



HAL
open science

Améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique. Etude du cas Prépsy

Guy Gozlan

► **To cite this version:**

Guy Gozlan. Améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique. Etude du cas Prépsy. Gestion et management. Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines, 2015. Français. NNT : 2015VERS012S . tel-01236499

HAL Id: tel-01236499

<https://theses.hal.science/tel-01236499>

Submitted on 1 Dec 2015

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

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

INSTITUT SUPÉRIEUR DE MANAGEMENT
LABORATOIRE DE RECHERCHE EN MANAGEMENT – LAREQUOI
ÉCOLE DOCTORALE CULTURES, RÉGULATIONS, INSTITUTIONS ET TERRITOIRES – CRIT

THÈSE

En vue de l'obtention du grade de
Docteur en sciences de gestion

**Améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social
pour limiter le risque de handicap psychique.
Etude du cas Prépsy**

TOME 1

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2015 à Saint-Quentin en Yvelines

par
Guy GOZLAN

Jury de soutenance

Directeur de recherche :

Annie Bartoli, Professeur des Universités, Larequoi, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines.

Rapporteurs :

Marie Josée Fleury, Professeure, Université Mc Gill, Canada,

Michel Cremadez, Professeur Émérite, Groupe HEC Paris.

Suffragant :

Philippe Hermel, Professeur des Universités, Larequoi, Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines.

Invité : Philippe Charrier, Président de l'UNAFAM.

Je tiens à remercier mes proches, qui, par leur patience m'ont permis de réaliser ce travail.

Merci à tous ceux qui m'ont encouragé et soutenu dans cette aventure.

Je souhaite exprimer ma gratitude à mon assistante de coordination ; qu'elle soit ici remerciée.

Mots clés :

Accompagnement médico-social, case management, coordination, intégration des services, parcours de soins, psychiatrie, réseaux de santé, santé mentale, SAMSAH, schizophrénie, suivi intensif.

« J'ai trop le respect de la tradition, là où elle est encore vivante, puissante, et, si j'ose dire, susceptible, pour ne pas comprendre ceux qui résistent aux innovations vers lesquelles les pousse ce qu'on appelle l'esprit du temps, qui n'est souvent, je le leur concède, que la mode du temps. Sint ut sunt : qu'ils soient ce qu'ils sont, est une formule qui se justifie par l'inquiétude qu'on ressent toujours en ne changeant qu'une seule pierre à un bel édifice debout depuis quelques siècles. »

Marguerite Yourcenar

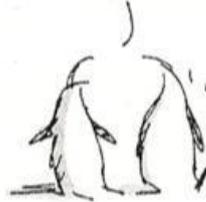
« La santé mentale est influencée par des facteurs de risque et de protection qui se manifestent dans les nombreux aspects de la vie quotidienne. Par conséquent, pour promouvoir efficacement la santé mentale, prévenir le développement de troubles mentaux et intervenir tôt lorsque de tels troubles apparaissent, il faut obtenir une collaboration, un engagement et des partenariats qui dépassent le cadre des services de santé mentale. Cela exige la participation non seulement du secteur élargi de la santé, mais aussi des services aux familles et aux collectivités, des établissements d'enseignement, des milieux du travail, des services judiciaires, des services d'urgence, des milieux du sport, des arts et des affaires, ainsi que des groupes de soignants et de clients. La santé mentale est effectivement une question qui nous concerne tous, elle doit être prise en charge par l'ensemble de la collectivité et a des retombées sur tous ses membres ». (Plan d'action australien, 2000).

LES INDÉGIVRABLES | PAR XAVIER GORCE

Dire que l'on veut réformer, c'est tellement simpliste!



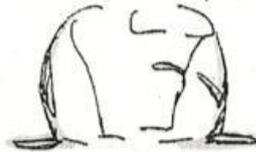
Il faut bien voir une chose:



Tous les sujets sont devenus très complexes.



Ça n'est pas un peu simpliste de dire que vouloir réformer un monde complexe est tellement simpliste?





Conventions et abréviations

Afin de faciliter la lecture du document nous utiliserons préférentiellement les termes

- ACT (assertive community treatment) pour traitement intensif dans l'environnement naturel
- CCM pour Chronic Care Model
- CM pour Case Management
- DM pour Disease management
- MC pour Managed Care
- P1 pour réseau de santé Prépsy
- P2 pour SAMSAH Prépsy
- Réseau pour réseau de santé
- SAMSAH pour Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés.
- Santé mentale pour Psychiatrie
- Schizophrénie pour schizophrénies et pathologies apparentées/ troubles psychotiques chroniques.
- Sectorisation pour sectorisation psychiatrique
- SIV pour Suivi d'intensité variable dans l'environnement naturel
- Troubles psychiques pour troubles mentaux ou troubles psychiatriques
- Usager pour patient

Sommaire :

Introduction générale	11
I/ La santé mentale dans le monde et en France	23
1.1 Position du problème	
1.2 La santé mentale en France	
1.3 La schizophrénie : une pathologie complexe nécessitant des soins complexes	
1.4 Accéder aux soins pour les jeunes usagers atteints de schizophrénie	
1.5 De la schizophrénie au handicap psychique	
Conclusion de la première partie	
II/ Améliorer la prise en charge en santé mentale par la coordination.....	40
2.1 La coordination dans les théories et pratiques des organisations	
2.2 Le besoin d'appui à la coordination en santé dans les textes et les pratiques	
2.3 Vers une nouvelle forme de coordination pour les usagers en situation complexe	
2.4 Améliorer la prise en charge en santé mentale par le management	
2.5 Le case management en santé mentale ; modèle de l'intégration des services et de l'innovation par l'approche métier	
2.6 Dimension médico économique du case management	
2.7 Les MDPH et les SAMSAH, deux acteurs en méta-réseau ?	
Conclusion de la deuxième partie	
III/ Le cas Prépsy ; vers une nouvelle forme de réseau intégré de soins et de services au bénéfice de la limitation du handicap psychique chez les jeunes atteints de schizophrénie.....	88
3.1 Méthodologie : précision sur la démarche empirique de la recherche.	
3.2 Historique des programmes Prépsy	
3.3 P2, une organisation hybride entre firme pivot et réseau intégré	
3.4 Enseignement et interprétation du cas Prépsy : analyse des résultats obtenus	
3.5 Résultats scientifiques : rapprochement entre les enseignements du cas pratique et les cadres théoriques	
Conclusion générale	128
Bibliographie	146
Table des matières détaillée	183
Table des matières Tome 2	188

Introduction générale

Introduction générale:

Motivations et orientations.

Depuis plusieurs années déjà, nous avons souhaité prolonger notre carrière par une implication plus approfondie dans l'enseignement et dans la recherche au sein du laboratoire universitaire LAREQUOI.

Dans la mesure où nous sommes déjà titulaire d'un doctorat de médecine et avons déjà publié plusieurs articles et rapports, cette thèse en sciences de gestion a d'abord été conçue comme une « thèse sur travaux ». Cette thèse est structurée en deux volumes : tout d'abord un volume de recherche qui présente la problématique de recherche, fait le point sur les référentiels théoriques, explicite les choix méthodologiques, présente le cas Prépsy et débouche sur des résultats de portée tant scientifique qu'opérationnelle, ensuite un second volume qui compile nos principaux travaux antérieurs sur le sujet.

Au fur et à mesure de l'avancement, le premier volume s'est renforcé pour devenir un document de recherche doctorale à part entière. Nous présentons donc, en final, une thèse complétée des travaux antérieurs s'inscrivant dans le champ du management public ou non-marchand et plus particulièrement du management de la santé. Elle est le fruit du processus d'apprentissage, pour un médecin spécialiste, des codes, usages, lexiques et référentiels d'une communauté académique en sciences de gestion porteuse de paradigmes indispensables à la réussite des projets que nous avons portés. Elle se focalise sur une réflexion concernant les possibilités d'amélioration de la prise en charge multi-modale de la schizophrénie qui est une pathologie complexe touchant les jeunes et porteuse d'un pronostic de handicap chronique lourd. Délimitée dans le champ médical de la psychiatrie, cette recherche est orientée dans une optique de Santé Publique et plus spécifiquement dans celui de la Santé Mentale. En effet, les caractéristiques de cette population en font à plus d'un titre des candidats à une intervention médico-sociale précoce épaulée par une approche managériale de la complexité. Un retard à la prise en charge entraîne, en effet, une aggravation voire une chronicisation des troubles associés à une exclusion sociale et une paupérisation parfois dramatiques.

Désireux de poursuivre la voie d'une meilleure connaissance clinique et thérapeutique des signes précoces de cette pathologie mentale émergente chez les adolescents et les jeunes adultes, nous nous sommes rapidement confrontés à la complexité de leurs prises en charge. En effet, dans cette tranche d'âge, les troubles comorbides (dépression, anxiété, risque suicidaire, addictions....) associés à cette pathologie obligent à intervenir dans des dimensions aussi différentes que la famille, la scolarité, le travail ou la réduction des risques. C'est pourquoi il nous est paru important de mieux connaître les paramètres environnementaux et structurels qui régissent, de façons parfois chaotiques, les conditions du succès de cette prise en charge précoce. Pour cela, une meilleure connaissance des mécanismes de l'organisation du système de santé et en particulier de sa flexibilité face aux problématiques complexes est nécessaire ; l'articulation des ressources étant un second paramètre essentiel.

Médecin psychiatre depuis 30 ans et directeur successivement d'un réseau de santé mentale puis d'un SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), nous avons pu, à travers notre pratique, mettre en application tout l'apport potentiel d'une combinaison pertinente des champs de la médecine et du management.

Notre pratique de la psychiatrie s'est orientée d'une part vers une pratique clinique hospitalière et en cabinet libéral et d'autre part vers la poursuite d'enseignements d'approfondissement à travers les diplômes universitaires « aspects psychosociaux de l'infection au VIH » puis « médecine légale orientée vers la psychiatrie ». C'est dans les années 2000 que nous avons pris conscience de l'importance d'une convergence des langages de l'administration et de la santé. Il nous est alors apparu que l'intégration dans la pratique médicale de la notion de prévention en psychiatrie ne pouvait se mettre en place qu'à travers des modifications progressives de l'exercice quotidien, tant du point de vue thérapeutique qu'organisationnel. C'est dans ce contexte que nous avons cherché à approfondir nos connaissances en management médical à travers le Master de Management Médical de l'ESCP-EAP que nous avons obtenu en 2000. A l'époque, il nous est paru opportun de développer la première expérimentation d'un réseau ville-hôpital en psychiatrie à Paris.

Cette thèse témoigne d'une maturation théorique alimentée par l'assimilation des enseignements de l'expérience tout autant que des lectures et rencontres avec les chercheurs et les acteurs du champ ; en particulier Fleury, Latimer, Cremadez, Bartoli, Assens. Ainsi, les objectifs de cette recherche sont la mise en évidence des enjeux et conditions de réussite du développement de la coordination des soins et de l'intégration des services en santé mentale, en vue de limiter le risque de handicap psychique chez les jeunes adultes souffrant de schizophrénie.

Dans ce contexte, certains penseraient qu'il suffirait de s'adjoindre les services d'un professionnel issu d'une formation d'administration de la santé pour la réussite d'un tel projet ; mais ce serait oublier que les cahiers des charges d'un réseau de santé ou d'un SAMSAH ne comportent pas de ligne budgétaire pour une telle qualification managériale. Celle-ci est pourtant aussi indispensable qu'un responsable de l'assurance qualité, un chargé de communication en santé, un économiste de la santé, un médecin de Santé Publique, un informaticien, un community manager ou un pair aidant. C'est pourquoi nous avons relevé le défi d'un travail atypique, tentant de réunir à la fois la démarche académique d'une thèse de doctorat et celle d'une synthèse des travaux alimentés par notre parcours professionnel. En effet, nos différentes publications de 2001 à ce jour, professionnelles ou plus académiques, reflètent l'avancement d'une recherche-action soutenue autour de la mise en place et du pilotage du projet Prépsy. Cette thèse se veut une synthèse et un prolongement de ces publications qui suivent la chronologie et l'évolution d'un projet devenu aujourd'hui un établissement médico-social mais aussi un laboratoire de recherche appliquée.

Son socle théorique repose sur deux familles d'apports principaux : les théories des organisations d'une part (Mintzberg (1979), Williamson (1975), Bartoli (2009), Assens (2013) et les travaux en gestion de la santé d'autre part (Leutz (1999), Cremadez (2004), Fleury (2002), Mc Gorry (1999) d'autre part. De plus, ce matériel empirique est issu de notre propre expérience et de notre analyse distanciée en matière de création, d'accompagnement et d'animation de réseaux de santé mentale mais également du recueil d'informations sur les expériences d'autres réseaux ou modalités de coordination dans le domaine de

la psychiatrie en France et à l'étranger. Cette démarche est coïncidente avec le développement du programme du SAMSAH Prépsy ; innovant et inspiré des théories du « case management »¹, qui a vu officiellement le jour en octobre 2012. C'est pourquoi l'étude de cas porte sur l'évolution du réseau de santé Prépsy vers le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés Prépsy. Le croisement de l'apport théorique et du savoir-faire acquis sur le terrain nous a permis d'étudier les formes traditionnelles et nouvelles de la coordination d'activité : en particulier, l'analyse des différentes formes de réseaux de santé permettant de dégager des besoins d'évolution vers des dispositifs de « réseaux de services intégrés » et posant la question de leurs possibilités de développement dans l'environnement administratif actuel.

Enjeux du sujet :

Le jeune patient atteint de schizophrénie débutante s'engage, bien malgré lui, ainsi que ses proches, dans un nouvel avenir appelé pudiquement « maladie chronique ». Comment préjuger de l'évolution d'une maladie aux contours flous et aux nombreuses variantes ? Comment et qui peut décider de classer un jeune citoyen dans une catégorie aussi administrative que lourde de sens, en contradiction avec les discours prônant la déstigmatisation ou le rétablissement ? Ce paradoxe s'accroît quand il est question de fournir des soins et des services visant à limiter l'impact du handicap psychique alors même que pour obtenir ces services il faut bénéficier au préalable de la reconnaissance du statut d'handicapé par la maison départementale éponyme. La MDPH, maison départementale des personnes handicapées est née de la volonté du monde associatif de voir reconnaître l'égalité des chances pour tous les citoyens, fussent-ils handicapés ; toutefois si cette initiative construite autour de la notion de guichet unique a été une avancée sociétale de grande ampleur, elle n'a pas encore su répondre aux besoins de la frange dont les troubles ne sont pas assez nets pour être reconnus des services médicaux de première ligne, mais déjà assez actifs pour amener inexorablement vers la maladie. Prévenir, reconnaître et intervenir précocement devraient s'intégrer dans une politique de Santé Publique préventive à chaque étape de la maladie.

De nombreux défis se dressent face à ces jeunes usagers, alors qu'ils sont confrontés à une exigence de vie sociale toujours plus performante. Malgré ces contraintes, la mission de la psychiatrie est d'aider chacun d'entre eux à restaurer une image positive de lui-même alors même qu'il s'engage dans un processus de maturation biologique et sociale qui le fait passer de l'enfance à l'âge adulte, et l'engage, bien malgré lui, ainsi que ses proches, dans un nouvel avenir, brisant au passage ses projets et les espoirs que fondait sa famille pour lui.

C'est pourquoi, une approche des troubles schizophréniques émergents tenant compte des facteurs de risques et des comorbidités psycho-sociales permettrait d'offrir des soins spécifiques tout en favorisant une approche de santé globale. Dans ce cadre, une approche personnalisée ne constituerait pas un recul

¹ Nous utiliserons dans tout le document l'expression « case management » dans le sens de Gobet (2009) :

« Le case management est un modèle d'intervention personnalisée porté par un référent unique visant à assurer l'efficacité, la transparence et le décloisonnement d'une prise en charge par une coopération interinstitutionnelle, interprofessionnelle et communautaire étroite. Réservé au suivi de situations particulièrement complexes sélectionnées sur la base de critères prédéfinis, il est mis en œuvre dans de multiples contextes avec des objectifs variés dans les domaines social, sanitaire, de l'emploi et de la formation ».

réductionniste de la personne traitée à un diagnostic standardisé, mais bien une approche intégrative adaptée à la complexité des cas.

En France, une telle approche ne pourrait pour s'inscrire de manière écologique, que s'adapter aux modèles existants de la psychiatrie de secteur, de la psychothérapie institutionnelle ou psychodynamique ; mais aussi des avancées de la neurobiologie et de la psychopharmacologie. Une dimension sociologique s'ajoute à l'efficacité de cette approche par l'adjonction de l'approche médico-sociale, socio-éducative voire du retour à la scolarité ou du retour à l'emploi aidé. Ainsi, il importe de comprendre et de favoriser l'expression des besoins des usagers et de leurs proches afin de mieux faire coïncider leurs discours et le discours médical. Eux-mêmes sont souvent séparés par un fossé creusé d'une part par leurs difficultés neuro-fonctionnelles et d'autre part par les exigences d'une médecine technique et administrative. C'est dans ce contexte, au croisement de la psychiatrie, du médico-social et du droit de la personne que se situe la réflexion que nous avons développée depuis plus de 14 ans à Prépsy et que nous avons voulu étudier à travers ce travail.

Une telle approche, tenant compte des facteurs de risques et des comorbidités permettrait d'offrir des soins spécifiques tout en favorisant une démarche de santé globale. Dans ce cadre, le suivi personnalisé ou case management en psychiatrie ne constitue pas une réduction de l'usager à un diagnostic traité selon les référentiels de la Haute Autorité de Santé, mais bien une approche intégrative adaptée à la complexité de chaque cas.

Cadre théorique de la recherche et application au domaine de la santé:

C'est dans ce contexte, au croisement de la psychiatrie, du médico-social et du droit de la personne que se situe notre réflexion développée depuis plus de 14 ans avec Prépsy et que nous avons voulu étudier à travers ce travail.

Nous avons, pour cela, fait appel aux bases théoriques qui éclairent le management des organisations du secteur pluriel n'appartenant ni au marché ni à la hiérarchie mais à une position intermédiaire hybride et aux travaux actuels de Mintzberg (2015) qui adopte une position parfois iconoclaste lorsqu'il prône la reconnaissance d'un secteur nouveau, n'appartenant à personne en particulier mais plutôt au bien commun. Ces organisations qui le constituent (ONG ou organisations à but non lucratif par ex.) sont basées sur la participation et l'engagement des personnes qui les constituent, dans un but qui n'est pas dicté par le profit mais par une économie nouvelle basée le plus souvent sur des initiatives et des mouvements de la société civile novateurs comme la micro-finance ou le crowd funding. A un échelon différent, il est possible de se questionner sur les futures mutations, inspirées de cette vision, sur la santé des populations et en particulier sur la prise en charge de cas complexes, la schizophrénie débutante en étant certainement un cas de démonstration. Cette approche tendrait à restaurer la balance entre des systèmes touchant au monde de la santé organisés autour du marché (laboratoires pharmaceutiques, mutuelles par exemple) et d'autres organisés autour de la hiérarchie (administrations, gouvernement par exemple) ; ceux-ci, bien qu'historiques et complémentaires ne couvrant pas tous les besoins de la société dans ce domaine.

Ces bases théoriques se renforcent par l'adjonction de notions telle que celles de réseau développées par Assens et Crémadez. Une attention toute particulière doit être mise sur une possible confusion sémantique entre réseau de santé et réseau social. En effet, un réseau de santé, s'il décrit et entretient des liens entre ses adhérents n'est pas un réseau de type « Facebook ». Il s'apparenterait plutôt à un réseau géré activement et professionnellement selon les principes du « community management » tant dans son organisation que dans sa recherche d'efficacité. Cette dynamique a été officialisée en France par la Loi du 4 mars 2002 qui a encouragé le développement de réseaux de santé et contribué pour Prépsy à la coordination des parcours des jeunes avec troubles psychiques émergents, en facilitant l'accès aux diagnostics et aux soins spécialisés tout en renforçant l'appui aux professionnels de santé libéraux. Dans le cas de Prépsy, cette expérience a permis de mettre en avant la nécessité d'adjoindre à la coordination un volet de suivi intensif, d'intensité variable, dans l'environnement naturel via le case management. Mais l'organisation d'un réseau à un coût. C'est pourquoi nous avons eu recours aux travaux de Coase (1937) et Williamson (1971) qui caractérisent les transactions économiques liées aux organisations fondées sur le marché par l'existence de coûts de transaction parfois très importants, liés à la recherche d'informations ou à la prévention de l'opportunisme d'autres agents économiques par exemple. Dès lors, ces organisations peuvent être amenées à rechercher des solutions visant à minimiser ces coûts.

C'est dans ce contexte que peut s'entendre l'évolution d'un réseau de santé vers un dispositif basé sur l'intégration des services au sens de Fleury (2002). Par l'intégration, il s'agit de combiner des méthodes, des modèles ainsi que des procédures de prises en charges reconnues pour leur efficacité visant à faciliter à leur tour la mise en œuvre de soins intégrés correspondant aux besoins des usagers. Son but est d'améliorer, dans un environnement d'offre de services, de soins et de supports sociaux fragmentés, une meilleure coordination et une meilleure continuité de suivi pour des usagers nécessitant des interventions complexes. Cette situation est majorée tant par les frontières existant entre le sanitaire et le social qu'entre la médecine de ville et la médecine hospitalière ou celles séparant médecine générale et médecine spécialisée ; là où l'utilisateur et sa famille expérimentent, souvent en situation de crise la discontinuité du système. Dans cette perspective, il importe de faire se rencontrer les porteurs de cette approche avec les tutelles, afin de partager une vision commune en accord avec les objectifs de santé publique et d'inscrire cette approche nouvelle sur un territoire, au bénéfice final de l'utilisateur.

S'il peut paraître illusoire en France de proposer une approche globale basée sur le case management, la coordination, l'intégration des services, voire le suivi d'intensité variable dans l'environnement naturel de l'utilisateur, il n'en demeure pas moins que l'approche pluri-professionnelle ou les réunions de concertation pluri-disciplinaires doivent être considérées comme des initiatives de prises de décision partagées centrées sur les besoins plutôt que sur le fonctionnement du système de santé. Il s'agit donc d'une stratégie visant à améliorer la santé globale des usagers atteints d'une pathologie complexe comme la schizophrénie par la mise en œuvre d'une coordination des soins et des services obéissant aux bonnes pratiques professionnelles. La détermination du degré d'intégration des services offerts par un dispositif comme celui du SAMSAH Prépsy est essentielle tant pour son efficacité que pour son implantation écologique dans son environnement institutionnel. Celle-ci pourrait s'analyser en termes de « benchmark » du fait de la situation concurrentielle provoquée par la diminution des moyens alloués. C'est pourquoi, il est si important d'identifier les partenaires et de nouer des liens

conventionnels et surtout humains avec eux. Cette démarche est tout aussi importante en interne, vis-à-vis de l'équipe, qui doit partager la vision et les buts recherchés. Cette étape décisive doit tenir compte des particularités et des dynamiques professionnelles nouvellement mises en présence dans une organisation innovante, elle-même confrontée aux effets de son objet : à savoir la schizophrénie et son cortège de paradoxes que nous verrons plus loin. D'ailleurs, comme Leutz (1999) l'a rappelé, ce type d'approche ne correspond pas à tous les types de situations rencontrées et l'indication d'offrir une approche intégrée à un usager du système de santé mentale devrait correspondre à une matrice de décision comportant des critères clairement définis sous peine de voir les équipes s'épuiser au même titre que les ressources. Enfin, il n'est pas possible d'améliorer un tel modèle sans mesurer régulièrement ses résultats, les données recueillies nécessitant un système d'information fiable et suffisamment descriptif pour envisager son évaluation médico-économique. Ces conclusions permettront d'affiner le modèle et de mieux l'adapter aux besoins de populations mieux identifiées. Dans cette perspective, l'intégration des services devient, du fait de son processus d'évaluation itérative, un modèle dynamique en constante amélioration au bénéfice des usagers en situation complexe et de leur entourage.

La qualité des services offerts à l'utilisateur dépendent donc non seulement de la qualité de la case management mis en œuvre pour répondre à ses besoins mais aussi de la qualité du réseau de professionnels qui constituent son filet de sécurité au sens de Gozlan (2005). Les particularités du système écologique créé par la cohabitation de systèmes sanitaires et médico-sociaux existants sur un même territoire de santé, voire de leurs concurrences territoriales, financières ou idéologiques, constituent autant de barrières ou de frontières contre lesquelles le case manager devra dépenser une énergie et du temps prélevés sur sa mission première. C'est pourquoi le case manager doit développer des relations privilégiées avec ses correspondants les plus engagés à collaborer et parfois délaissés ceux qui sont les moins aidants. Sans être discriminatoire cette attitude tend à favoriser, dans une optique d'optimisation des collaborations potentielles, une chaîne de qualité et de bonne volonté en vue de consolider un réseau de professionnels adhérents à la cause. C'est dans cette direction que De Leon (2000) a développé un modèle de case management intégré qui passe des contrats formels ou informels avec les partenaires de sa mission. Cette démarche contribue à constituer par contiguïté un réseau de professionnels et de services venant renforcer le programme de case management. Sa dimension est variable selon les orientations du programme de case management mais peut inclure des services à la personne, du soutien psychologique, de la psycho-éducation pour les parents, du retour à l'emploi aidé etc...

