi ? Quelles sont les conséquences de ces liens sur votre

travail au quotidien ?

Pour plus tard : Des notions ou questions importantes ont été passées sous silence ou oubliées ? Quelles autres personnes me conseillez-vous de rencontrer ?

Annexe 9 : le questionnaire descriptif complémentaire et la définition des termes clés associée :

1. Selon vous, définir un langage commun* entre les différents intervenants et/ou services de Marseille dans la prise en charge des personnes âgées, c'est :

☐ pas du tout important ☐pas très important ☐ important ☐ très important

Si vous avez coché les deux premières cases, pourriez vous expliquer pourquoi en quelques mots ?

2. Selon vous, formaliser clairement les missions et responsabilités de chaque intervenant et/ou service, c'est :

☐ pas du tout important ☐pas très important ☐ important ☐ très important

Si vous avez coché les deux premières cases, pourriez vous expliquer pourquoi en quelques mots ?

3. Selon vous, avoir un même outil d'évaluation globale et synthétique des problèmes de la personne âgée pour recommander l'intervenant le plus approprié à sa prise en charge, c'est :

☐ pas du tout important ☐pas très important ☐ important ☐ très important

Si vous avez coché les deux premières cases, pourriez vous expliquer pourquoi en quelques mots ?

4. Selon vous, partager un minimum de données communes dans divers domaines*, c'est :

☐ pas du tout important ☐pas très important ☐ important ☐ très important

Si vous avez coché les deux premières cases, pourriez vous expliquer pourquoi en quelques mots ?

5. Selon vous, sensibiliser les règles de partage d'information* entre les différents intervenants et/ou services de Marseille, c'est :

☐ pas du tout important ☐pas très important ☐ important ☐ très important

Si vous avez coché les deux premières cases, pourriez vous expliquer pourquoi en quelques mots ?

6. Selon vous, identifier les intervenants dans la situation dès votre premier contact avec la personne, c'est :

☐ pas du tout important ☐pas très important ☐ important ☐ très important

Si vous avez coché les deux premières cases, pourriez vous expliquer pourquoi en quelques mots ?

7. Selon vous, partager des données dans les systèmes d'information, c'est :

☐ pas du tout important ☐pas très important ☐ important ☐ très important

Si vous avez coché les deux premières cases, pourriez vous expliquer pourquoi en quelques mots ?

La définition des termes clés du questionnaire descriptif

Les termes clés du questionnaire	La définition
Le langage commun (1ère question du questionnaire)	Vous partagez tous les mêmes définitions concernant les problèmes dans la prise en charge des personnes âgées. Par exemple : isolement/entourage en difficulté ; difficultés financières ; problèmes de la santé.
Le partage d'un minimum de données communes dans divers domaines (4ème question du questionnaire)	les différents problèmes de la personne (autonomie fonctionnelle, problèmes sociaux, problèmes de la santé, etc) ; les intervenants et ou services déjà participés à sa prise en charge ; les renseignements administratifs
Les règles de partage d'information (5ème question du questionnaire)	Quelles informations à partager en respectant le secret professionnel ? Comment le partager ? Avec qui ?

Annexe 10 : le résultat d'analyse descriptif des réponses du questionnaire descriptif

- **Réponse par question du questionnaire**

Questions	1	2	3	4	5	6	7
très important	20	26	13	22	17	21	13
important	17	11	19	15	20	15	21
pas très important	0	0	3	0	0	0	1
pas du tout important	0	0	2	0	0	1	1
pas d'opinion	0	0	0	0	0	0	1

- **Réponse par question du questionnaire en fonction du profil des répondants**

Types d'acteurs /Questions	réponse - question 1			
	très important	important	pas très important	pas du tout important
Professionnels libéraux (9)[33]	56%	44%	0%	0%
Sanitaires établissements (9)	67%	33%	0%	0%
Médico-sociaux (6)	50%	50%	0%	0%
Sociaux (7)	57%	43%	0%	0%
Association (2)	0%	100%	0%	0%
Professionnels MAIA (4)	50%	50%	0%	0%

Types d'acteurs /Questions	réponse - question 2			
	très important	important	pas très important	pas du tout important
Professionnels libéraux (9)	44%	56%	0%	0%
Sanitaires établissements (9)	67%	33%	0%	0%
Médico-sociaux (6)	83%	17%	0%	0%
Sociaux (7)	86%	14%	0%	0%
Association (2)	100%	0%	0%	0%
Professionnels MAIA (4)	75%	25%	0%	0%

[33] Nombre de répondant au total par catégories d'interviewés

Types d'acteurs /Questions	réponse - question 3			
	très important	important	pas très important	pas du tout important
Professionnels libéraux (9)	11%	67%	11%	11%
Sanitaires établissements (9)	33%	44%	11%	11%
Médico-sociaux (6)	50%	33%	17%	0%
Sociaux (7)	43%	57%	0%	0%
Association (2)	0%	100%	0%	0%
Professionnels MAIA (4)	75%	25%	0%	0%

Types d'acteurs /Questions	réponse - question 4			
	très important	important	pas très important	pas du tout important
Professionnels libéraux (9)	56%	44%	0%	0%
Sanitaires établissements (9)	78%	22%	0%	0%
Médico-sociaux (6)	33%	67%	0%	0%
Sociaux (7)	57%	43%	0%	0%
Association (2)	50%	50%	0%	0%
Professionnels MAIA (4)	75%	25%	0%	0%

Types d'acteurs /Questions	réponse - question 5			
	très important	important	pas très important	pas du tout important
Professionnels libéraux (9)	33%	67%	0%	0%
Sanitaires établissements (9)	67%	33%	0%	0%
Médico-sociaux (6)	17%	83%	0%	0%
Sociaux (7)	43%	57%	0%	0%
Association (2)	50%	50%	0%	0%
Professionnels MAIA (4)	75%	25%	0%	0%

Types d'acteurs /Questions	réponse - question 6			
	très important	important	pas très important	pas du tout important
Professionnels libéraux (9)	33%	56%	0%	11%
Sanitaires établissements (9)	78%	22%	0%	0%
Médico-sociaux (6)	33%	67%	0%	0%
Sociaux (7)	57%	43%	0%	0%
Association (2)	50%	50%	0%	0%
Professionnels MAIA (4)	100%	0%	0%	0%

Types d'acteurs /Questions	réponse - question 7				
	très important	important	pas très important	pas du tout important	pas d'opinion
Professionnels libéraux (9)	33%	44%	11%	11%	/
Sanitaires é tablissements (9)	44%	56%	0%	0%	/
Médico-sociaux (6)	17%	67%	0%	0%	17%
Sociaux (7)	29%	71%	0%	0%	/
Association (2)	50%	50%	0%	0%	/
Professionnels MAIA (4)	50%	50%	0%	0%	/

Annexe 11 : les informations détaillées associés aux entretiens réalisés

Entretien	Fonction/Métier	Service d'appartenance	Durée	Type d'entretien	Secteur d'intervention	Sensibilisé par le dispositif MAIA
1	Gériatre	Centre gérontologique départemental	46 minutes	Face à face	Non sectorisé	Oui
2	directrice	Petits frères des pauvres	1h 2minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
3	coordinatrice de développement social	Petits frères des pauvres	49 minutes	Face à face	Est et Centre (arrondissement 4, 5)	Oui
4	Assistante sociale	Carsat	1 h 2 minutes	Face à face	Est et Centre (arrondissement 4, 5, 12)	Oui
5	Infirmière Libérale	/	50 minutes	Téléphonique	Centre et Sud (arrondissement 5, 6, 8, 10)	Non
6	Coordinatrice	Réseau Santé Mentale et Logement	1h 18 minutes	Face à face	Est et Centre (arrondissement 1, 2, 3, 11, 12)	Oui
7	Gestionnaire de cas	Gestion de cas	1h 52 minutes	Face à face	Est (arrondissement 3.4.11.12)	Oui
8	Infirmier Libéral	/	1 h 1 minutes	Téléphonique	Sud	Oui
9	Getionnaire de cas	Gestion de cas	1h 06 minutes	Face à face	Sud (arrondissement 7.8.9.10)	Oui
10	Directrice (Psychiatre)	Unité mobile gérontopsychologique	57 minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
11	Getionnaire de cas	Gestion de cas	1h 14 minutes	Face à face	Sud (arrondissement 3.4.11.12)	Oui

12	Directrice	Association Aide aux aidants	19 minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
13	Orthophoniste	/	47 minutes	Téléphonique	Sud	Non
14	Directrice	Service de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie du Conseil départemental	59 minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
15	Directrice (ergothérapeute)	Centre Régional d'Ergothérapeutes : Études, Diagnostics, Adaptations, Techniques.	1h 13 minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
16	Directrice (médecin)	Réseau de santé croisée	1h 58minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
17	Pilote gestion de cas	Gestion de cas	1h27 minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
18	Psychologue	Association Aide aux aidants	1h14 minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
19	Psychomotricienne	Equipe Spécialisé Alzheimer	1h 12 minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
20	Infirmière coordinatrice	Réseau de santé gérontologique	1h 34 minutes	Face à face	Nord (Arrondissement 13,14,15,16)	Oui
21	Assistante sociale	Service de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie du Conseil départemental	1 h	Face à face	Est (Arrondissement 4)	Oui
22	Assistant social	Unité mobile	1h11	Face à face	Tout Marseille	Oui

		gérontopsychologique	minutes			
23	Directrice	Services de soins infirmiers à domicile	51 minutes	Face à face	Arrondissement 1, 2, 5, 7, 11, 12, 13, 14	Oui
24	Ostéopathe	/	36 minutes	Téléphonique	Sud (Arrondissement 8)	Non
25	Infirmière coordinatrice	Réseau de santé gérontologique	44 minutes	Face à face	EST (Arrondissement 3, 4, 11, 12)	Oui
26	Neurologue	Centre gérontologique départemental	39 minutes	Face à face	Non sectorisé	Oui
27	Medecin généraliste	/	33 minutes	Face à face	EST (arrondissement 12)	Non
28	Responsable de coordination	Pôle info sénior	1h 39 minutes	Face à face	Centre (arrondissement 1, 2, 3, 5, 6,7)	Oui
29	Infirmière libérale	/	26 minutes	Téléphonique	Sud (arrondissement 7)	Non
30	Responsable de coordination	Pôle info sénior	1h 29 minutes	Face à face	EST (arrondissement 4,12)	Oui
31	Responsable de secteur	Service d'aide à domicile	54 minutes	Face à face	EST (arrondissement 12)	Oui
32	Directeur	Réseau de santé ILHUP /Groupement de coopération sanitaire PGAM	32 minutes	Face à face	Tout Marseille	Oui
33	Infirmière libérale	/	55 minutes	Téléphonique	EST (arrondissement 4)	Non
34	Gériatre	CGD	54 minutes	Face à face	Non sectorisé	Oui
35	Responsable	Accueil de jour	1h 02 minutes	Téléphonique	Sud	Oui
36	Assistante sociale	CGD	53 minutes	Face à face	Non sectorisé	Oui
37	Médecin généraliste	/	30 minutes	Téléphonique	Sud	Non

Annexe 12 : L'analyse des statuts des interviewés ainsi que l'occurrence des verbatim pour les codes hiérarchiques

Méta-thème	Thème	Sous thème	Sous sous thème	Occurrence	Statut			
					Statut		Niveau hiérarchique	Sensibilisation MAIA
la CPM de services de santé	Identification des réponses aux besoins d'usagers	Modes d'identification des besoins de chaque usager ainsi que leur évolution	/	34 sources et 51 verbatim	Sanitaire Libéraux	9	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	8	6 opérationnels 2 managériaux	8
					Médico-social	6	2 opérationnels 4 managériaux	6
					Social	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
		Modes d'identification des services les plus adaptés en fonction des besoins identifiés	/	34 sources et 48 verbatim	Sanitaire Libéraux	9	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	8	6 opérationnels 2 managériaux	8
					Médico-social	6	2 opérationnels 4 managériaux	6
					Social	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3

					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
		Tous les aspects des besoins identifiés de la personne	/	9 sources et 10 Verbatim	Sanitaire Libéraux	/	/	/
					Sanitaire Établissement	2	Opérationnels	2
					Médico-social	2	Managériaux	2
					Social	1	Opérationnel	1
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Développement de l'espace de solutions	Modes de délimitation des offres de services destinées à une population spécifique d'usager (la veille de l'évolution des besoins d'une population cible …)	/	9 sources (dont une source secondaire) et 13 verbatim	Sanitaire Libéraux			
					Sanitaire Établissement	2	2 managériaux	2
					Médico-social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Gestion de cas	1	Opérationnel	1
					Association (aidant…)			
	Conception robuste des processus flexibles	Types d'automatisation flexible existants	/	13 sources (dont une source	Sanitaire Libéraux			
					Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3

				secondaire) et 16 verbatim	Médico-social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Social	4	1 opérationnels 3 managériaux	4
					Gestion de cas	2	2 opérationnels	2
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
		Pensée modulaire au niveau de la conception des processus	/	12 sources (dont deux sources secondaires) et 16 verbatim	Sanitaire Libéraux			
					Sanitaire Établissement	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Médico-social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Gestion de cas	1	Opérationnel	1
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
		Capital humain adaptatif	/	1 source et 3 verbatim	Sanitaire Libéraux			
					Sanitaire Établissement	1	Managérial	1
					Médico-social			
					Social			
					Gestion de cas			
					Association			

					(aidant…)			
	Gestion de la continuité de délivrance de services	Continuité relationnelle	Fréquence de contact/interaction entre les professionnels et l'usager (intensité, régularité)	24 sources et 52 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	5	4 opérationnels 1 managérial	5
					Médico-social	2	Managérial	2
					Social	6	4 opérationnels 2 managériaux	6
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
		Continuité informationnelle	Traçabilité des informations relatives à la prise en charge de l'usager	21 sources et 27 verbatim	Sanitaire Libéraux	4	Opérationnels	0
					Sanitaire Établissement	8	6 opérationnels 2 managériaux	8
					Médico-social	1	Managérial	1
					Social	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
		Continuité managériale	Temps de réponse aux besoins changeants d'usagers	18 sources et 26 verbatim	Sanitaire Libéraux	4	Opérationnels	0
					Sanitaire Établissement	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
					Médico-social	1	Managérial	1

			Absence de rupture de prise en charge des usagers		Social	3	2 opérationnels 1 managérial	3
					Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
La SCI de services de santé	Intégration organisationnelle	Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle	Types d'activités collectives développées au niveau inter-organisationnelles et interprofessionnelles	28 sources (dont une source secondaire) et 62 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
					Médico-social	6	2 opérationnels 4 managériaux	6
					Social	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
					Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Association (aidant…)	2	1 opérationnel 1 managérial	2
			Types de partenariat formalisés et types d'accord formalisé entre les partenaires	23 sources (dont une source secondaire) et 52 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	6	2 opérationnels 4 managériaux	6
					Médico-social	6	2 opérationnels 4 managériaux	6
					Social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3

					Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Association (aidant…)	2	1 opérationnel 1 managérial	2
			Alignement des objectifs et d'intérêts entre les organisations et les professionnels concernés	10 sources et 10 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	0
					Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3
					Médico-social	2	Managériaux	2
					Social	1	Opérationnel	1
					Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Association (aidant…)	2	1 opérationnel 1 managérial	2
			Modes d'apprentissage collectif	10 sources et 17 verbatim	Sanitaire Libéraux	2	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3
					Médico-social	1	Opérationnel	1
					Social	2	Opérationnels	2
					Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2

					Association (aidant…)			
		Intégration culturelle	Confiance établie entre les acteurs	12 sources et 16 verbatim	Sanitaire Libéraux	2	Opérationnels	1
					Sanitaire Établissement	2	1 opérationnels 1 managérial	2
			Partage des visions, valeurs et normes		Médico-social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Social	3	2 opérationnels 1 managériaux	3
			Communication ouverte et l'ouverture d'esprit		Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Intégration des TIC		Interconnexion et alignement des TIC	29 sources et 45 verbatim	Sanitaire Libéraux	8	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	8	6 opérationnels 2 managériaux	8
					Médico-social	2	2 managériaux	2
					Social	6	3 opérationnels 3 managériaux	6
					Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1

	Intégration opérationnelle	Intégration des processus	Types de redondances et duplications éliminés au sein du processus global de prise en charge	11 sources et 21 verbatim	Sanitaire Libéraux	2	Opérationnels	1
					Sanitaire Établissement	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Médico-social	0	/	0
					Social	3	Opérationnels	3
					Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
			Types de standards (i.e. outils, protocoles, procédures en commun) développés pour la connexion et simplification des processus	26 sources (dont une source secondaire) et 51 verbatim	Sanitaire Libéraux	4	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	8	5 opérationnels 3 managériaux	8
					Médico-social	4	1 opérationnel 3 managériaux	4
					Social	5	2 opérationnels 3 managériaux	5
					Gestion de cas	3	2 opérationnel 1 managérial	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
					Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	1

			Modes de travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire	24 sources et 66 verbatim	Sanitaire Établissement	6	Opérationnels	6
					Médico-social	4	2 opérationnels 2 managériaux	4
					Social	6	3 opérationnels 3 managériaux	6
					Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
			Rôle des acteurs réticulaires dans la coordination des processus de prise en charge	24 sources et 71 verbatim	Sanitaire Libéraux	5	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	7	5 opérationnels 2 managériaux	7
					Médico-social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Social	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
			Implication d'usagers et leur entourage dans la conception, l'organisation	11 sources et 14 verbatim	Sanitaire Libéraux	1	Opérationnel	0
					Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3

			et la réalisation de leur propre prise en charge		Médico-social	1	Managérial	1
					Social	1	Opérationnel	1
					Gestion de cas	3	2 opérationnels 1 managérial	3
					Association (aidant…)	2	1 opérationnel 1 managérial	2
			Présence d'une vision globale vis-à-vis des besoins de l'usager chez les acteurs impliqués dans sa prise en charge	27 sources et 40 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnel	3
					Sanitaire Établissement	7	5 opérationnels 2 managériaux	7
					Médico-social	5	2 opérationnels 3 managériaux	5
					Social	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Gestion de cas	2	Opérationnels	2
					Association (aidant…)	2	1 opérationnel 1 managérial	2
Modularité de l'offre de services	Architecture décomposable	Fonction spécifique des modules	/	16 sources et 31 verbatim	Sanitaire Libéraux	6	Opérationnels	0
					Sanitaire Établissement	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Médico-social	2	1 opérationnel 1 managérial	2

		Indépendance relative des modules			Social	3	2 opérationnels 1 managérial	3
					Gestion de cas	1	Managérial	1
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Interface (Types d'interfaces déployées)	Interface cohérence module	Règles de planification pour un flux d'usager fluide	8 sources et 11 verbatim	Sanitaire Libéraux	1	Opérationnel	0
					Sanitaire Établissement	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Médico-social	1	Managérial	1
			Règles de planification pour un flux d'usager sûr		Social	1	Managérial	1
					Gestion de cas	2	Opérationnels	2
					Association (aidant…)	0	/	0
		Interface variété module	Catalogues de l'offre de services	10 sources (dont une source secondaire) et 12 verbatim	Sanitaire Libéraux	2	Opérationnel	1
					Sanitaire Établissement	2	1 opérationnel 1 managérial	2
			Annuaires de l'offre de services		Médico-social	2	Managériaux	2
					Social	1	Opérationnel	1
			Programmes de l'offre de services pré-combinés		Gestion de cas	1	Managérial	1
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1

		Interface cohérence flux d'info	Division du travail (qui fait quoi défini)	24 sources et 32 verbatim	Sanitaire Libéraux	6	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
					Médico-social	5	2 opérationnels 3 managériaux	5
					Social	3	3 opérationnels	3
					Gestion de cas	.3	2 opérationnels 1 managérial	3
					Association (aidant…)	2	1 opérationnel 1 managérial	2
			Dossier patient	11 sources et 13 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnel	1
					Sanitaire Établissement	5	4 opérationnels 1 managérial	5
					Médico-social	1	Managérial	1
					Social	0	/	0
					Gestion de cas	2	Opérationnels	2
					Association (aidant…)	0	/	0
			Règles de partage d'informations	14 sources et 17 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	1
					Sanitaire Établissement	3	Opérationnels	3
					Médico-social	5	2 opérationnels	5

							3 managériaux	
					Social	3	Opérationnels	3
					Gestion de cas	0	/	0
					Association (aidant…)	0	/	0
			Langage commun	15 sources et 16 verbatim	Sanitaire Libéraux	2	Opérationnels	1
					Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3
					Médico-social	5	2 opérationnels 3 managériaux	5
					Social	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Gestion de cas	1	Managérial	1
					Association (aidant…)	0	/	0
			Procédures d'interaction	5 sources (dont une source secondaire) et 8 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
					Sanitaire Établissement	0	/	/
					Médico-social	0		
					Social	2	Managériaux	2
					Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
					Association	0	/	/

					(aidant…)			
		Interface variété flux d'info	Réunions de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire	24 sources et 61 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	1
					Sanitaire Établissement	6	Opérationnels	6
					Médico-social	4	2 opérationnels 2 managériaux	4
					Social	6	3 opérationnels 3 managériaux	6
					Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
			Lignes de communication établies	20 sources et 31 verbatim	Sanitaire Libéraux	5	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
					Médico-social	5	1 opérationnel 4 managériaux	5
					Social	3	2 opérationnels 1 managérial	3
					Gestion de cas	1	Managérial	1
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
			Evaluation continue des besoins	24 sources et 41 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnels	3

					Sanitaire Établissement	5	4 opérationnels 1 managérial	5
					Médico-social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Social	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
			Evaluation multidimensionnelle des besoins (outils communs et outils non standardisés)	26 références et 38 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	1
					Sanitaire Établissement	8	6 opérationnels 2 managériaux	8
					Médico-social	5	2 opérationnels 3 managériaux	5
					Social	6	3 opérationnels 3 managériaux	6
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
		Interface cohérence variété flux d'info	SIP informatisé	19 sources et 25 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	0
					Sanitaire Établissement	7	5 opérationnels 2 managériaux	7
					Médico-social	2	Managériaux	2
					Social	5	3 opérationnels	5

							2 managériaux	
					Gestion de cas	1	Managérial	1
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
			SIP non informatisé (i.e. cahier de transmission domicile)	14 sources et 18 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnels	2
					Sanitaire Établissement	2	Opérationnels	2
					Médico-social	0	/	/
					Social	1	Opérationnel	1
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Processus de spécification du package de services de santé	Méthodes d'assemblage du package	/	15 sources (dont une source secondaire) et 26 verbatim	Sanitaire Libéraux	1	Opérationnel	0
					Sanitaire Établissement	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
					Médico-social	4	1 opérationnel 3 managériaux	4
					Social	0	/	0
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
		Phase d'assemblage du package de services	/	21 sources et 34 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnel	3
					Sanitaire	3	Opérationnels	3

					Établissement			
					Médico-social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
					Social	4	3 opérationnels 1 managérial	4
					Gestion de cas	3	Opérationnels	3
					Association (aidant…)	1	Opérationnel	1

Annexe 13 : l'analyse des statuts des interviewés ainsi que l'occurrence des verbatim pour les relations identifiées entre les codes

Les relations entre les codes		Nature de la relation	Occurrence	Statut			
				Statut		Niveau hiérarchique	Sensibilisation MAIA
Les liens intra dimensions d'un même concept (SCI de services de santé) : intégration organisationnelle	Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle ➔ Intégration culturelle	Lien d'influence	10 sources et 12 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
				Sanitaire Établissement	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Médico-social	4	2 opérationnels 2 managériaux	4
				Social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Gestion de cas	1	Managérial	1
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
Les liens inter dimensions d'un même concept : SCI de services de santé	Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle ➔ Intégration opérationnelle	Lien d'influence	27 sources (dont une source secondaire) et 48 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
				Médico-social	6	2 opérationnels 4 managériaux	6
				Social	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
				Gestion de cas	2	1 opérationnel	2

						1 managérial	
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Intégration opérationnelle ➔ Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle	Lien d'influence	6 sources et 10 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
				Sanitaire Établissement	0	/	/
				Médico-social	1	Managérial	1
				Social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
				Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Association (aidant…)	0	/	/
	Intégration opérationnelle ➔ Intégration culturelle	Lien d'influence	4 sources et 5 verbatim	Sanitaire Libéraux			
				Sanitaire Établissement			
				Médico-social	1	Managérial	1
				Social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Gestion de cas	1	Opérationnel	1
				Association (aidant…)			
	Coordination inter-organisationnelle et	Lien d'influence	3 sources et 4 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/

	interprofessionnelle ➔ Intégration des TIC			Sanitaire Établissement	1	Managérial	1
				Médico-social			
				Social	1	Opérationnel	1
				Gestion de cas	1	Managérial	1
				Association (aidant…)	0	/	/
	Intégration des TIC ➔ Intégration opérationnelle	Lien d'influence	15 sources et 17 verbatim	Sanitaire Libéraux	5	Opérationnels	0
				Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3
				Médico-social	1	Managérial	1
				Social	4	Opérationnels	4
				Gestion de cas	2	Opérationnels	2
				Association (aidant…)	0	/	/
Les liens inter dimensions d'un même concept : Modularité de l'offre de services	Interfaces ➔ Processus de spécification du package de services de santé	Lien d'influence	28 sources et 61 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	7	5 opérationnels 2 managériaux	7
				Médico-social	4	1 opérationnel 3 managériaux	4
				Social	6	3 opérationnels 3 managériaux	6
				Gestion de cas	3	Opérationnels	3

				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
Les liens intra dimension d'un même concept (CPM de services) : Gestion de la continuité de délivrance de services de santé	Gestion de la continuité informationnelle ➔ Gestion de la continuité managériale	Lien d'influence	11 sources et 13 verbatim	Sanitaire Libéraux	2	Opérationnels	0
				Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3
				Médico-social	0	/	/
				Social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Gestion de cas	3	Opérationnels	3
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
Les liens intra dimension d'un même concept (CPM de services) : Conception robuste des processus flexibles	Types d'automatisation flexible ➔ pensée modulaire au niveau de la conception des processus	Lien d'influence	11 sources (dont une source secondaire) et 15 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
				Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3
				Médico-social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Social	2	1 opérationnels 1 managériaux	2
				Gestion de cas	2	2 opérationnels	2
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
Les liens inter dimensions d'un même	Gestion de la continuité de délivrance de services	Lien d'influence	24 sources et 51 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnels	2

concept : CPM de services de santé	de santé ➔ Identification des réponses aux besoins d'usagers			Sanitaire Établissement	5	4 opérationnels 1 managérial	5
				Médico-social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
				Social	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
				Gestion de cas	3	Opérationnels	3
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Développement de l'espace de solutions ➔ Modularité de processus (conception robuste des processus flexible)	Lien d'influence	3 sources et 3 verbatim	Sanitaire Libéraux			
				Sanitaire Établissement	2	2 managériaux	2
				Médico-social			
				Social	1	Opérationnel	1
				Gestion de cas			
				Association (aidant…)			
	Conception robuste des processus flexible ➔ Identification des	Lien d'influence	11 sources (dont deux sources secondaires) et 15 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
				Sanitaire Établissement	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
				Médico-social	1	Managérial	1
				Social	1	Opérationnel	1

	réponses aux besoins d'usagers			Gestion de cas	2	Opérationnels	2
				Association (aidant…)	0	/	/
Les liens inter dimensions entre les concepts : SCI de services de santé et CPM de services de santé	Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle (**intégration organisationnelle)** ➔ **Développement de l'espace de solutions**	Lien d'influence	9 sources (dont une source secondaire) et 11 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
				Sanitaire Établissement	2	2 managériaux	2
				Médico-social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
				Social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Gestion de cas	1	Opérationnel	1
				Association (aidant…)			
	Types de partenariats et d'accords partenariaux formalisés (**coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle**) ➔ **Identification des réponses aux besoins d'usagers**	Lien d'influence	19 sources (dont une source secondaire) et 25 verbatim	Sanitaire Libéraux	5	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	4	2 opérationnels 2 managériaux	4
				Médico-social	4	1 opérationnel 3 managériaux	4
				Social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
				Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	
				Association (aidant…)	0	/	/

	Intégration opérationnelle ➔ **Identification des réponses aux besoins d'usagers**	Lien d'influence	24 sources et 42 verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	1
				Sanitaire Établissement	7	5 opérationnels 2 managériaux	7
				Médico-social	4	1 opérationnel 3 managériaux	4
				Social	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
				Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Types de standards développés (**Intégration opérationnelle**) = Types d'automatisation flexible (**Conception robuste des processus flexibles)**	Equivalent à	13 sources (dont une source secondaire) et 14 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
				Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3
				Médico-social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Social	4	1 opérationnels 3 managériaux	4
				Gestion de cas	2	2 opérationnels	2
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Intégration des TIC ➔	Lien d'influence	22 sources et 28 verbatim	Sanitaire Libéraux	6	Opérationnels	1
				Sanitaire	7	5 opérationnels	7

