Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : Quels freins et conditions de réussite ?

05

► **Annie Bartoli^a, Guy Gozlan^b et Jihane Sebai^{c*}**

^a LAREQUOI, Université de Versailles St-Quentin en Yvelines,
47 Boulevard Vauban, 78280 Guyancourt et CIED, Georgetown University

^b SAMSAH Prepsy, SHU Hôpital Sainte Anne Paris,
14 Rue de la Fontaine À Mulard, 75013 Paris,
et LAREQUOI, Université de Versailles St-Quentin en Yvelines

^c LAREQUOI, Université de Versailles St-Quentin en Yvelines,
47 Boulevard Vauban, 78280 Guyancourt

Résumé

Le secteur de la santé mentale connaît un certain nombre de difficultés et dysfonctionnements (Laforcade, 2016) qui paraissent souvent liés à des facteurs entremêlés d'ordre organisationnel, institutionnel et culturel. Diverses analyses scientifiques et opérationnelles, au plan international, incitent à explorer de nouveaux modèles de prise en charge, permettant une approche plus globale et mieux coordonnée, s'appuyant notamment sur l'imbrication des soins et des services sociaux et médico-sociaux. Cet article examine, à partir d'un cadre théorique interdisciplinaire (santé publique, psychiatrie, management et organisation) et d'une étude de cas approfondie, en quoi la mise en œuvre d'un dispositif structurel et managérial innovant et s'efforçant de répondre à des besoins identifiés, peut se heurter à des obstacles tels que des formes de conservatisme sociétal et diverses manifestations de résistance au changement. Ainsi, cette recherche exploratoire met en avant d'une part la faisabilité et l'opportunité de nouveaux modèles de prise en charge du patient en santé mentale, et également les défis à surmonter et les conditions de réussite de ce type d'évolution.

© 2019 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Mots clés : Santé mentale, Prise en charge, Cas complexes, Empowerment, Case Management, Coordination, Intégration, Changement organisationnel, Pilotage du changement.

*Auteur correspondant : jihane.sebai@uvsq.fr

doi :10.3166/pmp.36. 2019.00013 © 2019 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Abstract

Towards new forms of care organization in the mental health sector: What barriers to overcome and conditions to meet? The mental health sector is faced with difficulties and dysfunctions (Laforcade, 2016) which often appear to be related to combined factors of an organizational, institutional, and cultural nature. International scientific and operational studies encourage the search for new models of care, allowing more integrated and better coordinated approaches, and relying on the interweaving of care, social, and medical-social services. Using an interdisciplinary theoretical framework (public health, psychiatry, management and organization) and an in-depth case study, this article analyzes the implementation of an innovative organization that strives to respond to identified needs, and to overcome barriers such as reactions of societal conservatism, and various manifestations of resistance to change. This exploratory research highlights, on the one hand, the feasibility and the appropriateness of new models of care for the patient in mental health care, and on the other hand the challenges and success factors of this type of innovation.

© 2019 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Keywords: Mental Health, Support, Complex Cases, Empowerment, Case Management, Coordination, Integration, Organizational Change, Change Management.

Introduction

Le secteur de la santé mentale connaît un certain nombre de difficultés et dysfonctionnements (Laforcade, 2016), dont beaucoup relèvent de facteurs organisationnels, institutionnels et culturels. L'organisation générale des systèmes de santé mentale dans un pays comme la France est globalement confuse et peu lisible pour la population, dans la mesure où plusieurs logiques et structures s'entremêlent, avec une hétérogénéité de pratiques, d'équipements et de services. La situation est caractérisée également par des défauts de coordination (Bartoli et Gozlan, 2014) et des cloisonnements persistants entre le sanitaire, le médico-social et le social, ainsi que par des carences vis-à-vis de la détection des troubles émergents et de l'intervention précoce, mais aussi en matière d'accompagnement des patients¹ dans leurs besoins d'autonomie via l'insertion par le logement, les études ou le travail. Plus généralement, le système de santé français est traditionnellement basé sur la spécialisation des disciplines, sur le cloisonnement des structures et des institutions, ainsi que sur la séparation entre le médical/sanitaire et le social. Dans certaines pathologies complexes, notamment en psychiatrie, ce modèle soulève aujourd'hui des problèmes importants, notamment parce que ces patients auraient besoin d'une détection et d'une intervention plus précoces ainsi que d'un accompagnement personnalisé plus global, (McGorry *et al.*, 2002). Ainsi, les analyses mettent en lumière une prise en charge souvent trop tardive pour les patients, pouvant même causer une baisse de l'espérance de vie (Granger et Naudin, 2015).

De ces constats ressort la nécessité, désormais largement partagée par les patients et leurs familles ainsi que par les experts et institutionnels du domaine (Laforcade, 2016), de trouver de nouveaux modèles de prise en charge, permettant une approche plus globale et mieux coordonnée. Face aux incitations et aux encouragements des pouvoirs publics à

¹ Dans cet article, nous utiliserons indifféremment les termes « patients » et « usagers ».

combattre les dysfonctionnements, certaines initiatives organisationnelles innovantes² ont émergé dans le domaine de la santé mentale en France, mais elles se heurtent souvent à des tensions socio-culturelles et institutionnelles. On constate ainsi un écart entre d'une part les besoins de changement identifiés et d'autre part leur mise en œuvre effective. Cet article repose donc sur une double question de recherche : comment s'expliquent les écarts entre intentions et réalisations concernant les évolutions des formes de prise en charge en santé mentale, et quelles sont les conditions de réussite pour ces nouvelles formes de prise en charge ?

L'approche est pluridisciplinaire, car elle combine d'une part le regard de spécialistes dans les domaines médicaux, sociaux, et de santé publique, et d'autre part celui de chercheurs en management des organisations. Cette ouverture disciplinaire vise à dépasser les limites des travaux spécialisés de part et d'autre et conduit à combiner deux familles de littérature scientifique, qui souvent se méconnaissent respectivement : d'un côté celle de la santé publique (Leutz, 1999 ; Fleury, 2012) ou plus spécifiquement de la psychiatrie (Le Cardinal 2010 : McGorry *et al.*, 2002 ; Anthony 1993), et de l'autre celle des théories des organisations et du changement (Mintzberg, 1989 ; Pettigrew et Whipp, 1991 ; Williamson, 1991).

Dans une première partie, après un bref rappel des spécificités du système français de prise en charge en santé mentale, certains principes-clés identifiés dans la littérature spécialisée en santé publique pour qualifier les nouvelles formes souhaitables de prise en charge seront présentés et structurés en deux familles : d'une part l'organisation autour du patient, et d'autre part les processus managériaux. Dans une seconde partie, un cas sera étudié afin de vérifier la faisabilité et l'opportunité des nouvelles approches de prise en charge du patient en santé mentale, et de mettre en lumière à la fois les freins rencontrés et les modalités de réponse pour les surmonter. Enfin, dans une troisième partie, les conditions de réussite de ce type de changement seront analysées en rapprochant les principes théoriques et les constats empiriques, et en les éclairant de travaux théoriques complémentaires dans le champ du management du changement (Pettigrew et Whipp, 1991 ; Bartoli et Hermel ; 1989). L'approche adoptée est donc abductive, dans la mesure où elle repose sur un processus itératif entre les cadres théoriques et le travail empirique.

1. Organisation de la prise en charge en santé mentale

1.1. La santé mentale en France et dans le monde

Bien que la santé mentale soit placée depuis une vingtaine d'années au centre des préoccupations des programmes de recherches internationaux (McGorry *et al.*, 2002) et soit parfois mise sur le devant de la scène des questions politiques et sociétales, les évolutions des méthodes de diagnostic, de prise en charge et de thérapeutique dans ce domaine restent limitées par rapport à d'autres spécialités médicales.

² L'expression « initiatives organisationnelles innovantes » est utilisée par référence à des « initiatives dont l'objet principal est la transformation des relations entre acteurs impliqués dans une même « situation de gestion » dans le but d'améliorer une situation considérée comme insatisfaisante » (Bourgueil, 2017), sachant que l'innovation organisationnelle qui en résulte concerne les « pratiques, outils, procédés, techniques, structures, (...) nouveaux pour l'entreprise qui les adopte et qui ont pour objectif d'améliorer l'efficacité et l'efficience des procédés organisationnels internes. » (Dubouloz, 2013).