Le cas Prépsy² : contexte général et utilisation pour la recherche :

Porté par l'association Prépsy (P1), créée en 2002 par nous-même pour développer un réseau de santé favorisant la détection précoce des schizophrénies, et fort de l'expérience d'une dizaine d'années d'un réseau de santé basé sur la coordination, notamment en sensibilisant les médecins généralistes, en favorisant l'accès aux soins et aux évaluations spécialisés et en offrant des services d'accompagnement, d'éducation et de soutien aux usagers et à leurs familles, il nous a semblé important, en 2010, de mieux

² L'entité Prépsy a connu deux temps forts : une phase associative de réseau à partir de 2002, que nous appellerons P1, une phase institutionnelle de SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) à partir de 2012, que nous appellerons P2.

répondre aux besoins des usagers par la création d'un service médico-social intégrant la majorité des compétences utiles à ces pathologies complexes. La philosophie de ce projet vise à favoriser un accès continu à tous les types de soins médico-sociaux pour le développement personnel, l'autonomie, l'indépendance et l'insertion sociale dans la communauté, mais aussi à éviter la chronicisation, la stigmatisation ou le risque d'évolution vers des formes de handicap psychique. Il s'inscrit dans un objectif global d'accompagnement des usagers dans l'exercice de leur citoyenneté, dans la mise en œuvre de leurs droits, leurs obligations, leur contribution à la vie sociale et leur auto - détermination « empowerment ». Son action trouve son origine dans le constat des difficultés liées à la détection précoce des troubles psychiques chez l'adolescent et le jeune adulte (schizophrénie, troubles bipolaires de l'humeur, troubles graves de la personnalité) souvent dissimulés derrière une rupture sociale, scolaire, professionnelle, familiale, un geste suicidaire ou une addiction problématique. De plus, l'intervention psychiatrique reste actuellement, dans sa grande majorité, une intervention curative, débutée souvent dans l'urgence, qui peut confronter, parfois brutalement, l'utilisateur et sa famille à un environnement hospitalier complexe et stigmatisant.

Sous l'influence des travaux de Fleury (2006) Cremadez (2004) et de Assens (1996), l'auteur a pris l'option d'intégrer dans le SAMSAH Prépsy (P2) le maximum de services afin de limiter les coûts de transaction et de favoriser la démarche d'hybridation décrite par Bartoli et Gozlan (2014) au bénéfice des usagers. Ce choix devant permettre, grâce au soutien de l'organisation du service et de ses procédures, de donner au case manager le temps de mettre en place et de maintenir durablement une relation de confiance et de qualité avec l'utilisateur, les parents et les proches qui sont parties prenantes de cette approche.

Le projet du Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés Prépsy (SAMSAH Prépsy), ouvert depuis octobre 2012, se fonde sur la conviction que tous les citoyens, y compris ceux qui sont atteints des maladies psychiatriques les plus graves et persistantes, peuvent vivre librement dans la collectivité et ont le droit à une qualité de vie décente dans leur environnement, qui leur procure satisfaction. De plus, s'ils reçoivent suffisamment d'aide et de soutien, alors l'hospitalisation et les ruptures de prise en charge deviennent évitables. Il a pour vocation de promouvoir, sur un territoire de proximité, l'accès et la continuité à un accompagnement médico-social personnalisé pour des jeunes adultes 18/25 ans susceptibles de présenter de troubles psychiques émergents (en particulier la schizophrénie) caractérisés par une complexité médicale et sociale et nécessitant l'intervention intensive régulière d'une équipe pluridisciplinaire d'accompagnement personnalisé. L'enjeu étant, au-delà de la gestion de la maladie et de ses conséquences, de favoriser une continuité préventive des soins et l'accessibilité aux différents intervenants afin de limiter les décompensations fortuites et les réhospitalisations, et de favoriser la réduction de la durée moyenne des séjours et de le maintenir dans son milieu de vie naturel. Son objectif est de prévenir les risques d'évolution vers des formes sévères ou chroniques de handicap psychique, de dysfonctionnement général ou d'incapacités graves sur le plan des habiletés personnelles, sociales et relationnelles entraînant des difficultés d'intégration, d'organisation et d'adaptation à la vie ordinaire. L'accompagnement individualisé collaboratif avec les usagers vise à limiter l'impact bio-psycho-social de leur pathologie et surtout à la reconstruction d'un projet de vie. Il se développe dans le respect de leurs attentes, afin de les aider à atteindre leurs propres buts dans les domaines du logement, du maintien dans la collectivité, des relations sociales, familiales, du travail et de l'éducation, de la gestion des symptômes, des éléments stressants de la vie

et de leur capacité à agir en faveur de leur rétablissement en vue de leur réinsertion dans la cité. Il s'appuie sur une coordination entre les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, de la médecine scolaire, des représentants des usagers ou des associations d'usagers ainsi que tous les acteurs impliqués.

C'est pourquoi, le SAMSAH Prépsy propose, en collaboration avec l'utilisateur, sa famille et les différents acteurs de santé, une évaluation optimale de ses besoins, orientée vers la mise en valeur de ses capacités. Il passe par la réalisation de son projet de réinsertion dans la vie quotidienne, la restauration de ses liens familiaux, sociaux, scolaires, professionnels et de réinsertion dans la collectivité par le maintien au domicile personnel. Les services fournis s'appuient sur une démarche fondée sur les données probantes de la littérature. Il s'agit d'offrir aux usagers un éventail de traitements, de services individualisés et de soutiens considérés comme les plus bénéfiques, par un suivi actif, intensif, dynamique, personnalisé et coordonné. Ils permettent l'accompagnement du plan de soins en relation avec les médecins traitants par l'optimisation du parcours de santé l'amélioration de l'observance du traitement et la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique et de préventions des risques, le soutien des familles et des aidants par la psycho-éducation, le soutien à l'emploi, à l'éducation et à l'environnement, l'accompagnement social en vue du renforcement de l'implication, l'évaluation ergonomique des capacités et des besoins en vue de l'optimisation des actes de la vie quotidienne en particulier par la promotion de l'usage des technologies de l'information disponibles dans l'environnement.

Son mode d'action contribue à tisser des liens et selon Gozlan (2005), à «repriser un tissu social effiloché par la maladie » pour des usagers présentant un handicap psychique caractérisé par des difficultés dans les relations sociales, un repli sur soi et une absence d'initiatives et pour réaliser autant que possible ses activités quotidiennes (professionnelles, formatives, citoyennes et sociétales). Pour cela, (P2) utilise le case management, en prenant appui sur les compétences conservées de l'utilisateur, dans un objectif de stimulation visant à mobiliser ces capacités dans toutes les situations de la vie courante. Dans ce contexte, praticiens et cases managers doivent pouvoir collaborer et échanger de manière efficace, en synchronisant leurs échanges et leurs connaissances, dans le sens de l'amélioration des pratiques et des objectifs du cas accompagné. La coordination et la collaboration des différents professionnels ayant des tâches et des objectifs différents étant liées à une hiérarchisation d'objectifs et de sous objectifs.

Enfin, ce suivi actif du SAMSAH Prépsy permet d'articuler en cohérence les différents lieux de soins et de prise en charge en participant au décloisonnement du système par son action pro-active. Le plan de soins et de services individualisés maintient l'utilisateur vulnérable dans son environnement naturel et au cœur du dispositif.

Les stratégies de prise en charge sont intégratives et flexibles en fonction du niveau de soutien nécessaire. Elles contribuent au processus de rétablissement et à la reprise d'un contrôle progressif sur sa propre capacité de décision afin de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale. L'évaluation des besoins basée sur l'analyse de l'activité est construite comme un processus dynamique, ergonomique, en adéquation avec les rythmes de la vie courante, des activités de loisirs, sur le rapport au logement et à l'utilisation de l'espace quotidien et de l'environnement.

Problématique et positionnement épistémologique :

Dans cette recherche, nous tenterons de répondre au questionnement central suivant : En quoi et comment peut-on améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique ? Ce questionnement débouche sur la mise en évidence d'une forme organisationnelle hybride, illustrée par les évolutions du cas Prépsy, pour laquelle nous chercherons à dégager les caractéristiques et conditions de réussite, permettant à cette forme organisationnelle d'être adaptée au contexte et enjeux des soins et services en santé mentale.

Implicitement placé dans une posture de chercheur « à l'intérieur » de l'objet étudié, du fait de notre fonction de directeur du SAMSAH Prépsy, nous sommes conscients du risque inévitable de subjectivité de cette position. C'est pourquoi, nous avons pris la précaution de tenter de compenser cette parallaxe méthodologique par des modalités de travail rigoureuses. Pour cela, nous avons pris appui sur de nombreux regards croisés extérieurs, à l'occasion d'échanges avec d'autres chercheurs et de participation à des séminaires de recherche ou des colloques, qui nous ont permis de valoriser nos travaux et de prendre du recul et de mieux cadrer à notre pratique quotidienne. Cela nous a aussi apporté des enseignements issus de l'expérience, particulièrement utiles pour l'approche managériale en santé et son application dans le monde réel. Nous sommes aussi conscients des limites méthodologiques de ce travail, liées en partie aux difficultés intrinsèques à la démarche mais aussi à la gestion du temps nécessaire à l'analyse de la littérature et à la rédaction de ce travail, alors même que nous avons une activité clinique et de direction d'établissement à temps plein. Ces difficultés temporelles sont augmentées par des résolutions de problèmes administratifs et humains liés à l'environnement médical et médico-social, peu familier, voire hostile, par principe ou par représentation à des changements ou des évolutions des pratiques.

Notre objectif a été d'intégrer les observations liées à l'expérience dans une démarche de recherche théorique et empirique. Pour cela nous avons observé le SAMSAH Prépsy comme un dispositif propice à l'étude des interactions entre les théories des organisations, les recommandations de bonnes pratiques et les effets des services offerts sur la population étudiée. Cette démarche combinant recherches théoriques approfondies et étude détaillée du cas Prépsy nous a permis, en adoptant une posture d'observateur immergé dans le monde réel, de collecter des informations permettant de décrire l'organisation des faits empiriques observés en vue de prouver la pertinence de notre questionnement central. Cette approche cherche à bénéficier du développement d'une démarche circulaire intégrant recherche et pratique dans le respect des recommandations et guide-lines professionnelles mais aussi de répondre aux normes d'un travail de recherche. Nous nous plaçons ainsi dans une posture plutôt constructive, selon Lemoigne (1990), ou David (2008), au sens d'une prise en compte de l'univers construit et de l'interaction sujet-objet.

Dans la mesure où notre réflexion est partie de notre expérience et de notre pratique en action, avant de remonter au niveau de la conceptualisation, nous pourrions qualifier notre démarche d'inductive. Cependant, dans les faits, notre implication parallèle pendant plusieurs années au sein de la communauté des chercheurs en management, et plus particulièrement du laboratoire LAREQUOI nous

a amené à raisonner régulièrement en alternance entre théorie et pratique. Nous choisirons donc plutôt de la qualifier d' « abductive » au sens de Peirce (1931), ou comme une « boucle récursive » au sens de David (1999)

Structure du document :

Nous étudierons donc dans ce travail de recherche le cas de Prépsy, son évolution et sa contribution aux problématiques organisationnelles en santé mentale, pour lequel nous apporterons des indications sur les particularités de sa mise en application en grandeur nature. Pour ce faire, nous aborderons tout d'abord l'environnement, en termes de Santé Publique, sociologique et législatif, qui entoure la santé mentale. Nous aborderons ensuite les notions théoriques entourant la coordination des acteurs, l'organisation en réseau et le case management.

Le travail que nous présentons s'articule ainsi autour de trois parties. La première partie présente la position du problème incluant des éléments épidémiologiques et de santé publique concernant la schizophrénie et en particulier les arguments en faveur d'une meilleure connaissance des signes prodromiques au bénéfice d'une intervention précoce. Elle traite de la situation de la Santé mentale dans le monde et plus particulièrement en France. La question du développement de la notion de détection précoce des troubles psychiques émergents touchant les jeunes est présentée en particulier ceux pouvant entraîner un handicap psychique chronique comme la schizophrénie sera étudiée.

La deuxième partie s'appuie sur les théories des organisations qui décrivent la coordination et les variantes du dispositif pluridisciplinaire formalité de coordination que sont les réseaux de santé, puis les stratégies d'intégration de services faisant appel au case management. Un développement concernera leurs terrains d'application dans le monde de la santé et en particulier en Santé Mentale, et plus précisément la mise en place de réponses complexes. Celles-ci visant à limiter l'impact du handicap psychique sur la vie quotidienne de l'utilisateur et à favoriser son maintien dans son environnement naturel et plus largement dans la cité.

Enfin, nous aborderons dans la troisième partie le cas de Prépsy et son évolution de réseau de santé (P1) vers un service d'accompagnement médico-social pour jeunes adultes handicapés psychiques (P2). Cette mutation sera étudiée selon une méthodologie reposant sur une analyse longitudinale de cette expérience de plus de 14 ans, de ses évolutions, de ses réussites et difficultés. Ce cas sera examiné à la lumière des concepts et grilles d'analyses existantes en théories des organisations et conduit à proposer de nouvelles conceptualisations. Les principaux référentiels méthodologiques utilisés sont ceux d'Eisenhardt (1989) et Yin (2009), concernant l'étude de cas comme matériau empirique de la recherche scientifique. Les notions de case management seront développées de leurs dimensions historiques à celles de leurs ancrages théoriques. Le cas du SAMSAH Prépsy/P2 illustrera la dimension innovante, au bénéfice des usagers, de cette approche. Un éclairage particulier sera donné au changement culturel associé et attendu; en France et en santé mentale en particulier.

Cette thèse s'inscrit dans le champ du management non-marchand décrit par Bartoli (1997, 2015) ou Worth (2009) et plus particulièrement du management de la santé développé par Leutz (1999) ou Fleury (2002, 2006). Elle prend en compte les effets de l'action du cas Prépsy non seulement sur ses bénéficiaires directs mais aussi indirectement sur la collectivité ou la communauté ; en terme de cohésion sociale, de réduction des inégalités, de l'amélioration de la qualité de vie, de la dignité des

usagers, etc. Elle se base sur l'utilisation des théories de l'organisation sur la coordination des parties prenantes (Mintzberg 1979, Williamson 1971, Crémadez 2004).

Dans le contexte d'une action managériale en santé visant à implanter un service d'accompagnement pour limiter les apports du handicap psychique, l'étude du cas Prépsy tentera de mettre en valeur les spécificités et les efforts du management dans un établissement médico-social.

Nous espérons contribuer ainsi à décroiser des disciplines scientifiques qui se connaissent peu mais qui peuvent être complémentaires pour améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social.

La santé mentale dans le monde et en France

I/ La santé mentale dans le monde et en France

1.1 Position du problème :

L'OMS (1946) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Selon l'OMS (2010), les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère à leur prévalence sur la vie entière.

Dans ses prévisions pour le XXIème siècle, elle classe, parmi les dix maladies les plus fréquentes, cinq pathologies mentales : addictions, dépression, schizophrénie, troubles bipolaires et troubles obsessionnels compulsifs, tous associés à un important risque d'incapacité ou de handicap et à une morbi-mortalité prématurées liés à d'importantes comorbidités comme les suicides, les risques métaboliques ou les maladies cardiovasculaires par exemple.

Selon Wittchen (2005) la prévalence des troubles mentaux en Europe est de 38% et les affections le plus fréquentes sont les troubles anxieux (14%), l'insomnie (7%), la dépression (6,9%) et la dépendance aux drogues et à l'alcool (4%).

1.2 La santé mentale en France :

1.2.1 L'impact économique :

Les troubles psychiques touchent, en France, 1,7 millions de usagers, soit environ 3% des assurés du régime général et représentent le premier poste des dépenses d'hospitalisation, la première cause d'invalidité et le deuxième motif d'arrêt de travail. Selon Coldefy (2009) la santé mentale dans son ensemble représente environ 10% des dépenses de santé, 20% des lits d'hospitalisation à temps complet, 75% des places d'hôpital de jour et 20 à 30% des consultations de médecine générale. Selon cet auteur (2014) le coût des troubles psychiques en 2007, qui absorbent 12,5% des dépenses de santé, serait de 109,2 milliards d'euros (Md€) avec un ratio de un à cinq entre les coûts directs (17,7 Md€) et les coûts indirects (91,5 Md€). Pour sa part, la CNAMTS a remboursé en 2011 22,6 Md€ pour la psychiatrie alors que les maladies cardiovasculaires et les cancers représentaient respectivement environ 15 Md€.

1.2.2 L'expression des besoins :

La définition des besoins en santé mentale est encore plus complexe que dans le domaine somatique, car des notions telles que l'altération de la qualité de vie ou la souffrance psychique sont à la frontière de phénomènes sociaux, professionnels, familiaux et psychologiques.

Ce glissement de paradigme, de la psychiatrie vers la santé mentale, peut être appréhendé comme un besoin général de bien-être psychique et/ou de réduction de la souffrance psychique de la population. Il appelle des réponses plus étendues que la simple planification sanitaire des besoins urgents.

1.2.3 La prise en charge :

Depuis la mise en place de la sectorisation dans les années 60, la France est dotée d'un maillage permettant un accès aux soins également réparti sur le territoire dans des Centres Médico-Psychologiques (CMP). Pivots du système, ils offrent des consultations avancées, spécialisées et sociales, en amont ou en aval des services d'hospitalisation psychiatrique. Cependant, les évolutions sociologiques et territoriales ont redessiné la cartographie de la sectorisation, laissant apparaître des zones de désertification souvent superposées avec des zones de paupérisation. C'est dans ce contexte que, depuis le Plan « Juppé » (1995), les réflexions politiques et théoriques se sont tournées vers la recherche de nouvelles formes d'interventions sanitaires et médico-sociales permettant d'obtenir une meilleure réponse globale dans un environnement contraint économiquement.

Ces réflexions sur les nouveaux enjeux de la Santé Mentale ont suscité des débats aboutissant aux Lois du 4 mars 2002 et Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), à deux Plans de Santé Mentale (2005) (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 des usagers ; dans leur vie quotidienne, sociale ou professionnelle.

Cette approche multidimensionnelle de la complexité des situations psychiatriques, associée à l'émergence de la notion de maladie chronique mais aussi de celle de handicap psychique, 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 de l'ombre, de l'opprobre et de la honte où elle était cantonnée, vers une place plus juste et mieux reconnue. De plus, l'apparition de nouveaux psychotropes a contribué à faciliter une approche où le traitement symptomatique l'emportait souvent sur le diagnostic. En particulier, la nouvelle génération de traitements dits « anti-psychotiques atypiques » a apporté, par l'atténuation de certains effets secondaires neurologiques ou endocriniens gênants, une meilleure qualité de vie aux usagers plus qu'une efficacité curative avérée.

1.2.4 Les troubles psychiques des adolescents et des jeunes adultes :

Des constats alarmants (Versini 2008), ont été faits quant à la santé mentale des adolescents en France : 40 000 tentatives de suicide par an, poly-addictions (alcool, tabac, cannabis) qui ont doublé en 10 ans, troubles du sommeil pour 1 adolescent sur 4 ; 10% d'adolescents avec des troubles des conduites alimentaires dont 1% de formes très graves surtout chez les filles ; un nombre non négligeable d'élèves

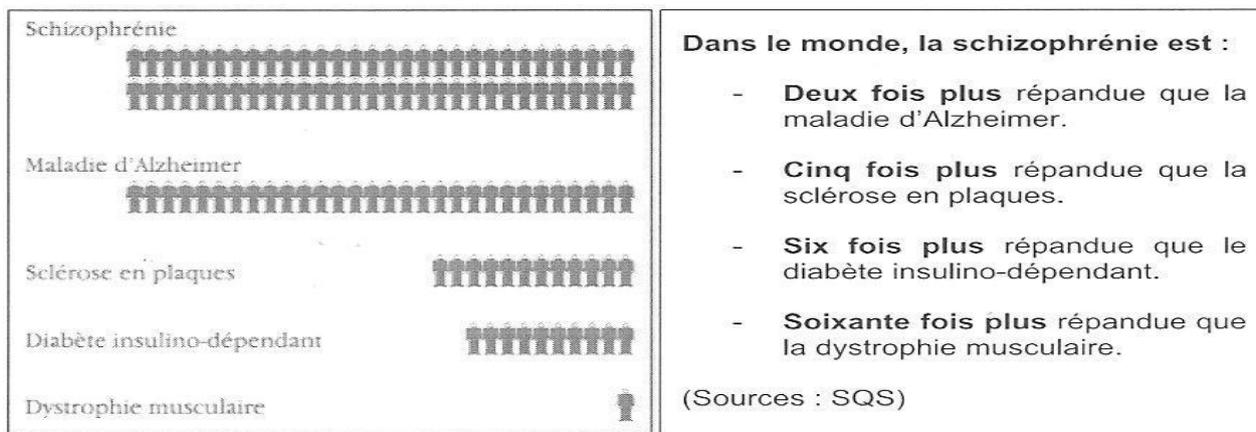
en décrochage scolaire total qui restent enfermés chez eux et 5% des collégiens et lycéens (250 000) qui ont au moins 4 demi-journées d'absence par mois.

Sommelet (2006) dans son rapport de mission sur la santé de l'enfant et l'adolescent constate que l'alcool reste le produit expérimenté le plus précocement, avec une consommation croissante avec l'avancée en âge (22% des garçons et 7% des filles de 18 ans) ; en ce qui concerne le cannabis.

1.3 La schizophrénie : une pathologie complexe nécessitant des soins complexes :

Selon l'OMS, la schizophrénie est la première cause de handicap liée à une maladie chronique chez l'adulte jeune. Elle fait partie des 10 maladies contribuant de façon déterminante au nombre de jour d'invalidité de la population mondiale, tant du fait de leurs prévalences et de l'importance de leurs conséquences sur le fonctionnement social de l'individu, que de leurs poids économiques. Dans son rapport « Integrating Mental Health into Primary Health Care » (2008) l'OMS estime que 25 millions de personnes dans le monde souffrent de schizophrénie.

Figure 1 : Prévalence comparée de la schizophrénie avec 4 autres pathologies chroniques sévères

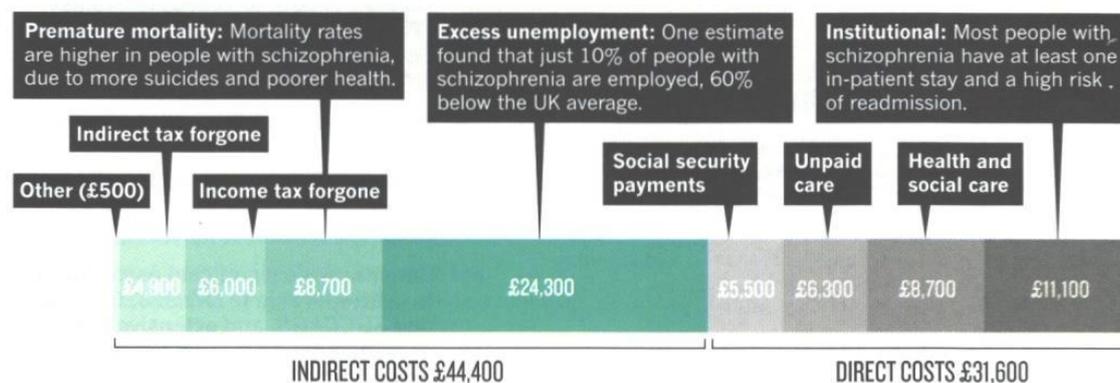


En 2012, Andrew et al. de la London School of Economics, estimaient le coût de la schizophrénie en Angleterre à plus de 11,8 milliards £ (16.9 milliards €) chaque année ; soit environ 76000 £ (102 253€) par usager.

Figure 2 : Coûts sociétaux de la schizophrénie d'après : London Scholl of Economics

SOCIETAL COSTS

In 2012, researchers at the London School of Economics estimated that schizophrenia costs England more than £11.8 billion (US\$19.7 billion) each year — nearly £76,000 for each person afflicted.



1.3.1 Caractéristiques cliniques

Aborder la schizophrénie nécessite de rappeler le chemin parcouru depuis Pinel (1809) ou d'Esquirol (1838) qui apportèrent ses premières descriptions scientifiques. Jusqu'à la fin du XXème siècle, comparées aux grandes pathologies cardio-vasculaires ou aux cancers, les personnes atteintes de schizophrénie ne semblent pas avoir bénéficié des mêmes avancées médicales ; possiblement du fait des difficultés de la prévention et de la complexité des processus psycho-cognitifs mis en jeu mais aussi de la faible reconnaissance du caractère pathologique des troubles pour la personne atteinte ou pour son entourage. Du point de vue médical, la faible activité curative des traitements, les tensions liées aux résistances des professionnels de la Santé Mentale à se libérer de certaines tendances dogmatiques, voire même les grands peurs de la société elle-même peu apte à maintenir les malades souffrant de troubles psychiques dans la cité, ont contribué à cette situation.

C'est une pathologie sévère, chronique et invalidante, à l'étiologie non élucidée malgré l'importante approche neuro-développementale des vingt dernières années. Elle constitue une entité évolutive, particulière en psychiatrie, réunissant des sous-groupes identifiés par des abords nosographiques différentiels faisant appel à la clinique, à la neuroanatomie, la neurobiologie, la psycho-pharmacologie et les sciences médico-sociales. La maladie fait habituellement son apparition à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et peut bouleverser la vie des jeunes gens qu'elle frappe. La fin de l'adolescence marque une période de grands défis sur les plans social, affectifs, scolaire et professionnel. Elle se caractérise également par l'affirmation de l'identité, de l'autonomie et des valeurs personnelles. Or, l'apparition de la schizophrénie à cette étape de la vie peut perturber de façon considérable la réalisation de ces jalons de la croissance personnelle. Les personnes en proie à un épisode schizophrénique éprouvent généralement une très grande détresse et sont exposés à un risque suicidaire très important.