	Gestion de la continuité de délivrance des services de santé			Établissement		2 managériaux	
				Médico-social	2	Managériaux	2
				Social	3	Opérationnels	3
				Gestion de cas	3	Opérationnels	3
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Intégration opérationnelle ➔ **Gestion de la continuité de délivrance des services de santé**	Lien d'influence	21 sources et 39 verbatim	Sanitaire Libéraux	5	Opérationnels	1
				Sanitaire Établissement	8	5 opérationnels 3 managériaux	8
				Médico-social	2	Managériaux	2
				Social	1	Opérationnel	1
				Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
Les liens inter dimensions entre les concepts : la modularité de prestation de services de santé et la CPM de services de santé	Continuité relationnelle (**Gestion de la continuité de délivrance de services de santé)** ➔ Evaluation continue des besoins (**Interface variété flux d'info)**	Lien d'influence	24 sources et 41 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	5	4 opérationnels 1 managérial	5
				Médico-social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
				Social	5	3 opérationnels 2 managériaux	5
				Gestion de cas	3	Opérationnels	3
				Association	1	Opérationnel	1

				(aidant…)			
	Interfaces ➔ **Identification des réponses aux besoins d'usagers**	Lien d'influence	33 sources et 62 verbatim	Sanitaire Libéraux	9	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	9	6 opérationnels 3 managériaux	9
				Médico-social	4	1 opérationnel 3 managériaux	4
				Social	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
				Gestion de cas	3	Opérationnels	3
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Outils communs d'évaluation multidimensionnelle pour l'orientation (**Interface variété flux d'info)** = Types d'automatisation flexible (**Conception robuste des processus flexibles)**	Equivalent à	13 sources (dont une source secondaire) et 13 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
				Sanitaire Établissement	3	2 opérationnels 1 managérial	3
				Médico-social	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Social	4	1 opérationnels 3 managériaux	4
				Gestion de cas	2	2 opérationnels	2
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Interfaces	Lien d'influence		Sanitaire Libéraux	6	Opérationnels	1

	➔ **Gestion de la continuité de délivrance de services de santé**		24 sources et 48 verbatim	Sanitaire Établissement	8	5 opérationnels 3 managériaux	8
				Médico-social	2	Managériaux	2
				Social	4	3 opérationnels 1 managérial	4
				Gestion de cas	3	Opérationnels	3
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
Les liens inter dimensions entre les concepts : la modularité de prestation de services de santé et la SCI de services de santé	Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle (**Intégration organisationnelle**) ➔ **Interfaces**	Lien d'influence	27 sources (dont une source secondaire) et 66 verbatim	Sanitaire Libéraux	4	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	6	3 opérationnels 3 managériaux	6
				Médico-social	6	2 opérationnels 4 managériaux	6
				Social	7	4 opérationnels 3 managériaux	7
				Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Intégration des TIC = SIP informatisé et non informatisé	Equivalent à	26 sources et 41 verbatim	Sanitaire Libéraux	7	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	7	5 opérationnels 2 managériaux	7
				Médico-social	2	Managériaux	2
				Social	5	3 opérationnels	5

	(**Interface cohérence variété flux d'info**)					2 managériaux	
				Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Types de standards développés pour la connexion et simplification des processus (**Intégration opérationnelle**) = **Interfaces**	Equivalent à	26 sources (dont une source secondaire) et 46 verbatim	Sanitaire Libéraux	4	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	8	5 opérationnels 3 managériaux	8
				Médico-social	4	1 opérationnel 3 managériaux	4
				Social	5	2 opérationnels 3 managériaux	5
				Gestion de cas	3	2 opérationnel 1 managérial	3
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Modes de travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (**Intégration opérationnelle**) =	Equivalent à	24 sources et 61verbatim	Sanitaire Libéraux	3	Opérationnels	1
				Sanitaire Établissement	6	Opérationnels	6
				Médico-social	4	2 opérationnels 2 managériaux	4
				Social	6	3 opérationnels 3 managériaux	6
				Gestion de cas	4	3 opérationnels	4

	Réunion de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire (**Interface variété flux d'informations**)					1 managérial	
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Vision globale vis-à-vis des besoins des usagers (**Intégration opérationnelle)** + Evaluation continue des besoins (**Interface variété flux d'info**)	Lien d'association	16 source et 25 verbatim	Sanitaire Libéraux	4	Opérationnels	2
				Sanitaire Établissement	4	Opérationnels	4
				Médico-social	1	1 managérial	1
				Social	3	1 opérationnel 2 managériaux	3
				Gestion de cas	3	Opérationnels	3
				Association (aidant…)	1	Opérationnel	1
	Vision globale vis-à-vis des besoins des usagers (**Intégration opérationnelle**) ➔ **Interfaces**	Lien d'influence	19 sources et 20 verbatim	Sanitaire Libéraux	5	Opérationnels	3
				Sanitaire Établissement	4	3 opérationnels 1 managérial	4
				Médico-social	4	1 opérationnel 3 managériaux	4
				Social	3	2 opérationnels 1 managérial	3
				Gestion de cas	1	Opérationnel	1
				Association (aidant…)	2	1 opérationnel 1 managérial	2

	Réunion de concertation pluriprofessionnelle (**Interface variété flux d'info**) + Implication des usagers dans leur propre prise en charge (**Intégration opérationnelle**)	Lien d'association	5 sources et 5 verbatim	Sanitaire Libéraux	0	/	/
				Sanitaire Établissement	1	Opérationnel	1
				Médico-social			
				Social	1	Opérationnel	1
				Gestion de cas	3	2 opérationnels 1 managérial	3
				Association (aidant…)	0	/	/
	Rôle des acteurs réticulaires dans la coordination de prise en charge (**Intégration opérationnelle**) ➔ **Interfaces**	Utilisation / lien d'influence	16 sources et 25 verbatim	Sanitaire Libéraux	1	Opérationnels	0
				Sanitaire Établissement	3	Opérationnels	3
				Médico-social	4	2 opérationnels 2 managériaux	4
				Social	4	2 opérationnels 2 managériaux	4
				Gestion de cas	4	3 opérationnels 1 managérial	4
				Association (aidant…)	0	/	/
dépendance de sentier : l'ordre de réalisation de la SCI et de la modularité dans le développement de la CPM en santé			4 sources et 4 verbatim	Sanitaire Libéraux			

		Sanitaire Établissement	2	1 opérationnel 1 managérial	2
		Médico-social			
		Social			
		Gestion de cas	2	1 opérationnel 1 managérial	2
		Association (aidant…)			

Annexe 14 : trois extraits des trois entretiens codés

Extrait 1 : illustration du codage associé à la SCI de services de santé ainsi qu'aux autres concepts et les relations entre les concepts

Acteur interviewé : directrice réseau de santé croisée / face à face / 118 min

Chercheur : d'accord, du coup, est-ce qu'il existe des moyens développés ensemble pour améliorer la prise en charge des usagers ?

Interviewé : Alors, nous, on crée des partenariats, on va voir nos partenaires en individuel, après, il y en a toujours des nouveaux, c'est là où on les découvre parfois lors des réunions, des forums, on participe à tout ce qui se passe au terrain, on essaie d'être vraiment présent. Vous voyez, les réunions informelles ou formelles. Par exemple, le pôle info sénior fait des réunions, la MAIA a des projets, on va travailler avec eux. On est au comité du GCS PGAM, parcours gérontologique dans l'agglomération marseillaise, je fais partie du comité directeur, un comité restreint. Donc, on fait partie comme ça des comités, donc, ça, on est presqu'au niveau institutionnel, niveau coordination, ici. Et puis, après on est aussi sur le terrain, quand tous les mois, il y a une réunion avec les acteurs de tel centre, on est là aussi. Donc, on est là à différents niveaux.

Types/accords de partenariat (coordination inter-orga et interprofessionnelle)

Types d'activités collectives développées (coordination inter-orga et interprofessionnelle)

Types d'activités collectives développées → Type/accord de partenariat

Donc, on a présence sur des forums, on a la présence de veille territoriale localement sur des petites réunions qui existent, et puis, nous, on organise des réunions de formation, alors, très techniques en petit groupe avec les soignants ou les acteurs sociaux, donc, ce que je vous disais, soit sur le repérage avec les acteurs sociaux ; avec les soignants, ça sera plutôt sur le diabète ou l'éducation thérapeutique, je dis diabète parce qu'il y a beaucoup de personnes âgées, et aussi le parcours. Par exemple, on fait un parcours diabète, la modélisation du parcours, qui téléphone, comment, dans quel délai. Et puis, on fait des réunions plus gros, moins technique, simplement, là c'est plutôt 100 personnes, alors que les précédents, c'est plutôt 10 ou 12 personnes. Les gros réunions, c'est pour que les gens se connaissent, se rencontrent, et on tombe un peu dans la même chose, et on connait tous un peu près la même chose, mettre à niveau un peu le territoire. Donc, il y a toujours cette vocation de monter en compétence le territoire, pas nous, de nous substituer au territoire. Vous voyez, on est une toute petite équipe de coordination. Alors, les acteurs sociaux, c'est moins notre rôle, mais on est en lien pour qu'on tisse du partenaire ville-hôpital, et sanitaire-social. Et en revanche, on a une gros action sur tout ce qui est professionnel de santé, donc, on est un gros relais vers les professionnels de santé. Dans un sens comme dans l'autre, notamment, avec le monde libéral, parce qu'ils sont pas en connexion avec tout ce qui est social. Ils ne sont pas toujours en connexion avec le milieu hospitalier, et donc, à travers du réseau, on essaie de les mettre en connexion avec ces différents mondes. Donc, c'est pour ça qu'on a ces actions d'information pluriprofessionnelles, une fois par trimestre un peu près, où ils viennent, on a un peu près une centaine de personnes, on fait ça sur différents thématiques, différents lieux pour qu'on ait le même discours, et ces mêmes formations là.

Identification des réponses aux besoins

Types d'activités collectives développées → Identification des réponses aux besoins

Types d'activités collectives développées (coordination inter-orga et interprofessionnelle)

Lignes de communication établies (Interface)

Types d'activités collectives développées → Lignes de communication établies

Types/accords de partenariat (coordination inter-orga et interprofessionnelle)

Lignes de communication établies (Interface)

Types d'activités collectives développées → Lignes de communication établies

Types d'activités collectives développées (coordination inter-orga et interprofessionnelle)

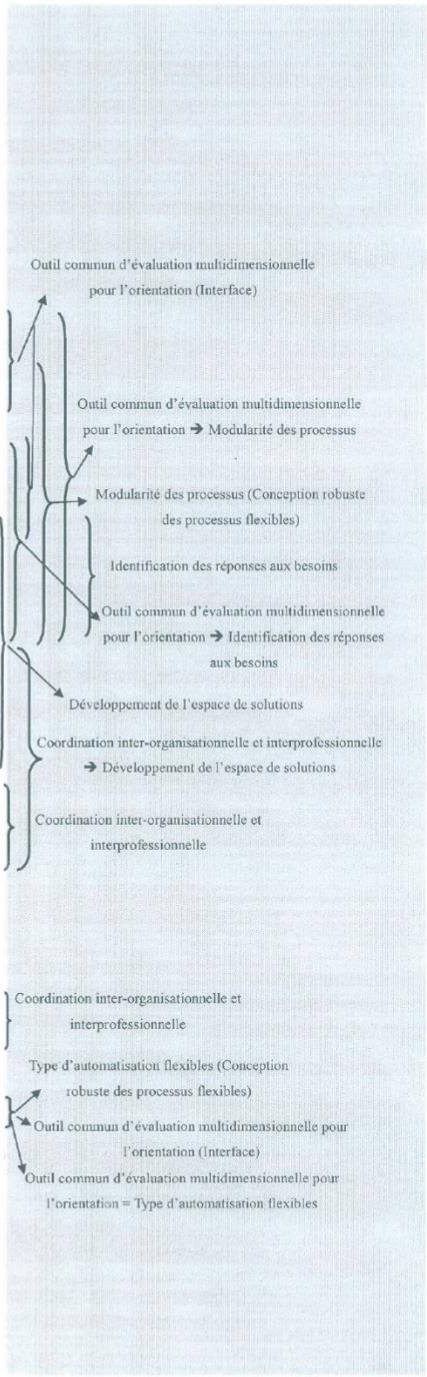
Extrait 2 illustration du codage associé au CPM de services de santé ainsi qu'aux autres concepts et les relations entre les concepts

Acteur interviewé : directeur réseau de santé Ilhup / face à face / 32 min

Interviewé : Ça c'est autre chose, ça c'est la grille AGRAFPA, c'est la grille qui est utilisée au niveau des urgences pour repérer si la personne de plus de 75 ans est en risque de rehospitalisation à un mois ou pas. Et cette grille, on l'a mise sur le terminal des urgences des hôpitaux, toutes les personnes âgées qui passent, on leur met systématiquement cette grille. Et dans le cadre de projet ANAP "filière de soins", on construit une filière derrière. La grille en elle-même, elle sert à repérer la fragilité, maintenant, on construit un parcours derrière. On l'a testé pendant un mois, on a eu 139 alertes. Cette grille est intégrée dans l'outil informatique, terminal des urgences, qui sert à récupérer des informations. Et en fonction du score obtenu, on va mettre des personnes en face, on va travailler là-dessus : qui on met en face pour graduer la réponse. 1- 3, c'est pas une situation très compliquée, un infirmier libéral peut gérer ça. 4, c'est un cas un peu plus lourd, c'est l'équipe qui se déplace, parce qu'il y a des problématiques qui nécessite d'une intervention pluriprofessionnelle avec un médecin, un infirmier, un psychologue, ou peut-être un ergothérapeute. Nous, on va travailler là-dessus, c'est très important. C'est à dire à l'instant T, je ne sais pas quand est-ce que je veux devoir faire intervenir l'équipe complète ou pas, je ne sais pas. Derrière, on sait qu'on a des alertes qui vont être enclenchés, après, il va falloir tester qui je veux faire intervenir, sur quel délai, ce genre de choses, quelle va être ma réactivité. Derrière, il y a un énorme flux de patients à gérer. Ca, c'est en cours de construction. Pour l'instant, dans le cadre du projet ANAP, on la fait intra-hospitalier. Moi, j'attends une validation par l'ARS pour que je puisse réorganiser le GCS, et continuer là-dessus. Donc, en janvier, on a une réunion pour remettre à plat les choses et structurer tout le parcours derrière

Chercheur : Du coup, comme ça va concerner forcément les professionnels libéraux, est-ce que vous avez déjà travaillé avec eux ? Il y a eu des réunions ?

Interviewé : Pour l'instant, dans le cadre du projet ANAP, on a eu plusieurs réunions qui ont été faites sur la volonté de repérage et des actions, et après, ça va être lancée courant de l'année 2018. Moi, au niveau du GCS, on a bien compris qu'une personne âgée fragile, elle passera un jour ou l'autre par les urgences. Donc, à partir de là, on utilise ce point d'entrée, et à partir de là, on a testé d'une grille sur le terminal d'urgence qui génère automatiquement des alertes, ces alertes sont pour l'instant traités à l'hôpital, donc on basculera sur la ville.