Dans la plupart des pays, les prises en charge des maladies mentales chroniques comme la schizophrénie sont le reflet de politiques publiques de la santé qui doivent relever le défi de répondre à des besoins complexes concernant un ensemble de parties prenantes liées notamment à l'usager, ses proches, son environnement social et professionnel, et dépassant l'offre de soins « conventionnelle ». Cette approche multidimensionnelle de la complexité des situations psychiatriques, associée au développement de la notion de maladie chronique, a encouragé les professionnels du monde sanitaire et du monde médico-social, issus de formations et de cultures différentes, à définir des projets de vie plus individualisés. Ces changements paradigmatiques liés aux nouvelles approches pluridisciplinaires et aux changements d'image de la psychiatrie dans la société, ont conduit à amener la maladie mentale à sortir quelque peu de l'ombre, mais aussi de l'opprobre où elle était cantonnée, vers une place moins stigmatisée et mieux reconnue. De ce fait, différents programmes se sont développés dans le monde, traduisant à la fois une certaine homogénéisation des pratiques et d'importantes disparités administratives et institutionnelles.

En France, depuis une vingtaine d'années, des réflexions sur les nouveaux enjeux de la Santé Mentale ont suscité des débats conduisant à la loi du 4 mars 2002 et à celle dite « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) en 2009, à deux Plans de Santé Mentale (2005 puis 2011) et à l'émergence de la place des usagers et de leurs familles dans une nouvelle approche tenant compte de l'ensemble des besoins dans la vie quotidienne, sociale, éducative ou professionnelle. Plus récemment, les textes liés à la Loi de modernisation du système de santé³, ont fixé six priorités visant à structurer et coordonner l'offre sanitaire et médico-sociale de chaque projet territorial de santé mentale, afin de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et des techniques d'accompagnement diversifiées, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie. Parmi ces priorités, on trouve notamment « le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic, l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accompagnement social ou médico-social », ainsi que « l'organisation, sans rupture, du parcours des usagers, (...) en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale », et également « le respect et la promotion des droits des usagers présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action, ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ».

À travers ces textes, c'est le suivi global, sanitaire, social et médico-social de l'usager dans son milieu de vie naturel qui est encouragé par une organisation partenariale et coordonnée des acteurs intervenant dans les parcours de soins et de vie.

Toutefois, malgré ces efforts, la France continue à accuser un certain retard par rapport à d'autres pays en ce qui concerne notamment la détection et la prise en charge précoce. Face au développement de nombreux programmes à l'étranger (Australie, Nouvelle Zélande, Canada, Royaume Uni, Suisse, Japon, Italie pour ne citer que les plus connus) qui insistent sur l'intervention précoce dans les premiers stades de la maladie (McGorry et al., 2002), en France on ne compterait que quelques services ou programmes (Krebs, 2004 ; Meunier-Cussac et al., 2018) dédiés à l'intervention précoce dans les troubles schizophréniques émergents. Ce retard s'explique tout d'abord par la fragmentation du système de santé et du

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (notamment article 69) et décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

système médico-social qui, en l'absence d'un cadre stratégique opérationnel d'intervention précoce pour les jeunes souffrant de schizophrénie, contribue à créer des comportements de concurrence - plutôt que de coopération- vis-à-vis d'allocations de ressources limitées. En outre, un système de planification sanitaire non actualisé et des querelles dogmatiques ne permettraient pas, malgré les Plans de Santé Mentale élaborés, d'engager une politique adaptée à cette urgence de Santé Publique (McGorry *et al.*, 2008). En effet, le dépistage et le suivi des pathologies débutantes dans ce domaine nécessitent une action concertée entre les soignants, l'usager, son entourage, et les différents professionnels du domaine sanitaire et du champ social susceptibles d'intervenir.

Le secteur de la santé mentale se caractérise en outre à la fois par la diversité de sa composition (structures médicales, sociales, médico-sociales...) et par la multiplicité des objectifs affichés pour la prise en charge des patients, surtout lorsqu'il est question de pathologies chroniques, voire complexes : traitement des symptômes et diminution de la souffrance, amélioration du rapport de l'usager à son environnement, réactivation de ses contacts sociaux, ouverture aux espaces professionnels et culturels, autonomisation, qualité de vie, etc. Ces objectifs ne sont pas faciles à atteindre et les structures ou acteurs concernés sont régulièrement interpellés en raison de l'écart entre d'un côté les besoins ou les attentes en termes de prévention, d'intervention précoce, de réduction des risques ou de réhabilitation psycho-sociale, et de l'autre les réalisations. (Gozlan, 2018)

C'est pour répondre à ces besoins particuliers que certaines orientations politiques et stratégiques dans le monde (conférence d'Alma-Ata 1978, charte d'Ottawa 1986, plans d'actions de l'OMS⁴) se sont inscrites dans l'encouragement à la mise en place d'approches plus globales de prise en charge des usagers dans le domaine de la santé mentale.

1.2. Les évolutions engagées

Les approches nouvelles reposent sur plusieurs leviers d'action inter-reliés, parmi lesquels nous dégageons deux principes organisationnels majeurs :

- Le patient au centre de l'organisation : cette approche s'appuie notamment sur trois piliers que sont l'*empowerment*, le rétablissement et la citoyenneté,
- L'activation de processus managériaux : ces processus reposent à leur tour sur trois piliers principaux que sont le *case management*, la coordination, et l'intégration des soins et services.

1.2.1. Le patient au centre de l'organisation

Si les maladies aiguës représentent une rupture temporaire avec le mode de vie, les maladies chroniques signifient souvent une perte définitive de la condition antérieure (Lacroix et Assal, 2003) et nécessitent une prise en charge continue afin d'éviter ou de retarder la dégradation de l'état de santé du patient. La prise en compte des particularités cliniques et des besoins spécifiques de chaque patient deviennent dès lors une condition incontournable de la prise en charge (Lefebvre et Levert, 2010) reposant sur des parties prenantes interdépendantes : le patient, ses proches et son environnement spécifique, ainsi que les différentes catégories d'intervenants. En ce qui concerne le patient, il s'agit de lui permettre

⁴ Organisation Mondiale de la Santé

de prendre les meilleures décisions à travers l'acquisition de compétences nécessaires à sa propre prise en charge, en partenariat avec les professionnels qui l'accompagnent. En santé mentale, compte tenu de l'importance des parties prenantes, coordonner l'accompagnement du patient et l'aider à gérer sa maladie deviennent des fonctions essentielles, fonctions que le médecin ne peut assumer dans le cadre de la consultation traditionnelle. Par rapport aux pratiques traditionnelles, l'innovation réside alors dans une meilleure reconnaissance du patient et des problèmes qu'il rencontre dans son rapport aux services (Greenhalgh *et al.*, 2004), ce qui met en lumière l'exigence d'un recentrage sur le patient, qui constitue d'ailleurs l'un des fondements conceptuels de tous les nouveaux modèles d'organisation des services porté par l'OMS (Kroger *et al.*, 2007 ; OMS, 2000). Ce premier principe organisationnel majeur peut ainsi être décrit comme reposant sur trois piliers : l'*empowerment*, le rétablissement et la citoyenneté.

L'empowerment

Le concept d'*empowerment*, parfois défini ou traduit comme le « *pouvoir d'agir* » n'est pas spécifique au domaine de la santé. Il aurait émergé lors des luttes pour le droit des femmes, principalement afro-américaines victimes d'oppression, et a été présenté comme un moyen de lutte pour les minorités dans le but d'obtenir le respect et la dignité. Le concept a été appliqué au domaine médical pour offrir à l'usager/patient la possibilité de s'impliquer dans l'organisation des soins ou pour la défense des droits des malades, au regard des dysfonctionnements du système de soins. Il s'agit ainsi du « *niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie.* » (Le Cardinal, 2010 : 3-5). L'*empowerment* correspondrait donc à l'acquisition par la personne des connaissances, compétences et moyens nécessaires pour mettre en œuvre ses projets avec ses connaissances, ses compétences, ses moyens, quelles qu'en soient les limites. C'est le processus par lequel l'individu prend ou reprend le contrôle sur sa propre vie, apprend à faire ses propres choix, participe aux décisions le concernant, dans une démarche d'autonomisation. Dans son acception idéale, ce vocable suppose que l'implication active des personnes concernées permet de renforcer leur capacité à « influencer leur réalité » (Le Bossé, 2003), et de mobiliser les ressources utiles (personnelles, relationnelles, matérielles, informationnelles) pour « prendre leur destinée en main » (*ibid.*). En santé mentale, l'autonomisation n'est considérée comme possible que si la personne est dans une « zone proximale » (Zittoun, 2006) lui permettant de tirer le meilleur parti du dispositif conçu pour elle.

Quelques évolutions en ce sens ont pu être constatées dans certains pays, et s'avèrent encore rares ou discutées en France. La reconnaissance de l'usager du service de soins comme acteur de sa santé, comme acteur de soins, voire comme médiateur de santé ou pair aidant (Le Cardinal, 2010), vont dans ce sens.