De plus, les relations sociales peuvent être profondément perturbées et la famille peut se trouver dans un profond désarroi du fait de la stigmatisation de la discrimination ou de l'appauvrissement financier de la personne atteinte de schizophrénie, voire de son entourage ce qui contribue à alourdir le tableau. Il s'agit d'un trouble neuro-psycho-social qui débute à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune (15-35 ans), avec un début plus précoce chez l'homme que chez la femme. Le diagnostic repose sur la présence de plusieurs symptômes pendant une durée minimale variant de 1 à 6 mois. C'est une maladie chronique et la première cause de handicap chez l'adulte jeune. Elle se caractérise par l'apparition de troubles psychotiques entraînant une perte de contact avec la réalité, des troubles perceptifs, des troubles de la cognition, du comportement ou des émotions. En particulier par un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives évoluant dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments ; troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit cognitif constituant le symptôme pathognomonique de la schizophrénie. Pour Ciompi (1986) cette symptomatologie peut être considérée comme la conséquence d'un déséquilibre entre les sollicitations de l'environnement et la capacité limitée de traitement de l'information propre aux sujets vulnérables. Ce point de vue conditionne des attitudes thérapeutiques orientées vers une amélioration du traitement de l'information qui peut être optimisé par la prise des neuroleptiques. Toutefois un paramètre majeur de leur efficacité est lié à l'observance qui pourrait être améliorée par la mise en place d'interventions psycho-sociales adaptées. Une meilleure compréhension des attitudes de prescription des praticiens et l'analyse de leurs modalités d'appropriation des recommandations professionnelles dans ce domaine devant être intégrée à cette dimension.

Pourtant cette pathologie pourrait être mieux nommée, tout d'abord du fait d'une étymologie absurde, mais aussi du fait de la charge de stigmatisation liée à son utilisation péjorative dans le langage courant. Pour sa part, Mahi (2012) décrit la schizophrénie comme une pathologie cérébrale entraînant des troubles psychologiques altérant la cognition sociale ; qui eux même influencent en retour l'activité cérébrale ; créant ainsi un cross-over entre l'organe biologique et l'organe social et psychologique. Pour cet auteur, ces mécanismes neuro-biologiques sont liées à une altération du fonctionnement pré-synaptique au niveau du thalamus associée à une hyperactivité dopaminergique, ainsi qu'à une hypersensibilité de certains récepteurs neuronaux, conduisant à une suractivité du système dopaminergique. Une cascade biochimique liée à une dérégulation du métabolisme du glutamate pourrait expliquer pourquoi les personnes atteintes de schizophrénie sécrètent trop de dopamine dans certaines zones du cerveau et pas assez dans d'autres zones, provoquant un large éventail de symptômes. Ces déséquilibres entraîneraient une perception désagréable de sur-stimulation de l'environnement, associée à des difficultés d'adaptation dont les mécanismes compensatoires génèreraient les symptômes d'une pathologie aux contours variables et pour laquelle aucun traitement curatif n'est connu à ce jour. Cependant, il existe dans son évolution, une période de plusieurs années durant l'adolescence pendant laquelle des symptômes sont absents ou en tout cas peu apparents. Une méta analyse de Perkins et al de 43 études (2005) portant sur les premiers épisodes de la schizophrénie montre qu'une réduction de la durée de la schizophrénie non traitée est associée significativement à un meilleur résultat clinique, permettant de raccourcir la durée de la schizophrénie active, de diminuer la gravité de la maladie et de réduire la chronicité. Les longues périodes de schizophrénie non traitée sont ainsi associées à un rétablissement plus lent et moins complet, à davantage d'anomalies biologiques, à des rechutes fréquentes et à une aggravation de la maladie à long terme.

1.3.2 Prodromes

Les symptômes prodromiques peuvent revêtir différentes formes : dépression, anxiété, symptômes obsessionnels ou compulsifs, idées délirantes ou hallucinations isolées et nécessiter un traitement adapté à la situation clinique. Ces symptômes ont des répercussions sur la vie sociale des usagers, leurs études et leurs familles et nécessitent le recours aux professionnels de santé mentale.

Tableau 1: Symptômes prodromiques de la schizophrénie (d'après DSM-III-R)

- isolement ou retrait social ;
- détérioration du fonctionnement social ;
- comportement bizarre ; incurie ;
- affect émoussé/inapproprié ;
- discours digressif, vague, surélaboré ou circonstanciel ;
- pauvreté du discours ou de son contenu ;
- croyances bizarres ou pensée magique ;
- expériences perceptives insolites ;
- manque d'initiative, d'intérêt ou d'énergie.

Plusieurs études, dont celles de Jackson et McGorry (1999) ou McGorry et McFarlane (2002) ont en effet montré la non-spécificité des différents symptômes prodromiques de la schizophrénie où jusqu'à 50 % d'une population d'étudiants peut présenter un ou plusieurs de ces symptômes sans que le diagnostic soit posé ultérieurement. De plus même des critères stricts ne permettent pas d'identifier une population importante car l'incidence des vrais positifs du prodrome se rapproche de l'incidence de la schizophrénie (environ 1/10000 par an). Pour cette raison, les cliniques prodromiques les plus avancées telles que celles de Melbourne (Australie), New Haven (USA), Stavanger (Norvège) ou Cologne (Allemagne) ont des niveaux de recrutement peu élevés. En fait, des taux de recrutements élevés signaleraient des critères incorrects ou une sur-inclusion de faux positifs. Depuis, l'équipe de McGorry (1999) (2002) a défini une stratégie de « closing in » (littéralement « cernement »), qui fait appel, dans l'évaluation, aussi bien à des éléments cliniques qu'à certaines caractéristiques telles que l'existence d'antécédents familiaux de schizophrénie, d'antécédents personnels d'épisodes psychotiques brefs spontanément résolutifs ou la détérioration du fonctionnement social.

1.3.3 La schizophrénie en France

Sa prévalence est de 1.3% en population générale et l'on peut estimer qu'il y aurait 635000 cas d'usagers souffrant de schizophrénie en France, avec 229 000 cas en région parisienne, dont 26 000 usagers âgés de 15/25 ans.

C'est une cause importante de surmortalité prématurée, supérieure à celle de l'asthme (2 000 décès par an). En effet, 10 à 20% des schizophrènes se suicident et 1/4 des décès par suicide en France lui sont

attribuables (3 000 morts par an) avec un taux de suicide de 30 à 40% supérieur à celui de la population générale.

La schizophrénie représente 4% de la clientèle des médecins généralistes et 9.7% de la clientèle des psychiatres libéraux. Selon un rapport de la DREES (2008) 33 % de ces usagers sont pris en charge à temps complet dans une institution en France. Le nombre de schizophrénies est estimé à 700 000 dont 220 000 +/- 5000 seraient pris en charge dans une proportion de 1 suivi en pratique libérale pour 3 suivis en secteur public. C'est donc une pathologie coûteuse du fait de sa prévalence élevée, de son âge de début précoce et d'un handicap fonctionnel prolongé malgré une prise en charge adaptée majorée par le risque élevé de rechutes après stabilisation ; de plus 50% des usagers ne recevraient pas de traitement adaptés et 50% seraient perdus de vue au bout de 2 ans de suivi. Dans ce contexte, certains groupes d'usagers sont susceptibles de générer des coûts médico-économiques élevés du fait d'hospitalisation plus fréquentes, de situations de crises plus fréquentes et de coûts indirects plus élevés ; en particulier ceux négligeant leur prise en charge, ceux avec conduites addictives comorbides, ceux dont l'entourage proche est peu tolérant aux symptômes et les sans domicile fixe.

Cependant, la relativement faible incidence annuelle de la maladie de 0.1 à 0.5 pour mille, nécessiterait de suivre 100.000 personnes pour identifier entre 10 et 50 nouveaux cas par an.

1.4 L'accès aux soins pour les jeunes usagers

La transition de l'adolescence à l'âge adulte représente un défi sur le plan interpersonnel, physique, cognitif et émotionnel. C'est en général à la fin de l'adolescence et au début de la vie adulte que la schizophrénie se manifeste. C'est pourquoi cette période est cruciale pour les initiatives d'intervention précoce.

La difficile identification des premiers symptômes tant par la famille que par l'entourage ou le milieu éducatif s'associe à la banalisation dont font trop souvent l'objet les premiers symptômes. En effet, pour l'utilisateur, de nombreux mécanismes psychologiques défensifs entrent en action durant la période d'éclosion des symptômes, auxquels s'ajoutent des contre-attitudes voire des méconnaissances de la part du milieu médical. La question de l'accès aux soins suppose deux préalables : savoir que l'on doit consulter un psychiatre et avoir la possibilité de consulter.

1.4.1 La détection et l'intervention précoce

Récemment, l'attention des cliniciens et des chercheurs s'est tournée vers la phase qui précède l'apparition des premiers symptômes psychotiques caractérisés. Cette nouvelle approche peut être considérée comme un changement de paradigme qui pose un certain nombre de questions au plan clinique comme au plan éthique et soulève des problèmes pratiques. L'intervention précoce va bien au-delà de la pratique clinique, la participation de la famille et de l'entourage, l'accès aux services appropriés dans une optique de rétablissement normalisé. Ces pratiques cliniques tiennent compte du rôle de sentinelles des membres de la famille, des amis et d'autres membres de la collectivité. Son efficacité repose sur un enchaînement de processus visant à la limitation des effets de la maladie. Pour

cela quatre processus principaux peuvent être identifiés : le dépistage, l'aiguillage vers les services appropriés, l'évaluation et le traitement couplé à l'évaluation continue de l'efficacité. C'est pourquoi, afin de réduire le taux de rechute et de réadmission à l'hôpital, il est indispensable de débiter rapidement une prise en charge avec des objectifs clairs visant à limiter l'impact médico-social de la maladie. Celle-ci doit comporter une stratégie multidisciplinaire permettant une intervention psychopharmacologique mais aussi un soutien psychosocial intensif faisant appel à la participation de l'utilisateur, de sa famille et de la communauté des intervenants. Le but ultime étant, par l'intervention précoce de restaurer les fonctions cognitives, la compréhension, la perspicacité, la motivation, les relations interpersonnelles et de retrouver, pour l'utilisateur, une place utile et appréciée dans la société.

Tableau 2: Objectifs de l'intervention précoce (synthèse de l'auteur).

- Réduire la durée de la schizophrénie non traitée
- Améliorer le pronostic à court et à long terme
- Réduire le risque de rechute et le risque de suicide
- Réduire la souffrance de la personne atteinte et de sa famille;
- Favoriser le rétablissement en particulier en termes d'autonomie, d'aptitudes personnelles, interpersonnelles, scolaires et professionnelles
- Réduire les taux d'hospitalisation et de ré-hospitalisation
- Réduire le fardeau des maladies chroniques sur le système de santé
- Réduire les comorbidités

Ainsi, pour McGorry (1996) l'intervention précoce durant les premiers stades de la schizophrénie améliore son évolution et justifie une approche permettant de surmonter les obstacles structurels observés. En particulier, un dépistage et un traitement précoces peuvent réduire les risques d'incapacité et de suicide le nombre de rechutes et d'hospitalisations, contribuer au maintien du développement normal, limiter les perturbations au sein de la famille et du réseau social et favoriser le rétablissement. Un des objectifs fondamentaux étant d'améliorer l'accès aux soins, il est essentiel d'établir des liens qui vont au-delà des milieux traditionnels d'intervention en santé mentale, en incluant les partenaires du milieu de l'éducation, du système judiciaire, des services sociaux et les médecins généralistes. Cet objectif est au cœur des réflexions et des initiatives autour de l'intervention précoce visant à réduire la durée de schizophrénie non traitée (le but fondamental visé) afin que les usagers puissent avoir accès rapidement à des soins appropriés durant les premiers stades de la schizophrénie. Edwards et McGorry (2002) ont décrit divers modèles de prestation de soins, allant de l'établissement de centres d'excellence offrant un éventail complet de services à des modèles orbitaux où des services régionaux sont reliés à un centre commun névralgique.

1.4.2 Les politiques en matière d'intervention précoce

Un bon nombre de pays ont adopté un Plan national de santé mentale insistant sur l'intervention précoce dans les premiers stades de la schizophrénie. Les Etats-Unis ont, dès 2008, encouragés financièrement la promotion de services d'intervention précoce.

Ces programmes visent à sensibiliser les professionnels et l'entourage et à renforcer les initiatives à l'échelle loco-régionale, à diffuser des ressources sur et à favoriser le développement de partenariats et de réseaux. Leur nombre varie d'un pays à l'autre, la plupart encouragent la formation des médecins de première ligne en matière de dépistage, de gestion des risques, de coordination des services et à l'application de pratiques fondées sur des données scientifiques. Leur diversité donne une idée de la dynamique des actions entreprises au plan international en matière de dépistage précoce des schizophrénies.

Malgré le nombre croissant de ces programmes en particulier en Australie, Nouvelle Zélande, Canada, Royaume Uni, Suisse, Japon, Italie pour ne citer qu'eux, seul un petit nombre de gouvernements les ont intégrés dans leur Lois de Santé Publique.

En Nouvelle-Zélande la stratégie nationale sur la santé mentale mise sur les services communautaires plutôt que sur les services hospitaliers. Elle accorde la priorité à l'amélioration des services d'intervention d'urgence, des services de consultations externes, des services d'approche, des programmes de jour, des services à domicile, de la prévention et de l'intervention précoce. Elle cherche également à réduire les préjugés entourant les maladies mentales et à changer les attitudes du public pour encourager le dépistage et l'intervention précoces. Cette stratégie a été étoffée dans le cadre du Plan national sur la santé mentale : *Moving forward: The National Mental Health Plan for more and better services* (1999) qui réitère l'importance de l'intervention précoce et prévoit l'expansion des services offerts dans ce domaine afin d'en garantir l'accès aux personnes qui commencent à présenter des signes de maladie mentale grave. Ce document précise, entre autres, le plan de prestation des services et l'obligation pour les services de santé mentale de toutes les régions d'offrir des programmes d'intervention précoce. Ces services peuvent être offerts en dehors des équipes communautaires au titre de services locaux spécialisés aussi longtemps que nécessaire si la personne a besoin d'un soutien intensif pour éviter une rechute, maintenir sa qualité de vie et prévenir une incapacité. La charge de travail recommandée est de 10-15 utilisateurs par membre du personnel clinique. Parmi les autres priorités établies dans le plan, mentionnons les services d'approche dynamiques et le suivi des usagers difficiles à maintenir dans le circuit de soins, ceux ayant des doubles diagnostics d'addiction et de santé mentale. Le document *National Mental Health Standards* (1997) définit les paramètres de qualité des services visés par le plan et a entraîné une évaluation des services d'intervention précoce.

L'Australie a entrepris un virage important en matière de santé mentale en 1992 lorsqu'elle a adopté un Plan national (*National Mental Health Policy and Plan*), après avoir entériné un énoncé national des droits et responsabilités (*National Statement of Rights and Responsibilities* (2012)). Ces deux documents fondent la stratégie nationale sur la santé mentale de l'Australie, qui vise à promouvoir la santé mentale, à prévenir la maladie mentale et à en réduire les répercussions, ainsi qu'à garantir les droits des usagers vivant avec un trouble mental. Pour sa part, le projet national d'intervention précoce (National Early Psychosis Project, 1996-1998), il était administré par le Centre EPPIC (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) et le département de psychiatrie de l'Université de Melbourne. Dans ce cadre, le NEPP a mis au point un modèle national d'intervention précoce qui

englobait la sensibilisation et la formation des professionnels, la promotion des meilleures pratiques, l'élaboration des politiques et des services ainsi que la diffusion de l'information. Cela a donné naissance à un grand nombre de projets et de réseaux d'intervention précoce aux quatre coins de l'Australie ainsi qu'à l'élaboration de directives cliniques (*Australian clinical guidelines for early psychosis*, 1998). Le NEPP a aussi donné le coup d'envoi à l'élaboration des politiques à l'échelon des États et des Territoires comme en Nouvelle-Galles du Sud avec : *Getting in early: A framework for early intervention and prevention in mental health for young people in new south wales* (2001). De plus, Le deuxième plan quinquennal australien en matière de santé mentale *Australian Second National Mental Health Plan (1998)* comptait au nombre de ses priorités les partenariats dans le domaine de la réforme des services, de la qualité et de l'efficacité des modes de prestation des services, ainsi que dans celui de la promotion et de la prévention, y compris l'intervention précoce. En 2000, deux documents ont été publiés conjointement par le gouvernement du Commonwealth et ceux des États et Territoires, le *National Action Plan for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health* et *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health: A Monograph*. Ces documents exposaient le cadre conceptuel et stratégique en matière de promotion, de prévention et d'intervention précoce selon une approche coordonnée à l'échelle nationale. Le Plan d'action national définissait un cadre et un plan stratégiques visant à s'attaquer aux priorités de promotion, de prévention et d'intervention précoce cernées dans le deuxième Plan national

Dans le document *Modernising Mental Health Services: Safe, Sound and Supportive* (1998), le Royaume-Uni a défini une nouvelle vision en matière de santé mentale qui propose des principes directeurs pour l'élaboration de politiques plus étoffées. Le document *National Service Framework for Mental Health* (1999) précise les normes et les buts en matière de santé mentale à l'échelle nationale, ainsi que la façon dont ils doivent être élaborés, réalisés et évalués. Bien que ce cadre soit axé plus particulièrement sur les besoins des adultes en âge de travailler jusqu'à l'âge de 65 ans, il se penche également sur les besoins des enfants et des adolescents, met en évidence les interactions entre les services pour enfants et adultes (p. ex. pour les jeunes de 16 à 18 ans), et propose des occasions de planification conjointe entre ces services aux fins de l'intervention précoce auprès des jeunes atteints de schizophrénie. Dans l'exposé de son Plan national pour les services de santé (*National Health Service Plan ou NHS Plan*, 2000), le Royaume-Uni a établi trois grandes priorités pour les maladies coronariennes, le cancer et la santé mentale. Ce plan considère l'intervention précoce comme une composante essentielle des services de santé mentale et propose de former cinquante équipes d'intervention précoce pour offrir des services de traitement et de soutien actif aux jeunes atteints de schizophrénie et à leurs familles. Ces équipes suivent environ 150 nouveaux cas par année d'usagers de 14 à 35 ans. Elles prennent en charge le traitement pendant les trois premières années de la maladie, ce qui représente une charge de travail de 450 cas par équipe. Elles proposent des services dynamiques de gestion de cas (charge de travail de 1 pour 15), du soutien et des mesures qui favorisent la participation active, des services complets de traitement à domicile ainsi qu'un accès à des services sociaux. En 2001, le ministère britannique de la santé a publié le document *Mental Health Policy Implementation Guide*, qui vise à soutenir la mise en œuvre des politiques du Plan national et du cadre en matière de santé mentale et a demandé au projet IRIS (Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia) d'élaborer des directives cliniques pour soutenir les initiatives d'intervention précoce (*Early Intervention in Psychosis: Clinical Guidelines and Service Frameworks* (2001). Ces directives sont étroitement liées aux normes établies dans le cadre national en matière de santé mentale. Les

directives et le cadre visent à fournir de l'information utile sur la mise en pratique de l'intervention précoce à l'échelle locale, comme l'exige le Plan national afin que les usagers atteints de troubles mentaux puissent recevoir des services qui encourageront leur participation et celle de leurs soignants dans la planification et la prestation des soins; offriront des traitements et des soins appropriés de grande qualité dont l'efficacité est reconnue; seront adaptés à leurs besoins et exempts de discrimination; seront accessibles pour qu'ils puissent obtenir de l'aide là et quand ils en ont besoin; favoriseront leur sécurité, ainsi que celle du personnel soignant et de la collectivité; offriront des choix qui favorisent l'autonomie; seront bien coordonnés entre les membres du personnel et les organismes; seront offerts aussi longtemps que nécessaire afin d'assurer la continuité des soins; habiliteront et appuieront le personnel; rendront des comptes appropriés au public, aux utilisateurs et aux soignants. *Modernising Mental Health*, (1998).

1.4.3 L'intervention précoce en France

Contrairement au développement de nombreux programmes à l'étranger, en France il n'existe que peu de services ou de programmes dédiés à l'intervention précoce dans les troubles schizophréniques émergents (CJAAD (Krebs, 2004, 2014) ou Prépsy (Bartoli et Gozlan, 2014). Une planification sanitaire datant des années 60 et des querelles dogmatiques n'ont pas permis, malgré deux Plans de Santé Mentale successifs, d'engager une politique adaptée à cette urgence de Santé Publique.

C'est pourquoi accéder au système de santé spécialisé en psychiatrie est une des premières étapes du parcours complexe de l'utilisateur et de sa famille d'autant que l'offre hospitalière, héritière de la sectorisation des années 60, souffre d'un fort déséquilibre territorial contribuant à retarder diagnostic et prise en charge adéquate dans ces situations complexes.

Les troubles psychiques des adolescents et des jeunes adultes restent mal connus et sujets à approximations. Les médecins généralistes connaissent souvent bien la famille, son histoire et le lieu de vie de l'adolescent, mais ils sont rarement d'un recours efficace. En effet, ils sont peu formés à la psychiatrie ou à la relation pour la prise en charge des souffrances des adolescents. Ils n'ont pas tous une bonne « accroche » car leurs consultations sont souvent rapides et centrées sur un problème somatique présenté par le jeune : fièvre, douleur, vaccination ou certificat d'exemption d'éducation physique. Dans ce contexte, certains symptômes psychotiques « d'appel » peuvent être banalisés (consommation de cannabis, scarifications...). Dans certains cas, ils attendent l'expression spontanée du jeune afin de ne pas le brusquer, or en symétrie, l'adolescent se comporte comme si son seul symptôme était une perche suffisante ; cette double incapacité à communiquer conduisant à une impasse qui le désespère. En effet, des signes de la maladie peuvent apparaître au moment où il termine ses études ou se lance dans une carrière professionnelle, risquant ainsi d'être sous-employé et dépendant durant toute sa vie. De plus, l'isolement social ou les difficultés de logement/d'éducation/de formation professionnelle ou de problèmes médicaux non traités sont d'importants prédictors de l'apparition de la maladie, de la rapidité d'accès aux services, de la pertinence du diagnostic, de son degré de gravité, du risque de rechute ou de la capacité à suivre le traitement. Dans ce cadre, l'échec scolaire chronique est un point d'appel très important et son constat doit être pris en compte en priorité par le système scolaire qui représente pour l'adolescent, non seulement une préparation à la vie professionnelle, mais aussi une possibilité de développement pour l'ensemble de sa vie et de sa personnalité. Dans ce cadre, l'enseignant est au premier rang pour identifier des difficultés spécifiques,

sous forme de désinvestissement pouvant aller jusqu'à une rupture qui peut débuter sous forme d'absentéisme, de fugue ou de troubles du comportement. Il est alors nécessaire d'avoir l'avis d'un spécialiste, extérieur à l'établissement, qui pourra apprécier les différents facteurs entrant en jeu. Cela ne veut pas dire que toute rupture scolaire soit pathologique, mais qu'elle peut être sous-tendue par un trouble qui doit être pris en compte et si nécessaire traité.

L'infirmier scolaire est le deuxième praticien consulté après le médecin généraliste. Il peut avoir une fonction très importante d'orientation et de contact avec les familles s'il a repéré des signes de souffrance de l'adolescent. Il organise des réunions d'information et de prévention, au cours desquelles les adolescents sont informés sur les structures relais qui peuvent leur être utiles. Pour leur part, les assistantes sociales constituent un autre point de contact important pour ces adolescents ou leurs familles. Elles peuvent être informées de problèmes, tels que toxicomanie débutante ou installée, mauvais traitements, alcoolisme d'un parent ou parent trop isolé ou en détresse, qui mettraient l'adolescent en grande difficulté. De plus, les autres élèves pourraient jouer un rôle majeur dans l'accompagnement de la souffrance psychique de leurs pairs s'ils étaient encouragés à être des acteurs de prévention Moret (2013).

En France, en absence d'un cadre stratégique opérationnel d'intervention précoce pour les jeunes souffrant de schizophrénie la fragmentation du système de santé et du système médico-social contribue à créer des comportements de concurrence plutôt que de coopération vis-à-vis d'allocations de ressources de plus en plus limitées. Pourtant, pour cette pathologie chronique, il est intuitif que les résultats à moyen et long terme ne pourront être perceptibles qu'après plusieurs années de mise en place des programmes spécifiques.

Les obstacles à la détection et à la prise en charge précoce sont de plusieurs ordres, associant la faible incidence des troubles, le faible niveau de vigilance et d'expertise des praticiens de première ligne voire la banalisation du premier épisode mais aussi des dilemmes et préjugés médicaux s'exprimant dans un système de santé plus réactif que proactif où la coordination et le suivi sont peu présents. En effet, un retard à la prise en charge augmente le risque de suicide, le risque de dépression secondaire, l'aggravation des troubles cognitifs, le risque de passage à l'acte, de consommation de toxique, le nombre de perdus de vue, la rupture familiale et/ou affective, le risque d'absentéisme scolaire ou de la formation professionnelle ainsi que le risque de licenciement ou de chômage prolongé. Les diagnostics à cette période sont souvent incertains et les effets secondaires des traitements peuvent ajouter à la complexité d'une prise en charge précoce qui constitue un défi pour en limiter la symptomatologie ou l'impact bio psycho-socio-pédagogique.

1.5 De la schizophrénie au handicap psychique

Pour l'OMS, une personne est handicapée si son intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie s'en trouve compromise. Cette définition comporte une dimension supplémentaire si l'on distingue handicap mental et handicap psychique.

Le premier se caractérise par la limitation des facultés cognitives et en particulier de l'efficacité intellectuelle. Il se définit par l'existence d'un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70 et de troubles

de l'adaptation sociale. Il se manifeste à tous les âges mais souvent dès l'enfance. Il concerne par exemple des pathologies telles que les troubles massifs du développement ou les infirmes moteurs cérébraux.