Extrait 3 illustration du codage associé à la prestation modulaire de services de santé ainsi qu'aux autres concepts et les relations entre les concepts

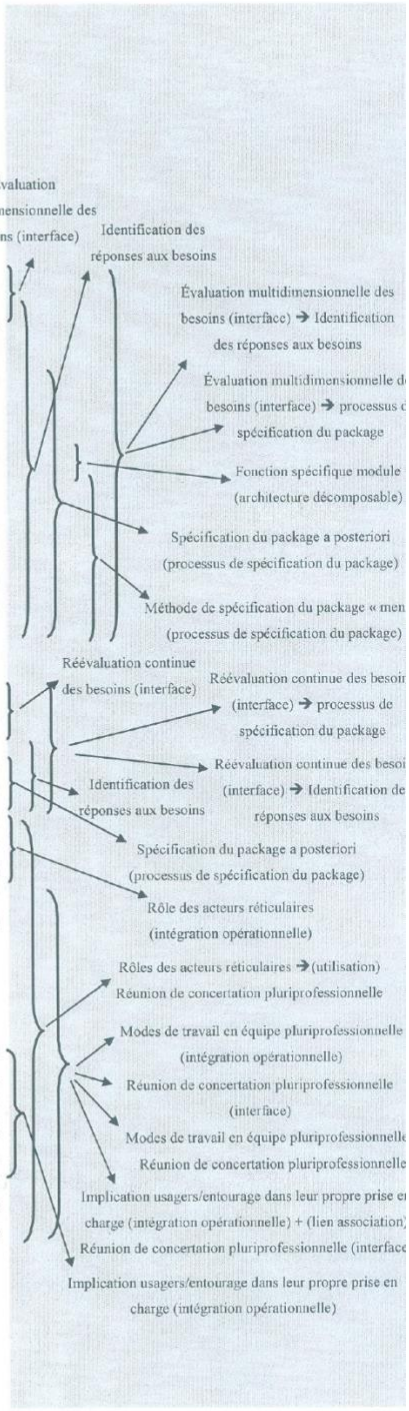
Acteur interviewé : gestionnaire de cas A.L / face à face / 66 min

Interviewé : Là pareil, l'évaluation multidimensionnelle avait permis de remarquer qu'il y avait un dispositif d'aide et de soins qui n'était pas du tout adapté à leurs besoins et qui avait un besoin de suivi et d'accompagnement dans le parcours de santé. Les médicaments n'étaient pas pris comme il fallait ou n'importe comment, ou étaient souvent oubliés. Donc il y a eu une montée en charge par contre assez progressive et en escalier depuis le départ de cette prise en charge. Il y a une infirmière qui a été mise en place une fois par jour, progressivement tous les jours, puis deux fois par jour, au départ pour les constantes et les médicaments et puis après pour l'aide à la toilette, l'habillage etc…etc… Donc une montée en charge progressive. Pour Madame, je me suis fait identifiée auprès du psychiatre, sur le plan du cardiologique, il y a un suivi qui a été aussi revu. Je l'ai orientée sur des consultations d'ostéoporose parce qu'elle avait des fractures vertébrales, j'ai mis en place un kinésithérapeute trois fois par semaines en cabinet, mis en place un service d'aide à domicile avec, pareil, une montée en charge progressive. Un plan d'aide APA pour Madame, un plan d'aide APA pour Monsieur, et puis là, je suis en train de mettre en place de l'accueil de jour.

Alors ce qui est marquant dans cette situation, en fait, il y a eu un besoin de réévaluation permanente dans cette situation et qui est constante depuis le départ de la prise en charge. Il y a une aggravation des troubles cognitifs, en particulier de Monsieur, donc en fait, si tu veux, l'adaptation du système d'aide et de soins est à revoir constamment, parce que cette dégradation est de plus en plus importante et elle impacte de plus en plus le quotidien ; ça veut dire qu'il a fallu faire le lien avec les enfants, la famille, faire le lien avec les professionnels, il y avait des interférences entre le médecin et en particulier la belle fille et Madame mais aussi avec les autres professionnels, donc il y avait la nécessité de faire une réunion pluridisciplinaire. Il y a eu une réunion qui a été faite, qui a été organisée, qui a été mise en place, qui a donné lieu avec un compte rendu avec des objectifs de prise en charge

Chercheur : Pourquoi cette réunion pour quel objectif ?

Interviewé : Donc, là il y a eu un compte rendu de réunion de concertation, donc là était présent : le service d'aide à domicile, l'équipe spécialisée d'Alzheimer, l'infirmière libérale et Monsieur et Madame A, qui étaient le fils et la belle fille. Cette diffusion a été faite au médecin généraliste, l'ESA, le frère, l'infirmière et l'association. Donc l'ordre du jour, c'était de faire le point sur la situation du couple, les difficultés rencontrées, les axes d'améliorations. Il y a eu un tour de table des intervenants, on a fait le constat des difficultés qu'il y avait au domicile et puis les points ont été discutés. Il y a des actions qui ont été décidées avec des échéances, des actions à entreprendre avec des échéances pour que les choses s'améliorent.



Annexe 15 : le programme de l'éducation thérapeutique « Diabète de type 2 »

Source : http://www.sante-croisee.fr/maladies-chroniques/diabete-type-2/

Annexe 16 : le programme de l'éducation thérapeutique « activité physique adaptée »

Toutes les actions que vous mènerez sont proposées suite à un entretien individuel réalisé au sein de l'association. Vous bénéficierez ensuite des séances collectives.

VOTRE PROGRAMME ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

OBJECTIFS

- Pour être **moins essoufflé** à l'effort, dans les déplacements et dans les activités de la vie quotidienne...
- Pour **bouger à nouveau** tout en reprenant du plaisir...
- Pour **prendre sa santé en main** sans bouleverser ses habitudes...

DÉROULEMENT

Entretien individuel avec un éducateur médico-sportif en activité physique adaptée pour faire le point ensemble.

Programme de 11 séances (4 mois) avec :

- 9 séances de gymnastique en salle, de marche adaptée ou de marche nordique adaptée. Séances de 1h30 chaque semaine.
- 2 séances passerelles dans des clubs sportifs adaptés pour pouvoir continuer une pratique régulière.

Pensez au certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activité physique adaptée.

Un suivi en continu permettra d'ajuster votre programme. N'hésitez pas à échanger avec votre médecin sur ce programme.

TOUS LES ATELIERS ET ACTIVITÉS SONT DÉJÀ PRIS EN CHARGE.
Vous ne payez rien.

en partenariat avec

ars — Département Bouches-du-Rhône — L'Assurance Maladie

Source :http://www.sante-croisee.fr/wordpress/wp-content/uploads/2016/05/Plaquette-APA-Sante-Croisee.pdf

Annexe 17 : les relations identifiées entre l'intégration opérationnelle et les interfaces

<table>
<tr><th colspan="2">Relations identifiées et nature des relations</th><th>Verbatim</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Intégration opérationnelle

➔
(utilisation, association, lien d'influence)

Interfaces</td><td>Vision globale vis-à-vis des besoins des usagers (Intégration opérationnelle)

+ (Lien d'association)

Evaluation continue des besoins (Interface variété flux d'info)</td><td>Il y a deux trois semaines de cela, Fernande (pseudonyme du patient) a reçu un relevé de compte, dont nous on ne s'occupe pas en tant qu'infirmière, tout ce qui est financier du patient parce que sinon ça devient trop délicat vous comprenez, néanmoins de temps en temps pour les personnes qui sont âgées ou qui ont des difficultés, on jette un œil pour s'assurer qu'il n'y a pas eu de souci, que tout se passe bien. (Infirmière libérale S.I)

On a déjà eu des infirmières qui nous appellent parce que le patient qu'on suit ça va pas, il a des difficultés et du coup on prévoit une hospitalisation en urgence pour palier soit un problème médical, soit des fois une difficulté sociale, le patient n'arrive plus d'un seul coup à être seul au domicile, des choses comme ça. (Gériatre S.B, CGD)

Au cours de ces visites ils vont parfois être témoins de situation alarmante plus ou moins alarmante, que ce soit des questions liées à l'habitat, à la santé, à l'accès aux droits, ou ça peut être des maltraitances, enfin plein de situation et quand ils sont témoins de ces situations, ils ont plusieurs interlocuteurs. (Coordinatrice sociale, Petits frères des pauvres)</td></tr>
<tr><td>Vision globale vis-à-vis des besoins des usagers (Intégration opérationnelle)

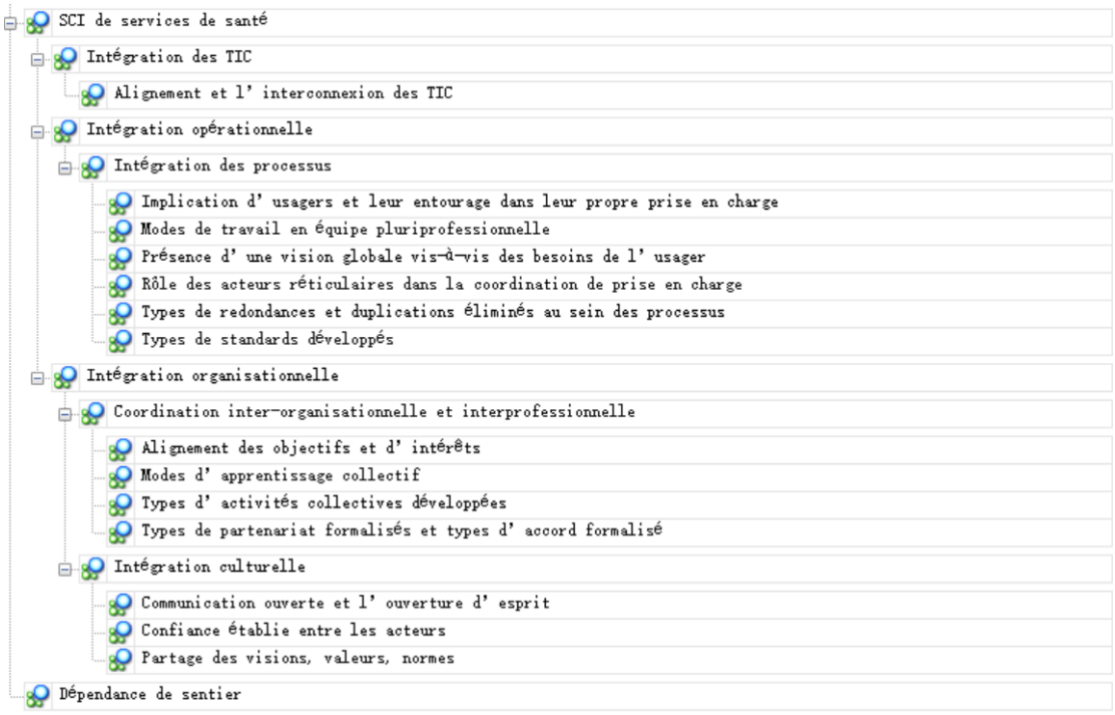
➔ (lien d'influence)

Interfaces</td><td>Après, j'essaie de temps en temps d'avoir toujours des contacts un peu avec tout le monde, pour éviter justement de se retrouver tout seul, et de ne pas savoir quoi faire. (Infirmier libéral D.D)

alors peut-être ce qui serait pas mal de faire, ça serait que, comment dire, pour les personnes qui commencent à travailler dans le libéral et qu'ils veulent le faire de manière correcte, pour une prise en charge globale du patient, pas se limiter à des toilettes et à donner des médicaments…de mettre les moyens que l'infirmière pourrait avoir, justement, pour être aidée si elle rencontre des difficultés sur la prise en charge d'un patient… Des numéros de téléphone utiles, des assistantes sociales, des gestionnaires de cas, les pôles séniors, pour nous informe, oui, en tant qu'infirmière qu'on peut se reposer ou faire intervenir telle personne et telle personne, s'occuper d'autre chose que de cas médical. (Infirmière libérale S.I)</td></tr>
</table>

	Rôle des acteurs réticulaires dans la coordination de prise en charge (**Intégration opérationnelle**) ➔ (utilisation, lien d'influence) **Interfaces**	*En général, bon, c'est à notre initiative et on organise donc une réunion avec tous les professionnels du domicile de la personne…parce que dans ces situations complexes, on est souvent dans des croisements de compétences, c'est pas qu'une problématique d'aide à la toilette, c'est souvent l'aide à la toilette, mais si la personne n'est pas encore réveillée, si elle n'a pas déjeuné, est ce qu'il faut qu'elle déjeune avant, est ce que l'aide à domicile doit peut être changer son horaire de passage, ça va être des fois des réponses comme ça qui peuvent être trouvées de façon collective, en fait.* (Gestionnaire de cas A.A) *C'est grâce à la gestionnaire de cas. Parce qu'en fait, dans ce cas-là, j'ai l'impression que c'est elle qui gère un petit peu l'ensemble des intervenants. Et c'est elle, en fonction du planning, qui essaie de mettre en place des RDVs pour que justement par exemple, quand je vais chez le patient, pour être sûr que le kiné ne vient pas en même temps que moi.* (Orthophoniste) *Ca était notre travail de début, de coordonner les différents acteurs du maintien à domicile, c'était aussi une priorité. C'est là qu'on va dire il faut que l'infirmière vienne avant 8h00, parce que le monsieur s'en va à 8h00 pour faire les courses, il part toute la journée. Ça arrive toujours.* (Responsable de coordination, pôle info séniors Est)
	Réunion de concertation pluriprofessionnelle (**Interface variété flux d'info**) + (Lien d'association) Implication des usagers dans leur propre prise en charge (**Intégration opérationnelle**)	*Quand les gestionnaires de cas font des réunions, des fois, ils invitent la famille, parce que la famille fait partie de l'équipe, même s'ils sont pas professionnels, ils font partie de l'équipe et ils participent du maintien au domicile.* (Pilote de la gestion de cas) *On a fait une réunion de concertation assez récemment, parce qu'il y avait un problème avec la tutrice…Alors, la tutrice en l'occurrence, il se trouve c'est une tutrice remplaçante. Donc, elle arrivait, elle a eu la fille au téléphone, ça s'est pas bien passé. La fille l'a appelé pour lui dire il y a un problème de chauffage, bon, elle a été mal reçue. Donc, la fille m'a appelé pour me le dire, j'ai dit :"écoutez, c'est l'occasion, on va essayer de faire une réunion tous ensemble."* (Infirmière coordinatrice, réseau de santé gérontologique nord)