Le rétablissement

Dans la continuité de l'*empowerment*, les spécialistes de la réhabilitation sociale mettent généralement en avant le principe du rétablissement, approché comme une démarche visant à retrouver un sens à sa vie. Selon Anthony (1993), c'est un processus « *foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles (...), à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques*

de la maladie mentale. ». Le rétablissement serait donc l'aboutissement d'un changement pour l'individu, l'atteinte d'un nouvel équilibre. Bien que le concept n'ait formellement fait son apparition dans la législation française que relativement récemment⁵, la notion sembla avoir été très présente dans les années 70, où elle était utilisée dans le domaine de la santé pour confirmer la capacité des malades alcooliques à gérer leur vie et leur traitement.

C'est un changement important de paradigme concernant l'approche du patient pour les professionnels de santé. Les soins et services qui étaient jusque-là l'affaire des spécialistes et des institutions, sont supposés s'appuyer aussi sur le pouvoir des personnes malades à gérer leurs troubles avec l'aide des professionnels. Les soins et services centrés sur le rétablissement doivent promouvoir le pouvoir de la personne, le respect de ses choix, et le besoin de l'impliquer dans son rétablissement (Farkas, 2007).

La citoyenneté

La citoyenneté constitue un troisième levier de santé mentale centré sur le patient. Si l'on se réfère au sens large du concept, la citoyenneté consiste à être reconnue comme membre d'un État et y avoir un rôle actif dans un projet commun, ce qui implique la reconnaissance des droits civils et politiques et des devoirs civiques de tout citoyen dans une démocratie. Dans ce cadre, les troubles psychiques ne doivent pas entraver la citoyenneté et le rétablissement ne doit plus consister seulement à maintenir les personnes dans la communauté : il s'agit pour les patients d'être véritablement membres de la communauté, comme tous les autres acteurs. Cela revient à considérer chacun comme citoyen, donc comme une personne à part entière plutôt que comme malade ou usager, ce qui implique des relations de réciprocité entre citoyens égaux (Rowe et al., 2012).

L'association des trois piliers concernant le patient (*empowerment*, rétablissement, citoyenneté) donnerait ainsi lieu à une forme de santé mentale communautaire dont l'aboutissement repose sur des dispositifs innovants, aux plans clinique (pratiques professionnelles) et organisationnel.

1.2.2. L'activation de processus managériaux

Le management peut être défini comme un ensemble de processus de finalisation, organisation, activation et contrôle (Bartoli et Blatrix, 2015) ce qui met en exergue l'opportunité de son application dans tout contexte organisationnel. Dans le cas de la santé mentale, la prise en charge globale du patient requiert de façon particulière une gestion personnalisée de chaque cas, la coordination de l'ensemble des intervenants et parties prenantes, et l'intégration des soins, services et activités dans les domaines médical, sanitaire, social (Leutz, 1999). L'objectif est en effet de mettre en place et d'activer des pratiques professionnelles permettant la coordination des composantes cliniques, normatives et structurelles d'une prise en charge par nature complexe (Kodner, 2009). Le principe d'une activation de processus managériaux apparaît donc comme le complément nécessaire au centrage de l'organisation autour du patient. L'analyse qui suit met en lumière trois piliers susceptibles de concrétiser ce principe : le *case management*, la coordination et l'intégration.

⁵ Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (loi 2005-102, JO 36 du 12 février 2005 page 2353).

Le case management

Le *case management* semble avoir pris racine dans le vaste mouvement de désinstitutionnalisation pour répondre aux problématiques de fragmentation des services et d'absence de coordination entre les différents acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux. C'est en vue de limiter ces dysfonctionnements d'ordre institutionnels et organisationnels freinant la réinsertion sociale des malades (Intagliata, 1982), que le *case management* aurait fait son apparition aux États-Unis. Dès lors, en plus de répondre aux besoins médicaux de l'usager, le *case manager* a également pour rôle de répondre aux besoins ou attentes sociaux.

À sa conception au départ focalisée sur les moyens de liaison puis de courtage, deux dimensions lui ont été ajoutées : la dimension thérapeutique (Gozlan, 2016) et l'accompagnement ou l'assistance dans le milieu naturel (Intagliata, 1982). Cela a contribué à l'évolution vers un *case management* plus global, incluant les dimensions cliniques, sociales et de réadaptation. Fondé sur le principe des forces personnelles, le suivi intensif collectif et individuel, la philosophie de l'intervention du *case manager* repose sur un accompagnement progressif et personnalisé du patient vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat. En outre, depuis quelques années, l'enseignement d'habiletés sociales en milieu naturel se structure davantage (Anthony *et al.*, 1982 ; Anthony et Liberman, 1986). L'objectif du *case management* serait alors également d'assister et de soutenir les personnes dans leurs négociations avec les différents services dont elles ont besoin, de les aider à développer leurs habiletés de base, et d'améliorer leur qualité de vie (De Cangas, 1994). Cela suppose deux conditions complémentaires : la coordination et l'intégration.

La coordination

L'une des conditions majeures de la prise en charge globale de l'usager atteint de troubles psychiques repose sur la coordination pertinente des soins et services le concernant. Bartoli et Gozlan (2014) définissent la coordination comme « *un processus organisationnel, social et matériel de pilotage des interactions d'activités variées dans le but d'atteindre un résultat qu'un ensemble d'acteurs ou de dispositifs agissant séparément ne pourrait pas obtenir* » (page 112). En prolongeant cette approche dans le champ de la santé, la coordination apparaît comme un processus par lequel les éléments et les relations impliqués pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale (Donabedian, 1980). Plus spécifiquement Leutz, (1999) envisage la coordination comme la recherche d'interconnexions entre le système de santé (aigu, première ligne médicale, et/ou spécialisé) et les autres systèmes de services humains (soins de long terme, éducation, activité professionnelle, aide à domicile...) en vue d'améliorer la prise en charge et le devenir du patient. La coordination vise donc à prendre en compte la complexité et la pluralité des besoins des personnes en difficulté (Sebai, 2016). Elle intègre la spécificité de chaque partie prenante de façon « *à connaître et à comprendre ses contraintes et agir en conséquence, et qui est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance* » (Bloch *et al.*, 2011 : 13).

C'est dans le double objectif d'une part de surmonter les limites relatives au cloisonnement des systèmes de santé, et d'autre part d'éviter le recours trop fréquent à l'hospitalisation (Cameron *et al.*, 2012), que la coordination représente un défi à relever.

Il s'agit de répondre aux besoins sanitaires et sociaux multiples des patients atteints de pathologies chroniques, lesquels rencontrent souvent des difficultés dans l'articulation cohérente entre les différents services et structures (Oliver *et al.*, 2014). Dans le domaine de la santé mentale, l'enjeu de la coordination entre les soins et les services est particulièrement fort compte tenu de la complexité des pathologies, et de leur fréquence dans la population (WHO, 2008).

L'intégration

Le concept d'intégration est polysémique et sa déclinaison peut être spécifique selon le domaine d'application. Dans la traditionnelle école de la contingence portée par Lawrence et Lorsch (1967), l'intégration décrit le degré de coopération entre différents départements, notamment par contrepoids au regard des dispositifs de différenciation, dans une stratégie d'adaptation aux spécificités de l'environnement. Dans le domaine de la santé, l'intégration prend une connotation spécifique et correspond à un enjeu considéré comme majeur. Ainsi, la Haute Autorité de Santé (2014) définit l'intégration comme « *un ensemble de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer du lien et de la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Ces techniques peuvent porter sur le financement, l'organisation administrative et les soins.* » (p. 1). Dans ce cadre, intégrer les soins et services est perçu comme le moyen à assurer la continuité et la globalité de la prise en charge autour des problèmes de santé de chaque usager, dans une perspective bio-psycho-sociale (Contandriopoulos et Denis, 2001a-b). En santé mentale, le concept d'intégration est ainsi souvent utilisé pour traduire la nécessaire articulation entre les professionnels des actions médicale, sanitaire et sociale. Compte tenu des spécialisations professionnelles et des découpages institutionnels, cette articulation ne va pas de soi, et sa mise en œuvre effective est devenue un enjeu majeur. En France, depuis les ordonnances Juppé de 1996 dans le domaine de la santé, puis la Loi du 2 janvier 2002 pour l'action sociale et médico-sociale, le rapport Couty de 2009 et plus récemment le rapport Laforcade de 2016, l'actualité politique et réglementaire dans le domaine de la santé mentale est particulièrement marquée par cet objectif d'intégration.

Intégrer consiste donc à relier le système de santé à l'ensemble des services dans la perspective d'accroître la qualité des soins et la satisfaction des patients (Leutz, 1999). Pour le patient, l'intégration signifie une absence de rupture, une graduation des soins et une facilité de navigation (WHO, 2008b) et donc une meilleure continuité des services répondant à ses besoins, souvent complexes et fluctuants pour des personnes en perte d'autonomie (Sebai, 2016; Somme *et al.*, 2012). Elle consiste à mettre en place un ensemble de techniques et d'outils organisationnels, gestionnaires et cliniques communs, à la fois à l'intérieur et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social (Kodner, 2009). Les dispositifs d'intégration des services doivent alors concerner autant le versant clinique de toute pratique professionnelle (*management continuity*, au sens de Reid *et al.*, 2002) que le versant organisationnel de toute intervention complexe en vue d'assurer une prise en charge globale et responsable.