Le second peut être consécutif à certains troubles cognitifs d'origine neurologique mais, le plus souvent, est relié à une pathologie psychiatrique du domaine des troubles graves de la personnalité ou des troubles schizophréniques. Il génère le plus souvent des troubles du comportement et des troubles affectifs, perturbant l'adaptation sociale. Il s'agit d'un état épisodique ou durable avec des périodes de rémission, avec ou sans altérations des facultés, qui peut apparaître à tous les âges de la vie.

1.5.1 Les réponses apportées aux personnes handicapées en France

Historiquement, les réponses apportées aux personnes handicapées ont été institutionnelles, via le placement dans des établissements médico-sociaux, le plus souvent portés par le milieu associatif. C'est la Loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui a apporté un changement majeur de perspective, notamment pour les personnes handicapées adultes, avec l'individualisation des prises en charge et des accompagnements, la notion de projet d'établissement ou de service. Elle pose le droit à compensation à partir de l'évaluation de la situation et des besoins globaux des personnes handicapées pour la réalisation des activités quotidiennes et leur participation à la vie sociale.

Pour sa part, le handicap psychique a trouvé une consécration législative avec la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et une reconnaissance internationale avec la convention internationale de l'ONU (2006) pour la protection et la promotion des droits et la dignité des personnes handicapées. Ces avancées législatives intègrent pour la première fois les causes psychiques des situations de handicap touchant des usagers atteints de pathologies mentales. Elles ont apporté une réponse à un certain nombre d'attentes du monde associatif qui souhaitait depuis longtemps que les conséquences de certains troubles psychiques puissent être reconnues comme étant à l'origine d'une situation de handicap.

1.5.2 Les MDPH et leurs rôles

C'est au sein des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH) que les personnes handicapées sont accueillies et que leurs besoins sont évalués par une équipe pluridisciplinaire. Suite à cette évaluation et en fonction du projet de vie de la personne handicapée, un plan de compensation personnalisé doit être proposé et les droits à prestations établis, ainsi que l'orientation vers des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), comme le SAMSAH Prépsy que nous étudierons plus loin qui doivent intervenir dans la coordination de l'accompagnement de la personne handicapée.

Parmi les modes de compensation mis à disposition des usagers atteints de handicap psychique, ces services ont été créés pour jouer un rôle de pivot en aidant les usagers à restaurer leurs capacités psychiques, cognitives et psycho-sociales. Convaincus de la nécessité de poursuivre le développement de ces dispositifs innovants, l'Etat et les Conseils Généraux, à travers les schémas départementaux au soutien à la vie à domicile et les Commissions régionales d'organisation médico-sociale (CROSMS), se sont interrogés depuis 10 ans sur la configuration de ces services, en termes de types de spécialisation, de médicalisation ou de compétences à mobiliser, de partenariats à développer, de

niveau d'encadrement à prévoir ou de conventionnement à établir. Leurs actions se conçoivent en cohérence avec les caractéristiques du territoire de santé sur lesquels ils interviennent et leur mission de coordination des services et des professionnels qui y sont attachés, contribuant à maintenir actif les différents nœuds de contacts permettant la réussite d'un accompagnement global allant de l'accès et de la continuité des soins au retour à la vie active dans la communauté. Ces interventions médico-sociales coordonnées revêtent donc, dans cette perspective, une place toute aussi importante que la chimiothérapie, en répondant aux difficultés de l'entourage familial et socio-professionnel face aux modes évolutifs de la maladie. C'est pourquoi, le travail que nous avons mené s'intéressera plus particulièrement aux articulations entre les réponses sanitaires et médico-sociales faite aux jeunes usagers atteints schizophrénie et leur dimension organisationnelle.

Conclusion de la première partie

En France, accompagner les personnes souffrant de troubles psychiques est un des défis de notre société. Ces pathologies, du fait de leur importante charge de co-morbidité, de mortalité et d'incapacité; voire du coût médico-économique élevé qui leur sont associées on fait l'objet d'une place particulière parmi les objectifs de Santé Publique des différents Plans de Santé Mentale (2005,2010). Dans ce cadre, offrir les meilleurs soins nécessiterait une approche visant à minimiser l'impact de la maladie sur le risque de handicap psychique et devrait s'accompagner d'une meilleure offre des ressources disponibles sur un territoire de santé alors que les inégalités sociales d'accès aux soins nous rappellent, qu'en apparence équitablement réparties sur le territoire national par le biais de la sectorisation, elles restent inférieures aux besoins de cette population.

Les vingt dernières années ont placé la Santé Mentale au centre des préoccupations des programmes de recherches internationaux et ont mis sur le devant de la scène des questions politiques et sociétales comme la déstigmatisation, la place des associations d'usagers ou le rôle de l'Internet. Pourtant les évolutions des méthodes de diagnostic, de prise en charge et de thérapeutique dans ce domaine se font attendre par rapport à la plus part des autres spécialités médicales. En France, comme dans d'autres pays, les prises en charge des maladies chroniques et parmi elles, de la schizophrénie sont le reflet des politiques publiques qui doivent relever le défi de répondre à des besoins complexes dépassant largement l'utilisateur, ses proches, son environnement, voire l'offre de soins. C'est pourquoi, la schizophrénie peut être considérée comme un modèle de démonstration de Santé Publique, dépendant des possibilités d'allocations de ressources pour un maintien respectueux dans la communauté des usagers qui en sont atteints.

A l'inverse d'autres pathologies chroniques entrant dans le champ des maladies du cerveau comme la maladie d'Alzheimer ou l'autisme qui sont particulièrement médiatisées et bénéficient d'un Plan gouvernemental actif, la schizophrénie, malgré sa forte représentativité épidémiologique reste encore en manque de reconnaissance. Pourtant, malgré le rapport de l'OPEPS (2009) consacré à la psychiatrie en France, aucune culture commune n'a émergé, peut être faute d'intérêt, ou de moyens, voire du fait même des mécanismes de défense que peut induire cette pathologie sur la population y compris celles des professionnels du domaine. Cette situation accentue les effets de résistance au changement d'une partie d'entre eux qui s'appuie sur des postulats dogmatiques ou des considérations corporatistes

dissimulant les faiblesses de leurs connaissances médicales ou leurs positions concurrentielles en termes de recherche de financements institutionnels.

Le développement au niveau international des programmes d'intervention précoce à destination des jeunes atteints de schizophrénie débutante a confirmé la mutation d'une approche psychiatrique vers une approche de Santé Publique et plus particulièrement de Santé Mentale. Bien que le type et l'étendue des services offerts, la méthode de prise en charge, les moyens humains mis en œuvre ou la zone de couverture soient extrêmement variable d'un programme à l'autre, cet optimisme est porté par les centaines de programmes qui se sont développés dans le monde avec un effort d'homogénéisation des pratiques malgré les importantes disparités administratives qui les gouvernent. Les données issues de ces expériences permettent aujourd'hui d'avoir les preuves de l'efficacité de ces méthodes. Ces pratiques font maintenant l'objet de nombreuses guide-lines dont celles d'Edwards et McGorry (2002). Ces nouveaux programmes de détection et d'accompagnement destinés aux jeunes atteints de schizophrénie débutantes ont la lourde mission d'encourager le rétablissement, l'autonomie, l'égalité d'accès aux droits ou l'autodétermination, tout en facilitant le maintien dans l'environnement social, dans l'emploi ou dans l'éducation.

Dans ce contexte, l'importance des troubles psychiques des adolescents et des jeunes adultes, autant en prévalence qu'en impact sur leur vie psycho-sociale, entre en résonance avec l'accroissement de leurs demandes de soins ou d'une qualité de vie compatible avec une activité sociale dite « normale ». Plus particulièrement, l'apparition de troubles psychotiques, est une expérience déstabilisante, voire traumatisante pour le jeune, sa famille et ses proches et la manière dont seront pris en charge les premiers symptômes conditionnera durablement leur évolution globale.

Face à ces problèmes, dans le but de limiter l'impact du handicap psychique, il est nécessaire de proposer une intervention médico-sociale précoce comprenant une évaluation approfondie de la situation médico-psycho-socio-pédagogique de l'utilisateur ainsi qu'un repérage exhaustif de l'environnement afin de mettre en place un accompagnement personnalisé, d'intensité variable, impliquant le médecin libéral, le psychiatre libéral ou du centre médico-psychologique mais aussi, le cas échéant, le médecin et l'infirmier scolaire, le médecin du travail, l'assistante sociale et tout autre professionnel concerné. L'intervention des membres des associations de santé complète le soutien apporté à ces usagers et leurs familles. C'est pourquoi, établir une approche positive de la situation est un des éléments du succès d'une prise en charge qui pourra s'avérer longue et complexe. Pour McGorry et al (1996), améliorer l'attention portée à l'accès rapide aux soins et à la mise en place d'un environnement adapté semble la clef du succès de cette situation engageant l'avenir du jeune et de son entourage. Mais cette situation souffre des nouvelles contraintes budgétaires sur les services de santé mentale et c'est dans ce contexte que la recherche de nouveaux modes de prise en charge innovants et performants, basés sur des modèles de soins et d'accompagnement personnalisés, a vu le jour. C'est sur cette longue route d'utilisateur du système médical, et en particulier de la psychiatrie, que le jeune atteint de schizophrénie va expérimenter et vivre une pathologie émergente marquée par le spectre de la chronicité. C'est pourquoi nous envisageons d'utiliser les outils du management au service de ce défi de santé publique.

En effet, le dépistage et le suivi des schizophrénies débutantes nécessitent une action concertée entre les soignants, l'utilisateur, son entourage, et les différents professionnels du domaine sanitaire comme du champ social susceptibles d'intervenir. Cette dynamique de pratiques coordonnées est un levier potentiel d'adaptation des pratiques sanitaires et médico-sociales. Dans la plus part des cas, elle remet en question les pratiques de chacun. Or le suivi global et coordonné d'un usager souffrant de troubles psychiques repose sur la capacité à définir et à conduire un projet de soins et de services individualisés visant le rétablissement, le maintien des habiletés sociales et la prévention du handicap psychique Gozlan et al (2009).

Ainsi, répondre aux besoins exprimés et non exprimés de l'utilisateur et de son entourage constitue un défi médico-social pour lequel la médecine de ville, les centres de santé, les réseaux de santé sont des acteurs pivot de la coordination des soins de première ligne en collaboration avec la médecine scolaire, les services hospitaliers et le secteur médico-social. Les SAMSAH (Services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés) dont nous étudierons dans ce travail, du fait de leurs caractéristiques managériales potentielles, le rôle privilégié de coordination et d'intégration peuvent y jouer un rôle privilégié.

Pour s'attaquer à ce problème, certains programmes de soins que nous détaillerons plus loin ont adopté une approche intégrée où les services sont adaptés aux besoins particuliers de l'utilisateur atteint et sont offerts aussi longtemps que de besoin. C'est dans cette optique que Prépsy a fait évoluer son offre de service initiale de réseau de santé vers un SAMSAH proposant un soutien d'intensité variable basé sur la coordination et l'intégration des services. Sa fonction d'appui bio-psycho-sociale s'inspirant directement des méthodes prônées par le case management pour une meilleure offre de services au bénéfice des usagers.

Pour cela nous rappellerons, dans la deuxième partie, les théories de la coordination, des réseaux, de l'intégration des services et du case management. Une attention toute particulière sera mise sur les méthodologies applicables dans le contexte de Prépsy.

Améliorer la prise en charge en santé mentale par la coordination

II/ Améliorer la prise en charge en santé mentale par la coordination :

Les acteurs de la psychiatrie qu'ils soient individuels ou collectifs, ont besoin pour accomplir leurs tâches, de ressources multiples et hétérogènes et de partenaires d'échanges, eux-mêmes de plus en plus nombreux et variés. Dans ce contexte incertain, ces acteurs, que Bourricaud (1961) appelle les « associés-rivaux condamnés à vivre ensemble », rappellent les « partenaires-adversaires » de Aron (1962) qui coopèrent fréquemment sur certains projets tout en restant concurrents sur d'autres. Ce phénomène de combinaison entre coopération et compétition correspond à ce que certains chercheurs en management appellent la « coopération » (Naleduff et Bradengurger 1996) qui peut exister autant dans le monde des entreprises que dans la sphère non marchande (Assens, Bartoli et Hermel, 2015). En effet, tous ces acteurs intervenants dans le champs de la psychiatrie sont fortement incités à jouer au jeu complexe de cette coopération entre concurrents ; une part importante de leur travail consistant à saisir des opportunités d'affaires qui leur permettent d'éviter d'être mis en concurrence ouverte par leurs partenaires, tout en les mettant eux-mêmes en concurrence ouverte. Mais ces opportunités sont difficiles à saisir, et leur disponibilité du point de vue d'un acteur individuel, est souvent courte. Le seul moyen de se donner une chance d'en saisir quelques-unes dans un flot discontinu d'opportunités est de s'assurer une sorte de *staying capacity*, c'est-à-dire une capacité à durer permettant d'attendre en cherchant à se placer stratégiquement au carrefour de ces flux micro et macro-politique du marché des appels d'offres.

Dans le système médical concurrentiel l'émergence de la coopération n'est pas simplement une conséquence mécanique de l'instabilité oligarchique. Si l'une des stratégies de base des acteurs est l'investissement relationnel et symbolique, la résultante au niveau collectif est la construction d'une discipline sociale elle-même dépendante des processus sociaux déclenchés par ces investissements. En sociologie économique, au cours des trente dernières années, la description de cette discipline a pris la forme d'études de l'encastrement des transactions économiques dans les relations et les normes sociales qui sont le lieu d'un engagement, c'est-à-dire d'une promesse, d'une obligation ou d'une convention morale introduisant la durée dans cet échange de ressources. Promesse rendue possible par un dispositif de contrôle social et de résolution des conflits. Enfin, si la coopération durable entre acteurs économiques potentiellement concurrents dépend, dans un premier temps, de formes variables d'une même discipline sociale entre eux, elle dépend aussi, dans un second temps, de la connaissance et de la prise en compte de cette discipline par les pouvoirs publics et leurs stratégies de contrôle social des marchés. En effet, ces formes de coopération entre concurrents posent aujourd'hui des questions politiques nouvelles du fait d'un déplacement des frontières entre marchand et non marchand, entre public et privé vers un Plural sector au sens de Mintzberg (2015). Cette situation contribue à identifier des formes complexes de coordination entre acteurs interdépendants qui peuvent contribuer à la protection de l'intérêt général dans des formes nouvelles de régulation conjointe de marchés cadrés de manière de plus en plus poly-normative, requérant un contrôle social lui-même de plus en plus sophistiqué dans la connaissance des interdépendances entre acteurs. C'est pourquoi nous proposons de définir la coordination comme un processus organisationnel, social et matériel de pilotage des interactions d'activités dans le but d'atteindre un résultat qu'un ensemble d'acteurs ou de dispositifs agissant séparément ne pourrait pas obtenir (Bartoli et Gozlan 2014).

Cette définition, qui permettra d'aborder notamment les travaux sur les coûts de transaction et les modes de gouvernance de Williamson (1996), a été nourrie de quelques grands apports majeurs que nous rappelons ci-après.

2.1 La coordination dans les théories et pratiques des organisations :

2.1.1 La coordination dans le domaine du management :

Depuis un siècle, la plupart des grands théoriciens du management ont, de près ou de loin, évoqué le concept de coordination. Ainsi, Fayol (1916), en faisait déjà une des fonctions-clés de l'administration des entreprises, au même titre que la planification ou le contrôle. D'autres auteurs comme Follet (1924) ou Sloan (1963) ont complété et approfondi ce concept montrant que la capacité de travailler en commun avait un impact sur l'efficacité et la qualité du fonctionnement des organisations. Le thème de la coordination fait partie des grands classiques de la gestion des organisations, ses apports potentiels étant régulièrement soulignés. Selon Hermel (1988), la coordination fait partie intégrante du processus d'organisation, elle-même composante essentielle du management. Longtemps, la thématique de la coordination a été plutôt associée à l'intégration des activités au sein de l'organisation, que celle-ci soit verticale ou horizontale (Bain 1968). C'est notamment le cas des établissements hospitaliers au sein desquels l'intégration de compétences distinctes et complémentaires permet de coordonner des actions pour la prise en charge des usagers. Pour Mintzberg (1979), l'hôpital est ainsi une « bureaucratie professionnelle » pouvant s'appuyer sur différentes formes de coordination, telles que la standardisation des procédés (ou des méthodes) et des qualifications (à travers les formations). Au-delà de l'hôpital, le milieu de la santé est d'ailleurs décrit comme par Tremblay (2007), le lieu où la coordination est à la fois un réflexe pour les praticiens et un manque du point de vue de l'utilisateur tant il existe une compartimentation des professionnels en groupes spécialisés.

Ces questions de coordination sont considérées depuis longtemps comme essentielles pour la performance et des théoriciens des organisations comme Fayol (1916), Mintzberg (1979) ou Miles et Snow (1986) en ont fait leur cheval de bataille à travers de nombreux travaux devenus traditionnels. Pour Mintzberg (1979, 1989) toute activité humaine donne naissance à deux besoins fondamentaux : la division du travail entre différentes tâches et la coordination de ces tâches, dans laquelle il distingue cinq mécanismes de coordination :

- L'ajustement mutuel par la communication informelle entre plusieurs personnes.
- La supervision directe par une seule personne qui donne ordres et instructions à plusieurs autres personnes travaillant en relation.
- La standardisation des procédés de travail.
- La standardisation des résultats établis par la technostructure.
- La standardisation des qualifications et du savoir.

Le secteur de la santé n'est d'ailleurs pas en reste sur ce sujet tant les pratiques informelles de mise en relation des praticiens et des structures ont vraisemblablement toujours existé, au moins sur la base

d'initiatives individuelles. Mais la prise de conscience plus collective des besoins de coordination dans ce secteur s'est davantage affirmée en France dans les années 80, notamment avec le développement de réseaux de soins autour de l'épidémie du VIH. Cependant, Leutz (1999) a montré que la mise en œuvre effective de dispositifs coordonnés s'avère délicate du fait des besoins particuliers de l'intégration de services tant médicaux que sociaux. Dans le domaine de la santé mentale, particulièrement concerné par ces préoccupations du fait de la complexité des prises en charge, Fleury (2002) et Bartoli et Gozlan (2014) ont mis en avant l'émergence, à partir d'initiatives de réseaux de santé, de configurations hybrides combinant réseau et intégration des services. Cette approche peut être entendue comme un nouveau paradigme organisationnel qui allierait plasticité et espace d'intégration (Crémadez 2004). On rejoint aussi ici l'idée du management « bureauganique » décrit par Bouchikhi et Kymberly (1992) qui est un concept carrefour reposant sur un dosage entre « ordre et liberté » ou entre management bureaucratique et management organique. Considéré par Girin (1995) comme des agencements organisationnels, compte tenu de la complexité de leur organisation, les réseaux de services intégrés répondent aux différentes demandes des partenaires ; en particulier des tutelles, en s'appuyant, comme le recommande Moisdon (2008) pour faire face aux difficultés structurelles rencontrées, sur l'importance des pratiques informelles d'ajustement mutuel.

L'enjeu de la coordination des activités est une véritable question d'actualité pour toutes les formes d'organisations et plus particulièrement pour le milieu sanitaire. Les travaux de Williamson (1991, 1996) et de Ménard (2004) servent de cadre de référence pour le repérage des configurations-types de la coordination, notamment celles dites hybrides, car ne correspondant ni au marché, ni à la hiérarchie. Dans le domaine de la santé mentale, le cas de Prépsy est une structure intermédiaire de soins et services, initialement sous une forme de réseau (P1) puis ayant dû évoluer dans le temps vers une nouvelle forme hybride plus adaptée aux enjeux (P2). Cette étude de cas (Eisenhardt 1989, Yin 2009) révélera, comme nous le verrons dans la troisième partie, qu'aucune configuration-type liée à la hiérarchie, au marché ou au réseau, ne répond aujourd'hui complètement à ces besoins, confrontée à la complexité des variables médicales, sociales, organisationnelles et institutionnelles. Des formes de réseaux de services intégrés, combinant conformité et innovation au regard des usages antérieurs, mettent en évidence certaines conditions de réussite organisationnelles et stratégiques de ce type de dispositif ; et ce travail s'efforce d'en montrer les apports pour la prise en charge globale de l'utilisateur. L'objectif est, en effet, de tenter de caractériser une configuration organisationnelle adaptée aux besoins de coordination des soins et services dans ce domaine. Dans ce contexte, le concept d'organisation hybride issu des travaux de Williamson (1991), servira de base à l'analyse des configurations-types développées dans le cadre de l'étude du cas Prépsy.

2.1.2 La coordination dans les théories des coûts de transaction :

Les travaux sur la coordination ont été accompagnés d'estimations des coûts/avantages respectifs, comme l'illustre la théorie des coûts de transaction qui repose sur la notion de coordination appliquée soit à la « hiérarchie » (lorsque les activités sont intégrées) soit au « marché » (lorsque les activités sont externalisées). Selon Coase (1937), le recours à la coordination des activités par le marché, c'est-à-dire basé sur un échange marchand avec un prix, entraîne pour l'entreprise des coûts de transaction incluant les coûts de recherche et d'information, de négociation et de décision, de surveillance et

d'exécution. Dès lors, marché et hiérarchie représentent deux formes très distinctes de coordination, vers lesquelles les entreprises peuvent s'orienter en fonction de ces coûts. Ultérieurement, Williamson (1985) a analysé les structures de gouvernance les plus appropriées pour minimiser les coûts de transaction autour de différents arrangements possibles élaborés en tenant compte de la spécificité des actifs et de la mission de l'organisation ainsi que du degré d'incertitude et de la fréquence des transactions. Apparaissent alors des formes d'organisations intermédiaires, qu'il qualifie d'hybrides, telles que la sous-traitance, l'alliance ou les réseaux. Ses travaux s'inspirent aussi des apports de Simon (1979) et intègrent le principe d'une rationalité limitée liée aux capacités cognitives et aux informations disponibles des décideurs. Dans ce cadre, bien que l'enjeu de la coordination soit toujours considéré pour Sullivan (1997) comme un impératif essentiel dans le domaine de la santé, la forme simple en réseau s'avère souvent insuffisante et difficile à maintenir dans le temps, en particulier dans le champ de la santé mentale. En particulier, l'intégration des soins et services peut être vue comme un processus visant à « coordonner les interdépendances » (Contandriopoulos et al 2001). Leutz (1999) propose pour éviter certains de ces écueils des « lois », dont une concernant le territoire de l'action, arguant de l'impossibilité d'intégrer tous les services pour tous les usagers. La coordination s'inscrivant alors au service de ces différentes dimensions où, au moins en théorie, l'utilisateur, son entourage, et ses aidants informels doivent prendre une place centrale.

2.2 Le besoin d'appui à la coordination en santé dans les textes et les pratiques :

Alors qu'au niveau international de nombreux textes officiels de référence mettent en lumière des besoins de coordination des soins, en France, au-delà des différents textes qui incitent à la coordination, les formes concrètes des structures en réseau restent assez hétérogènes dans leurs modalités organisationnelles, bien qu'elles répondent à des critères d'éligibilité définissant formellement les conditions organisationnelles, qualitatives et/ou financières de leur mise en place.

L'article L.4130-1 du Code de la Santé Publique place le médecin généraliste appelé « médecin traitant » au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses usagers, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses usagers ». Il lui confère un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de santé de l'utilisateur (diagnostic, orientation, traitement), de suivi et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de Santé Publique dont la prévention, le dépistage ou l'éducation à la santé. Différents outils (système d'information, nouveaux modes de rémunération, référentiels de pratiques médicales) favorisent la mise en œuvre opérationnelle de ce principe général. De même, au plan organisationnel, l'exercice coordonné sous forme de maisons de santé, de pôles de santé, de centres de santé, de cabinets de groupe favorisent la prise en compte de la coordination au plus près de l'utilisateur. Ainsi, dans la majorité des pathologies aiguës, le médecin généraliste coordonne individuellement les actions à mener pour obtenir une guérison mais dans les situations à risques modérés, où interviennent aussi des spécialistes, il peut être inclus dans un système de coordination plus formalisé par le biais de réunions de concertations pluri-professionnelles ou de plan personnalisé de santé (PPS). Dans certaines situations, plus rares et plus complexes, il peut être intégré à une coordination professionnalisée de type réseau. La Direction Générale de l'Offre de

Soins (DGOS) (2012), pour sa part, définit la coordination des soins comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des usagers en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Pour Ohlinger (2003), la cohérence des pratiques pluriprofessionnelles et la communication sont les deux composantes de la coordination, qui ne peut être complète que si quatre points essentiels sont réunis : implication de tous les intervenants au niveau territorial, interdépendance, connaissance et mobilisation des ressources humaines et structurelles disponibles au niveau territorial, système efficient de partage d'information entre les intervenants.

2.2.1 La coordination des cas complexes :

Dans une grande majorité des cas, l'expertise nécessaire à une bonne orientation dans le système de santé est directement fournie par le médecin généraliste qui connaît l'histoire de l'utilisateur, son environnement, sa situation sociale. Mais pour les usagers en situation complexe nécessitant plusieurs intervenants dans différents champs (sanitaire, social ou médico-social) le médecin traitant peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation ou de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions).

Dans ces cas, c'est-à-dire pour des situations pour lesquelles les prises de décision clinique et les actions s'y afférant ne sont pas préétablies, la coordination du parcours de soin n'est pas suffisante et nécessite le recours au case management afin de faire bénéficier les usagers de l'ensemble des services dont ils ont besoin du fait de leurs problèmes médicaux, psycho-sociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques susceptibles de limiter leur prise en charge, voire d'aggraver leur état de santé avec une augmentation du risque de ré-hospitalisation ou de perdu de vue.