Annexe 18 : l'arbre de codage hiérarchique extrait de NVIVO


SCI de services de santé
Intégration des TIC
Alignement et l' interconnexion des TIC
Intégration opérationnelle
Intégration des processus
Implication d' usagers et leur entourage dans leur propre prise en charge
Modes de travail en équipe pluriprofessionnelle
Présence d' une vision globale vis-à-vis des besoins de l' usager
Rôle des acteurs réticulaires dans la coordination de prise en charge
Types de redondances et duplications éliminés au sein des processus
Types de standards développés
Intégration organisationnelle
Coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle
Alignement des objectifs et d' intérêts
Modes d' apprentissage collectif
Types d' activités collectives développées
Types de partenariat formalisés et types d' accord formalisé
Intégration culturelle
Communication ouverte et l' ouverture d' esprit
Confiance établie entre les acteurs
Partage des visions, valeurs, normes
Dépendance de sentier

Liste des figures

Figure 1	Evolution de la population des personnes âgées de respectivement 60, 75 et 85 ans ou plus	8
Figure 2	Cadre théorique et conceptuel mobilisé pour étudier les relations entre les concepts clés dans le contexte de la santé	15
Figure 3	Présentée ci-dessous illustre le design de notre recherche (adapté de Giroux,2003)	17
Figure 4	Le chemin de la thèse	21
Figure 5	Les liens identifiés parmi ces concepts clés dans la littérature	79
Figure 6	Un aperçu général de la RBV	81
Figure 7	Un exemple de la décomposition des services de santé fournis dans un centre de santé mentale	103
Figure 8	Un exemple de supply chain santé destinée à un patient diabétique	111
Figure 9	Rainbow Model of Integrated Care	122
Figure 10	Le modèle d'analyse conceptuel	149
Figure 11	Le processus de recherche décomposé en quatre étapes principales	152
Figure 12	Les modes de raisonnement et connaissance scientifique	160
Figure 13	Trois modes de conduite d'une étude de cas	167
Figure 14	L'arbre de décision pour le choix des modes de conduite de l'étude de cas	168
Figure 15	Les types de conception de l'étude de cas	171
Figure 16	La tendance du vieillissement de la population de 2000 à 2050 dans le monde entier	176
Figure 17	La couverture du territoire national par les dispositifs MAIA	179
Figure 18	Le processus et les outils du guichet intégré	182
Figure 19	Les MAIA, une constellation d'acteurs centrée bénéficiaires	184
Figure 20	La démarche itérative	213
Figure 21	Les principales étapes de l'analyse de contenu	227
Figure 22	Les relations identifiées entre les différentes dimensions de la CPM de services de santé	260
Figure 23	Illustration de l'architecture de l'offre de services de santé destinée aux personnes âgées	266
Figure 24	Processus de spécification du package de services de santé	280
Figure 25	Les liens identifiés entre les dimensions de la SCI de services de santé	322
Figure 26	Le panorama des relations identifiées entre la SCI de service de santé et la CPM de services de santé	339
Figure 27	Les influences exercées par la coordination inter-organisationnelle et interprofessionnelle sur le développement de la CPM de services de santé via la mise en œuvre des interfaces	364
Figure 28	L'interdépendance entre l'intégration opérationnelle et la prestation modulaire de services de santé dans le développement de la CPM de services de santé	366
Figure 29	La dépendance de sentier associée au développement de la CPM de services de santé identifiée sur le terrain	376

Liste des tableaux

Tableau 1	Les définitions clés de la SCI	40
Tableau 2	La synthèse des différentes dimensions de SCI étudiés dans la littérature	43
Tableau 3	Les dimensions de la SCI les plus mobilisées	44
Tableau 4	Le processus d'identification des références clé étudiant les relations entre les trois concepts étudiés	70
Tableau 5	La comparaison de l'occurrence des liens de causalité et d'influence identifiés entre les concepts clé	73
Tableau 6	La typologie d'interfaces destinée à la prestation modulaire de services de santé	105
Tableau 7	La comparaison des dimensions de l'intégration dans les deux champs de littérature : SCM et management de la santé	123
Tableau 8	La synthèse des concepts clés, des dimensions et des indicateurs associés	141
Tableau 9	Les différents cadres épistémologiques contemporains	155
Tableau 10	La différence entre les trois modes de conduite d'une étude de cas	167
Tableau 11	Les liens sous jacents entre le déploiement des trois mécanismes MAIA et le développement des différentes capacités de PM de services de santé	185
Tableau 12	L'exemple de liens sous jacents entre les outils MAIA et les différentes catégories d'interfaces	189
Tableau 13	Le format de la prise de note	195
Tableau 14	Les concepts/dimensions/indicateurs associés au deuxième thème du guide	201
Tableau 15	Les répondants visés en fonction des thèmes du guide d'entretien	207
Tableau 16	La classification des cas à sélectionner en fonction de différentes périodes de déploiement de la MAIA Marseille	211
Tableau 17	Le bilan de participation des services aux ateliers thématiques MAIA	220
Tableau 18	La catégorisation des interviewés en fonction de la complexité des cas pris en charge	222
Tableau 19	La catégorisation des entretiens réalisés en fonction des différents secteurs du système de santé	225
Tableau 20	La grille de codage hiérarchique (les caractères en gras sont des codes émergeants)	230
Tableau 21	Les tactiques utilisées pour répondre aux critères de qualité pour la méthode des cas	234 3
Tableau 22	Liste des codes associés à la dimension identification des réponses aux besoins d'usagers	240
Tableau 23	Liste des codes associés à la dimension développement de l'espace de solutions	242
Tableau 24	L'analyse du statut des interviewés pour le code « développement de l'espace de solution »	244
Tableau 25	Liste des codes associés à la dimension conception robuste des processus flexibles	245

Tableau 26	L'analyse du profil des répondants pour la question d'adoption de l'outil commun d'évaluation MAIA	248
Tableau 27	Liste des codes associés à la dimension gestion de la continuité de délivrance des services de santé	253
Tableau 28	Liste des codes associés à la dimension architecture décomposable	264
Tableau 29	Liste des codes associés à la dimension interfaces	267
Tableau 30	La présentation des interfaces identifiées en fonction de leurs catégories d'appartenance	276
Tableau 31	Liste des codes associés à la dimension processus de spécification du package de services de santé	277
Tableau 32	Le processus de spécification du package de services de santé et les interfaces associés	283
Tableau 33	Liste des codes associés à la dimension intégration organisationnelle	291
Tableau 34	L'analyse du statut des interviewés pour le code « activités collectives développées »	296
Tableau 35	Liste des codes associés à la dimension intégration des TIC	303
Tableau 36	L'analyse du profil des répondants pour la question d'adoption d'un SIP informatisé MAIA	306
Tableau 37	Liste des codes associés à la dimension intégration opérationnelle	307
Tableau 38	Les standards développés contribuant à l'intégration des processus de prise en charge	313

Bibliographie :

Abdulsalam, Y., Gopalakrishnan, M., Maltz, A., & Schneller, E. (2015). Health Care Matters: Supply Chains In and Of the Health Sector. *Journal of Business Logistics*, *36*(4), 335-339.

Åhgren, B. (2003). Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*, *3*(4).

Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International journal of integrated care*, *5*(3).

Ahgren, B., & Axelsson, R. (2007). Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management*, *22*(2), 145-157.

Ahmad, S., Schroeder, R. G., & Mallick, D. N. (2010). The relationship among modularity, functional coordination, and mass customization: Implications for competitiveness. *European Journal of Innovation Management*, *13*(1), 46-61.

Allard-Poesi, F., & Maréchal, C. (2014). Construction de l'objet de recherche. In R.-A. Thiétart (Ed.), *Méthodes de recherche en management* (pp. 47–75). Paris: Dunod

ANGELE-HALGAND Nathalie et GARROT Thierry (2015), « L'intermédiation en santé ou la voie de l'intégration des soins », chapitre 10, in Catherine PARDO et Gilles PACHE (Eds.), *Commerce de gros Commerce inter-entreprises : les enjeux de l'intermédiation*, Editions EMS – Management & Société, Collection « Gestion en liberté », Caen, p. 205-222

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

Autry, C. W., Rose, W. J., & Bell, J. E. (2014). Reconsidering the supply chain integration–performance relationship: in search of theoretical consistency and clarity. *Journal of Business Logistics*, *35*(3), 275-276.

Avenier, M. J., & Gavard-Perret, M. L. (2012). Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique, in *Méthodologie de La Recherche En Sciences de Gestion* (2 e édition), Pearson, Paris, pp. 11-62.

Avenier, M. J., & Thomas, C. (2015). Finding one's way around various methodological guidelines for doing rigorous case studies: A comparison of four epistemological frameworks. *Systèmes d'information & management*, *20*(1), 61-98.

Avlonitis, V., & Hsuan, J. (2017). Exploring modularity in services: cases from tourism. *International Journal of Operations & Production Management*, *37*(6).

Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. *The International journal of health planning and management*, *21*(1), 75-88.

Bagchi, P. K., & Skjoett-Larsen, T. (2003). Integration of information technology and organizations in a supply chain. *The International Journal of Logistics Management*, *14*(1), 89-108.

Bagchi, P. K., Chun Ha, B., Skjoett-Larsen, T., & Boege Soerensen, L. (2005). Supply chain integration: a European survey. *The international journal of logistics management*, *16*(2), 275-294.

Baldwin, C.Y. and Clark, K.B. (1997), "Managing in an age of modularity", *Harvard Business Review*, Vol. 75 No. 5, pp. 84-93.

Baldwin, C.Y. and Clark, K.B. (2000), Design Rules: The Power of Modularity, Vol. 1, *MIT Press*, Cambridge, MA.

Bardes, C. L. (2012). Defining "patient-centered medicine". *New England Journal of Medicine*, *366*(9), 782-783.

Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*, *17*(1), 99-120.

Barney, J.B. (2002), *Gaining and Sustaining Competitive Advantage*, Prentice-Hall, Inc., Upper Saddle River, New Jersey

Barratt, M. (2004). Understanding the meaning of collaboration in the supply chain. *Supply Chain Management: an international journal*, *9*(1), 30-42.

Barratt, M., Choi, T. Y., & Li, M. (2011). Qualitative case studies in operations management: Trends, research outcomes, and future research implications. *Journal of Operations Management*, *29*(4), 329-342.

Bask, A., Lipponen, M., Rajahonka, M., & Tinnilä, M. (2010). The concept of modularity: diffusion from manufacturing to service production. *Journal of Manufacturing Technology Management*, *21*(3), 355-375.

Bask, A., Lipponen, M., Rajahonka, M., & Tinnilä, M. (2011). Framework for modularity and customization: service perspective. *Journal of Business & Industrial Marketing*, *26*(5), 306-319.

Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International journal of medical informatics*, *55*(2), 87-101.

Berman, B. (2002). Should your firm adopt a mass customization strategy?. *Business Horizons*, *45*(4), 51-60.

Berwick, D. M. (2009). What 'patient-centered'should mean: confessions of an extremist. *Health affairs*, *28*(4), w555-w565.

Bilan annuel de l'Assurance Maladie (2015), le site internet consulté : https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/comptes-annuels/comptes-annuels-2015.php

Bitektine, A. (2008). Prospective case study design: qualitative method for deductive theory testing. *Organizational Research Methods*, *11*(1), 160-180.

Bloch, M. A., Hénaut, L., Sardas, J. C., & Gand, S. (2011). La coordination dans le champ sanitaire et médico-social: enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Etude réalisée pour la Fondation Paul Bennetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Paris, Février 2011

Bodenheimer, Thomas, Edward H. Wagner, and Kevin Grumbach. "Improving primary care for patients with chronic illness." *Jama* 288.14 (2002): 1775-1779.

Bohmer, R. M. (2005). Medicine's service challenge: blending custom and standard care. *Health care management review*, *30*(4), 322-330

Bowersox, D. J., Closs, D. J., & Stank, T. P. (2000). Ten mega-trends that will revolutionize supply chain logistics. *Journal of business logistics*, *21*(2), 1.

Braunscheidel, M. J., Suresh, N. C., & Boisnier, A. D. (2010). Investigating the impact of organizational culture on supply chain integration. *Human Resource Management*, *49*(5), 883-911

Brax, S. A., Bask, A., Hsuan, J., & Voss, C. (2017). Service modularity and architecture–an overview and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, *37*(6), 686-702.

Brown, S., & Bessant, J. (2003). The manufacturing strategy-capabilities links in mass customisation and agile manufacturing–an exploratory study. *International Journal of Operations & Production Management*, *23*(7), 707-730.

Brunn, M., & Chevreul, K. (2013). Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé publique*, *25*(1), 87-94.

Brusoni, S. and Prencipe, A. (2001), "Unpacking the black box of modularity: technologies, products and organizations", *Industrial and Corporate Change*, Vol. 10 No. 1, pp. 179-205.

Cabigiosu, A., & Camuffo, A. (2017). Measuring Modularity: Engineering and Management Effects of Different Approaches. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 64(1), 103-114.

Campagnolo, D., & Camuffo, A. (2010). The concept of modularity in management studies: a literature review. *International Journal of Management Reviews*, *12*(3), 259-283.

Caridi, M., Pero, M., & Sianesi, A. (2012). Linking product modularity and innovativeness to supply chain management in the Italian furniture industry. *International Journal of Production Economics*, *136*(1), 207-217.

Charmaz, K. (2006). Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative research. *SagePublications Ltd, London*.

Carlborg, P., Kindström, D., & Kowalkowski, C. (2014). The evolution of service innovation research: a critical review and synthesis. *The Service Industries Journal*, *34*(5), 373-398.

Chen, H., Daugherty, P. J., & Landry, T. D. (2009a). Supply chain process integration: a theoretical framework. *Journal of Business Logistics*, *30*(2), 27-46.

Chen, H., Daugherty, P. J., & Roath, A. S. (2009b). Defining and operationalizing supply chain process integration. *Journal of Business Logistics*, *30*(1), 63-84.

Choi, T. Y., & Wu, Z. (2009). Go ahead, leap: Triads and their practical and theoretical import: In response to "To leap or not to leap: Triads as arbitrary subsets of networks of connected dyads" by Anna Dubois. *Journal of Purchasing and Supply Management*, *15*(4), 269-270.

Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental health services research*, *7*(1), 5-20.

Claye-Puaux, S., Lazzeri, J., Meurier, B., & Rouquet, A. (2014). Le rôle des pivots organisationnels dans l'intégration globale des supply chains. *Logistique & Management*, *22*(3), 27-37.

CSCMP Glossary of Terms (2009), Council of Supply Chain Professionals, disponible sur http://cscmp.org/CSCMP/Educate/SCM_Definitions_and_Glossary_of_Terms/CSCMP/Educate/SCM_Definitions_and_Glossary_of_Terms.aspx?hkey=60879588-f65f-4ab5-8c4b-6878815ef921

Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, *8*(2), 38-52.

Cooke, J.A., 1997. In this issue. Supply Chain Management Review 1 (1), 3.

Cooper, M. C., & Gardner, J. T. (1993). Building good business relationships: more than just partnering or strategic alliances?. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, *23*(6), 14-26.