Alors que la coordination cherche à assurer une articulation entre les structures ou les acteurs pour pallier les carences des services fonctionnant isolément, l'intégration tend à une modification en profondeur du fonctionnement des organisations afin de combattre les ruptures de continuité vécues par les patients.

2. Recherche empirique : étude du cas Prepsy

Les besoins de changement décrits dans la littérature spécialisée se trouvent-ils mis en œuvre dans la pratique ? Le cas concret d'une structure innovante spécialisée en santé mentale est présenté ci-après, dans la mesure où sa création-même s'était appuyée sur la plupart des principes repérés et analysés ci-avant.

2.1. Méthodologie

Le cas étudié est celui de Prepsy, situé à Paris. Il s'agit d'une structure pluridisciplinaire d'intervention précoce, de soins et services personnalisés, dans les champs sanitaires et médico-sociaux, pour de jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques chroniques. Son organisation s'avère originale au regard du système institutionnel de santé mentale, notamment en France. Le choix de ce cas est donc précisément justifié par la spécificité de cette structure qui adopte une démarche globale de prise en charge du patient en santé mentale.

La posture adoptée pour cette recherche empirique est constructiviste (Le Moigne, 1995) car elle approche le terrain étudié comme un construit social observé par des chercheurs qui interagissent avec le milieu. La démarche est « abductive » (Peirce 1931 ; Angué 2009) dans la mesure où la compréhension des phénomènes observés repose sur un processus itératif entre le travail empirique et le cadre théorique. La méthode est qualitative et repose sur une étude de cas (Yin, 2009) approchée à des fins de recherche scientifique (Eisenhardt, 1989).

Au total 30 entretiens semi-directifs, ayant duré entre 60 et 90 minutes, ont été réalisés auprès de quatre catégories de personnes :

- membres du personnel de la structure étudiée ;
- patients et familles de patients ;
- responsables institutionnels identifiés comme parties prenantes dans le fonctionnement ;
- experts nationaux ou internationaux dans le domaine de la coordination ou de l'intégration en santé mentale⁶.

L'échantillonnage a été réalisé de la façon suivante : au plan interne, la quasi-totalité des membres du personnel de la structure étudiée (soit 16 personnes) a été rencontrée, de façon à intégrer dans l'analyse tous les points de vue représentant la douzaine de métiers différents (direction, administration, chargé d'insertion professionnelle, infirmiers, éducateurs, aide-soignant, neuropsychologue, ergonome, médecins, évaluateur qualité, pair aidant, ...) ; en ce qui concerne les patients ou leurs représentants, 7 usagers, proches, ou responsables d'associations d'usagers, ont été interviewés ; pour les institutions et partenaires, 7 personnes au sein des institutions en relation avec la structure⁷, ont été impliquées.

En complément, des documents internes (notamment compte rendus d'activités et tableaux de bord de suivi des patients), ainsi que des rapports publics ont été étudiés. Une double démarche d'observation, participante (lors de réunions internes ou en co-construction de l'action) et non participante (présence dans la structure en activité), a également pu être réalisée.

⁶ Les interviews avec les experts sont en cours au moment de la rédaction de cet article, et ne sont pas intégrés dans les résultats

⁷ Notamment : MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), ARS (Agence Régionale de Santé), Fondation de France, CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), Collectivités Territoriales, Ministère

Les entretiens ont été centrés d'une part sur les conceptions des acteurs concernant les notions analysées ci-avant (place du patient et processus managériaux) dans le domaine de la santé mentale, et d'autre part sur les descriptions de témoignages pratiques concernant les formes de prise en charge globale des usagers. Les guides d'entretiens et les dispositifs d'observation ont été conçus afin de mettre en exergue non seulement les principes de fonctionnement, mais aussi les freins et difficultés rencontrés ainsi que les écarts entre les principes et leur mise en œuvre effective.

Le tableau ci-après présente de façon synthétique le guide d'entretien avec les membres du personnel de la structure étudiée.

Guide d'entretien (forme résumée)
<p>Description Rôle/Description/Représentation de la structure</p> <p>Thème 1 : Intégration des services Expérience/services intégrés Description de ce mode d'organisation Points positifs/Difficultés</p> <p>Thème 2 : Coordination Enjeu de la coordination Modalités de la coordination interne/externe Acteurs/parties prenantes concernés</p> <p>Thème 3 : Case management Approche/définition Missions et compétences requises des <i>case managers</i> Points positifs/Difficultés</p> <p>Thème 4 : Accompagnement des usagers Description de l'accompagnement du patient Spécificités de l'accompagnement en milieu naturel Points positifs/Difficultés</p> <p>Thème 5 : Travail en équipe Relations de travail avec les autres <i>case managers</i> Coordination des informations sur les usagers Points positifs/Difficultés</p> <p>Thème 6 : Perception sur la satisfaction des usagers et la performance Retours des patients ou des proches. Facteurs de réussite/Obstacles, difficultés Pistes d'amélioration Reproductibilité/possibilités d'extension</p>

La réalisation des entretiens a été effectuée sur la base du volontariat, à partir de laquelle un engagement à la confidentialité et à un traitement anonyme était assuré. Lorsque l'interviewé l'autorisait, un enregistrement était réalisé afin de respecter le plus possible la fidélité du discours.

Le traitement de l'ensemble des données recueillies a été réalisé selon les méthodologies de recherche qualitative d'usage en sciences de gestion (Thietart *et al.*, 2014 ; Dumez 2016) incluant notamment : une retranscription complète de l'ensemble des entretiens ; un codage thématique (la plupart du temps via le logiciel Nvivo, complétés dans certains cas par un

codage manuel⁸) ; une structuration des données, permettant de trouver des unités de sens au sein de l'ensemble des matériaux ; une synthèse et une interprétation de l'ensemble des données recueillies.

2.2. Présentation de la structure

Prepsy se décrit comme un service d'intervention médico-sociale précoce, personnalisée, d'intensité variable, pluridisciplinaire et collaborative, destiné à des jeunes adultes de 18 à 25 ans atteints de troubles psychiques émergents entraînant un dysfonctionnement général dans leurs habiletés personnelles, familiales, relationnelles, scolaires ou professionnelles.

Sa particularité concerne sa capacité à proposer une offre de service globale et flexible par une équipe recouvrant le sanitaire, le social et le médico-social, le tout étant élargi par d'autres métiers plus inhabituels (ergonome, chargé d'insertion professionnelle, diététicien, éducateur sportif...) ou de non-professionnels que sont les « pairs aidants ». Ces actions nécessitent le regroupement des compétences-clés dans un contexte financier et institutionnel contraint. Dans ce cadre, la stratégie est répartie sur trois niveaux d'intégration des services : clinique, fonctionnelle et institutionnelle (Leutz, 1999). Pour chacun de ces niveaux, Prepsy a mis en œuvre un système d'actions concrètes autour d'une implication de l'utilisateur.

2.3. Le développement d'une nouvelle approche participative de l'utilisateur

Les personnels disent encourager l'utilisateur, « *expert de sa propre histoire* », à retrouver, à partir de ses ressources personnelles, une nouvelle capacité à agir (décrite comme étant de l'*empowerment*) et à mobiliser ses ressources pour gérer sa vie quotidienne. Outre l'individualisation du modèle d'intervention, cet accompagnement consiste également en une implication des utilisateurs dans l'identification de ce qui fait problème pour eux, afin de favoriser leur autodétermination, c'est-à-dire la capacité à prendre des décisions le plus libres possibles d'influences et d'interférences, pour gouverner leur vie.