Il est possible d'identifier les usagers en situation complexe en utilisant trois techniques. La technique de sélection par critères vise à identifier les usagers qui réunissent un ou plusieurs critères spécifiques liés à leur parcours de soins sur une période donnée. Pour Curry et al. (2005), cette approche est probante dans un contexte clinique spécifique alors qu'elle ne serait pas efficiente dans une population générale. La technique basée sur l'intuition clinique du praticien ne permet pas d'identifier les usagers isolés du système de santé, risquant d'être en situation complexe dans le futur. Pour Purdy (2010), le recours au modèle prédictif est plus efficient que les deux techniques précédentes. Il analyse de nombreux paramètres, comme le nombre d'hospitalisations au cours des douze derniers mois, la durée des séjours, le nombre et le type de maladies chroniques ou les données sociodémographiques afin d'estimer la probabilité de recours aux soins. Cette approche est généralement combinée au jugement clinique du praticien.

Pour Schaink et al. (2012), cinq critères peuvent être isolés pour définir la complexité des cas:

- la santé physique ;
- la santé mentale ;
- les caractéristiques socio-économiques ;
- le capital social ;
- l'expérience en matière de santé et social

Les maladies chroniques, dont la schizophrénie, sont un modèle de complexité, questionnant médicalement, économiquement et politiquement les systèmes de santé des pays développés. Les stratégies à développer pour en limiter l'impact psycho-social imposent d'une part un décryptage approfondi de leurs caractéristiques et d'autre part le recours à des acteurs pour lesquels la coordination ne fait pas encore partie de leur culture médicale. Ainsi les malades et leurs proches sont régulièrement confrontés à des retards de diagnostic ou à des ruptures de parcours préjudiciables entraînant des surcoûts en termes de perte de chance et d'impact médico-économiques. Dans ce contexte, l'amélioration visée est d'offrir aux usagers du système de santé en situation de maladie chronique, la bonne réponse au bon endroit et au bon moment. C'est pourquoi, le case management doublé de l'assistance au parcours devrait permettre via des gestionnaires de situations complexes et/ou des assistants de parcours une meilleure articulation entre tous les acteurs.

2.2.2 La coordination en santé mentale :

L'analyse de la situation de la santé mentale en France révèle des besoins structurels non résolus, comme ceux de coordination et de coopération ou de détection et d'intervention précoce. Ceci suppose une articulation appropriée entre les objectifs et les moyens, entre les soins et les services, ou entre le médical et le social. Dès lors, il paraît assez naturel d'envisager comme Gozlan et Acef (2007) que des réponses de type réseaux de santé puissent favoriser le décloisonnement des secteurs et des pratiques, en vue de proposer une prise en charge globale et coordonnée au bénéfice de l'utilisateur et de son entourage. Dans ce contexte, plusieurs textes institutionnels confirment les enjeux de la coordination en santé mentale. Le rapport Couty (2009) évoque le besoin d'un niveau de proximité sur un territoire assurant une coopération efficace et une coordination effective des différents acteurs concernés ; notamment, élus, soignants, travailleurs sociaux, responsables des secteurs du logement et de l'emploi. La coordination des soins dont il est question ici, se heurte à de nombreuses résistances professionnelles ou institutionnelles. Ainsi l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) (2009) suggère d'adapter l'organisation de la psychiatrie aux besoins de la population en encourageant les coordinations territoriales entre professionnels. Pour sa part, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (2006), dans son rapport sur les réseaux de santé, a vivement critiqué la faiblesse de leur évaluation et l'opacité de l'attribution de leurs financements.

En partant du principe que cette coordination exige, de la part de l'acteur, un travail et des investissements relationnels et symboliques, la sélection des partenaires d'échanges n'est pas un choix rationnel au sens étroit du terme, mais réside dans la définition d'identités prioritaires, d'un langage complexe, de critères d'évaluation des activités, permettant de les promouvoir ou de les écarter, selon le niveau d'attribution et de confiance dans l'échange. Pour Villette et Vuillermot (2007), sans cette

dimension relationnelle et symbolique, l'acteur ne pourrait pas utiliser ses tactiques les plus basiques : les promesses et les menaces. C'est pourquoi, sans structures relationnelles s'appuyant sur l'échange social personnalisé, la coordination complexe et l'action collective entre concurrents serait beaucoup plus coûteuse, voire impossible. Bartoli et Gozlan (2014), pour conforter cette approche, s'appuient sur des recherches utilisant l'analyse de réseaux sociaux et organisationnels dans les mondes des affaires. Ces structures relationnelles sont complexes et pour Lazega et al. (2007), (2008), elles sont intrinsèquement multi-niveaux dans une société organisationnelle. Une distinction analytique nette doit ainsi être faite entre « réseau d'entrepreneurs » (de personnes) et « réseaux d'entreprises » comme une articulation tout aussi nette doit être reconstruite entre ces deux niveaux. De même, pour cet auteur (1996), les structures relationnelles à l'échelle inter-organisationnelle n'existent que parce qu'elles sont construites par des acteurs concurrents et interdépendants appartenant à des milieux sociaux observables ethnographiquement, dans leur vie associative (voire mondaine) et dans son travail réflexif, aussi bien dans leur relative spécificité et périmètre que dans leurs points communs et recouvrements.

2.2.3 La prise en compte des usagers et de leur entourage dans la coordination :

Il peut sembler illusoire de vouloir faire des usagers atteint d'un trouble psychique des acteurs à part entière des soins qui leurs sont dispensés, alors que certaines pathologies, dont la schizophrénie, peuvent être associées à une absence partielle ou totale de conscience du trouble. Pourtant, la Loi du 4 mars 2002, dite « Loi sur les droits des usagers et la qualité des soins » a permis dans le domaine de la psychiatrie de se donner comme objectif de rattraper l'évolution des autres disciplines médicales en matière de renforcement des droits des usagers. On ne peut qu'espérer que, s'ils sont encouragés à participer activement à leurs soins, l'auto-détermination facilitera leur rétablissement par une meilleure réalisation de leur plan de soin et d'accompagnement. C'est pourquoi, centrer les actions sur l'utilisateur suppose le développement de coopérations entre structures et professionnels sur un même territoire de santé.

Pour Grenier (2006), l'utilisateur, qu'elle considère comme un « objet frontière » est à la fois le « client final » mais aussi, il ne faut pas l'oublier, l'un des financeurs du système de santé. Cette relation composite s'organise autour de la capacité d'écoute et de disponibilité des professionnels à son égard. Ainsi, Buronfosse (1995) souligne que la première attente des usagers et des familles n'est pas la demande de moyens mais l'expression de leur fatigue, de leur souffrance voire de leur épuisement. L'écoute est donc essentielle, avec un accompagnement durant lequel peut s'élaborer la relation de confiance qui va rendre certains risques acceptables. Toutefois Amyot (2010) souligne le fait que l'utilisateur peut parfois ne pas être pris en compte, voire escamoté, en effet, les services offerts devraient être adaptés et faire preuve de souplesse et l'évaluation devrait se dérouler dans un cadre le plus confortable possible (par exemple, visites à domicile et services d'approche). C'est pourquoi la famille et l'entourage devraient être invités dès le début de la prise en charge à participer au processus de soins qui doivent être intensifs, complets et doivent favoriser activement un rétablissement précoce.

2.3 Vers une nouvelle forme de coordination pour les usagers en situation complexe :

Théoriquement, la valeur ajoutée d'un réseau s'apprécie quant à sa capacité d'appréhender la complexité de l'environnement de l'utilisateur et de ses proches au-delà des sentinelles institutionnelles. Son potentiel de mobilisation des professionnels autour de l'analyse d'une situation contribue au passage d'une offre de soins vers une offre de services par une démarche reposant sur l'analyse de la situation d'un usager à un moment de la prise en charge dans un contexte de globalité. L'évaluation et l'offre de service qui en découlent répondent à des besoins habituellement non couverts, des problèmes non résolus ou des prestations de soins inadéquates. Son prototype le plus connu est le réseau ville/hôpital ; organisation multi-acteurs ayant pour finalité de décloisonner les différents secteurs (sanitaire, médico-social, social), en vue de construire et de proposer une offre de soins et de services cohérente et continue aux usagers confrontés à des problèmes de santé complexes. Il constitue également un outil d'amélioration des pratiques professionnelles et, plus largement, contribue à maintenir voire à améliorer le niveau de qualité du service rendu. Mais, une mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (2006) a réalisé une évaluation des réseaux qui s'est avérée très critique, révélant des résultats limités en termes de service rendu, de personnes prises en charge, d'évaluation médico-économique et d'innovation de l'organisation de l'offre des soins. La mission soulignait toutefois des bénéfices secondaires en terme de dynamiques relationnelles, de changement de culture chez les professionnels, d'acquisitions de compétences nouvelles, de modifications des comportements, d'améliorations des pratiques prometteuses pour le long terme mais difficiles à objectiver. De plus, malgré l'encadrement des missions par la circulaire du 2 mars 2007, il est devenu difficile d'identifier des objectifs opérationnels communs à l'ensemble des réseaux de santé qui fonctionnent le plus souvent sans cahier des charges type, sans cadre préalable d'évaluation des résultats et avec des finalités diverses. En effet, en dehors des réseaux de santé régionaux, seuls les réseaux de santé gérontologiques et de soins palliatifs disposent d'un référentiel défini par voie de circulaire. C'est pourquoi la recevabilité du service rendu peut s'apprécier dans sa capacité à mobiliser et à coordonner ses actions conjointes autour des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des usagers en situation complexe, en termes d'orientation dans le système de soins, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier l'utilisateur de la bonne réponse médicale, médico-sociale, sociale, au bon endroit, au bon moment. Il s'agit d'un enjeu majeur pour l'amélioration de la performance du système de santé.

2.3.1 La coordination comme logique globale territoriale.

Pour les usagers en situation complexe, le médecin généraliste mais aussi les autres acteurs de l'offre de soins peuvent ainsi bénéficier d'un appui leur permettant de mieux évaluer la situation et de connaître et mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions). Il s'agit de mieux synchroniser les interventions autour des usagers dans une logique de juste recours aux soins. La coordination vise également à décloisonner le système de santé. Elle se révèle en effet plus particulièrement nécessaire aux interfaces des différents segments de l'offre de soins (ville/hôpital, sanitaire/médico-social/social) et pour les usagers dont la prise en charge requiert

une multiplicité d'intervenants des différents champs (sanitaire, médico-social et social). La coordination vise ainsi à articuler les ressources disponibles sur un territoire donné, sans se substituer à l'activité des effecteurs de soins ni à pallier les dysfonctionnements organisationnels existants. Ainsi, nous pourrions dire qu'il s'agit du passage d'une logique d'organisation segmentée par filière centrée sur les soins à une logique globale par territoire centrée sur la coordination des services répondant aux besoins de la population.

Ces facteurs plaident pour l'émergence d'une nouvelle forme de réseaux incluant des prestations de soins et de services permettant de conjuguer l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie. Pour la réussite d'une telle évolution, il conviendrait de retenir plusieurs critères : une relative stabilité du territoire couvert par le réseau dont la référence reste le territoire de santé ; une évaluation précise et concertée des besoins de la population concernée par une pathologie relevant d'une priorité de Santé Publique (santé mentale, cancer, insuffisance rénale chronique, etc.) ; une offre de services négociée entre les différents partenaires, non redondante et permettant de couvrir l'ensemble des besoins identifiés ; une intégration forte tant au niveau des pratiques et des processus que des structures ou une évolution des formes juridiques des réseaux vers des groupement de coopération sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Cela implique de faire converger les réseaux de santé vers une organisation favorable au portage de la fonction d'appui à la coordination permettant de penser qu'à terme, elle sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes. Toutefois Leutz (1999) rappelle qu'il n'est pas envisageable, du fait des contraintes économiques pesant sur le système de santé, de les déployer à grande échelle. C'est pourquoi, il conviendrait de limiter le périmètre de l'appui à la coordination aux usagers en situation complexe ; c'est-à-dire ceux pour lesquels le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens et qui nécessitent une diversité d'intervenants du fait d'une affection chronique sévère avec comorbidités, problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. Dans ce cadre, les acteurs de l'appui à la coordination ne doivent pas se substituer aux effecteurs de soins et interviennent selon un principe de subsidiarité ; y compris dans leurs relations avec les établissements de santé.

En France, plusieurs acteurs du système médico-social intègrent, peu ou prou, dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité, notamment les maisons de santé, les centres de santé, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements de santé (notamment à travers les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatrique) et médico-sociaux ou les autres structures médico-sociales comme les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ou les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Dans ce contexte, le développement d'une logique de réseau de services intégrés pourrait être définie selon Fleury (2002) comme un processus qui consiste à créer et à maintenir une régulation commune et coordonnée aux niveaux administratif (ou fonctionnel) et clinique entre des acteurs organisationnels autonomes d'un territoire, lesquels sont tenus imputables de l'efficacité et de la qualité d'un système et des résultats relatifs à la santé et au bien-être d'une clientèle. Trois types d'outils peuvent servir, dès lors, d'appui dans les stratégies d'intégration des services. En premier lieu, ce qui relève de l'intégration clinique et pratique, comme les protocoles d'évaluation standardisée, le suivi conjoint, coordonné et longitudinal, les réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP), les formations croisées et enfin le plan de soins et de services individualisés. Ensuite, l'intégration structurelle se met en place grâce au système d'information (dossier de suivi commun), aux protocoles organisationnels, à la contractualisation avec

les partenaires stratégiques et à la participation à des groupes de travail. Enfin, l'intégration institutionnelle se fait par la participation aux instances d'expertise et de décision, par les relations avec les tutelles et par la mutualisation des connaissances et le transfert des savoir-faire. Cette boîte à outils, non exhaustive, constitue un levier opérationnel pour parvenir à mieux répondre aux attentes des usagers et des professionnels. Pour autant, il semble important de percevoir les limites inhérentes à l'intégration des services, comme le suggère Leutz (1999). En effet, s'il est possible d'intégrer tous les services pour quelques personnes ou quelques services pour toutes les personnes, il n'est pas possible d'intégrer tous les services pour tout le monde.

2.3.2 Place des réseaux dans la coordination :

Depuis quelques décennies, différentes formes de réseaux sont apparues dans le paysage organisationnel, marchand ou non marchand. Les tendances antérieures à l'intégration par la croissance interne ou externe ont progressivement été remplacées après les trente glorieuses par des phases de recentrage sur les cœurs de métier. La recherche de solutions plus flexibles et plus globales pour répondre à des défis complexes s'est affirmée, et les structures de réseau se sont développées (Assens 2003), en partie du fait de leur impact sur la réduction des coûts de transaction liés aux échanges entre acteurs (Paché et Paraponaris 2006). Les réseaux organisationnels avaient été classiquement décrits par Miles et Snow (1986) sous la forme d'une firme pivot (le coordonnateur) et d'acteurs (fournisseurs, distributeurs, producteurs, concepteurs), ce qu'illustrent assez bien certaines structures hospitalières ou sanitaires. Plus particulièrement, dans la théorie de l'acteur-réseau de Callon et Latour (1981), le réseau ne se limite pas à des parties reliées entre elles, mais réside dans la réconciliation du tout et des parties, en rassemblant les discours, les humains et les objets «non-humains». Ces derniers opèrent comme des médiateurs aidant à appréhender les relations du réseau, selon un phénomène de «traduction». Le rôle joué par les technologies de l'information pour la coordination des organisations peut être rapproché de ces objets non humains qui suscitent des relations entre humains au sein d'un ensemble indissociable. C'est précisément le cas des réseaux de santé qui utilisent, comme Prépsy, des systèmes d'information et des bases de données pour fonctionner de façon pertinente. Pour autant, cela suppose pour David (1996) une contextualisation de l'outil visant à donner un sens et une cohérence à l'action coordonnée, sachant que pour Trosa et Bartoli (2011) cet enjeu est particulièrement fort dans le domaine non marchand dans lequel les travaux sur la coordination se sont d'abord appuyés sur les procédures et la standardisation des opérations ou des qualifications, puis se sont plus récemment intéressés aux structures hybrides, du fait des postures de plus en plus composites entre les statuts privés et publics (Bartoli 2009).

C'est le cas, dans le monde de la santé, des réseaux qui pour Schweyer (2010), sont d'abord des communautés de professionnels issus de la systématisation de liens préexistants. Dans ce contexte, des dispositifs réticulaires simples, c'est-à-dire reposant seulement sur un petit noyau de coordination, ne semblent pas suffisants car l'objectif d'améliorer à la fois l'état de santé et la qualité de vie des usagers nécessite des stratégies d'intégration clinique et des actions performantes. C'est la raison pour laquelle les modèles dont parlent Fleury et Ouadahi (2002) combinant réseau et structure intégrée sont destinés plus particulièrement à des usagers souffrant de troubles mentaux chroniques nécessitant une diversité de soins et de services. Les vocables d'« intégration » ou de « services intégrés » arrivent ou reviennent

en force dans la littérature en management de la santé, sans que le concept de « réseau » n'ait disparu pour autant. Cela conduit au concept composite de « réseaux de services intégrés » décrit par Fleury (2002) et développé notamment au Québec, qui comprend deux niveaux d'intégration : l'intégration fonctionnelle concernant la mise en réseau des activités sous la responsabilité d'une même coordination, et l'intégration clinique reposant sur une équipe multidisciplinaire d'intervenants rattachés à une ou plusieurs entités. L'articulation entre les deux dimensions « intégration » et « réseau » étant supposée pour Schaller et Gaspoz (2008) faciliter la continuité des soins et la prise en charge globale. De tels dispositifs coordonnés constituent, selon ces auteurs, une alternative aux modes de réponse traditionnels que sont d'une part, la bureaucratie, illustrée par exemple par l'hôpital psychiatrique, et d'autre part le marché, basé sur la compétition libre. Or, bien qu'ils s'en défendent, les services hospitaliers n'offrent pas l'ensemble des services associés dont a besoin l'utilisateur et sa famille et dans le secteur privé le parcours de soins complexe de type « marché » qui leur est offert n'est pas plus réaliste. De son côté, l'approche de type réseau « pur » (avec coordonnateur et contacts interdépendants) manque de crédibilité, de capacité de conviction et de moyens pour agir alors que l'utilisateur et son entourage attendent davantage l'accompagnement et l'appui permanent de professionnels coordonnés dans un « réseau de services intégrés ». Ces dispositifs évoquent les travaux de Williamson (1971) (1996) présentés ci-après, qui distinguent trois configurations répondant soit à la loi de l'offre et de la demande (le marché), soit à l'intégration (la hiérarchie) soit à une forme hybride associant le réseau et ses variantes.

2.3.3 Le réseau de santé, un dispositif pluridisciplinaire formalisé de coordination :

Gozlan (2005) a régulièrement utilisé le terme de « filet de sécurité » pour définir la mise en place d'une infrastructure réticulée de professionnels et de services visant à épauler et soutenir un usager du système de santé souffrant de troubles psychiques. Pour Dakhlaoui (2008) le terme de réseau est devenu un terme générique, employé dans toutes sortes de disciplines : dans l'ingénierie (le réseau de télécommunications), en mathématiques (le réseau issu de la théorie des graphes), en géographie (le réseau hydrographique), en biologie (le réseau de neurones), dans l'industrie (le réseau de distribution), en histoire (le réseau de résistants), en sociologie (le réseau d'acteurs) ou en sciences de gestion (réseaux d'entreprises). Ainsi, Mercklé (2004) rappelle que depuis ses premières occurrences, la notion de réseau, à mesure qu'elle s'enrichissait par extension et glissement de registres métaphoriques superposés, s'est progressivement abstraite des objets concrets qu'elle servait primitivement à désigner, pour finalement désigner un certain nombre de propriétés générales intimement entremêlées. Considéré comme le résultat de l'évolution de l'organisation des entreprises face à leur environnement, le réseau d'entreprises est défini par Thorelli (1986) comme la constitution de deux firmes (ou plus) liées par des relations d'échanges suffisamment fortes pour créer une sorte de sous-marché contractuel dans le marché global où se confrontent l'offre et la demande. Ces relations d'échange s'inscrivent dans la durée et leur stabilité exige un certain nombre d'accords minimum ainsi qu'une confiance réciproque entre agents. Une nouvelle logique est ainsi introduite pour enrichir le concept de réseau en intégrant à la fois ses dimensions transactionnelles et coopératives. Musso (2003) utilise trois métaphores pour illustrer sa spécificité. Pour cet auteur un réseau se présente comme la transition vers une nouvelle société dotée d'un modèle d'autorégulation comparable à un organisme vivant et offrant une rationalité graphique à travers la possibilité de formalisation mathématique. Cette description,

enrichie par la théorie des liens faibles décrite par Granovetter (2000), trouve toute son expression dans l'essor des réseaux sociaux (Facebook, Tweeter...) et questionne sur l'opportunité de leur utilisation dans les réseaux de services intégrés. D'ailleurs, pour Ferrary et Pesqueux (2004), l'organisation en réseau permettrait de construire une représentation commune pour des organisations hétérogènes, caractérisées par une forte dispersion et interconnexion dans l'espace, mais libérées d'un déterminisme géographique strict. Dans ce même cadre, Assens (1996) illustre bien ces caractéristiques à travers la définition qu'il a proposée : « un réseau est toujours composé de nœuds, c'est-à-dire de points d'interconnexions capables d'émettre ou de recevoir des communications, capables de participer aux échanges ou de structurer les flux de transport. Ces nœuds sont reliés par des connexions qui traduisent la nature des échanges, leur périodicité, leur force, leur densité, etc. Enfin, les nœuds occupent des positions qui sont susceptibles d'évoluer comme dans un réseau social ou qui demeurent figées comme dans un réseau technique ou territorial. Ces positions témoignent du rôle ou de la fonction assumés par chaque nœud à l'égard des autres membres du réseau ».

L'objectif d'un réseau est prioritairement de favoriser la synergie des compétences dans un cadre défini, organisé, rationnel et réfléchi. Son action a pour but d'assurer la mise en place des procédures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à une prise en charge globale où l'efficacité, la sécurité et la dimension économique seraient pris en compte. Participer à une telle organisation de soin nécessite de la part des professionnels la transmission d'une information claire, loyale et appropriée permettant l'expression du consentement éclairé de l'utilisateur dans un processus complexe, de longue haleine basé sur l'exercice d'une responsabilité partagée et négociée, anticipant les risques inhérents au parcours de vie des usagers, visant à la cohérence des dispositifs pour l'évaluation de situations complexes en vue du développement d'un panier de services adaptés. Dans ce contexte, les établissements publics et privés de santé sont confrontés à de profonds changements tant dans leurs systèmes budgétaires que dans leur gouvernance. Cela les amène à envisager des partenariats publics ou privés avec l'hôpital, les professionnels de santé ou d'autres professionnels du monde de la santé. C'est pourquoi, le positionnement stratégique des réseaux de santé dans le management des activités de santé sont des thèmes très actuels confortés par les courants favorisant une prise en charge intégrée et centrée sur les usagers. Cette volonté politique, en lien avec la rationalisation des coûts, passe par la mise en réseau des acteurs impliqués dans la prise en charge. Chacun des acteurs du processus de santé détenant une information utile et nécessaire aux autres partenaires.

Pour sa part, Cremadez (2004), décrit le réseau comme une forme d'organisation fondée sur la mise en avant des partenariats contractuels basés sur la flexibilité des rôles face à un environnement mouvant, dans laquelle la dynamique repose sur la mise en œuvre de jeux à somme positive. Il s'agit d'une organisation dynamique qui se développe dans un contexte favorable de coordination d'acteurs se reconnaissant comme légitimes et œuvrant pour la clarification des objectifs et la recherche de solutions bénéfiques efficaces et innovantes. Dans ce cadre, l'organisation en réseau met en avant le leadership des acteurs où l'autorité est subordonnée aux objectifs plutôt qu'au recours à un système organisé hiérarchiquement. Cette position doit favoriser la mobilisation des compétences ainsi que la circulation rapide des informations entre toutes les catégories de professionnels concernés ; le leader ayant pour mission de mettre en avant les enjeux stratégiques, d'engager les ressources et de mobiliser les parties prenantes dans une dynamique auto régulée. Le réseau est donc considéré comme une

organisation stratégique, de conception et d'enssembler, gérant les interfaces selon les évolutions des besoins tout en intégrant positivement les particularités et les affiliations de chacun ; sa performance dépendant de sa densité (son maillage), de sa diversité et des capacités à combiner les ressources dont il dispose. Ses actions nécessitent un long ajustement des logiques de partenariats ; logiques professionnelles entre médecins, infirmières ou partenaires sociaux par exemple, logiques institutionnelles entre prestataires associatifs, structures publiques ou privées, tutelles et financeurs, logiques de statut entre bénévoles et professionnels. S'y ajoutent les dimensions de formation et d'évaluation permettant d'en valider les résultats.

L'appartenance à un réseau s'oppose à la logique de maîtrise ou de contrôle sans remettre en cause les affiliations de chacun de ses membres (groupe professionnel, institution,...). Il réunit des partenaires qui acceptent librement de construire un cadre d'action évolutif combinant en permanence le formel et l'informel en fonction des besoins et des capacités d'innovation. Cette action s'adapte à l'évolution du système de santé et de protection sociale à travers une recherche affirmée d'amélioration de l'efficacité du système dans un contexte contraint mais en pleine mutation. Il reste favorable à cette logique organisationnelle attentive aux nouvelles attentes et besoins liés aux maladies chroniques et à la compensation du handicap et de la dépendance, reflétant une évolution des opportunités stratégiques pour les acteurs institutionnels dans le cadre d'une nouvelle gouvernance du système de santé. Concernant son fonctionnement, le réseau est un dispositif dynamique, souple et adaptatif basé sur son rôle de conception et d'enssembler capitalisant les savoir-faire et occupant les interstices organisationnels ; les détails de la mise en œuvre des actions étant du ressort des acteurs eux-mêmes. Il substitue le concept d'interdépendance à celui de dépendance en gérant avant tout des interfaces et vise à renforcer la compatibilité entre les différents secteurs (vision, mission, offre de services...) dans le cadre d'une action partagée.