Cooper, M. C., Lambert, D. M., & Pagh, J. D. (1997). Supply chain management: more than a new

name for logistics. The international journal of logistics management, 8(1), 1-14.

Da Silveira, G., Borenstein, D., & Fogliatto, F. S. (2001). Mass customization: Literature review and research directions. *International journal of production economics*, *72*(1), 1-13.

Daft, R.L., 1995. Organization Theory and Design. West Publishing Company, Minneapolis.

David, A. (2000), Logique, méthodologie et épistémologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées, in David A., Hatchuel A., Laufer R. Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Vuibert, collection FNEGE.

Davis, S. M. (1989). From "future perfect": mass customizing, Planning Review 17 (2): 16–21.

Davies, J., & Joglekar, N. (2013). Supply chain integration, product modularity, and market valuation: Evidence from the solar energy industry. *Production and Operations Management*, *22*(6), 1494-1508.

De Blok, C., Luijkx, K., Meijboom, B., & Schols, J. (2010a). Improving long-term care provision: towards demand-based care by means of modularity. *BMC health services research*, *10*(1), 278.

De Blok, C., Luijkx, K., Meijboom, B., & Schols, J. (2010b). Modular care and service packages for independently living elderly. *International Journal of Operations & Production Management*, *30*(1), 75-97.

De Blok, C., Meijboom, B., Luijkx, K., Schols, J., & Schroeder, R. (2014). Interfaces in service modularity: A typology developed in modular health care provision. *Journal of Operations Management*, *32*(4), 175-189.

De Stampa, M., Vedel, I., Trouvé, H., Saint Jean, O., Ankri, J., & Somme, D. (2013). Intégration des services: obstacles et facteurs facilitant leur implantation. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *61*(2), 145-153.

De Waard, E. J., & Kramer, E. H. (2008). Tailored task forces: Temporary organizations and modularity. *International Journal of Project Management*, *26*(5), 537-546.

Devers, K. J., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Erickson, K. L. M. (1994). Implementing organized delivery systems: An integration scorecard. *Health Care Management Review*, *19*(3), 7-20.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, *83*(4), 691-729.

Doran, D., Hill, A., Hwang, K. S., Jacob, G., & Operations Research Group. (2007). Supply chain modularisation: Cases from the French automobile industry. *International Journal of Production Economics*, *106*(1), 2-11.

Doran, D., & Giannakis, M. (2011). An examination of a modular supply chain: a construction sector perspective. *Supply Chain Management: An International Journal*, *16*(4), 260-270.

Droge, C., Vickery, S. K., & Jacobs, M. A. (2012). Does supply chain integration mediate the relationships between product/process strategy and service performance? An empirical study. *International Journal of Production Economics*, *137*(2), 250-262.

Drupsteen, J., van der Vaart, T., & Pieter van Donk, D. (2013). Integrative practices in hospitals and their impact on patient flow. *International Journal of Operations & Production Management*, *33*(7), 912-933.

Dul, J., Hak, T., Goertz, G., & Voss, C. (2010). Necessary condition hypotheses in operations management. *International Journal of Operations & Production Management*, *30*(11), 1170-1190.

Duray, R., Ward, P.T., Milligan, G.W. and Berry, W.L. (2000), "Approaches to mass customization: configurations and empirical validation", *Journal of Operations Managemen*t, Vol. 18 No. 6, pp. 605-25.

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

Eisenhardt, K. M., & Martin, J. A. (2000). Dynamic capabilities: what are they?. *Strategic management journal*, 1105-1121.

ESD Architecture Committee, (2004). The Influence of Architecture in Engineering Systems. MIT Engineering Systems Monograph. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA.

Europe, W. O. N. C. A. (2002). The European definition of general practice/family medicine. *Barcelona: WONCA Europe*.

Evrard, Y., Pras, B., Roux, E., Desmet, P., Dussaix, A. M., & Lilien, G. L. (2009). *Market-Fondements et méthodes des recherches en marketing*, Paris, Dunod.

Fabbe-Costes, N. (2007). La gestion des chaînes logistiques multi-acteurs: les dimensions organisationnelles d'une gestion lean et agile. *La gestion de la chaîne logistique multi-acteur: perspective stratégique, Grenoble: PUG*.

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

Fabbe-Costes, N., Jahre, M., & Roussat, C. (2008). Supply chain integration: the role of logistics service providers. *International Journal of Productivity and Performance Management*, *58*(1), 71-91.

Fawcett, S. E., & Magnan, G. M. (2002). The rhetoric and reality of supply chain integration. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, *32*(5), 339-361.

Fawcett, S. E., Osterhaus, P., Magnan, G. M., Brau, J. C., & McCarter, M. W. (2007). Information sharing and supply chain performance: the role of connectivity and willingness. Supply Chain Management: An International Journal, 12(5), 358-368.

Feinglass, J., Norman, G., Golden, R. L., Muramatsu, N., Gelder, M., & Cornwell, T. (2018). Integrating Social Services and Home-Based Primary Care for High-Risk Patients. *Population health management*, *21*(2), 96-101.

Feitzinger, E., & Lee, H. L. (1997). Mass customization at Hewlett-Packard: the power of postponement. *Harvard business review*, *75*, 116-123.

Fisher, M. L., Hammond, J. H., Obermeyer, W. R., & Raman, A. (1994). Making supply meet demand in an uncertain world. *Harvard business review*, *72*, 83-83.

Fine, C. H. Clockspeed: winning industry control in the age of temporary advantage. 1998. *Massachusetts: Perseus Books Reading*.

Fine, C. H., Golany, B., & Naseraldin, H. (2005). Modeling tradeoffs in three-dimensional concurrent engineering: a goal programming approach. *Journal of Operations Management*, *23*(3), 389-403.

Fixson, S. K. (2005). Product architecture assessment: a tool to link product, process, and supply chain design decisions. *Journal of operations management*, *23*(3), 345-369.

Flynn, B. B., Huo, B., & Zhao, X. (2010). The impact of supply chain integration on performance: A contingency and configuration approach. *Journal of operations management*, *28*(1), 58-71.

Fogliatto, F. S., da Silveira, G. J., & Borenstein, D. (2012). The mass customization decade: An updated review of the literature. *International Journal of Production Economics*, *138*(1), 14-25.

Fredendall, L. D., Craig, J. B., Fowler, P. J., & Damali, U. (2009). Barriers to Swift, Even Flow in the Internal Supply Chain of Perioperative Surgical Services Department: A Case Study*. *Decision Sciences*, *40*(2), 327-349.

Frohlich, M. T., & Westbrook, R. (2001). Arcs of integration: an international study of supply chain strategies. *Journal of operations management*, 19 (2), 185-200.

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

Ashgate.

Galbraith, J.R. (1995). *Designing organizations: An executive briefing on strategy, structure, and process*. Jossey-Bass.

Gershenson, J.K., Prasad, G.J. & Allamneni, S. (1999). Modular product design: a life-cycle view. *Journal of Integrated Design and Process Science*, 3, pp. 13–26.

Ghoshal, S., Bartlett, C., (1995). Changing the Role of Top Management: Beyond Structure to Processes. *Harvard Business Review*, January–February, pp. 75–87.

Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Journal of Healthcare Management*, *38*(4), 467.

Gilmore, J. H., & Pine, B. J. (1997). The four faces of mass customization. *Harvard business review*, *75*, 91-101.

Gimenez, C. & Ventura, E. (2005), "Logistics-production, logistics-marketing and external integration – their impact on performance", *International Journal of Operations and Production Management,* Vol. 25 No. 1, pp. 20-38.

Girin, J. (1989), *L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations*, Communication à la journée d'étude : « La recherche-action en action et en question », AFSET, Collège de systémique, Ecole centrale de Paris, 10 mars.

Giroux, N. (2003), L'étude de cas, *in* Y. Giordano (coord.), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Edition EMS, pp. 42-84.

Gittell, J.H (2002). Coordinating mechanisms in care provider groups: Relational coordination as a mediator and input uncertainty as a moderator of performance effects. *Management Science*, *48*(11), 1408-1426.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory. 1967. *Weidenfield & Nicolson, London*, 1-19.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001a). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health care management review*, *26*(1), 56-69.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001b). Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. *Health care management review*, *26*(1), 70-84.

Gomes, P. J., & Dahab, S. (2010). Bundling resources across supply chain dyads: the role of modularity and coordination capabilities. *International Journal of Operations & Production*

Management, *30*(1), 57-74.

Grant, R. M. (1991). The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. *California management review*, *33*(3), 114-135.

GRAWITZ M. (2000), *Méthodes des sciences sociales*, 11e éd., Précis Dalloz, Editions Dalloz, Paris.

Guan, W., Sampieri-Teissier, N., & Fabbe-Costes, N. (2017). L'intégration adaptative des chaînes logistiques: l'apport des chaînes de soins du dispositif MAIA. *Logistique & Management*, *25*(1), 12-24.

Guan, W., & Sampieri-Teissier, N. (2016) En quoi le plan personnalisé de santé améliore-t-il la coordination et l'intégration des services de santé ? in Olivier Baly, Léo Cazin, Jane Despatin, Frédéric Kletz, Elvira Periac (dir.), Management hospitalier et territoires: les nouveaux défis, Paris: Presses des Mines, collection Économie et gestion.

Gulati, R. (1999). Network location and learning: The influence of network resources and firm capabilities on alliance formation. *Strategic management journal*, *20*(5), 397-420.

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

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

Ham C, & Curry N. Integrated care. What is it ? Does it work ? What does it mean for the NHS ? London : The King's Fund ; 2011.

Hart, C. W. (1995a). Mass customization: conceptual underpinnings, opportunities and limits. *International Journal of Service Industry Management*, *6*(2), 36-45.

Hart, S. L. (1995b). A natural-resource-based view of the firm. *Academy of management review*, *20*(4), 986-1014.

Haute Autorité de Santé (2012), lettre d'information Numéro 33, octobre-décembre. Le site internet consulté : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1301349/fr/maladies-chroniques-une-vision-renovee-du-parcours-de-soins.

Hayes, R.H., & Wheelwright, S.C., (1984). Restoring our Competitive Edge Competing through Manufacturing. Wiley, New York, NY.

Hébert, R., & Veil, A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care*, *4*(3).

Helfat C.E., Finkelstein, S., Mitchell, W., Peteraf, M., Singh, H., Teece, D. & Winter, S (2007) *Dynamic Capabilities: Understanding Strategic Change in Organizations.* Malden, MA: Blackwell

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

Hertz, S. (2001). Dynamics of alliances in highly integrated supply chain networks. *International Journal of Logistics*, *4*(2), 237-256.

Hillestad, R., Bigelow, J., Bower, A., Girosi, F., Meili, R., Scoville, R., & Taylor, R. (2005). Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health affairs*, *24*(5), 1103-1117.

Hoek, R. I., & Weken, H. A. (1998). The impact of modular production on the dynamics of supply chains. *The International Journal of Logistics Management*, *9*(2), 35-50.

Hoetker, G. (2006). Do modular products lead to modular organizations?. *Strategic management journal*, *27*(6), 501-518.

Hoetker, G., Swaminathan, A., & Mitchell, W. (2007). Modularity and the impact of buyer–supplier relationships on the survival of suppliers. *Management Science*, *53*(2), 178-191.

Hong, P. C., Dobrzykowski, D. D., & Vonderembse, M. A. (2010). Integration of supply chain IT and lean practices for mass customization: benchmarking of product and service focused manufacturers. *Benchmarking: An International Journal*, *17*(4), 561-592.

Howard, M., & Squire, B. (2007). Modularization and the impact on supply relationships. *International Journal of Operations & Production Management*, *27*(11), 1192-1212.

Hsuan, J. (1999). Impacts of supplier–buyer relationships on modularization in new product development. *European Journal of Purchasing & Supply Management*, *5*(3), 197-209.

Hsuan Mikkola, J. (2003). Modularity, component outsourcing, and inter-firm learning. *r&d Management*, *33*(4), 439-454.

Hsuan Mikkola, J., & Skjøtt-Larsen, T. (2004). Supply-chain integration: implications for mass customization, modularization and postponement strategies. *Production Planning & Control*, *15*(4), 352-361.

Huo, B., Qi, Y., Wang, Z., & Zhao, X. (2014). The impact of supply chain integration on firm performance: The moderating role of competitive strategy. *Supply Chain Management: An International Journal*, *19*(4), 369-384.

Iman, N. (2016). Modularity matters: a critical review and synthesis of service modularity. *International Journal of Quality and Service Sciences*, *8*(1), 38-52.

Jaakkola, E., & Halinen, A. (2006), "Problem solving within professional services: Evidence from the medical field", International Journal of Service Industry Management, Vol. 17, No. 5, pp. 409-429.

Jacobs, M., Vickery, S. K., & Droge, C. (2007). The effects of product modularity on competitive performance: do integration strategies mediate the relationship?. *International Journal of Operations & Production Management*,*27*(10), 1046-1068.

Jahre, M., and Fabbe-Costes, N. (2015). How standards and modularity can improve humanitarian supply chain responsiveness: The case of emergency response units. *Journal of Humanitarian Logistics and Supply Chain Management*, *5* (3), 348-386.

Janse, B., Huijsman, R., de Kuyper, R. D. M., & Fabbricotti, I. N. (2016). Do integrated care structures foster processes of integration? A quasi-experimental study in frail elderly care from the professional perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, *28*(3), 376.

Jin, Y., Fawcett, A. M., & Fawcett, S. E. (2013). Awareness is not enough: Commitment and performance implications of supply chain integration. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, *43*(3), 205-230.

Jitpaiboon, T., Dangols, R., & Walters, J. (2009). The study of cooperative relationships and mass customization. *Management Research News*, *32*(9), 804-815.

Jitpaiboon, T., Dobrzykowski, D. D., Ragu-Nathan, T. S., & Vonderembse, M. A. (2013). Unpacking IT use and integration for mass customisation: a service-dominant logic view. *International Journal of Production Research*, *51*(8), 2527-2547.

Johnston, W. J., Leach, M. P., & Liu, A. H. (1999). Theory testing using case studies in business-to-business research. *Industrial marketing management*, *28*(3), 201-213.

Jorgensen, D. L. (1989). *Participant observation*. John Wiley & Sons, Inc..

Junker, B. H. (1960). *Field work: An introduction to the social sciences*. University of Chicago Press.

Kahn, K. B., & Mentzer, J. T. (1996). Logistics and interdepartmental integration. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, *26*(8), 6-14.

Ketokivi, M., & Choi, T. (2014). Renaissance of case research as a scientific method. *Journal of Operations Management*, *32*(5), 232-240.

Kim, K. C., Sohn, C., Roemer, T., & Yassine, A. (2006). Configuration and coordination of activities within a supply chain: exploring the synergy between modularity and information technology. *International journal of automotive technology and management*, *6*(1), 6-19.