Avec l'aide des *case managers*, du chargé d'insertion professionnelle ou d'un pair aidant (Le Cardinal, 2010), ce processus se fait principalement dans le milieu dit « naturel » de l'utilisateur. La permanence de l'accompagnement et la confiance qui s'instaure entre l'équipe et l'utilisateur favorisent l'approche individualisée des services, liée au respect des attentes et de ses besoins exprimés ou non exprimés. Selon les interviewés, l'individualisation des services proposés permet en outre d'adapter l'intensité de l'action en fonction de l'évolution des besoins tout au long du processus de réinsertion sociale, ce qui s'apparente au principe de citoyenneté étudié ci-avant. C'est aussi en vue d'accentuer cette approche individualisée, plus proche de la vie quotidienne, que Prepsy a choisi, contrairement au modèle hospitalier de « thérapie institutionnelle » basée sur les activités de groupe, de ne pas faire participer

⁸ La grille de codage des entretiens a été structurée sur la base des six grands thèmes et des principaux sous-thèmes du guide d'entretien, avec quelques ajustements liés aux différences entre les contenus obtenus et les sous-thèmes initialement envisagés. Par exemple, le sous-thème « reproductibilité/possibilités d'extension » a donné relativement peu de matériau exploitable et n'apparaît pas dans la grille de codage finale, tandis qu'à l'inverse le sous-thème « modalités de la coordination interne/externe » a été décomposé en plusieurs catégories d'encodage compte tenu de l'importance des matériaux recueillis dans les textes retranscrits.

les usagers à des activités collectives (sportives, culturelles, etc.). Selon les membres de l'équipe, ces dynamiques collectives peuvent avoir, dans certains cas, un effet positif et stimulant, mais peuvent aussi avoir des conséquences dévastatrices sur certains patients, pour lesquels l'estime de soi parfois très fragile, pourrait être exposée au regard stigmatisant des autres patients et impacter son rétablissement et son sentiment de citoyenneté.

L'équipe s'est, à l'inverse, attachée à développer quatre programmes particuliers :

- la prévention du syndrome métabolique, pourvoyeur d'une importante morbidité et d'une réduction de plus de dix ans de l'espérance de vie du fait des risques cardio-vasculaires. Il s'appuie sur 3 métiers clés : médecin, diététicien et éducateur sportif ;
- un appartement d'entraînement, dans lequel les usagers peuvent tester en « grandeur nature » leurs capacités neuro-fonctionnelles et leurs différents niveaux d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Trois métiers clés sont ici sollicités : ergonome, neuropsychologue, et aide-soignant ;
- le retour aidé à l'emploi, basé sur la méthode IPS (*Intensive Placement and Support*). Les trois métiers clés concernés plus directement sont : chargé d'insertion professionnelle, ergonome et neuropsychologue ;
- l'inclusion de deux anciens malades psychiques stabilisés, dits « pairs aidants », membres à part entière de l'équipe et représentants d'une intégration réussie dans le monde du travail : un pair aidant spécialisé ayant suivi une formation universitaire dans le domaine, et un « pair aidant numérique » chargé de la page Facebook du service.

On retrouve donc ici les principes de base de la littérature présentée ci-avant, concernant les leviers à actionner pour une prise en charge centrée sur l'utilisateur. Qu'en est-il de la deuxième famille de leviers, concernant l'activation des processus managériaux ?

2.4. La mise en œuvre de dispositifs structurels et managériaux innovants

Même si la compréhension de la terminologie du *case management* s'est révélée être variable selon les interlocuteurs, les réponses obtenues lors des entretiens soulignent la polyvalence de chaque membre de l'équipe en termes de capacité d'écoute, de communication, de synthèse et d'adaptation et donc de capacité à remplir le rôle d'une *case manager*. Ce dernier réalise la collecte des informations utiles au plan d'intervention individualisé et décrit les objectifs à court et moyen termes, les approches et les interventions requises pour atteindre les objectifs et répondre aux différentes attentes et besoins de l'utilisateur. Il a aussi pour rôle d'assurer l'articulation entre les actions sociales, médicales et sanitaires, la liaison entre les services partenaires (administratifs, éducatifs, professionnels) et l'utilisateur, et de coordonner les différentes parties prenantes. L'objectif du *case-manager* ainsi présenté consiste à accompagner et à soutenir les usagers dans leurs négociations avec les différents services qu'ils désirent recevoir et dont ils ont besoin. Il apporte aussi un appui visant à combler les déficits d'offre, par exemple autour de l'accès aux droits ou l'accès à la formation et à l'emploi.

Le *case management* est ainsi décrit et mis en œuvre comme un modèle d'intégration des services et de l'innovation par l'approche métier. Selon l'équipe médicale de la structure, son but est de favoriser la continuité des soins pour rendre les différents opérateurs du système accessibles, tout en renforçant leurs responsabilités afin de favoriser un rétablissement perçu comme un processus de changement personnel, malgré les contraintes causées par la pathologie chronique et ses conséquences. Cette approche doit contribuer à garantir un état

de santé acceptable dans un souci d'efficacité de l'offre de soins et de services, au regard des conséquences de la maladie psychique et du handicap qui en découle. L'objectif est donc de placer l'utilisateur au cœur du dispositif tout en le maintenant dans son milieu de vie naturel. L'accompagnement varie par l'intensité des actions mises en place, et s'appuie sur un ensemble d'outils d'évaluation des besoins de chaque usager.

Prepsy a ainsi opté pour une offre de services intégrés basée sur la prévention du handicap psychique et l'accompagnement médico-social personnalisé (*management continuity* au sens de Reid *et al.*, 2002). L'implication d'un « *case manager* » dès les premiers contacts, constitue un élément fortement apprécié par les associations des usagers rencontrées, et est présenté comme un critère majeur de la réussite de l'accompagnement. Il est plus qu'un organisateur de soins : il est décrit comme un agent de coordination, de réadaptation psychosociale, un accompagnateur de parcours capable d'endosser les rôles de clinicien, d'agent de réhabilitation, de conseiller, de porte-parole et d'allié de confiance dont le rôle « *n'est pas de tout faire mais de faire en sorte que tout soit fait* ».

Les *case managers* doivent donc connaître le système médical, social, associatif, public et para-public, comme les corrélations et les interdépendances entre les différents acteurs (services sociaux et hospitaliers, services judiciaires, de logement, d'emplois, de transports, de loisirs...). Plusieurs interviewés précisent aussi que cette fonction requiert des qualités d'empathie et de persévérance, complémentaires aux compétences plus techniques. Pour les responsables de la structure, ce type d'organisation présente donc des défis d'ordre managérial, et le pilotage est décrit comme une clé de réussite de ce fonctionnement.

Dans la description qui en est faite, tant par les acteurs internes que par les parties prenantes externes, le fonctionnement semble donc s'appuyer sur des processus managériaux correspondant dans leurs principes à ceux décrits dans la littérature.

3. Interprétation des écarts entre les intentions affichées et les capacités d'action

L'analyse du cas Prepsy conduit à deux résultats majeurs : d'une part, les principes de prise en charge globale et coordonnée décrits tant dans la littérature scientifique spécialisée que dans les discours politiques et institutionnels peuvent être mis en œuvre et sont considérés comme pertinents par les parties prenantes ; d'autre part, un certain nombre de freins et difficultés d'application sont repérables et mettent en exergue un enjeu majeur de pilotage du changement. Ces deux résultats sont développés ci-après.

3.1. Un dispositif organisationnel innovant

À travers la démarche du *case management*, de la coordination interne et externe, des diverses facettes de l'intégration et du modèle de santé mentale communautaire qu'elle a mis en œuvre, la structure étudiée se distingue des modèles traditionnels par une prise en charge globale des besoins de l'utilisateur. « Aujourd'hui, un patient est entouré d'au moins 6 acteurs (6 adresses). La question qu'on se pose est : *qui va faire la coordination ? Prepsy arrive à le faire* » (Partenaire) « *Ils font le lien avec des établissements sociaux capables de placer et aider ces jeunes à s'insérer dans la société* » (Partenaire). En mettant chaque patient au cœur du dispositif de soins et en mobilisant les services médicaux, médico-sociaux

et sociaux pour tenter de répondre à ses besoins spécifiques, la structure montre sa capacité à assurer une mission de prise en charge globale, telle qu'elle semble décrite par la littérature comme une réponse adaptée aux défis actuels. « *Ils ont développé des services et des soins exceptionnels* » (Association d'usagers). « *Beaucoup de jeunes sont à la frontière des troubles psychiatriques et ils nous aident à accompagner ces jeunes - un vrai appui pour les accompagner : être en réseau, avoir une formation, être à l'école, les aider à retrouver une autonomie* » (Partenaire). « *Prepsy est en lien avec les patients, ils travaillent avec d'autres partenaires, ils ont des passages réguliers chez les patients, surtout, ils font le lien avec les autres structures, les autres partenaires sociaux* » (Association d'usagers). « *Le fait d'avoir un service intégré – c'est une richesse, ils ont tout sur place : éducateurs, infirmières, psychologues, etc., ça permet de réfléchir ensemble sur différents aspects de la maladie, pas seulement du point de vue des soins, mais au-delà* » (Partenaire). « *Ils ont une approche globale, innovante. J'ai vu chez eux, comment K., grâce aux nouvelles technologies, arrive à intéresser l'utilisateur X* » (Association d'usagers).