Dans ses principes, l'intervention en réseau ne devrait pas créer une offre de services supplémentaire du fait de sa position de subsidiarité de l'action. En effet, en contribuant à améliorer l'utilisation des ressources existantes et en facilitant les processus, le réseau contribue à améliorer par la transversalité de son offre de services la qualité et la globalité de l'offre par l'émergence de réponses pratiques et organisationnelles innovantes. Toutefois, ce n'est pas tant la forme administrative ou la structure juridique du réseau qui conditionne sa capacité d'action mais plutôt comme le dit Fleury (2002) sa stratégie d'intégration des services qui contribue à créer et à maintenir une régulation commune et coordonnée aux niveaux administratif (ou fonctionnel) et clinique (ou pratique) entre des acteurs organisationnels autonomes d'un territoire, lesquels sont tenus imputables de l'efficacité et de la qualité d'un système et des résultats relatifs à la santé et au bien-être d'une clientèle. Cette intégration clinique (ou pratique) complétée par un dispositif de concertation pluri-professionnelle est basée sur des protocoles d'évaluation et des plans de services personnalisés validés par l'Evidence Based Medicine (Médecine par la preuve), permettant la mise en place d'un suivi coordonné et longitudinal. Une intégration fonctionnelle (ou administrative) s'appuyant sur la contractualisation avec les partenaires stratégiques, le recours à un système d'information, à des protocoles organisationnels ainsi que la participation aux instances d'expertise et de décision permet de renforcer cet ajustement permanent aux demandes des tutelles. Comme le rappelle Fleury (2002), ces stratégies d'intégration peuvent être définies par comme un processus qui consiste à créer et à maintenir une régulation

commune et coordonnée aux niveaux administratif (ou fonctionnel) et clinique entre des acteurs organisationnels autonomes d'un territoire, lesquels sont tenus imputables de l'efficacité et de la qualité d'un système et des résultats relatifs à la santé et au bien-être d'une clientèle.

2.3.4 Stratégies d'intégration des professionnels dans le cadre d'un réseau de santé mentale :

Le rapport Santé 2010, proposait la création de régions régionales de santé ayant la capacité d'organiser l'offre de soins et de passer des contrats avec des offreurs de services isolés ou groupés en réseau. Les années 1990, que l'on pourrait qualifier de période de rationalisation économique, sont marquées en France par le plan Juppé (1995) qui veut réformer le système de santé ; en particulier par la mise en place de réseaux. Leur arrivée marque la nouvelle implication des acteurs du sanitaire dans les actions de coordination qui étaient auparavant essentiellement portées par les acteurs de l'action sociale. L'émergence de la notion de réseau, décrite par Robelet et al. (2008), peut trouver une première origine d'ordre intellectuel auprès des experts du Commissariat au Plan dans leurs rapports successifs de 1987 et de 1993, qui, s'inspirant des Health Maintenance Organizations (HMO) (1978) développées dans les pays anglo-saxons, y voient un moyen de maîtrise des dépenses de santé.

Bien que les pratiques de réseaux informels en santé aient été présentes en France depuis plus de trente ans notamment par des modes de coopération entre les professionnels de santé installés en ville, l'essor des réseaux formalisés et financés est apparu dans les années 1990 principalement autour de la problématique de l'accès aux soins des usagers séropositifs pour le VIH, et autour des expériences des réseaux ville-hôpital. Ils ont progressivement été définis par des textes fixant leur cadre de développement territorial, leurs modalités de fonctionnement et les critères d'évaluation de leurs actions. C'est dans ce cadre qu'apparaît pour la première fois de façon formelle en 1991 le terme de « réseau de soins », semblant alors mieux adaptés à la prise en charge des maladies chroniques : diabète, cancer, maladie d'Alzheimer. C'est en 1993 que sont financées les premières expérimentations de réseaux de soins qui pourront conduire à des légitimations dans le cadre de la réforme des hôpitaux de 1996. Plusieurs types de réseaux sont alors créés : les réseaux de soins du Code de la Santé Publique surtout hospitaliers ou hospitalo-centrés et les réseaux ou filières du Code de la Sécurité Sociale qui sont des réseaux expérimentaux permettant, notamment, de promouvoir des modes de rémunération spécifiques en vue d'organiser un accès plus rationnel à la santé (soins ou prévention). Il faut noter la grande complexité attachée à cette notion de réseau, qui sous un même terme prend des formes différentes au gré des cadrages multiples et des nombreux textes réglementaires. Simonet (2001) note qu'un promoteur de réseau est concrètement confronté à deux ordonnances, une convention médicale, deux décrets, une quinzaine de circulaires, avec au moins quatre cahiers des charges ou conventions constitutives, deux agréments, un statut associatif ; ce qui est peu cohérent en terme opérationnel.

Ainsi, dès 1996, le concept de réseau de santé a été inscrit dans le Code de la Sécurité Sociale et dans le Code de Santé Publique, en impliquant plusieurs types d'acteurs : les équipes hospitalières, les professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en ville et les acteurs du champ social (assistantes sociales, éducateurs, services sociaux publics, associations). Ces réseaux visent à faciliter l'identification des situations complexes nécessitant la contribution d'acteurs hétérogènes et

indépendants les uns des autres, tout en capitalisant sur leurs expériences. La circulaire relative aux réseaux du 25 novembre 1999 précisait : « *les usagers doivent être au centre des préoccupations du réseau, sous des formes évaluatives avec le temps : en tant qu'usagers au début; en tant qu'usagers sujets de droits ensuite ; en tant que partenaires enfin dans la détermination des besoins à combler et des stratégies pour y parvenir* ». Les années 2000 sont, elles, placées sous l'égide du projet individuel, de l'évaluation et de la qualité et sont marquées par de grandes lois des secteurs sanitaire et médico-social. Plus largement, un ensemble législatif et réglementaire nourri montre un besoin d'efforts de coordination dans les politiques publiques de santé et plus particulièrement en santé mentale dans la Loi du 2 janvier 2002 pour la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Ces dispositifs ont été officialisés par la Loi du 4 mars 2002 dite Loi Kouchner qui les définit de la façon suivante : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire* », et à partir de 2003, la CNAMTS les a financés sous deux formes : le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la dotation régionale de développement des réseaux (DRDR). Ces deux modes de financement ont été fusionnés en 2006 dans le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Enfin la Loi du 13 août 2004, modifie le dispositif des Affections de Longue Durée (ALD). Sa mise en œuvre se traduit notamment par la définition, pour tout malade entrant en ALD, d'un nouveau protocole de soins définissant son parcours de soins. Pour sa part, l'évaluation des besoins des usagers en perte d'autonomie, réalisée au sein des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) est inscrite dans la mission de la Caisse Nationale de Solidarité par l'Autonomie (CNSA) créée par la Loi du 30 juin 2004 et dont les missions sont précisées dans la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cet établissement public administratif joue un rôle important pour l'accompagnement des acteurs du champ de la perte d'autonomie pour l'appropriation de ces notions. Enfin, la Loi du 21 juillet 2009 (dite Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST)) portant réforme de l'hôpital et relative aux usagers, à la santé et aux territoires complète l'arsenal législatif. Dans ce cadre, il faut souligner que ces notions de réseaux et de territoires entretiennent des liens stratégiques face à la complexité grandissante du système de santé, en particulier en santé mentale.

Le Code de la Santé Publique ne donne pas expressément de définition des réseaux de santé. Toutefois, l'article L712-3-2 précise que certains réseaux ont pour objet d'assurer une meilleure orientation de l'utilisateur, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ceux-ci ont une vocation très large et peuvent s'adresser soit à des usagers avec une pathologie lourde ou chronique (schizophrénie en l'occurrence) ou à un type de population (personnes âgées, toxicomanes...). Ainsi un réseau de santé du Code de la Santé Publique est un mode de prise en charge médicale et sociale de l'utilisateur garanti par la coordination des interventions de l'ensemble des acteurs du domaine socio-sanitaire. Dans le domaine de la santé mentale, il ne peut se concevoir qu'avec la participation la plus large des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge (médecins libéraux, paramédicaux, scolaires, organisation à vocation sanitaire et sociale, associations d'usagers) et des professionnels du domaine social (services communaux, travailleurs sociaux, Pôle Emploi...).

Les réseaux de santé développent leurs activités autour de quatre axes principaux : l'analyse des besoins sur un territoire donné ; la coordination des intervenants autour de l'utilisateur et des professionnels ; des

actions d'information et de prévention associant les usagers et leur entourage ou la formation pluri-professionnelle. Ils visent à faciliter l'identification des situations complexes nécessitant la contribution d'acteurs hétérogènes et indépendants les uns des autres, tout en capitalisant sur leurs expériences. Ils jouent un rôle de conception et d'ensemblage en occupant les interstices organisationnels, les détails de la mise en œuvre des actions décidées dans le cadre du réseau relevant des acteurs eux-mêmes. L'appartenance à un réseau ne remet pas en cause les affiliations de chacun des membres et s'oppose à la logique de maîtrise ou de contrôle : leurs membres étant supposés être des partenaires acceptant librement de construire un cadre d'action évolutif combinant le formel et l'informel en fonction des besoins et des capacités d'innovation.

Les psychiatres n'avaient pas attendu une loi pour organiser, de façon informelle, leur collaboration car la sectorisation avait largement favorisé ce mode de fonctionnement. Il faut noter que les réseaux de psychiatrie ou de santé mentale n'ont pas bénéficié de cahiers des charges propres. La démarche des réseaux de santé mentale repose sur l'analyse de la situation d'un usager à un moment de la prise en charge dans un contexte de globalité. L'évaluation et l'offre de service qui en découlent répondent à des besoins habituellement non couverts, des problèmes non résolus ou des prestations de soins inadéquates, la recevabilité des services rendus s'appréciant dans l'engagement des réseaux à mobiliser et à coordonner ces actions. Ainsi, certains réseaux de santé et Prépsy en particulier, ont joué un rôle non négligeable de levier pour fournir des réponses innovantes en termes d'organisation des soins et d'offre de services vers des usagers et des professionnels concernés. Ils ont pour objet de favoriser l'accès, la coordination et la continuité des soins en prenant en compte la globalité des besoins des usagers. Leur couverture territoriale est loin d'être exhaustive ; pour autant, ils constituent un levier important en faveur de l'innovation organisationnelle et de la mutualisation de l'offre de services sur un territoire donné. Ils se sont constitués en vue d'apporter des réponses innovantes à des pathologies mal connues ou complexes, sous la forme d'une nouvelle organisation de l'action collective autour de l'utilisateur : décloisonner les professions de santé et favoriser la coopération, replacer l'utilisateur au centre des préoccupations, rechercher les complémentarités de ressources, diffuser les recommandations professionnelles, améliorer la qualité des services ou réduire les coûts. Par conséquent, la disponibilité, l'accessibilité, le flux et l'utilisation du système d'information qu'utilise un réseau pour mettre en place ses processus de coordination et de coopération sont une priorité pour le management opérationnel et la coordination des acteurs.

En étudiant des initiatives locales financées par la Fondation de France, Puijalon (1992) explique comment la Loi de décentralisation de 1983 a transféré à l'échelon local, donc aux acteurs du monde associatif, l'initiative de l'action sur une base empirique (approche bottom-up) développée à partir des besoins du terrain. La réponse aux besoins manquants en terme de services, de partenariats ou d'innovation par la coordination, jusqu'alors organisée au niveau central (approche top-down) devient alors un enjeu stratégique majeur du monde associatif ou des professionnels engagés auprès des usagers en perte d'autonomie. Ce changement de paradigme est consacré dans l'outil central de planification de l'organisation du système de santé au niveau régional : le Schéma régional de l'organisation des soins. Il traduit pour Vigneron (2002) la volonté politique de mettre en œuvre une approche territoriale de la santé, partant de l'évaluation des besoins de santé pour mieux prendre en compte la dimension territoriale dans la graduation de l'offre de soins et de services. Dans ce contexte,

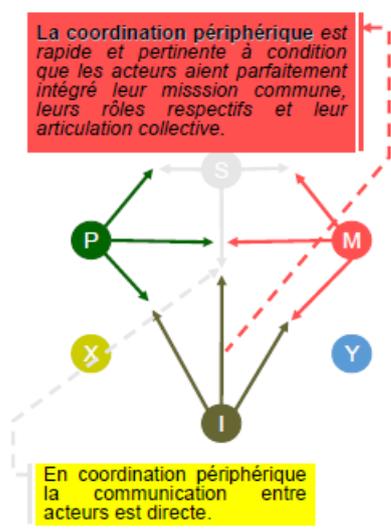
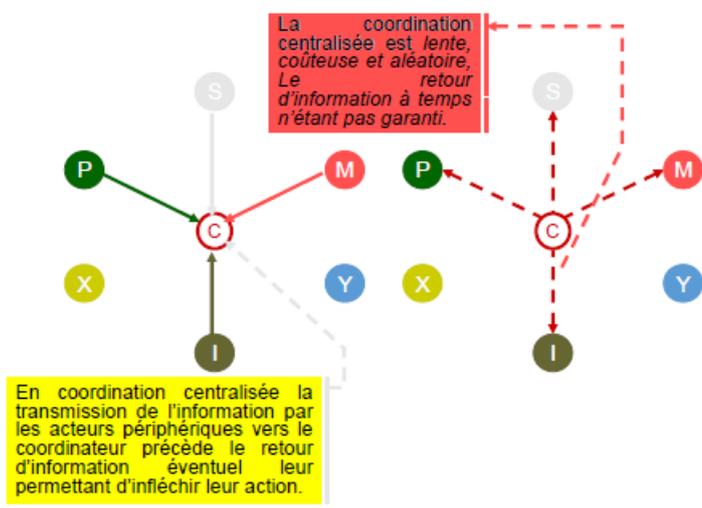
le rapport réseau de santé/territoire relève alors d'une articulation de type global/local où la densité des liens entre acteurs ainsi que leur « multiplicité » sont à ce titre des indicateurs précieux de la réussite du dispositif au sens de Degenne et Forsé (2004). La relation entre réseaux et territoires prend donc ici tout son sens, l'un n'allant pas sans l'autre, compte tenu des enjeux qui traversent aujourd'hui le système de santé. L'approche par filière (vision verticale des soins) pouvant s'opposer à une approche par besoins de santé (vision horizontale visant le décloisonnement des secteurs et des interventions) afin de mieux appréhender la complexité des services à mettre en œuvre (vision transversale visant une offre globale et intégrée). De même l'échelon local (proximité des premiers recours au système de santé) et l'échelon régional (spécialisation des prestations) doivent s'harmoniser pour fluidifier les trajectoires de soins et faciliter l'accès aux services utiles.

L'article 65 de la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2012 a créé le fonds d'intervention régional (FIR) qui se substitue au Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pour l'allocation des ressources aux réseaux de santé. Principale source de financement de la coordination via les réseaux de santé, il est soumis à une contrainte économique forte qui exige de ses gestionnaires comme de ses bénéficiaires un effort accru d'efficacité. Selon le FIQCS 167M € en 2011, il existerait 700 réseaux en France dont 10 en santé mentale, se répartissant soit par pathologie soit par approche populationnelle. Ils sont essentiellement présents dans le domaine de la cancérologie (+ de 25 %), les soins palliatifs (+ de 25%), le diabète (16%), l'accès aux soins des populations en situation de précarité (+ de 18%), les personnes âgées (7%), les addictions (5%), la santé mentale et le handicap. Pourtant, en 2006 Gozlan et Acef recensent seulement une trentaine de réseaux en santé mentale confortant ainsi l'analyse de Masse et al (2007) qui ont pointé des résistances voire des oppositions de certains intervenants de la psychiatrie publique à ce qu'ils considéraient comme une remise en cause de l'organisation traditionnelle des soins. C'est certainement pourquoi on ne recense aujourd'hui que 4 réseaux en santé mentale bien que d'autres concernent la santé des adolescents, le handicap psychique, la psychiatrie et précarité ou les troubles envahissants du développement de la petite enfance. Il existe de plus un déséquilibre de création des réseaux de santé selon les régions, pouvant s'expliquer par la présence ou l'absence de promoteurs agissant comme leaders d'opinion, par l'existence d'une culture partenariale, par le caractère rural ou urbain du territoire, par la démographie médicale, par la richesse des ressources sanitaires et sociales, ainsi que par une politique offensive des tutelles régionales.

Plus spécifiquement, le suivi global et coordonné d'un usager souffrant de troubles psychiques réside dans la double nécessité de définir et de conduire un projet de soins adapté à un programme d'accompagnement médico-social constituant un dispositif clinique opérationnel et efficace. Dans ce cadre, les réseaux de santé mentale, ont pour mission de mettre en œuvre les actions favorisant le décloisonnement des secteurs et des pratiques à travers leur intégration institutionnelle dans leur environnement en s'appuyant sur un certain nombre d'outils conventionnels et techniques avec un objectif secondaire lié à leur mission fondamentale, mettre en place une prise en charge globale et coordonnée au bénéfice de l'utilisateur et de son entourage. Cette attention portée par chacun des intervenants existants ou potentiels à l'état de santé et la qualité de vie de l'utilisateur impose le développement de stratégies d'intégration clinique particulières. Ainsi, pour Crémadez (2004), les planificateurs en santé et les offreurs de soins sont confrontés à un système en voie de dérégulation du fait de l'évolution de l'offre de soin qui échappe pour partie aux régulations habituelles, entre autre, sous la pression des nouvelles demandes des usagers. Cette situation accroît la tension compétitive

entre les différents offreurs de service dans un environnement financièrement contraint pour l'obtention des subventions mais aussi pour le recrutement des usagers. Dans la figure 3 cet auteur met en avant les avantages d'une coordination périphérique mettant en relation directe les différents acteurs par rapport à une coordination centralisée, plus habituelle, mais aussi moins réactive. Le partage d'une vision commune étant le premier niveau de la coordination. C'est pourquoi, une vision d'ensemble des parcours de soins potentiels et des besoins des usagers atteints de pathologie chronique est nécessaire à une meilleure articulation des différents stades de prise en charge. Dans cette optique, la conception de réponses globales aux besoins complexes nécessite d'identifier, sur un territoire donné et pour une pathologie donnée, l'ensemble des acteurs impliqués. Leur cartographie permet d'anticiper les opportunités et les contraintes qui seront rencontrées tout au long des négociations.

Figure 3: Coordination centralisée, coordination périphérique (d'après Cremadez (2004))



2.4 Améliorer la prise en charge en santé mentale par le management :

L'accompagnement des usagers atteints d'une pathologie chronique vers le retour à l'autonomie est un des enjeux majeurs du système de santé français. Dans ce contexte les Plans de Santé Publique successifs (2005,2010) ont tenté de réduire les écarts structurels et culturels entre les champs du sanitaire et du médico-social et la faiblesse de l'évaluation des besoins, l'inadéquation des offres de services, la fragmentation et le cloisonnement des offres et la discontinuité des parcours sur un territoire de santé restent pour les usagers et leurs proches, des facteurs de limitation pour la qualité et la cohérence de leur prise en charge. Pour sa part, la pratique médicale, souvent individuelle permet difficilement de mobiliser les moyens humains et technologiques nécessaires pour le suivi de l'utilisateur permettant de construire des stratégies à long terme centrées sur l'utilisateur et son entourage. Le plus souvent, le médecin de première ligne consulté pour un épisode aigu, concentre son intervention sur cet épisode et ne peut mettre en place les conditions d'une bonne prise en charge de sa maladie par l'utilisateur ; ne pouvant pas matériellement consacrer aux malades atteints de pathologies chroniques le temps nécessaire pour répondre aux standards en matière d'éducation, de suivi de l'observance et de compliance. C'est pourquoi, l'évaluation multidimensionnelle des besoins, la coordination des soins, l'accompagnement au quotidien de l'utilisateur et le case management constituent des apports méthodologiques innovants et bénéfiques.

Bowie et Harwey (2005-2006) insistent sur le fait que la schizophrénie est une pathologie chronique associée avec des altérations des compétences neuro-psychologiques et de l'adaptation sociale et Bellack (2004) constate que même si les traitements réduisent les symptômes positifs, cette amélioration n'a pas d'impact sensible sur les relations interpersonnelles ou les interactions sociales. C'est pourquoi une meilleure capacité d'adaptation à la vie quotidienne et une autonomie suffisante apparaissent pour Goering (2000) comme des objectifs clés des traitements proposés. En effet, de nombreux cliniciens pensent que la qualité première d'un case manager est de connaître parfaitement la pathologie de leurs usagers. Bien que cette connaissance soit nécessaire, elle ne représente qu'une faible partie des compétences qu'il doit déployer ; en particulier par rapport aux connaissances nécessaires dans les autres domaines de leurs vies sociales, familiales, professionnelles ou affectives par exemple. C'est sa capacité de synthèse, de reconnaissance des besoins et des moyens utiles pour y répondre qui le caractérise. Cette vision globale permanente et dynamique devant être focalisée sur les risques et les besoins spécifiques de la pathologie accompagnée. Dans le cas des schizophrénies, ce sont, plus que les symptômes de la maladie, leurs impacts sur la santé globale qui prédominent. En effet, les comorbidités psychiatriques ou physiques, la mauvaise observance du traitement, leurs effets secondaires ou l'abus de toxiques mobilisent de forts besoins de soins spécialisés.

Bourgueil et al. (2003) rappellent à ce propos qu'en absence d'un dispositif d'accompagnement formalisé, l'évaluation a longtemps été le seul élément clair de la politique publique des réseaux ; le réseau étant vu par ces auteurs comme un outil au service de la transformation du système de santé. Toutefois, leur évaluation ne semble pas adaptée à prendre en compte la part de l'informel indispensable à leur bon fonctionnement, mais par définition, difficile à formaliser.

De même, Frattini et Mino (2006) constatent que jamais des services de soins n'ont été autant sous contrôle des tutelles. Ces auteurs, comme Schweyer (2010) ou Bartoli et Gozlan (2014) considèrent

qu'ils constituent des outils d'apprentissage et d'expérimentation qui doivent s'adapter à des configurations locales, à travers une mise en commun et une capitalisation d'expériences doublées d'un formidable moyen de recherche et développement entre innovation de terrain et changement planifié, au service de l'intérêt général.

2.4.1 Stratégies d'intégration des services.

Des organisations ayant des activités et des compétences proches, des « clients » et des financeurs en commun, peuvent avoir des problèmes d'ajustement de leurs frontières. Santos et Eisenhardt (2005) ont proposé que les frontières des organisations se définissent en fonction de plusieurs dimensions, de pouvoir, de compétence et d'identité. Pour Dagnino et Rocco (2009) les recompositions qui en résultent s'opèrent alors dans le cadre soit d'alliances, de compétition ou de coopération. Par ailleurs, en cas de « marché » non couvert, l'une et/ou l'autre des organisations pourra/pourront se diversifier pour gagner ce nouveau marché.

Dans le cadre des réseaux les stratégies d'intégration des services se répartissent en trois niveaux : intégration clinique, intégration fonctionnelle, intégration institutionnelle. Pour chacune de ces catégories, les acteurs mettent en œuvre un système d'actions concrètes visant à la régulation des relations et des services. L'objet de notre recherche a été de repérer ces stratégies d'intégration des services et de mobilisation des acteurs, de les mettre en perspective tant au niveau de l'organisation que des pratiques et d'interroger ainsi les effets intermédiaires de ces stratégies à l'aune des concepts de densité, étendue, centralité (degré, intermédiarité) voire de multiplicité. Nous prendrons appui sur l'expérience du réseau de santé de mentale Prépsy. Dans certains cas, comme pour le SAMSAH Prépsy, ce service se comporte comme une équipe spécialisée d'évaluation ; ce qui peut poser problème quand il est aussi amené à accompagner les usagers. Le SAMSAH pouvant alors être considéré comme « juge et partie », soulevant la question du risque de perte de chance si l'offre de service est trop limitée et préconise que les SAMSAH n'aient qu'un rôle de coordination sans apporter de prestation afin d'éviter ce type de conflit d'intérêt. Se pose ici, en terme de frontières organisationnelles, la question du « partage des usagers » entre les différentes structures ; ces usagers pouvant devenir otages et/ou captifs de certaines structures fonctionnant sur un mode concurrentiel.

Dans ce contexte la question de l'intégration des services a été théorisée depuis une dizaine d'années par Leutz (1999) qui propose 3 niveaux d'intégration allant du niveau le moins fort dit de liaison, au niveau de coordination puis au niveau d'intégration complète.

Figure 4 : Matrice d'intégration des services en fonction de l'intensité des actions sanitaires et socio-éducatives. (Synthèse de l'auteur d'après Leutz (1999)).