Kim, D., & Lee, R. P. (2010). Systems collaboration and strategic collaboration: Their impacts on supply chain responsiveness and market performance. *Decision Sciences*, 41 (4), 955–981.

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

Koenig, G. (1993). *Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles*, Revue de l'AGRH, n° 9, novembre.

Koenig, G., (2004). *Management stratégique : projets, interactions & contextes*. Dunod.

Kotha, S. (1995). Mass customization: implementing the emerging paradigm for competitive advantage. *Strategic Management Journal*, *16*(S1), 21-42.

Kotha, S. (1996). From mass production to mass customization: the case of the National Industrial Bicycle Company of Japan. *European Management Journal*, *14*(5), 442-450.

Lai, K. H., Wong, C. W., & Cheng, T. C. E. (2010). Bundling digitized logistics activities and its performance implications. *Industrial Marketing Management*, *39*(2), 273-286.

Lai, F., Zhang, M., Lee, D. M., & Zhao, X. (2012). The impact of supply chain integration on mass customization capability: an extended resource-based view. *IEEE Transactions on Engineering Management*, *59*(3), 443-456.

Lambert, Douglas M. (1994), the International Center for Competitive Excellence, *University of North Florida, Jacksonville (FL), 1994*

Lambert, D. M., Emmelhainz, M. A., & Gardner, J. T. (1996). Developing and implementing supply chain partnerships. *The international Journal of Logistics management*, *7*(2), 1-18.

Lambert, D. M., Cooper, M. C., & Pagh, J. D. (1998). Supply chain management: implementation issues and research opportunities. *The international journal of logistics management*, *9*(2), 1-20.

Lampel, J., & Mintzberg, H. (1996). Customizing customization. *Sloan management review*, *38*(1), 21.

Langlois, R. N. (2002). Modularity in technology and organization. *Journal of economic behavior & organization*, *49*(1), 19-37.

Larson, P. D., & Halldorsson, A. (2004). Logistics versus supply chain management: an international survey. *International Journal of Logistics: Research and Applications*, *7*(1), 17-31.

Lasker, R. D., Weiss, E. S., & Miller, R. (2001). Partnership synergy: a practical framework for

studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, *79*(2), 179-205.

Lau, A. K. W., & Yam, R. C. M. (2005). A case study of product modularization on supply chain design and coordination in Hong Kong and China. *Journal of Manufacturing Technology Management*, *16*(4), 432-446.

Lau, A. K., Yam, R. C., & Tang, E. P. (2007). Supply chain product co-development, product modularity and product performance: empirical evidence from Hong Kong manufacturers. *Industrial Management & Data Systems*, *107*(7), 1036-1065.

Lau, A. K., Yam, R. C., & Tang, E. P. (2010a). Supply chain integration and product modularity: An empirical study of product performance for selected Hong Kong manufacturing industries. *International Journal of Operations & Production Management*, *30*(1), 20-56.

Lau, A. K., Yam, R. C., Tang, E. P., & Sun, H. Y. (2010b). Factors influencing the relationship between product modularity and supply chain integration. *International Journal of Operations & Production Management*, *30*(9), 951-977.

Lau, A. K. (2011a). Supplier and customer involvement on new product performance: Contextual factors and an empirical test from manufacturer perspective. *Industrial Management & Data Systems*, *111*(6), 910-942.

Lau, A. K., Yam, R., & Tang, E. (2011b). The impact of product modularity on new product performance: Mediation by product innovativeness. *Journal of Product Innovation Management*, *28*(2), 270-284.

Lee, H. L., Padmanabhan, V., & Whang, S. (1997). The bullwhip effect in supply chains. *Sloan management review*, *38*(3), 93.

Lee, H. L. (2000). Creating value through supply chain integration. *Supply Chain Management Review*, 4 (4), 30–36.

Lee, C.W., Kwon, I. W. G., & Severance, D. (2007). Relationship between supply chain performance and degree of linkage among supplier, internal integration, and customer. *Supply chain management: an International journal*, *12*(6), 444-452.

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

Leuschner, R., Rogers, D. S., & Charvet, F. F. (2013). A Meta-Analysis of Supply Chain Integration and Firm Performance. *Journal of Supply Chain Management*, *49*(2), 34-57.

Lewis, M. A. (2000). Lean production and sustainable competitive advantage. *International Journal of Operations & Production Management*, *20*(8), 959-978.

Liao, K., Ma, Z., Jiung-Yee Lee, J., & Ke, K. (2011). Achieving mass customization through trust-driven information sharing: a supplier's perspective. *Management research review*, *34*(5), 541-552.

Liao, K., Sharkey, T. W., Ragu-Nathan, T. S., & Vonderembse, M. (2012). Trust-driven joint operational activities to achieve mass customization: a culture perspective. *Benchmarking: An International Journal*, *19*(4/5), 585-603.

Liao, K., Deng, X., & Marsillac, E. (2013). Factors that influence Chinese automotive suppliers' mass customization capabilities. *International Journal of Production Economics*, *146*(1), 25-36.

Lillrank, P., Groop, J., & Venesmaa, J. (2011). Processes, episodes and events in health service supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal*, *16*(3), 194-201.

Lin, Y., Ma, S., & Zhou, L. (2012). Manufacturing strategies for time based competitive advantages. *Industrial Management & Data Systems*, *112*(5), 729-747.

Liu, G. J., Shah, R., & Schroeder, R. G. (2006). Linking work design to mass customization: a sociotechnical systems perspective. *Decision Sciences*, *37*(4), 519-545.

Liu, G., & Deitz, G. D. (2011). Linking supply chain management with mass customization capability. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, *41*(7), 668-683.

Liu, G., Shah, R., & Schroeder, R. G. (2012). The relationships among functional integration, mass customisation, and firm performance. *International Journal of Production Research*, *50*(3), 677-690.

Liu, Y., Wei, J., Zhou, D., Ying, Y., & Huo, B. (2016). The alignment of service architecture and organizational structure. *The Service Industries Journal*, *36*(9-10), 396-415.

Liu, G., Zhang, W., & Guo, C. (2018). Impacts of supply chain planning and integration on mass customization. Journal of Manufacturing Technology Management, 29(3), 608-628.

Lovelock, C. H. (1983). Classifying services to gain strategic marketing insights. *The Journal of Marketing*, 9-20.

Lukas, C. V., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., & Charns, M. P. (2007). Transformational change in health care systems: an organizational model. Health care management review, 32(4), 309-320.

Lyngsø, A. M., Godtfredsen, N., Høst, D., & Frølich, A. (2014). Instruments to assess integrated care: A systematic review. *International journal of integrated care*, *14*(3).

Mackelprang, A. W., Robinson, J. L., Bernardes, E., & Webb, G. S. (2014). The Relationship

Between Strategic Supply Chain Integration and Performance: A Meta-Analytic Evaluation and Implications for Supply Chain Management Research. *Journal of Business Logistics*, *35*(1), 71-96.

Mathews, J. A. (2003). Competitive dynamics and economic learning: an extended resource-based view. *Industrial and Corporate Change*, *12*(1), 115-145.

Mentzer, J.T. (2000), Supply Chain Management, Sage, Thousand Oaks, CA.

Mentzer, J. T., DeWitt, W., Keebler, J. S., Min, S., Nix, N. W., Smith, C. D., & Zacharia, Z. G. (2001). Defining supply chain management. Journal of Business logistics, 22(2), 1-25.

Meurier, M. (2014). *Les capacités dynamiques et leurs facteurs d'influence dans des contextes réticulaires: une étude exploratoire dans des réseaux territorialisés de la région PACA* (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).

Meyer, M.H., Jekowsky, E. and Crane, F.G. (2007), "Applying platform design to improve the integration of services across the continuum of care", *Managing Service Quality*, Vol. 17 No. 1, pp. 23-40.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). Qualitative data analysis: A sourcebook. *Beverly Hills: Sage Publications*.

Minvielle, E., Waelli, M., Sicotte, C., & Kimberly, J. R. (2014). Managing customization in health care: A framework derived from the services sector literature. Health policy, 117(2), 216-227.

Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management science*, 26(3), 322-341.

Murat Kristal, M., Huang, X., & Schroeder, R. G. (2010). The effect of quality management on mass customization capability. *International Journal of Operations & Production Management*, *30*(9), 900-922.

Narasimhan, R., & Kim, S. W. (2002). Effect of supply chain integration on the relationship between diversification and performance: evidence from Japanese and Korean firms. *Journal of operations management*, *20*(3), 303-323.

Narasimhan, R., Swink, M., & Viswanathan, S. (2010). On decisions for integration implementation: An examination of complementarities between product-Process technology integration and supply chain integration. *Decision Sciences*, *41*(2), 355-372.

Näslund, D., & Hulthen, H. (2012). Supply chain management integration: a critical analysis. *Benchmarking: An International Journal*, *19*(4/5), 481-501.

Nelson R.R., & Winter S.J. (1982) An evolutionary theory of economic change, *Belknap Press* in

Arena R., Lazaric N. “La théorie évolutionniste du changement économique de Nelson et Winter: Une analyse économique restrospective » *Revue économique Vol 54, N° 2 mars 2003, p 329-354.*

Oliver, R. K., & Webber, M. D. (1982). Supply Chain Management: Logistics Catches Up with Strategy, in Logistics: The Strategic Issues, *Christopher M.,* pp.63-75. London, UK, Pitman.

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

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

Parente, R. C., Baack, D. W., & Hahn, E. D. (2011). The effect of supply chain integration, modular production, and cultural distance on new product development: A dynamic capabilities approach. *Journal of International Management*, *17*(4), 278-290.

Paulraj, A., & Chen, I. J. (2007). Strategic buyer–supplier relationships, information technology and external logistics integration. *Journal of Supply Chain Management*, *43*(2), 2-14

Pekkarinen, S., & Ulkuniemi, P. (2008). Modularity in developing business services by platform approach. *The International Journal of Logistics Management*, *19*(1), 84-103.

Peng, X.S., Liu, G., & Heim, G. R. (2011). Impacts of information technology on mass customization capability of manufacturing plants. *International Journal of Operations & Production Management*, *31*(10), 1022-1047.

Penrose, E. T. (2009). *The Theory of the Growth of the Firm*. Oxford university press.

Perret, V., Seville, M. (2007), Fondement épistémologique de la recherche, *in* Thietart, R-A. *Méthodes de recherche en management*, 3ème édition, Dunod, Paris, pp.13-30.

Pero, M., Stößlein, M., & Cigolini, R. (2015). Linking product modularity to supply chain integration in the construction and shipbuilding industries. *International Journal of Production Economics*, *170*, 602-615.

Persson, M., Eklind, M. J., & Winroth, M. (2016). Coordinating External Manufacturing of Product Modules. *Decision Sciences*, *47*(6), 1178-1202.

Pine, B. J. (1993). *Mass customization: the new frontier in business competition*. Harvard Business Press.

Pine, B. J., Victor, B., & Boynton, A. C. (1993). Making mass customization work. *Harvard business review*, *71*(5), 108-11.

Power, D. (2005). Supply chain management integration and implementation: a literature review. Supply chain management: an International journal, 10(4), 252-263.

Prajogo, D. and Olhager, J. (2012), "Supply chain integration and performance: the effects of long-term relationships, information technology and sharing, and logistics integration", International Journal of Production Economics, Vol. 135 No. 1, pp. 514-522.

Prajogo, D., Oke, A., & Olhager, J. (2016). Supply chain processes: Linking supply logistics integration, supply performance, lean processes and competitive performance. *International Journal of Operations & Production Management*, *36*(2), 220-238.

Puntis, S., Rugkåsa, J., Forrest, A., Mitchell, A., & Burns, T. (2015). Associations between continuity of care and patient outcomes in mental health care: a systematic review. *Psychiatric Services*, *66*(4), 354-363.

Purohit, J. K., Mittal, M. L., Mittal, S., & Sharma, M. K. (2016). Interpretive structural modeling-based framework for mass customisation enablers: An Indian footwear case. *Production Planning & Control*, *27*(9), 774-786.

Qi, Yinan., Tang, M., & Zhang, M. (2014). Mass customization in flat organization: The mediating role of supply chain planning and corporation coordination. *Journal of Applied Research and Technology*, *12*(2), 171-181.

Quivy R., Van Campenhoudt, L. (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales,* Paris, Dunod, (2 ème édition), 289 pages

Quivy, R., Van Campendhoudt, L., (2011), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, DUNOD, (4 ème édition), 262 pages

Ragatz, G. L., Handfield, R. B., & Petersen, K. J. (2002). Benefits associated with supplier integration into new product development under conditions of technology uncertainty. *Journal of business research*, *55*(5), 389-400.

Rapport de la Cour des Comptes (2016), le site internet consulté : http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/504830/

Ravishankar, M. N., & Pan, S. L. (2013). Examining the influence of modularity and knowledge management (KM) on dynamic capabilities: Insights from a call center. *International Journal of Information Management*, *33*(1), 147-159.

Reichhart, A., & Holweg, M. (2007). Creating the customer-responsive supply chain: a reconciliation of concepts. *International Journal of Operations & Production Management*, *27*(11), 1144-1172.

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

Richey, R. G., Roath, A. S., Whipple, J. M., & Fawcett, S. E. (2010). Exploring a governance theory of supply chain management: barriers and facilitators to integration. *Journal of Business Logistics*, *31*(1), 237-256.

Ro, Y. K., Liker, J. K., & Fixson, S. K. (2007). Modularity as a strategy for supply chain coordination: The case of US auto. *IEEE Transactions on Engineering Management*, *54*(1), 172-189.

Romano, P. (2003). Co-ordination and integration mechanisms to manage logistics processes across supply networks. *Journal of purchasing and supply Management*, *9*(3), 119-134.

Rosenzweig, E. D., Roth, A. V., & Dean, J. W. (2003). The influence of an integration strategy on competitive capabilities and business performance: an exploratory study of consumer products manufacturers. *Journal of operations management*, *21*(4), 437-456.

Rouleau, L. (2003). La méthode biographique. *Construire un projet de recherche, Management et Société*, 134-171.

Royer, I. and Zarlowski, P. (2014). Le design de la recherche, in Thiétart, R.A. (Ed.), Méthodes de recherche en management, Dunod, Paris, pp. 168-196

Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative interviewing: The art of hearing data* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Rungtusanatham, M. J., & Salvador, F. (2008). From mass production to mass customization: Hindrance factors, structural inertia, and transition hazard. *Production and Operations Management*, *17*(3), 385-396.

Sako, M. (2003). Modularity and outsourcing. In Prencipe, A., Davies, A. and Hobday, M. (eds), *The Business of Systems Integration*. Oxford: Oxford University Press, pp. 229–253

Salvador, F. (2007). Toward a product system modularity construct: Literature review and reconceptualization. IEEE Transactions on Engineering Management, 54(2), 219–240.