Conformément au cadre théorique mobilisé, les démarches développées au sein de la structure étudiée s'efforcent de combattre les dysfonctionnements repérés dans les formes conventionnelles de prise en charge, à savoir notamment le cloisonnement des prestations, les coupures entre le médical, le social et le sanitaire, et le recours trop systématique à l'hospitalisation, ce que plusieurs interviewés externes présentent comme un enjeu de société majeur. « *Cela permet de mobiliser tout le monde, travailler ensemble, apporter une réponse précise et pas des réponses éclatées* » (Partenaire). « *On ne donne pas priorité à l'accompagnement – le soin et l'accompagnement doivent être ensemble – il doit y avoir une coordination* » (Partenaire). « *Nous espérons que l'organisation soit évaluée et développée. Il faut décloisonner...* » (Partenaire), « *Le développement de ce genre de structure coûterait moins cher à la sécurité sociale puisqu'ils seraient pris à leur domicile, en début de la maladie, et donc il y aurait moins d'hospitalisations, moins de rechutes...* » (Personnel interne). « *On arrive à lui faire dire des choses qu'il n'avait jamais dit à personne parce qu'on a un travail de proximité, un travail d'alliance, régulier etc. donc je pense que ce type de structure devrait se développer* » (Personnel interne).

La pertinence de ces démarches a pu être approchée notamment en termes de satisfaction des patients et de leurs aidants (familles, tuteurs, etc.) et en statistiques de retour à l'emploi ou en milieu scolaire des usagers. « *Je pense que c'est moi, qui ai évolué. Je me sens mieux aujourd'hui. Avec le temps mes besoins ont évolué, mais aujourd'hui, je sais ce que je veux, ce que je peux demander, alors qu'au début c'était impossible. Je me sens en confiance (...), je ne connais pas d'autres centres avec les mêmes activités* » (Patient). « *On m'envoie des messages pour boire, me donner de conseils - comme si j'avais un grand frère* » (Patient). Cette pertinence est aussi reconnue par les institutions qui considèrent ce cas comme un modèle innovant du genre, et souhaitent sa démultiplication sur le territoire français. « *Le travail avec la famille, la proximité – une approche intéressante qui mérite d'être développée dans d'autres structures* » (Association d'usagers). « *L'intégration est la base d'une organisation efficace. Le secteur de psychiatrie doit faire en sorte que des liens se créent, avec tout l'environnement de la personne. Les personnels doivent se connaître, se parler et travailler ensemble* » (Partenaire).

Les *case-managers* chez Prepsy, grâce à leur fonction de coordination, cherchent à participer au décloisonnement du système avec une action proactive plutôt que réactive, et la mission d'assurer la continuité des soins. « *Le concept de « case management », c'est*

une approche intéressante, on travaille en synergie avec le patient ; leur façon de se voir tous les jours, discuter, se mettre autour de la table, c'est une façon de faire innovante, ils sont tous spécialistes dans leurs domaines de compétences » (Partenaire).

Au plan opérationnel, la valeur ajoutée de l'équipe est régulièrement mise en exergue pour son caractère innovateur en tant que modèle de prise en charge de jeunes en difficulté, à la fois par l'objectif d'accompagner l'usager dans son milieu naturel, et dans la transition école-métier, reposant sur l'initiative, la responsabilisation et l'autonomie. « Notre point fort c'est le retour à l'autonomie, la coordination, intégration dans la société » (Personnel interne). Ce sont ces trois valeurs qui relèvent de l'*empowerment* selon Lambelet (2014). « Justement, le personnel me contacte et me pousse à faire des choses. Le fait de voir une aide-soignante qui vient chez moi me motive à sortir et faire des choses » (Patient). « Ici, on peut parler de tout et de rien, mais surtout de mon bien-être, de mes problèmes, psychologiques et de santé. C'est apaisant. Ça me fait avancer – je fais des choses et cela me plaît » (Patient). Les pratiques de prise en charge sont en effet intégratives et flexibles en fonction du niveau de soutien nécessaire (Leutz, 1999) et contribuent au processus de rétablissement et à la reprise d'un contrôle progressif du patient sur sa propre prise de décision (Sebai and Courie, 2018).

Tel qu'il a été défini par Manciaux et Deschamps (1978), le modèle de santé mentale communautaire semble donc se retrouver implicitement au sein de la structure. « Nous faisons appel à eux pour des cas difficiles. Ils ont la compétence pour identifier les troubles plus tôt et cette collaboration nous permettra de mieux articuler les choses et identifier les besoins les plus implicites » (Partenaire). « Travailler avec le patient et sa famille, leur expliquer les choses, chercher avec eux afin de trouver des solutions. Et le jeune se sent apaisé, rassuré, il n'est plus seul. » (Partenaire). « Nous établissons une relation de co-construction. On identifie avec lui ses besoins et on essaie de l'aider à y répondre. Au départ il a des difficultés mais on voit une nette prise en confiance durant le suivi et certains deviennent même autonomes et responsables » (Personnel interne). « L'appartement témoin permet de tester le degré d'autonomie du jeune et sa capacité à assumer les responsabilités » (Personnel interne). « On prépare ensemble le CV et la lettre de motivation voire l'entretien pour certains. Le jour j je l'accompagne et elle a réussi à se débrouiller seule » (Personnel interne).

Globalement, le cas étudié se révèle être un dispositif organisationnel innovant dans le système de santé français, dont les principes correspondent aux orientations actuelles de la littérature internationale spécialisée. Il révèle également l'intérêt d'une forme organisationnelle hybride (au sens de Williamson, 1991), ni entièrement réseau ni entièrement structure instituée. Cette forme intermédiaire semble avoir été trouvée par tâtonnement dans le temps, afin de limiter les difficultés de mise en œuvre liées au contexte général du système de santé.

3.2. Analyse des difficultés de mise en œuvre

En tant que structure atypique dans son domaine d'activité, Prepsy n'est pas à l'abri de certaines limites liées au caractère isolé et novateur de cette organisation, qui peine à se faire reconnaître et à obtenir les soutiens nécessaires pour sa pérennisation. On trouve ici une illustration du triptyque « Contenu-Processus-Contexte » mis en avant par Pettigrew et Whipp (1991) à propos du pilotage du changement. Le contenu de l'organisation-cible est en effet identifié comme indiqué en première partie, autour des principes-clés de centrage autour du patient et des dispositifs managériaux et structurels. Le processus de mise en

œuvre de l'organisation visée se heurte à des freins au changement important, tandis que le contexte spécifique du système institutionnel français nécessite une forme d'adaptation particulière, limitant les possibilités de transpositions d'un pays à l'autre, voire d'un territoire à un autre.

Le cas permet de remarquer également un décalage entre la dynamique instaurée au plan interne de l'organisation, qui peut être qualifiée de « proactivité au travail » (Grant et Ashford, 2008), et la stabilité ou l'inertie des systèmes environnants, conduisant à une difficulté de mise en œuvre des conditions managériales favorables au changement (Trummers *et al.*, 2015). Plus spécifiquement, les freins stratégiques surviennent dans la mesure où l'impulsion nationale, si elle existe en toile de fond, ne conduit pas nécessairement à un dégagement de ressources et capacités d'action susceptibles d'assurer aisément la pérennité du dispositif. Ainsi, l'équipe a parfois eu du mal à s'ancrer dans un système de psychiatrie publique très institutionnalisé, marqué par une relative incompréhension de la démarche d'intégration globale.

La compréhension limitée du rôle que peut jouer Prepsy en tant que structure coordinatrice, complètement différente des autres services d'accompagnement médico-sociaux dans le domaine du handicap, a également entraîné une difficulté relative de coopération de la part des autres professionnels (psychiatres, centres spécialisés, hôpitaux, etc.) du territoire, ces derniers étant des acteurs pivots dans le parcours du soin en santé mentale français. « *Au départ ce n'était pas évident d'expliquer à chaque professionnel qui fait partie du parcours du patient comment on fonctionne ici* ». « *Ce qu'on propose c'est spécifique : accompagnement même chez soi, dans l'entreprise ou à l'école. Certains ne le comprennent pas et m'ont même raccroché au nez, il y a un partenaire qui n'arrête pas de me hurler dessus au téléphone* » (Personnel interne). « *Il faut qu'on arrive à nous coordonner et à communiquer les informations avec toutes les personnes qui accompagnent le jeune. Il y a le réseau avec nous mais il y a aussi le réseau pour chaque jeune qui a le sien. Et ce n'est pas du tout évident pour la transmission d'information* » (Personnel interne). « *Ils veulent garder les informations et refusent de nous les transmettre. Il faut que j'insiste au téléphone ; parfois ça marche mais parfois pas !* » (Personnel interne). Cette situation provoque ainsi également des freins structurels car le système institutionnel en place est source d'inertie importante.

Enfin, des freins culturels ou comportementaux sont également largement identifiés du fait des difficultés à impliquer un certain nombre de parties prenantes, lesquelles peuvent percevoir des enjeux négatifs à la mise en place de nouvelles formes de prise en charge, avec des craintes de perte de pouvoir ou de contrôle. « *On a le cas de psychiatres libéraux qui ne veulent pas que leurs usagers soient suivis par des services comme nous* » (Personnel interne).