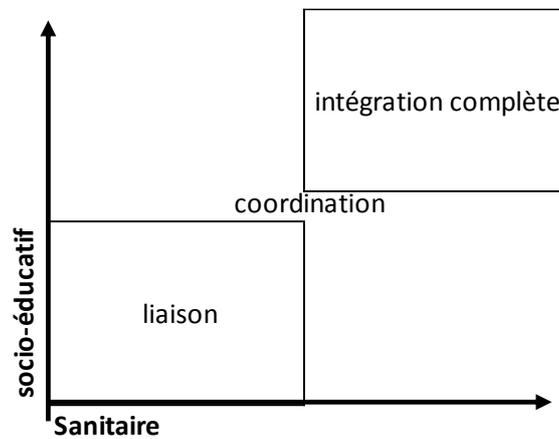


Tableau 3 : Le choix des moyens mis en œuvre est déterminé par le niveau de complexité des situations à gérer d'après Leutz (1999)

Caractéristiques des besoins des usagers			
Sévérité des troubles	Faible à modérée	Modérée à importante	Modérée à importante
Stabilité	Stable	Stable	Instable
Durée du suivi	Court à long terme	Court à long terme	Long terme
Degré d'urgence	Non urgent ou situation d'urgence peu fréquente	Situation d'urgence peu fréquente et régulée	Urgence fréquente
Etendue des services	Faible à modérée	Modérée à étendue	Etendue
Capacité d'autonomie	Importante	Variable	Faible capacité
Niveau d'intégration des services en réseau	Liaison	Coordination	Intégration complète

Pour cet auteur, ces niveaux sont adaptés par type d'usagers concernés ; ainsi le niveau de liaison est adapté à des usagers ayant des handicaps légers à modérés ; le niveau de coordination est pertinent pour des usagers recevant des soins d'au moins deux types de service (en simultané ou en séquentiel) et le niveau d'intégration complète correspond à un système (souvent dans un souci de désinstitutionalisation) où toutes les compétences multidisciplinaires sont regroupées au service d'usagers ayant des besoins complexes ; ceux-ci ayant un recours simultané à des services médicaux et sociaux de courte et de longue durée. Leutz (1999) constate que ces différents services sont mal articulés, peu disponibles simultanément ou séquentiellement, manquent de continuité voire peuvent coexister en doublons. Pour sa part, Young (1967) préconise de passer d'une offre de service minimale à une offre de service globale et flexible, adaptée aux besoins changeants des usagers. L'objectif étant, selon Gaynes (1973) d'offrir un continuum de services sociaux et de soins de santé reliés par une exigence de continuité et de proximité. Leutz (1999) insiste sur la qualité des liens entre les différents services sociaux et de santé alors que Nies et Berman (2004) rappellent la nécessité de répondre aux besoins des usagers présentant des comorbidités. Dans le cas des pathologies complexes Fried et al. (2001), Bergman et al. (2003) et Rockwood (2005) recommandent, pour répondre à la fragmentation des services du système de santé, une intégration des services correspondant à la mise à disposition simultanée et pertinente de services sociaux et de santé par une équipe dédiée, en vue de répondre aux besoins des usagers présentant des situations bio-psycho-sociales complexes. L'intégration des pratiques cliniques étant proportionnelle à la diminution des capacités neuro-fonctionnelles de l'utilisateur pour lequel le diagnostic et les traitements peuvent être compliqués par une précarité psycho-socio-professionnelle.

Tableau 4 : Les cinq points de l'intégration des services : (source : synthèse de l'auteur)

- La situation de l'utilisateur est mieux saisie s'il est possible d'objectiver ses multiples trajectoires bio-psycho-sociales interconnectées.
- L'intégration des services n'est pas décidée par le prestataire ou la tutelle mais par l'utilisateur.
- L'intégration se construit autour de l'utilisateur et de sa famille.
- L'intégration s'appuie sur des pratiques cliniques validées.
- Le financement et l'organisation sont au service de l'intégration.

De nombreux essais d'intégration des services ont été réalisés dans plusieurs pays. L'OMS (2008), soulignait qu'il y avait sans doute plus de politiques en faveur de l'intégration des services que de réelle mise en œuvre de cette intégration. Martinez (2002) suggère qu'une des difficultés pour la mise en place de la coordination est la divergence idéologique entre les approches sanitaires et les approches sociales. En effet, pour les acteurs du sanitaire et en particulier de l'hôpital, la dépendance s'exprimerait selon le modèle de Wood (1973) par une causalité linéaire entre la déficience physique ou psychique, l'incapacité fonctionnelle et le désavantage social. Dans un tel système linéaire ou de filière, le médico-social est souvent activé quand l'intervention médicale atteint ses limites (impuissance momentanée

de la science) ; alors que pour leur part, les partenaires du médico-social soutiennent une approche plus systémique nécessitant un accompagnement plus personnalisé, adapté à l'environnement de l'utilisateur, ce qu'une plate-forme service peut offrir plus facilement.

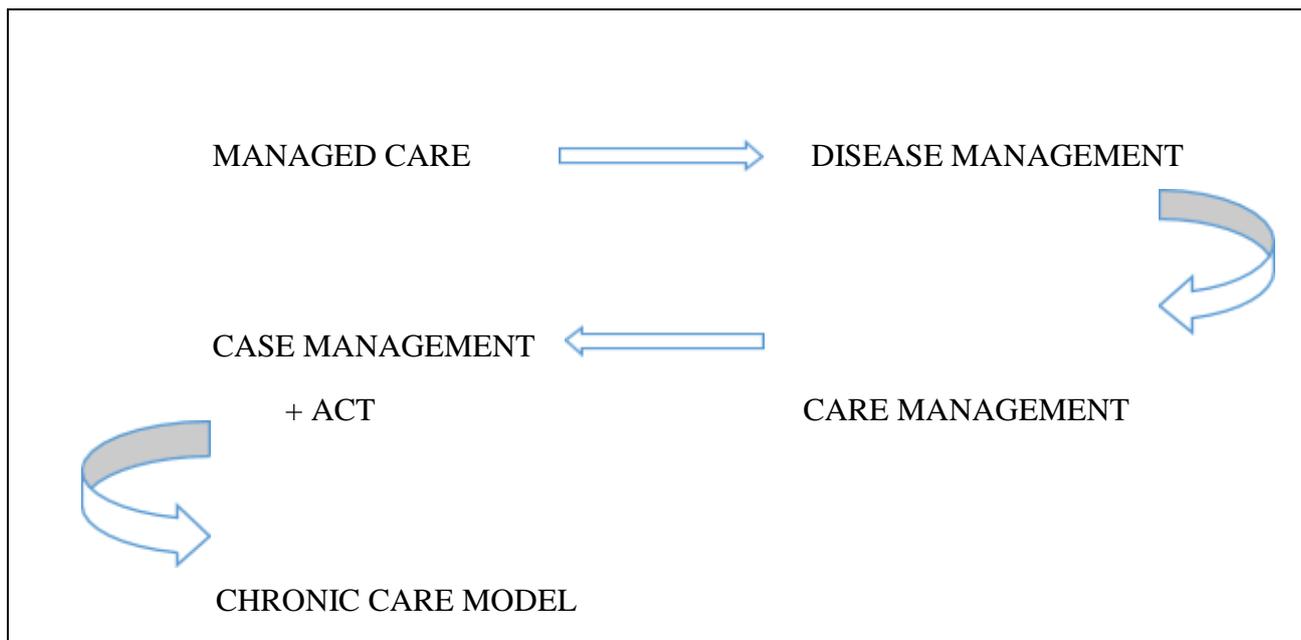
Au Canada, l'intégration des services en santé mentale est particulièrement présente dans la réflexion de Fleury (2006). Pour Kodner (2009), elle varie en fonction de sa population-cible (population entière d'un territoire, pathologies spécifiques), de son type (fonctionnelle, professionnelle, clinique) et pour Shortell (2000) de ses niveaux (financier, administratif, clinique), de son étendue (horizontale et verticale) ou de son degré d'intégration (références des usagers entre prestataires, coordination ou pleine intégration). C'est pourquoi de nombreux termes spécifiques y sont souvent associés comme : coordination, coopération, soins gérés ou managed care, continuité des soins, réseau. Plus particulièrement, Hébert et al. (2010), au Québec, ont étudié PRISMA, une expérience de coordination des services sociaux et de santé sans transfert financier, ni implantation d'une nouvelle organisation, articulée autour de gestionnaires de cas qui élaborent les plans de soins et assurent la coordination des services offerts par des établissements et des agences locaux. Pour leur part, Hollander et Béland (2007) ont identifié un ensemble de caractéristiques d'efficacité clinique et financière des programmes de services intégrés comme les critères d'admission permettant le recrutement d'utilisateurs susceptibles de bénéficier des services intégrés, la facilitation de l'accès aux services par un point d'entrée unique ou par la participation active du médecin de famille et des services sociaux. Les informations utiles devant être disponibles via un système d'information permettant l'adaptation du plan de soin en temps réel.

En France, comme on a pu le voir pour les réseaux, les premiers efforts de mise en cohérence ont été de préciser dans des textes réglementaires (des circulaires pour la plupart), le rôle des dispositifs de coordination et en particulier le rôle joué par la trajectoire de soins. Pour Frossard (2002), celle-ci correspond à un parcours souvent chaotique dans un dispositif d'offre de services ou de soins. On voit donc émerger le besoin d'un coordonnateur ou méta-case manager qui pourrait, en lien avec toutes les structures d'accueil et dispositifs de coordination du territoire de santé, faciliter le processus d'explicitation des offres de service, de prise de conscience des possibilités et des limites de chaque structure et de leur complémentarité, aider à l'orientation des utilisateurs vers ces différents services en fonction de leur besoin, faire remonter à la MDPH les besoins non couverts pour faire évoluer l'offre de service, aider au calibrage entre les soins et services fournis par le secteur sanitaire, par le secteur médico-social et/ou social et par les familles.

2.4.2 Théories du management des maladies chroniques.

Plusieurs modèles théoriques comme le « managed care », le « disease management » ou le « chronic care model » ont précédé le case management et l'« assertive community treatment » ou se sont développés de façon concomitante.³ Notre développement s'intéressera plus particulièrement au case management et à son application dans le cadre du management des pathologies chroniques.

Figure 5 : Chronologie indicative des différents modèles de management des maladies chroniques



- **Le managed care**

Le managed care n'est pas un concept aux contours strictement définis ni une entité discrète. Il s'agit plutôt d'une vaste gamme de stratégies visant à organiser, fournir et financer des services au bénéfice d'utilisateurs souffrant de pathologies chroniques. Il se développe en fonction des modes d'organisation des systèmes de santé, de la capacité d'intégration des services ou en fonction de l'environnement de l'utilisateur. Il consiste à intégrer la délivrance des soins sous la supervision d'un organisme assureur ou d'une structure spécialisée (*Managed Care Organisation, MCO*). Dans ce cadre, les décisions des utilisateurs, des médecins et des établissements de santé sont contrôlées et contraintes par le conventionnement sélectif des médecins et des établissements habilités à délivrer des soins aux assurés, la mise en place de protocoles de soins contraignants, le passage obligé par le généraliste, une autorisation préalable pour certains actes ou médicaments, une liste limitative de spécialités.... Aux USA, durant les années 80, ce modèle semble avoir permis un infléchissement de l'évolution des dépenses de santé. Toutefois son efficacité a été mise en doute à la fin des années 90. De plus, les contraintes induites par ce modèle ont suscité un mouvement de rejet des utilisateurs et des médecins. Les organismes assureurs ont donc dû desserrer ces contraintes imposées aux assurés et aux

³ Nous utiliserons ces termes sans utiliser de guillemets dans la suite du texte, compte tenu de leur caractère central dans le développement.

producteurs de soins. En France, la complexité de cette approche est souvent mal comprise par les partenaires qui ont tendance à la rapprocher d'une manœuvre des pouvoirs publics en prévision de réductions budgétaires.

- **Le disease management**

Le disease management, lui, s'est développé à la fin des années 90 dans un contexte marqué par l'épuisement du modèle traditionnel du managed care, à la recherche de nouveaux modes de maîtrise des dépenses de santé et d'amélioration de la qualité des soins dispensés aux usagers atteints de maladies chroniques. Ce constat de carence a conforté à ce modèle qui, de manière pragmatique, a conduit, aux USA, à faire effectuer par un tiers les fonctions que le médecin de première ligne ne semblait pas pouvoir prendre en charge. Dans ce cadre, la perspective du disease management s'inscrit dans une réflexion globale sur l'organisation des soins autour d'un petit nombre de maladies chroniques concernant des usagers « cœur de cible » (*five core chronics*) pour lesquelles son efficacité semblait suffisamment établie sur le plan sanitaire voire financier : le diabète, l'asthme, les pathologies coronariennes, l'insuffisance cardiaque et la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Son développement s'est fait, dans le but de mettre en application les recommandations professionnelles sur une pathologie donnée et d'en faire des gisements d'économie s'alimentant pour partie dans la non qualité du système de santé, par excès, carences ou défauts de prises en charge ou dans les comportements des usagers. En particulier, en cas de comorbidité, une approche globale et coordonnée des différents acteurs est recommandée en attendant la validation de « méta-référentiels » décrivant les bonnes pratiques en cas de pathologies multiples ou comorbides. Il se différencie d'autres modèles d'optimisation des processus de soins comme le managed care américain ou la maîtrise médicalisée française par une concentration des efforts sur l'aide à l'orientation au sein du système de soins des usagers atteints de pathologies chroniques. Sa mise en place vise à renforcer les capacités des usagers à mieux gérer leur maladie chronique par une démarche d'éducation à la santé (éducation, suivi, soutien, conseils...). Ses interventions visent à modifier positivement leurs comportements, sans recourir aux sanctions ou aux pénalisations (moindre remboursement, liste de médicaments, autorisation préalable, passage obligé par le généraliste...) ou aux engagements formalisés du managed care. Aux Etats-Unis, l'identification des usagers éligibles à un programme de disease management est facilitée par le codage CIM 10 de chaque pathologie cible par les médecins ; toutefois, afin d'éviter des inclusions de « faux positifs », la qualité du codage doit être garantie.

Enfin, certains auteurs dont Koongstvedt (2001) ont préféré le terme de care management à celui de disease management qui induit, selon eux, une focalisation excessive sur une maladie au détriment d'une vision globale du processus de soin. Toutefois, malgré ces différences sémantiques, disease et care management recouvrent des réalités bien souvent très semblables.

- **L'Assertive Community Treatment ou suivi intensif dans la communauté d'intensité variable:**

Combiné au case management, dont nous parlerons plus loin, l'ACT s'est développé aux USA au début des années 1970, lorsque la désinstitutionnalisation psychiatrique a orienté les usagers hors du système de santé mentale géré par l'Etat.

Il s'adresse aux usagers pour lesquels les besoins sont complexes avec un risque de ré-hospitalisations à répétition, un nomadisme médical, une faible observance du traitement, des difficultés, sociales importantes et des comorbidités addictives associées. Ces usagers pour lesquels une coordination simple serait insuffisante doivent être entourés par une équipe multidisciplinaire dédiée fournissant des services médicaux et sociaux allant à la rencontre des usagers dans leurs milieux naturels (« out reaching »). C'est le modèle utilisé par le SAMSAH Prépsy que nous décrirons plus loin.

Les fondateurs des programmes d'ACT, Stein (1980), Test (1998), Marx (1973), Allness (2003), Knoedle (1989), étaient connus comme les instigateurs du Community Living Project ou du modèle Madison, un programme de traitement communautaire dynamique qui allait devenir l'un des fournisseurs de services les plus influents dans l'histoire de la santé mentale communautaire américaine. Le modèle Madison a reçu le prestigieux Gold Award de l'American Psychiatric Association (1974). Ce modèle, conçu initialement pour prévenir les hospitalisations en psychiatrie s'est progressivement tourné au début des années 1980 vers les jeunes adultes atteints de schizophrénie débutante. Cette approche s'est largement diffusée et le programme Harbinger est généralement reconnu comme la première réplique du modèle Madison.

L'ATC et ses variations sont parmi les modèles les plus largement étudiés en santé mentale communautaire. Pour leur part, Bond et Drake (2001) ont tenté de consolider et d'harmoniser plusieurs courants majeurs comme le modèle Madison, les seuils à Chicago ou le modèle Dartmouth de traitement intégré afin d'améliorer les réponses liées aux doubles diagnostics de troubles psychiatriques et d'addictions, d'optimiser le retour à l'emploi par une approche de réadaptation appelée « emploi assisté » ou de favoriser l'empowerment ou des approches de psycho-éducation de famille pour les parents concernés.

L'ACT est une approche hautement intégrée permettant d'offrir à des usagers présentant des troubles psychiques complexes des services ambulatoires intensifs de santé mentale dans leur environnement naturel répondant à leurs difficultés neuro-psycho-socio-fonctionnelles dans leur vie professionnelle, la scolarité, les relations sociales, le logement, la gestion financière, la santé physique ou le bien-être. Parmi les différents types d'intervention en santé mentale standard, l'ACT est considéré comme un « service médical ambulatoire », plus intensif qu'un « service communautaire de haute intensité », mais moins intensifs que « l'hospitalisation complète ».

Tableau 5 : Caractéristiques déterminantes de l'ACT (source : synthèse de l'auteur)

- Priorité aux usagers avec cas complexes.
- Promotion de l'empowerment (indépendance, réhabilitation, auto-détermination).
- Prévention des ré-hospitalisations et du risque de précarisation.
- Interventions à domicile et dans l'environnement naturel avec aide à l'adaptation du traitement au « monde réel ».
- Ratio usager/personnel suffisamment faible pour permettre à l'équipe de fournir le maximum de services d'une manière coordonnée et efficace.
- Approche « case management » de l'équipe sous la supervision d'un professionnel de la santé mentale qualifié et formé à la technique

• **Le chronic care model**

Enfin, le chronic care model est basée sur le travail en équipe autour du médecin. Il a pour objectif de soutenir la relation entre le médecin et l'utilisateur dans le cadre d'un plan de soins personnalisés orienté vers la prévention des complications en s'appuyant sur les recommandations et les stratégies visant à accroître les capacités des usagers à se prendre en charge (empowerment). Ses résultats, cliniques et économiques sont évalués de manière continue dans le but d'améliorer globalement la santé des usagers.

Malgré ces efforts de définition, la terminologie n'est pas stabilisée et les différents modèles s'inscrivent dans un continuum théorique et organisationnel voire dans un « mix-up » dans le cas du SAMSAH Prépsy.

2.5 Le case management en santé mentale ; modèle de l'intégration des services et de l'innovation par l'approche métier :

2.5.1 Origines et définitions du case management :

Selon Rubin (1992), le case management prend sa source dans l'histoire des Etats Unis, à l'époque où l'indigence des populations nécessitait le recours à toutes les capacités de soutien des différentes communautés qui s'y implantaient. Aujourd'hui, ce terme recouvre un large éventail de méthodes, de services et de métiers, au bénéfice des populations à risque comme les personnes âgées, les malades atteints de pathologies chroniques, les jeunes atteints de troubles du développement, les consommateurs abusifs de toxiques, les sortants de prison ou les usagers souffrants de troubles psychiques chroniques. Sa définition est variable selon les périodes et les approches. Pour les Sociétés américaines et australiennes de case management, il s'agit d'une démarche collaborative d'évaluation des besoins, de planification, de facilitation, de coordination des soins, d'évaluation et de défense des intérêts des usagers, dont le but est de répondre, avec un objectif d'efficacité et de

qualité, à des besoins de santé complexes grâce aux ressources disponibles sur le territoire. Pour la Société britannique de case management (CMSUK) (2009), la démarche est étendue aux besoins sanitaires, sociaux, éducatifs ou professionnels. Pour le Réseau national des gestionnaires de cas du Canada (2012), le gestionnaire de cas est à la fois un partenaire, un collaborateur, un gestionnaire, un défenseur et un expert en gestion de cas, professionnel. Ces fonctions sont retrouvées dans l'ensemble des standards internationaux et en particulier en France (Somme, 2007, 2008). dans le référentiel des gestionnaires de cas Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer (MAIA).

Il n'existe pas de définition unique du case management à l'échelle internationale. La Case Management Society of America (CMSA) est la première institution à en avoir donné une définition. Celle-ci se rapporte au secteur de la santé somatique et peut être facilement transposée à la santé mentale. Il s'agit d'un processus d'évaluation collaborative, de planification, de modération et de sensibilisation aux options et aux services utiles aux besoins de santé individuels par l'optimisation de la communication et des ressources disponibles sur un territoire de santé donné, en vue de favoriser l'obtention de résultats de haute qualité à la fois efficaces et efficaces. Carter (2015) a rappelé dans ses standards de bonnes pratiques la nécessité de mettre en place un système d'accompagnement basé sur l'intégration des expertises professionnelles dans le réseau naturel d'aide de l'utilisateur, afin d'optimiser son parcours de soins dans le contexte des évolutions, défis et contraintes du secteur soins-santé-social. Pour Deloitte (2013), il s'agit d'un processus de gestion holistique et intégré permettant d'organiser, de coordonner et d'optimiser les ressources humaines, financières, matérielles et les soins et les services requis par les usagers et leurs proches au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût.

Si les définitions du case management sont nombreuses pour décrire son utilité ou ses fonctions, sa traduction française la plus habituelle en « gestion de cas » ne clarifie pas cette notion ni ne permet d'en saisir pleinement la dimension complexe de prise en charge continue des usagers atteints de pathologies chroniques. Tempier (2000), pour être plus précis, parle de « suivi systématique de l'utilisateur ». En effet, le case management est intimement lié au développement des méthodes de suivi ambulatoire liées au processus de désinstitutionalisation qui s'est développé en santé mentale aux Etats Unis, alors qu'en France le terme de « gestion » est associé à la notion décriée de « gestion comptable » des établissements de santé. L'utilisation du terme d'« accompagnement personnalisé » est préféré par l'IGAS (2006) car il revêt une neutralité relative. C'est pourquoi, il distingue de la coordination par l'intensité et le caractère continu des actions mises en place. Cette distinction s'appuyant sur des outils d'évaluation des besoins des usagers suivis.

Le case management est confronté à sa propre définition car son histoire est faite d'une succession de tentatives d'organisations et de méthodologies où se sont côtoyés coût et efficacité. Aujourd'hui, les questions de formation, d'évaluation, de charge, d'intensité, de taille critique, de renouvellement des équipes, de stress au travail, de coût-efficacité, de respect des enveloppes budgétaires, de réglementation ou de recommandations de bonnes pratiques s'opposent à une organisation qui serait simplement basée sur la réponse strictement médicale voire même médico-sociale.

Il s'agit d'un cadre de référence pour la prise en charge d'utilisateurs souffrant de pathologies chroniques et en particulier de troubles psychiques. Ce modèle d'intervention clinique et organisationnel s'est développé aux Etats-Unis, au Québec et en Grande Bretagne qui sont considérés comme des

précurseurs dans le domaine. D'autres pays comme la France ne sont pas dotés d'un cadre réglementaire ni d'initiatives homogènes. Sa philosophie de base vise à favoriser le rétablissement dans la vie courante de l'utilisateur par un accompagnement global en collaboration constante avec toutes les parties prenantes issues de son environnement médico-social ainsi que de ses proches.

Il existait aux Etats-Unis une tradition de case management qui remontait au début du XXème siècle. A l'époque, des initiatives isolées de systèmes de soins pré-payés avaient vu le jour avant l'apparition dans les années 70 des HMO. Il s'agissait, pour l'assureur, de développer une fonction d'appui médico-sociale pour la prise en charge des situations les plus graves ou les plus lourdes. Son but était de favoriser la continuité des soins, l'accompagnement, la réadaptation et la qualité de vie de l'utilisateur et de sa famille en permettant que les différents intervenants du système soient accessibles et que leurs actions soient renforcées, afin d'assurer, en temps réel, une continuité préventive (facilitation d'accès aux soins et aux services, amélioration de la circulation entre intervenants) tendant à limiter les décompensations fortuites et leurs conséquences dont les ré-hospitalisations et l'allongement de la durée moyenne des séjours.

La France ne possède pas d'organisme national actif dédié au case management ; toutefois des mesures diverses ont été prévues dans ce sens ; en particulier, la Loi dite HPST (2009) a donné la possibilité de mettre en place des projets de soins personnalisés pouvant incorporer du case management.

En psychiatrie, cette approche reste en France, en décalage avec la politique de secteur et de thérapie institutionnelle. De par son origine anglo-saxonne, elle est moquée ou vue comme l'avatar d'une politique de contrôle médico-économique et de restriction budgétaire, amalgamée aux polémiques entourant le DSM. Cette image archaïque et stéréotypée de la maladie psychique conditionne malheureusement l'allocation de ressources d'une spécialité médicale perçue par les décideurs comme obscure et difficilement appréhendable. La résistance au changement pouvant donner au case manager un air de comptable de la santé mentale certains professionnels se voient comme les derniers remparts avant le totalitarisme. Ces considérations idéologiques sont pourtant loin de la réalité quotidienne des jeunes malades et de leurs familles qui espèrent des soins permettant de limiter l'impact d'une pathologie chronique aux contours flous, voire de bénéficier d'une possible réversibilité symptomatique permettant une vie intégrée dans la société.

De plus, la schizophrénie ne jouissant pas de la même image positive dans la société que le cancer, la trisomie ou l'autisme, il est parfois difficile de négocier, voire de convaincre les tutelles du bien fondé d'actions dans ce domaine ; même si elles ont depuis longtemps apporté des preuves de leur efficacité clinique et médico économique dans de nombreux pays. Pourtant, les restrictions budgétaires locales et régionales, l'évolution des priorités et l'évolution des théories de soins (connaissances des maladies, environnement, associations d'utilisateurs, technologies, blogs, wikipedia), contribuent à un remaniement inéluctable de la galaxie de la santé mentale. Le système hospitalier étant lui-même construit sur la base de cette histoire, les hôpitaux psychiatriques de demain devront être ceux de la schizophrénie de demain.