Salvador, F., De Holan, P. M., & Piller, F. T. (2009). Cracking the code of mass customization. *MIT Sloan Management Review*, *50*(3), 71.

Salvador, F., & Villena, V. H. (2013). Supplier integration and NPD outcomes: Conditional moderation effects of modular design competence. *Journal of Supply Chain Management*, *49*(1), 87-113.

Salvador, F., Rungtusanatham, M. J., & Montanez, J. P. M. (2015). Antecedents of mass

customization capability: Direct and interaction effects. *IEEE Transactions on Engineering Management*, *62*(4), 618-630.

Sampson, S. E. (2000). Customer-supplier duality and bidirectional supply chains in service organizations. *International journal of service industry management*, *11*(4), 348-364.

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

Sampson, S. E., Schmidt, G., Gardner, J. W., & Van Orden, J. (2015). Process Coordination Within a Health Care Service Supply Network. *Journal of Business Logistics*, *36*(4), 355-373.

Sanchez, R., & Mahoney, J. T. (1996). Modularity, flexibility, and knowledge management in product and organization design. *Strategic management journal*, *17*(S2), 63-76.

Sanchez, R., & Mahoney, J. T. (2001). *Modularity and dynamic capabilities*, in Volberda, H. W., & Elfring, T. (Eds.). (2001). *Rethinking strategy*. Sage, p.158-171.

Schoenherr, T., & Swink, M. (2012). Revisiting the arcs of integration: Cross-validations and extensions. *Journal of Operations Management*, *30*(1), 99-115.

Schilling, M.A. (2000), "Toward a general modular systems theory and its application to interfirm product modularity", *Academy of Management Review*, Vol. 25 No. 2, pp. 312-34.

Schilling, M.A. and Steensma, H.K. (2001), "The use of modular organizational forms: an industry-level analysis", *Academy of Management Journal*, Vol. 44 No. 6, pp. 1149-68.

Shaw, S., Rosen, R., & Rumbold, B. (2011). What is integrated care. *An overview of integrated care in the NHS. London: The Nuffield Trust*.

Sheu, C., Rebecca Yen, H., & Chae, B. (2006). Determinants of supplier-retailer collaboration: evidence from an international study. *International Journal of Operations & Production Management*, *26*(1), 24-49.

Shortell, S. and McCurdy, R. (2010), "Integrated health systems", in Rouse, W.B. and Cortese, D.A. (Eds), Engineering the System of Healthcare Delivery, IOS Press, Amsterdam, pp. 369-80.

Silander, K., Torkki, P., Lillrank, P., ... & Kaila, M. (2017). Modularizing specialized hospital services: constraining characteristics, enabling activities and outcomes. *International Journal of Operations & Production Management*, *37*(6), 791-818.

Silvestro, R., & Lustrato, P. (2015). Exploring the "mid office" concept as an enabler of mass customization in services. *International Journal of Operations & Production Management*, *35*(6), 866-894.

Simon, H.A. (1962), "The architecture of complexity: hierarchic systems", *Proceedings of the American Philosophical Society*, Vol. 78, December, pp. 467-82.

Sjödin, D. R., Parida, V., & Kohtamäki, M. (2016). Capability configurations for advanced service offerings in manufacturing firms: Using fuzzy set qualitative comparative analysis. *Journal of Business Research*, *69*(11), 5330-5335.

Smith, S., Smith, G. C., Jiao, R., & Chu, C. H. (2013). Mass customization in the product life cycle. *Journal of Intelligent Manufacturing*, 1-9.

Soffers, R., Meijboom, B., van Zaanen, J., & van der Feltz-Cornelis, C. (2014). Modular health services: a single case study approach to the applicability of modularity to residential mental healthcare. *BMC health services research*, *14*(1), 210.

Soffers, R., Meijboom, B., Hsuan, J., Dreyer, H., Netland, T. H., & Strandhagen, J. O. (2016, June). Principles for implementing modularity in healthcare. In *The 23rd International Annual EurOMA Conference 2016*.

Somme, D., Trouvé, H., Passadori, Y., Corvez, A., Jeandel, C., Bloch, M. A., ... & de Stampa, M. (2013). Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral). *Gérontologie et société*, *36*(2), 201-226.

Squire, B., Cousins, P. D., Lawson, B., & Brown, S. (2009). The effect of supplier manufacturing capabilities on buyer responsiveness: the role of collaboration. *International Journal of Operations & Production Management*, *29*(8), 766-788.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly,* 83(3), 457-502.

Stock, G. N., Greis, N. P., & Kasarda, J. D. (1998). Logistics, strategy and structure: a conceptual framework. *International Journal of Operations & Production Management*, *18*(1), 37-52.

Stock, J.R. and Boyer, S.L. (2009). "Developing a consensus definition of supply chain management: a qualitative study", *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, Vol. 9, No. 8,* pp. 690-711.

Strandberg-Larsen, M., & Krasnik, A. (2009). Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *International Journal of Integrated Care*, *9*(1).

Strandberg-Larsen, M., Schiøtz, M. L., Silver, J. D., Frølich, A., Andersen, J. S., Graetz, I., ... & Hsu, J. (2010). Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration?: a comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system.

BMC Health Services Research, 10(1), 91.

Stevens, G. C. (1989). Integrating the supply chain. *International Journal of Physical Distribution & Materials Management*, *19*(8), 3-8.

Stevens, G. C., & Johnson, M. (2016). Integrating the Supply Chain… 25 years on. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, *46*(1), 19-42.

Sundbo, J. (1994). Modulization of service production and a thesis of convergence between service and manufacturing organizations. *Scandinavian journal of Management*, *10*(3), 245-266.

Swink, M., Narasimhan, R., & Wang, C. (2007). Managing beyond the factory walls: effects of four types of strategic integration on manufacturing plant performance. *Journal of Operations Management*, *25*(1), 148-164.

Tang, M., Qi, Y., & Zhang, M. (2017). Impact of Product Modularity on Mass Customization Capability: An Exploratory Study of Contextual Factors. *International Journal of Information Technology & Decision Making*.

Tax, S. S., McCutcheon, D., & Wilkinson, I. F. (2013). The service delivery network (SDN) a customer-centric perspective of the customer journey. *Journal of Service Research*, *16*(4), 454-470.

Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic management journal*, 509-533.

Terjesen, S., Patel, P. C., & Sanders, N. R. (2012). Managing Differentiation-Integration Duality in Supply Chain Integration*. *Decision Sciences*, *43*(2), 303-339.

Thiétart, R. A. (2014). *Méthodes de recherche en management-4ème édition*. Dunod.

Trentin, A., Forza, C., & Perin, E. (2012). Organisation design strategies for mass customisation: an information-processing-view perspective. *International Journal of Production Research*, *50*(14), 3860-3877.

Trentin, A., Forza, C., & Perin, E. (2015). Embeddedness and path dependence of organizational capabilities for mass customization and green management: A longitudinal case study in the machinery industry. *International Journal of Production Economics*, *169*, 253-276.

Tu, Q., Vonderembse, M. A., & Ragu-Nathan, T. S. (2001). The impact of time-based manufacturing practices on mass customization and value to customer. *Journal of Operations management*, *19*(2), 201-217.

Tu, Q., Vonderembse, M.A., Ragu-Nathan, T.S. and Ragu-Nathan, B. (2004), "Measuring modularity-based manufacturing practices and their impact on mass customization capability: a

customer-driven perspective", *Decision Sciences*, Vol. 35 No. 2, pp. 147-68.

Tuunanen, T., Bask, A., & Merisalo-Rantanen, H. (2012). Typology for modular service design: review of literature. *International Journal of Service Science, Management, Engineering, and Technology (IJSSMET)*, *3*(3), 99-112.

Ulrich, K.T. and Tung, K. (1991), "Fundamentals of product modularity", Proceedings of the 1991ASME Winter Annual Meeting Symposium on Issues in Design/Manufacturing Integration, Atlanta, GA, pp. 1-1

Ulrich, K.T. (1995), "The role of product architecture in the manufacturing firm", Research Policy, Vol. 24, pp. 419-40.

United Nations (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision.

Vähätalo, M., & Kallio, T. J. (2015). Organising health services through modularity. *International Journal of Operations & Production Management*, *35*(6), 925-945.

Vähätalo, M. (2016). Modularity in Health and Social Services: Perspectives on Organization and Management.

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, *13*.

Valentijn, P., Boesveld, I., van der Klauw, D., Ruwaard, D., Struijs, J., Molema, J., ... & Vrijhoef, H. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, *15*(1).

Van der Laan, M. R. (2015). *The Feasibility of Modularity in Professional Service Design: Towards Low Cost Person-centred Care*. Rijksuniversiteit Groningen.

Van der Vaart, T., & van Donk, D. P. (2008). A critical review of survey-based research in supply chain integration. *International journal of production economics*, *111*(1), 42-55.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). The four service marketing myths: remnants of a goods-based, manufacturing model. *Journal of service research*, *6*(4), 324-335.

Vickery, S. K., Jayaram, J., Droge, C., & Calantone, R. (2003). The effects of an integrative supply chain strategy on customer service and financial performance: an analysis of direct versus indirect relationships. *Journal of operations management*, *21*(5), 523-539.

Voordijk, H., Meijboom, B. and de Haan, J. (2006), "Modularity in supply chains: a multiple case study in the construction industry", *International Journal of Operations & Production Management*,

Vol. 26 No. 6, pp. 195-219.

Voss, C., Tsikriktsis, N., & Frohlich, M. (2002). Case research in operations management. *International journal of operations & production management*, *22*(2), 195-219.

Voss, C. A., & Hsuan, J. (2009). Service architecture and modularity. *Decision Sciences*, *40*(3), 541-569..

Vrechopoulos, A. P. (2004). Mass customisation challenges in Internet retailing through information management. *International Journal of Information Management*, *24*(1), 59-71.

Wan, T. T., Ma, A., & Lin, B. Y. (2001). Integration and the performance of healthcare networks: do integration strategies enhance efficiency, profitability, and image?. *International Journal of Integrated Care*, *1*(2).

Wan, T. T., & Wang, B. B. (2003). Integrated healthcare networks' performance: a growth curve modeling approach. *Health Care Management Science*, *6*(2), 117-124.

Wang, Z., Chen, L., Zhao, X., & Zhou, W. (2014). Modularity in building mass customization capability: The mediating effects of customization knowledge utilization and business process improvement. *Technovation*, *34*(11), 678-687.

Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic management journal*, *5*(2), 171-180.

Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1991), The Machine that Changed the World. First Harper Perennial, New York.

Wong, C. Y., Boon-Itt, S., & Wong, C. W. (2011). The contingency effects of environmental uncertainty on the relationship between supply chain integration and operational performance. *Journal of Operations management*, *29*(6), 604-615.

World Health Organization (WHO). (2008). *The World Health report 2008: primary health care now more than ever.* Geneva: World Health Organization.

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. 4ème éd., Thousand Oaks, CA : Sage publications.

Yu, W., Jacobs, M. A., Salisbury, W. D., & Enns, H. (2013). The effects of supply chain integration on customer satisfaction and financial performance: An organizational learning perspective. *International Journal of Production Economics*, *146*(1), 346-358.

Zhang, M., Zhao, X., & Qi, Y. (2014). The effects of organizational flatness, coordination, and product modularity on mass customization capability. *International Journal of Production*

Economics, *158*, 145-155.

Zhang, M., Qi, Y., Zhao, X., & Duray, R. (2015a). Mass customisation systems: complementarities and performance consequences. *International Journal of Logistics Research and Applications*, *18*(6), 459-475.

Zhang, M., Zhao, X., Lyles, M. A., & Guo, H. (2015b). Absorptive capacity and mass customization capability. *International Journal of Operations & Production Management*, *35*(9), 1275-1294.

Zhang, M., Guo, H., Huo, B., Zhao, X., & Huang, J. (2017). Linking supply chain quality integration with mass customization and product modularity. *International Journal of Production Economics*.

Zipkin, P. (2001). The limits of mass customization. *MIT Sloan Management Review*, *42*(3), 81.

Résumé en français : Cette recherche s'inscrit dans le contexte de la santé en France, dans lequel la prise en charge de la population croissante des usagers atteints de maladies chroniques, nécessite une articulation cohérente des interventions pluridisciplinaires, provenant de multiples d'acteurs hétérogènes. Cette prise en charge personnalisée est très consommatrice de ressources. Dans un contexte de raréfaction des ressources, le dilemme coût-qualité se pose dans leur prise en charge. La recherche d'une réponse à ce dilemme nous a conduit à nous intéresser au concept de la Personnalisation de Masse (PM), largement étudié en Supply Chain Management (SCM) et Management des Opérations (OM), ainsi qu'à sa réalisation dans le contexte de la santé. Selon ces deux domaines de littérature, la réalisation de la PM repose sur le développement de la Capacité de PM (CPM). Par ailleurs, l'intégration de la Supply Chain (SCI) et la modularité ont été identifiées comme les deux plus importants facteurs facilitant ce développement. Par conséquent, cette recherche vise à étudier le rôle de la SCI et de la modularité, ainsi que leur relation dans le développement de la CPM en santé. En se basant sur les relations étudiées et celles insuffisamment étudiées, entre ces trois concepts en SCM et OM (contexte général), un modèle conceptuel de recherche a été établi, et nous cherchons à éprouver ce modèle dans le contexte de la santé. Pour ce faire, un cas exemplaire a été identifié : la MAIA Marseille. À travers cette étude de cas, notre recherche a permis d'une part d'éprouver et de raffiner le modèle de recherche préétabli, et d'autre part de mettre en avant les leçons à en tirer dans le développement de la CPM en santé.

Résumé en anglais: This research is conducted in the French healthcare context, in which the care of the growing population of health service users with chronic diseases, requires a coherent coordination of multidisciplinary interventions from multiple providers. This personalized care is resource consuming. In a context of resource scarcity, the cost-quality dilemma arises in the care of this growing population. The search for an answer to this dilemma has led us to focus on the concept of Mass Customization (MC), widely studied in Supply Chain Management (SCM) and Operations Management (OM), as well as its implementation in the healthcare context. According to these two fields of literature, MC can be achieved by developing Mass Customization Capability (MCC). Moreover, Supply Chain Integration (SCI) and Modularity-based practices have been identified as the two most important factors facilitating its development. Therefore, this research aims to study the role of SCI and modularity, as well as their relationship in the development of MCC in the healthcare context. Based on the relationships studied and those insufficiently investigated between these three concepts in SCM and OM literature (general context), a conceptual model has been established, and we seek to test this model in the healthcare context. For this purpose, an exemplary/critical case has been identified: MAIA Marseille. Through this case study, our research enabled us to test and refine the pre-established conceptual model, and to highlight the lessons to be learned in the development of MCC in the healthcare context.