Ainsi les quatre familles de freins du modèle SSCC de Bartoli et Hermel (1989), relevant des domaines Stratégiques, Structurels, Culturels et Comportementaux, sont repérables dans la mise en œuvre de cette nouvelle forme de prise en charge en santé mentale. « *Il y a des freins dans le sens où il y a une méconnaissance et non volonté de comprendre ce type d'accompagnement en fait. Parfois la porte est directement fermée* » (Personnel interne).

3.3. Exploration des conditions de réussite

Dans ce contexte, l'acquisition d'une légitimité semble être une bataille constante et relève d'une gestion de paradoxes. Ainsi, il s'agit d'un côté de développer une structure assez conforme aux systèmes en place pour entrer dans des cadres institutionnels qui imposent

des objectifs et des contraintes liés à des politiques publiques nationales ou à des pratiques et des usages dominants. D'un autre côté, il convient de sortir de cette conformité pour innover dans les formes d'accompagnement, en développant des processus de coordination en réseau pour les coopérations externes, en les combinant à des mécanismes d'intégration interne forte pour une méthodologie managériale basée sur le *case management*.

La première des conditions de réussite semble donc relever du dosage entre conformité et innovation (Bartoli et Gozlan, 2014). Ce dosage s'avère d'autant plus crucial que le déploiement d'un tel dispositif nécessite des ressources humaines et matérielles importantes. Or, les difficultés d'obtention pérenne des fonds publics, constituent des obstacles importants quant à l'amélioration, le développement et le déploiement de dispositifs innovants de ce type, et nécessitent de recourir à des processus formels et conventionnels issus des politiques publiques nationales ou locales. « *Nous devons être financés par des partenaires extérieurs, donc la question du financement de la structure peut se poser et ça peut devenir problématique* (Personnel interne). « *Il y a aussi les difficultés avec les financeurs qui ne comprennent pas toujours ce qu'on fait et qui nous mettent un peu les bâtons dans les roues quand on demande des trucs qui sont intéressants* » (Personnel interne). « *Effectivement nos financeurs ne nous comprennent pas toujours parce que dans les autres structures il y a des petits bureaux, des petites pièces et tout le fonctionnement n'est pas pareil, on est donc pénalisé parce qu'on ne ressemble pas aux autres* » (Personnel interne).

Au plan clinique, l'approche centrée sur le patient se heurte dans la pratique à divers défis spécifiques, voire là encore à des paradoxes. En effet, elle implique de fait le respect des attentes et des besoins des patients. Cependant, certains d'entre eux, compte tenu de la spécificité de leur cas, ne sont pas en mesure d'identifier leurs besoins ou de les exprimer, et parfois les attentes s'avèrent évolutives et instables. Dans ce type de pathologie également, l'usager peut ne pas se reconnaître malade, d'où une difficulté à rendre convergents ses attentes spécifiques et les besoins identifiés par ses proches et par les professionnels. « *Ce qui est paradoxal c'est qu'on part des besoins du jeune et ses attentes alors qu'on sait qu'il est malade. On essaie d'avoir leur regard et perceptions des choses pour qu'ils se sentent à l'aise. Généralement quand ils viennent ils sont accompagnés, et en fonction de la gravité de leurs cas on peut demander aussi les attentes des parents ou tuteurs* » (Personnel interne). C'est d'ailleurs dans ce cadre, et sur la base d'études d'experts internationaux (McGorry *et al.*, 2002), que la détection et l'intervention précoces ont été fortement recommandées par plusieurs interviewés. « *Ils ont les compétences pour détecter la maladie à 16 ans, nous souhaitons développer cela avec eux* » (Partenaire). En effet, le risque de chronicisation du handicap psychique issu d'une action tardive conduirait à une moindre efficacité de la prise en charge.

En facilitant l'accès coordonné aux services de santé et aux prestations sociales de proximité avec l'accompagnement d'un *case manager*, l'approche intégrée et personnalisée, surtout quand elle est mise en place après une détection précoce, semble contribuer à l'obtention de meilleurs résultats cliniques et prévenir l'institutionnalisation et les hospitalisations évitables (Cameron *et al.*, 2012 ; Martinez *et al.*, 2012). Une condition de réussite du changement qui apparaît ici est donc celle de la rapidité de détection et d'intervention, donc de la mise en place de dispositifs et d'outils prêts à être activés rapidement. En termes d'implication managériale, cela conduit à des variables d'accompagnement majeures telles que la communication, les outils de pilotage, ou la formation. Ces résultats vont dans le sens

des travaux mis en évidence par Tummers *et al.* (2015), qui montrent que l'autonomie des personnels, leur participation à la prise de décision, et la qualité du travail d'équipe sont trois facteurs favorables à la conduite du changement organisationnel, particulièrement dans le milieu de la santé.

Plus généralement, la recherche semble ainsi confirmer que les dimensions managériales et organisationnelles sont complémentaires aux champs médical et social pour parvenir à mettre en place de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale. L'accent mis sur une politique de ressources humaines avancée, favorisant la proactivité des personnels à travers le dispositif des « *case managers* » ressort donc comme une condition favorable à la mise en œuvre de ce type de changement. Pour autant, « *Les employés proactifs peuvent devenir démotivés face à des collègues obstinés ou une organisation qui n'évolue pas suffisamment vite* »⁹ (Tummers *et al.*, 2015). S'il n'existe donc sans doute pas de solution simple pour combattre les difficultés de pilotage du changement dans les organisations innovantes en santé mentale, il apparaît que la mise en place de dynamiques managériales et humaines reste un levier incontournable qui ne saurait être négligé.

Conclusion

Après des décennies de dispositifs cloisonnés et faiblement coordonnés en santé mentale, un certain retournement de tendance se développe, à travers des analyses de plus en plus officielles, et des initiatives organisationnelles identifiables dans divers pays du monde. Dans cet esprit, plusieurs plans et réformes ont été élaborés au cours des années récentes en France, qui mettent en évidence le besoin de prise en charge globale et intégrée en santé mentale.

Cette recherche met en évidence l'opportunité de nouveaux modèles de prise en charge en santé mentale. Le cas étudié confirme la pertinence et la faisabilité de ces orientations nouvelles, même dans un contexte national très marqué en termes de traditions culturelles et institutionnelles. Cependant, si l'intégration des prestations sanitaires et médicosociales, ainsi qu'une prise en charge plus globale de l'utilisateur se révèlent appropriées, elles restent difficiles à mettre en œuvre, compte tenu de freins et contraintes qui ont été repérés dans les domaines stratégiques, institutionnels et structurels, culturels et comportementaux.

La recherche rappelle que l'innovation organisationnelle, même lorsqu'elle est supposée être au service du bien public, n'est pas toujours bien acceptée ou bien comprise, compte tenu de la complexité des situations et des structures en place, ce qui explique au moins partiellement le constat des écarts entre les intentions et les réalisations concernant les évolutions de prise en charge en santé mentale, et apporte des éléments de réponse au premier pan de la question de recherche initiale. En l'occurrence, il s'agit de savoir comment faire évoluer non seulement les organisations mais aussi les représentations sur la prise en charge du patient et les modèles de gestion en santé mentale, surtout dans un contexte bureaucratique et institutionnel fort. L'enjeu est bien ici celui du pilotage du changement et des processus managériaux à concevoir, de façon complémentaire et synergique avec les solutions d'ordre médical et social.

⁹ Traduction par les auteurs de : « *Proactive employees may get demotivated by stubborn colleagues or think an organization is not moving fast enough* ».

Le retour sur la double question de recherche initiale a ainsi conduit à mettre en lumière : (a) un certain nombre d'explications sur les écarts entre intentions et réalisations concernant les évolutions des formes de prise charge en santé mentale, qui sont essentiellement liés aux freins classiquement connus en matière de pilotage du changement : (b) des conditions de réussite qui semblent reposer sur une articulation des processus managériaux et des processus médicaux ou sociaux, au sein d'organisations centrées sur le patient.

Cette recherche est cependant en cours et ne saurait faire l'objet de conclusions arrêtées, d'autant que le travail empirique centré sur l'exploration approfondie d'un cas unique présente l'inconvénient d'une validité externe réduite, et ne peut pas conduire à une généralisation. En outre, la spécificité du cadre institutionnel et des dispositifs de fonctionnement français devrait pouvoir être comparée à des cas étrangers de prise en charge globale des patients en santé mentale, pour pouvoir en tirer des enseignements plus significatifs. Des recherches complémentaires doivent donc être conduites, d'autant que l'enjeu de démarches s'appuyant sur une approche globale en santé mentale semble considérable : d'abord du point de vue humain envers les patients et leurs familles, mais aussi en termes de coûts sociaux et économiques pour la société dans son ensemble.

Bibliographie

- Angué K., 2009. Rôle et place de l'abduction dans la création de connaissances et dans la méthode scientifique peircienne. *Recherches Qualitatives* 28 (2), 65-94
- Anthony W.A., 1993. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 11-23.
- Anthony W.A., Cohen M., Farkas M., 1992. A Psychiatric Rehabilitation Treatment Program: Can I Recognize One if I See One? *Community Mental Health Journal* 18, 182-192.
- Anthony W.A. and Liberman R.P., 1986. The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual and Research Base. *Schizophrenia Bulletin* 12, 542-559
- Bachrach, L.L., 1989. The Chronic Patient: Case Management — toward a Shared Definition. *Hospital and Community Psychiatry* 40 (9), 883-884.
- Bartoli A. et Blatrix C., 2015. *Le management dans les organisations publiques. Défis et logiques d'action*. Dunod, Paris.
- Bartoli, A. et Gozlan, 2014. Vers de nouvelles formes hybrides de coordination en santé mentale : entre conformité et innovation. *Management et Avenir* 68.
- Bartoli A. et Hermel P., 1989. *Le développement de l'entreprise. Nouvelles conceptions et pratiques*. Economica, Paris.
- Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C. et Gand S., 2011. *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*, Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, Paris.
- Bourgueil Y., 2017. L'innovation organisationnelle, un processus d'apprentissage au service de la transformation du système de santé? *Santé Publique* 29 (6), 777-779.
- Cameron A., Lart R., Bostock L. and Coomber C., 2012. *Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services*. Social Care Institute for Excellence, London.
- Contandriopoulos A.P., Denis J.L., Touati N. et Rodriguez R., 2001. Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures*, 8 (2), 38-52.
- Couty E., 2009. *Missions et organisation de la Santé mentale et de la psychiatrie*. Rapport à la Ministre de la Santé et des Sports.
- De Cangas J. P. C., 1994. Le *case management* affirmatif : une évaluation complète d'un programme du genre en milieu hospitalier. *Santé mentale au Québec*. 19 (1), 75-91.
- Dubouloz S., 2013. *L'innovation organisationnelle : antécédents et complémentarité : une approche intégrative appliquée au Lean Management*. Thèse de Doctorat en sciences de gestion, Laboratoire IREGE, Université de Grenoble.
- Dumez H., 2016. *Méthodes de recherche qualitative*. Vuibert, Paris.
- Donabedian A., 1980. Explorations in *Quality Assessment and Monitoring*, Vol. 1. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Eisenhardt K.M., 1989. Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review* 14 (4), 532-550
- Farkas M., 2007. The Vision of Recovery Today: What It Is and What It Means for Services. *World Psychiatry* 6 (2), 68-74.
- Fléury M.-J., 2012. Les réseaux de services intégrés en santé mentale : notion, exemple du Québec et enjeux d'implantation. *L'observatoire* 72.
- Gozlan G., 2016. Le *case management* en santé mentale In Trosa S. et Bartoli A. *Les paradoxes du management par le sens*. Presses de l'EHESP, Paris.
- Gozlan G., 2018. *Le SAMSAH Prépsy, une forme hybride d'intervention médico-sociale précoce par le case management, la coordination et l'intégration des services pour les jeunes atteints de schizophrénie* in « Traité de Réhabilitation », Elsevier.

- Granger, B. et Naudin, J., 2015. *La schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence*. Le Cavalier Bleu éditions, Paris.
- Grant A.M. and Ashford S.J., 2008. The Dynamics of Proactivity at Work. *Research in Organizational Behavior* 28, 3-34.
- Greenhalgh T., Robert G., Macfarlane F., Bate P. and Kyriakidou O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly* 82, 581-629
- Haute Autorité de Santé (HAS), 2014. *Intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux*, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/fps_integration__25_09_2014.pdf
- Intagliata, J., 1982. Improving the Quality of Community Care for the Chronically Mentally Disabled: the Role of Case Management, *Schizophrenia Bulletin* 8 (4).
- Kodner D.L., 2009. All Together Now: a Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthc Q* (13 Spec n° 6-15).
- Krebs M.O. 2004. Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau de soins. *Revue Française des Affaires Sociales* 1 (1).
- Kroger E., Tourigny A., Morin D., Cote L., Kergoat, M-J., Lebel P., Robichaud L., Imbeault S., Proulx S. and Benounissa Z., 2007. Selecting Process Quality Indicators for the Integrated Care of Vulnerable Older Adults Affected by Cognitive Impairment or Dementia. *BMC Health Services Research* 7, 195
- Lacroix A., Assal J.-P., 2003. *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique* (2e éd.). Maloine, Paris.
- Laforcade M., 2016. *Rapport relatif à la santé mentale*. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Paris.
- Lambelet A., 2014. *Des âgés en AG. Sociologie des organisations de défense des retraités*, Éditions Antipodes, Lausanne.
- Lawrence P. and Lorsch J., 1967. Differentiation and Integration in Complex Organizations, *Administrative Science Quarterly* 12, 1-30.
- Le Bossé Y., 2003. De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*. 16 (2), 30-51.
- Le Cardinal P., 2010. Les pairs-aidants ou médiateurs de santé-pairs : enjeux d'un nouveau métier dans le champ de la santé mentale. *Pluriels*. 85/86, 3-5.
- Le Moigne J.L., 1995. *Les épistémologies constructivistes*. PUF, Paris.
- Lefebvre H. et Levert M-J, 2010. *Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches*, MEP_AppIntern.indd,
- Leutz W., 1999. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Quarterly* 77 (1), 77-110.
- Manciaux M. et Deschamps J.-P., 1978. *La Santé de la mère et de l'enfant*. Flammarion, Paris.
- Martinez N., Berchtold P., Busato A. and Egger M., 2012. *Effectiveness of Integrated Care Programmes in Adults with Chronic Conditions: a Systematic Review*. Institute for Social and Preventive Medicine, University of Bern.
- McGorry, P.D., Yung, A. and Phillips, R. 2002. Closing in: predicting the onset of psychosis. The early stages of schizophrenia. Washington DC. *American Psychiatric Publishing* 3-31.
- McGorry P.D., Killackey E., Yung A., 2008. Early Intervention In Psychosis: Concepts, Evidence and future Directions. *World Psychiatry* 7 (3), 148-56.
- Meunier-Cussac S., Gozlan G., Lecardeur L., Duburcq A. and Courouve L., 2018. Early Intervention for Early Psychosis in France: Mapping of Programs, *Schizophrenia Bulletin* 44 (Suppl 1), S125-S126.
- Mintzberg H., 1989. *On Management: Inside Our Strange World of Organizations*. Free Press, New York.
- Oliver D., Foot C. and Humphries R., 2014. *Making our Health and Care Systems Fit for an Ageing Population*. The King's Fund, London.
- Peirce C.S., 1931-1935. *Collected Papers*. Harvard University Press, Cambridge.
- Pettigrew A. and Whipp R., 1991. *Managing Change for Competitive Success*. Blackwell, Oxford

- Reid R., Haggerty J. and McKendry R., 2002. *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*. Canadian health Services Foundation.
- Rowe M, Clayton A, Benedict P, Bellamy C, Antunes K, Miller R, Pelletier J-F, Stern E, O'Connell M.J., 2012. Going to the source: Citizenship Outcome Measure Development, *Psychiatric Services* 63 (5), 45-50.
- Sebai J., 2016. Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique* 28, 223-234.
- Sebai J. and Courie-Lemur A., 2018. For a Responsible Care of Young Schizophrenics in their Ordinary Environment. *Revue Française d'Administration Publique* 166.
- Somme D., Trouve H., Dramé M., Gagnon D., Couturier Y. and Saint-Jean O., 2012. Analysis of Case Management Programs for Patients with Dementia: a Systematic Review. *Alzheimers Dement* 8 (5), 426-436.
- Thietart R-A. et al., 2014. *Méthodes de recherche en management*. Dunod, Paris.
- Tummers L., Kruijven P., Vijverberg D. and Voesenek T., 2015. Connecting HRM and Change Management: The Importance of Proactivity and Vitality. *Journal of Organizational Change Management*. 28 (4), 627-640.
- WHO, 2008. *Comblant les lacunes en Santé mentale*. WHO, Genève
- WHO, 2008b, *Integrated Health Services: What and Why?* WHO, Genève.
- Williamson O.E, 1991. Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Administrative Science Quarterly* 36 (2), 269-296.
- Yin R.K., 2009. *Case Study Research. Design and Methods*, 4th Edition. Sage Publications, London.
- Zittoun T., 2006. *Insertions. À 15 ans, entre échec et apprentissage*. Peter Lang, Berne.