Le case management ne s'applique pas qu'aux « cas » qui le concerne mais aussi aux professionnels qui sont amenés à les gérer ; le « traitement » d'un cas et d'un dossier nécessitant l'action combinée

en interne de plusieurs professionnels, de différents services externes et d'une palette d'acteurs fragmentée. Dans ce contexte, supporter les case managers est indispensable à une offre de service de qualité et leur donner la mesure de l'importance de leur tâche fait partie de leur formation ; tant par la connaissance des risques psycho-sociaux inhérents à leur pratique et de leurs modes de prévention, la supervision, l'analyse des pratiques, mais surtout l'amélioration continue des connaissances pour les professionnels eux-mêmes. En France, il existe quelques formations autour du case management, dont celle de Gozlan décrite dans le volume II de cette thèse. Ces formations devraient faire partie intégrante des études médicales et para médicales. De la même façon, il n'existe pas en France de certification ou d'accréditation au case management pour les établissements. Compte tenu des origines variées des professionnels on pourrait aisément imaginer qu'il existe autant (comme dans toute pratique anthropo-sociale) d'attitudes professionnelles que de case manager même s'ils se réclament d'une même formation académique. C'est pourquoi une forme de labellisation devrait être encouragée et accompagnée par les établissements eux-mêmes.

2.5.2 Le case management de cas complexes comme processus intégratif :

Le case management et le traitement intensif dans la communauté sont considérés comme des progrès importants en matière de santé mentale bien que Burns (2001/2007) doute de leur spécificité. Une attention toute particulière est portée sur les composants qui constituent l'offre de service de la structure administrative porteuse. C'est pourquoi, le recours à des études d'évaluation des effets de l'offre de service sur la qualité de vie, la vie sociale, l'emploi, l'hospitalisation et la satisfaction des usagers sont tout aussi indispensables pour assurer la pérennité de ces expériences dans l'environnement administrativo-financier concurrentiel actuel que les résultats cliniques. Dans ce contexte, Mueser et al (1998) dans une revue de 75 études relatives aux effets du case management dans les maladies mentales chroniques a mis en évidence une diminution de la durée de séjour hospitalier et une augmentation de la stabilité dans le logement pour les usagers suivis par ce modèle. Parmi elle, les études portant sur la satisfaction des usagers mettaient en avant l'importance donnée à la qualité de la relation au case manager plutôt qu'au service lui-même. C'est pourquoi le case management, qui résume tous les modèles évoqués précédemment, doit être considéré comme la forme la plus aboutie d'un système dédié à la prise en charge spécialisée d'une population spécifique d'usagers atteints de troubles chroniques ; intégrant aussi la dimension médico-économique.

Tableau 6: Détermination du niveau d'intégration (d'après Leutz,1999)

	Liaison	Coordination	Intégration complète
Repérage des situations	Identifier et Évaluer les besoins émergents en population générale	Repérer auprès des points-clés du système de soins les populations cibles nécessitant une attention spécifique	Le repérage n'est pas important excepté pour améliorer les références (adressage) entre services
Pratiques professionnelles	Comprendre et Répondre aux besoins spécifiques des usagers dans le domaine des soins primaires, suivi au long cours, éducation à la santé etc.	Connaître les pratiques cliniques et s'appuyer sur les intervenants pivots pour coordonner l'intervention	Une équipe multidisciplinaire gère l'ensemble du programme de soins et de services
Continuité du suivi/prestations de service	Adresser et Suivre	Fluidifier les transitions, les passages entre les différents services	Maîtriser ou Délivrer directement l'ensemble des soins et des services dans toutes les phases-clés du programme
Échanges d'information	Fournir de l'information à la demande ; Demander de l'information en cas de besoin	Définir et transmettre les informations et les données utiles de façon régulière vers les différentes partenaires	Utiliser un recueil commun des données dans le cadre d'une pratique de suivi conjoint
Case management	Aucun	Intervenants pivots et équipe de coordination	Équipe complète ou « super » case managers gérant la totalité du programme de soins et de services

La planification du plan de soins et de services individualisés par le case management nécessite l'articulation d'actions coordonnées pro-actives, et préventives, aux niveaux fonctionnels et cliniques, auprès de l'ensemble des professionnels du champ sanitaire et médico-social du territoire de santé afin de maintenir l'utilisateur dans son environnement naturel, tout en favorisant l'innovation par les métiers. En France la difficile adéquation entre l'offre de soins, les ressources allouées, l'évaluation de la prise en charge et l'accès aux soins a donné lieu à un vaste chantier de réorganisation du système de santé à travers la Loi HPST (2009). Plus particulièrement, en santé mentale, au-delà des questions de démographie médicale, la mise en perspective des différents acteurs, médecins, infirmiers psychologues, agent du médico-social, usagers et famille, préfigure les besoins de refondation des métiers qui faisaient jour déjà dans le Plan Santé Mentale (2005, 2010) en vue de favoriser le décloisonnement, le partage de compétences et l'articulation entre intervenants multiples de cultures différentes, à travers des actions de coordination, d'information et de formation trans-professionnelles ou trans-sectorielles. Dans cette perspective, le rapport du groupe de travail « Recommandations d'organisation de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale » diligenté par le DHOS (2002) constitue un résumé de la problématique.

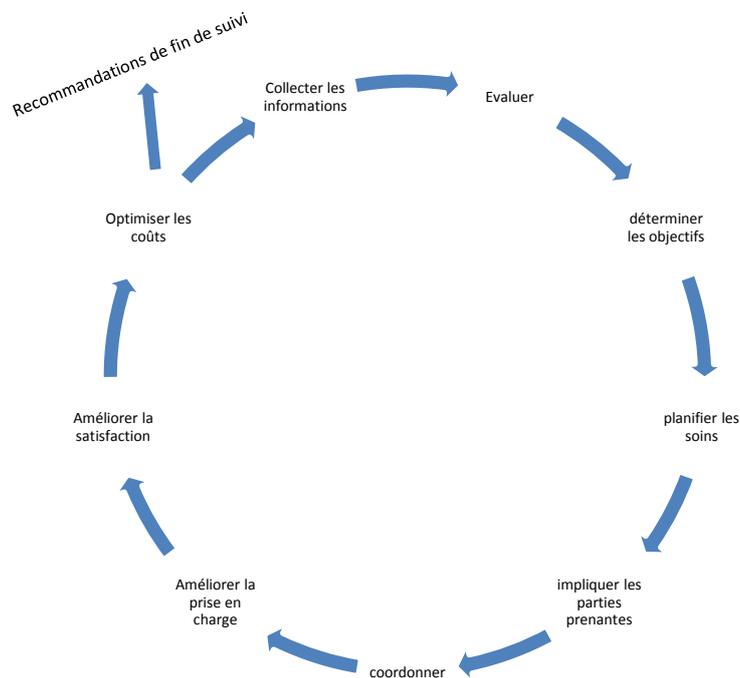
A l'échelon du territoire de santé qu'ils desservent, les case managers peuvent intervenir en réseau, entre les services de santé mentale et les organismes publics qui proposent des prestations d'intégration sociale, mais aussi avec les organismes délivrant des services complémentaires comme le Pôle emploi, le Cap emploi, la MDPH, les services sociaux, les services à la personne, les centres hospitaliers, les SAVS, les SAMSAH ou l'Education Nationale par exemple. Cette approche est particulièrement importantes dans les dispositifs en réseau qui priorisent la (re)intégration directe des usagers dans le

monde du travail (démarche "work-first") ou des études supérieures comme nous le verrons plus loin avec l'étude du cas Prépsy.

Pour Gozlan et Acef (2007) il s'agit de mettre en œuvre des actions favorisant le décloisonnement des secteurs et des pratiques avec, comme objectif secondaire, la mise en place d'une prise en charge globale et coordonnée au bénéfice de l'utilisateur et de son entourage, impliquant de définir et de conduire un projet de soins et d'accompagnement médico-social adaptés. Ces auteurs se réfèrent aux travaux de Fleury sur les stratégies d'intégration des services en réseaux (2006)

En France, soutenu par la CNSA, le case management s'est appliqué progressivement aux usagers atteints de maladie d'Alzheimer. L'exemple de PRISMA France développé par Somme (2006) est un projet de case management, essentiellement de courtage, visant à améliorer la continuité des soins et des services reçus par des personnes âgées en perte d'autonomie. Mais en psychiatrie, son développement se heurte à la multiplicité des modèles théoriques et des formations, au cloisonnement des pratiques, à l'hospitalo-centrisme structurel de la politique de secteur ainsi qu'à la faible adéquation des objectifs quantitatifs de la Loi de Santé Publique avec les préconisations qualitatives du Plan de Santé Mentale ou de la Loi HPST.

Figure 6 : Objectifs du case management (synthèse de l'auteur)



Le recours au case management repose sur des critères d'éligibilité liés au niveau de complexité du cas, c'est-à-dire au niveau de vulnérabilité médico-sociale de l'utilisateur. Il contribue 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. Cette approche globale de l'intervention en psychiatrie permet de garantir une continuité des soins et de l'accompagnement plaçant l'utilisateur au cœur du dispositif tout en le maintenant dans son milieu de vie ordinaire. Il s'agit d'un processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation, des services répondant de façon harmonieuse à la complexité des besoins et aux écarts culturels entre les différents acteurs en présence ; d'une façon à la fois efficace et efficiente. Son but ultime est de favoriser la continuité des soins et de permettre que les différents opérateurs du système soient accessibles, en renforçant leur responsabilité et leur action. La facilitation d'accès aux soins et services et l'amélioration de la circulation dans le parcours de santé entre ces différents opérateurs, assurent une continuité préventive qui limite les décompensations fortuites, les ré-hospitalisations et la réduction de la durée moyenne des séjours. Il favorise la réadaptation et augmente la qualité de vie de la personne et de sa famille par l'ensemble de ses interventions. C'est pourquoi, le case management est au cœur des stratégies préventives visant à améliorer les soins en santé mentale. Il s'applique particulièrement à la prise en charge permanente de personnes atteintes de pathologies chroniques. Cette notion est intimement liée aux politiques de désinstitutionalisation qui mobilisent les planificateurs de la santé depuis la deuxième moitié du 20^{ème} siècle. Il s'inscrit dans la continuité et la philosophie de la Constitution de l'OMS (1946) qui définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Aborder le suivi médico-social d'un groupe identifié d'utilisateurs par la complexité de leurs cas et non par leurs pathologies constitue un défi pour les responsables politiques et pour les planificateurs. D'un point de vue social, macro-économique et politique, l'amélioration du suivi d'un utilisateur atteint d'une maladie chronique (en particulier psychiatrique) ne peut pas se limiter à réduire les durées moyennes de séjour ou à améliorer la réinsertion professionnelle des utilisateurs atteints de pathologies psychiatriques chroniques. Ce concept est cependant interprété différemment selon l'organisation du système de santé sur lequel il s'appuie. Pour sa part, le Québec a mis en œuvre en 2005 un plan d'action ministériel en santé mentale ambitieux qui préconise notamment une hiérarchisation des structures et une gamme de services dans laquelle s'inscrivent le suivi intensif et le soutien d'intensité variable et pour lesquels les besoins sont définis en concertation avec l'utilisateur, sa famille et son réseau naturel d'aide. Dans le cas de la France, l'actualité de la question des inégalités sociales d'accès aux soins devrait favoriser une approche centrée sur les métiers, plutôt que sur les structures. Pourtant, ces changements paradigmatiques et l'intégration de ces nouveaux métiers (case managers, ergonomes, chargé d'insertion professionnelle, pairs aidants) ne font pas encore partie de la culture de la psychiatrie contrairement à d'autres spécialités médicales comme la cancérologie qui a vu le développement rapide de structures innovantes sur tout le territoire. L'enjeu consisterait, au-delà de la prise en charge médicale, à favoriser un rétablissement perçu comme un processus de changement, unique et profondément personnel, des attitudes, valeurs, sentiments, buts, habiletés et rôles visant à vivre une existence satisfaisante, contributive et ouverte sur l'avenir, malgré les contraintes causées par la pathologie chronique et ses conséquences. Edwards et al (1999) insistent sur les attentes des utilisateurs et de leurs familles par rapport aux variations de leurs besoins en termes d'accessibilité, de disponibilité, de capacité d'adaptation et de flexibilité du case management. Ces auteurs insistent sur la promotion de la guérison impliquant activement l'utilisateur dans le processus de récupération. Ainsi, le case management offrirait aux utilisateurs et à leurs proches des modalités d'accès à une prise en charge facilitée, la garantie de professionnels qualifiés, l'évaluation régulière de l'efficacité, l'efficacité des méthodologies employées et la promotion des programmes de santé permettant une plus large diffusion des recommandations de bonnes pratiques ; autant d'outils qui faciliteraient l'individualisation du plan de soins et de services proposés et permettraient une prise en charge homogène, comprise et accessible par tous.

Gozlan et Acef (2009) ont décrit 4 modèles de case management qui partagent des fonctions communes. Tout d'abord le case-management de courtage qui aide l'utilisateur à bénéficier de soins et de services fournis par des professionnels extérieurs. Souvent utilisé aux États-Unis du fait de son faible coût par nombre de cas gérés, il est considéré comme inefficace car basé sur un modèle réactif plus que pro-actif, générateur d'un nombre important de « perdu de vue ». Le modèle du case-management clinique, lui, propose l'intervention thérapeutique d'un clinicien plus que des actions de mise en relation (courtage). Pour Kanter (1989), il s'agit d'une pratique psychiatrique basée sur une relation permanente permettant de maintenir des utilisateurs souffrants de troubles psychiques dans leur milieu de vie. Ce modèle est partiellement efficace pour des utilisateurs présentant des pathologies chroniques associées à des difficultés d'observance du traitement. Il est peu flexible et peu intégré dans l'environnement naturel de l'utilisateur. C'est le modèle du secteur psychiatrique en France, dans lequel le psychiatre hospitalier accompagne médicalement l'utilisateur qui lui est attribué dans un suivi non limité dans le temps, mais peu relié aux autres intervenants potentiels. Ensuite, le case management de réadaptation, qui se développe, selon des modalités liées à la définition d'objectifs de

réadaptation/évaluation fonctionnelles de l'utilisateur et de soutien dans ses habilités nécessaires pour obtenir les ressources couvrant ses besoins identifiés. Dans ce modèle, la participation de l'utilisateur est encouragée à tous les niveaux l'accompagnement. Enfin, le case-management fondé sur les capacités et forces personnelles de l'utilisateur qui fait appel et renforce ses habilités dans son environnement naturel considéré comme un « lieu ressource ». Dans ce modèle, quelques soient les niveaux de sévérités des symptômes ou d'incapacités de l'utilisateur, le case-manager intervient dans son environnement naturel (domicile, lieu de travail, lieu de formation...) et accompagne son processus de changement. Il semble être le modèle le plus abouti pour sa meilleure intégration dans l'environnement naturel de l'utilisateur et correspond au modèle utilisé par Prépsy.

Tableau 7: Les sept objectifs du CM (d'après Edwards et al (1999))

- Limiter l'impact de la maladie sur l'environnement psycho-social de l'utilisateur
- Promouvoir le rétablissement, la réintégration sociale et la reprise d'une trajectoire de vie normale
- Limiter la durée des troubles
- Evaluer de manière continue l'état de l'utilisateur
- Prévenir et traiter les comorbidités
- Limiter le stress lié à une éventuelle hospitalisation
- Informer la famille et l'utilisateur des caractéristiques de la maladie et de son traitement

2.5.3 Profils et compétences du case manager en santé mentale :

Quelle que soit la définition que l'on donne au case management, le case manager est la personne clé du case management. Il veille à ce que les efforts d'intégration soient menés strictement vers l'objectif de l'amélioration de la santé mentale de l'utilisateur. Par sa vue d'ensemble des services à fournir dans lesquels s'intègrent le traitement psychiatrique, il coordonne l'ensemble des actions prévues pour répondre aux besoins de la vie quotidienne de l'utilisateur et peut assurer, par lui-même, si besoin, une gamme d'actions de soutien. Il assure la flexibilité et la variabilité de l'intensité des interventions fournies par l'équipe pluridisciplinaire dans un souci permanent de qualité. Il est en connexion avec tous les professionnels susceptibles d'intervenir autour de l'utilisateur et accomplit une mission complexe à l'interface des différents prestataires de services sanitaires ou médico-sociaux avec, au niveau administratif, plusieurs objectifs professionnels principaux comme l'obtention des droits à prestations de compensation du handicap (PCH) auprès des MDPH, l'accompagnement dans le cadre de la démarche de réinsertion socio-professionnelle, l'éducation thérapeutique ou la psycho-éducation des proches.

Indépendamment de l'organisation administrative, le travail du case manager ou coordonnateur d'appui en charge du suivi du parcours est orienté sur la compréhension précise de la situation individuelle et des besoins de l'utilisateur dans le cadre d'un processus d'évaluation, dont les conclusions sont consignées

par écrit sous forme d'un accord d'insertion et/ou d'un plan d'intégration/d'action au programme auquel il est affilié. Ce plan/contrat, signé tant par l'utilisateur (ou son représentant) que par le case manager, permet aux deux parties de délimiter, pour une durée donnée, leurs droits et devoirs mutuels ainsi que l'étendue des services et des prestations proposés ainsi que de l'apport personnel de l'utilisateur au processus. Dans ce cadre, le case manager est considéré comme un spécialiste du domaine capable de fournir une aide adaptée à chaque cas individuel ; il connaît le système médical, social, associatif, public et public non lucratif comme les corrélations et les interdépendances entre les différents acteurs. Son rôle est de mettre en œuvre et de coordonner les réponses aux besoins mesurés tout en intégrant, par des moyens adéquats, la capacité personnelle de l'utilisateur. C'est le professionnel avec lequel l'utilisateur crée les liens les plus étroits au cours de son traitement. Il coordonne l'ensemble des activités déterminées avec l'utilisateur et assure lui-même certaines activités de soutien. Il est au fait de ses besoins et il a une vue d'ensemble dynamique des services qu'il lui offre. Il permet à l'utilisateur le maintien dans son milieu de vie ordinaire, en soutenant son adaptation et en répondant aux besoins courants de sa vie quotidienne dans laquelle s'intègrent le traitement psychiatrique et l'accompagnement bio-psycho-socio-pédagogique ; tout en assurant la flexibilité et la variabilité de l'intensité de ses interventions.

Le case manager est habituellement un professionnel de santé (médecin/infirmière) ou un travailleur social ayant une expérience professionnelle et une formation spécifique à la coordination. Il coordonne l'évaluation multidimensionnelle de l'utilisateur (médicale, médico-sociale, sociale etc.) dans son environnement naturel et définit un plan d'accompagnement personnalisé et sa réévaluation régulière. Il planifie les interventions de l'équipe, leur périodicité et leurs modalités (rencontres physiques, téléphoniques, SMS, mails, visio-conférences...). Pour Dinerman (1992), le case manager tente de résoudre des problèmes rencontrés par un utilisateur et sa famille dans sa vie quotidienne afin de faciliter son maintien dans son environnement naturel par la mise en place d'une coordination des services et la mise en réseau des différents intervenants. Sa formation initiale peut être très variée, d'autant que la profession de case manager n'est que très peu répandue en France, en dehors des gestionnaires de cas des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ou Prépsy. Son action, qu'il soit appelé case manager clinique ou coordonnateur de services ou coordonnateur de parcours ou encore soutien psychosocial, est orientée vers deux objectifs complémentaires parfois perçus comme contradictoires pour Ballew et Mink (1996) et Gibelman et Gelman (2005): à savoir améliorer la qualité des soins (au sens global du terme) des utilisateurs en situation de vulnérabilité du fait de troubles chroniques complexes tout en offrant ces services au meilleur coût médico-économique.

Sur son territoire d'action, c'est un expert dans la connaissance des ressources utiles aux utilisateurs dont il a la responsabilité. Il est en connexion avec les services sociaux et hospitaliers, les services judiciaires, de logement et d'emplois mais aussi les transports et les loisirs par exemple. Il met en place dans un délai adéquat les services utiles, disponibles et adaptés aux situations complexes qui nécessitent son intervention. Pourtant, comme le souligne Moore (1992) le case management peut être perçu comme une méthode de compensation de la fragmentation du système sanitaire et médico-social et de rationalisation des services et s'il est efficace peut être une manière d'atténuer les « spanning organisational boundaries », que l'on pourrait traduire par « frontières organisationnelles chevauchantes ». Dans ce contexte, il doit faciliter l'accès aux services utiles à l'utilisateur et coordonner leurs utilisations. Pour cela, il doit avoir une bonne représentation de ses besoins, la capacité de s'assurer que ces services lui sont bien attribués et la capacité d'évaluer l'impact de ses interventions. Il intervient à la fois comme un expert et un opérateur de liaison disposant d'une large gamme de

ressources, services et opportunités, sur un territoire de santé. Son action nécessite à la fois des connaissances théoriques approfondies mais aussi des compétences humaines d'empathie et de persévérance.

Rosen (1994) décrit le case manager comme la pierre angulaire d'un service où les autres éléments le constituant dépendent de lui pour coordonner et intégrer tous les éléments du traitement de manière à ce qu'ils répondent aux besoins spécifiques de l'utilisateur. Pour Kanter (1989), un case manager est plus qu'un organisateur de soins ou un intervenant-pivot ou un compagnon de voyage ; c'est un guide de voyage capable d'endosser les rôles de clinicien, d'agent de réhabilitation, de conseiller, de porte-parole (au sens d'advocacy) et d'allié de confiance dont le rôle n'est pas de tout faire mais de faire en sorte que tout soit fait. Il doit pouvoir s'appuyer sur une équipe solide et soudée qui lui assure un support clinique et une supervision professionnelle efficace. Cette fonction fait appel à des qualités personnelles bien précises ; une grande sécurité personnelle et professionnelle, une capacité relationnelle élevée, de la créativité, de l'imagination, du dévouement, de la combativité et une ténacité à toute épreuve. C'est un agent de liaison, de coordination et de réadaptation psycho-sociale qui accompagne concrètement l'utilisateur à s'approprier les moyens utiles et nécessaires à sa réintégration sociale et à son maintien dans la communauté. Son action se concrétise par une présence physique dans le milieu de vie de l'utilisateur, en interaction avec son entourage. Dans ce contexte, chaque case-manager apporte une compétence supplémentaire liée à sa formation initiale et à son expérience. Ses compétences attendues reposent sur ses capacités d'évaluation des dimensions bio-psycho-sociales des situations complexes concernant des usagers atteints de maladies chroniques et leurs proches. Une attention toute particulière est mise sur les techniques de présentation, de conduite d'entretien, d'arbitrage des conflits, d'information ou d'orientation.

Au niveau national, seule la formation de gestionnaire de cas, dont le contenu est arrêté réglementairement, est homogène. Ces formations sont répertoriées par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2014). Elles préparent aux fonctions de coordination et/ou de case management essentiellement par des masters 2 et des DU ou DIU. Ces formations ont été souvent développées par des professionnels de santé très impliqués dans des réseaux de santé. Plusieurs spécialités du Master de Sciences et Technologies, mention rééducation et ingénierie médicale (RIM) de Paris VI sont consacrées à la coordination, à la gestion de situations complexes et à l'éducation thérapeutique du patient. L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) (2009) a par ailleurs mis en place, depuis, un master 2 en sciences cliniques infirmières dont l'objectif est la formation, selon la spécialité choisie, d'infirmières de pratiques avancées en gériatrie ou en oncologie et d'infirmières coordinatrices de parcours complexes de soins. À l'étranger, l'exercice de la profession de case manager est souvent soumis à l'inscription à un ordre ou collège professionnel, voire même à l'obtention d'une certification ou d'une accréditation.

La collaboration des proches au traitement est une donnée bien établie, mais malheureusement largement ignorée dans la pratique ; dans cette perspective, l'apport du concept de case-management permet d'envisager un métier d'opérateur en santé mentale au champ de compétences transdisciplinaires orienté vers le déploiement de programmes d'interventions psychiatriques et psychosociales. Si une pathologie chronique est identifiée, le processus de case management intègre la réaction de l'environnement familial à l'impact de l'annonce du diagnostic sur une histoire de vie

brutalement en rupture avec sa destinée prévisible. Dans ce contexte, l'intervention en situation de crise tient compte des différents niveaux, émotionnels, financiers ou éducatifs mis en jeu. Son action consiste à être une source d'informations pour l'utilisateur et sa famille sur les différents événements qui pourraient survenir de façon variable et parfois imprévisible. Il est donc plus important pour le case manager d'être en mesure d'obtenir rapidement et précisément des informations plutôt que d'être un spécialiste voire un expert des différentes pathologies mentales. C'est pourquoi il sera nécessaire d'apporter des ajustements, en temps réel, aux services offerts en fonction de l'évolution à travers le contrôle d'un agenda qui permette de rester en contact régulier avec l'utilisateur et son entourage. De plus, les aidants naturels, qu'ils soient parents ou frères et sœurs ou proches de l'utilisateur doivent, eux aussi, pouvoir bénéficier du soutien des case managers afin d'éviter un éventuel burn-out lié à la charge des aidants naturels, c'est pourquoi leur inscription dans des formations de psycho-éducation comme celles que Prépsy à diffusées en 2010 est largement favorisée.

Tableau 8: Qualifications exigées de la part des case managers (synthèse de l'auteur)

- Diplôme de fin de scolarité minimum "Bac +2"
- Diplôme en psychologie ou en pédagogie ou travail social
- Connaissances juridiques
- Diplôme universitaire dans le secteur de la formation des adultes
- Diplôme reconnu de case manager
- Connaissances sur la protection des données personnelles
- Connaissances sur la recherche d'emploi/orientation de carrière des usagers souffrant de troubles psychiques
- Connaissances sur les techniques d'entretien et de médiation
- Connaissances sur l'évaluation des pratiques et la supervision
- Expérience dans l'administration publique
- Connaissances linguistiques particulières
- Connaissances informatiques tableurs, BDD, CRM, SI
- Compétences dans l'organisation de RCP sur des cas individualisés
- Connaissance de l'égalité des droits
- Connaissances techniques spécifiques du groupe cible
- Connaissances en matière de drogues, de santé psychique et de comorbidité +RDR

Profils des assistants de parcours ou gestionnaires de situations complexes

À partir d'une analyse croisée de la littérature internationale (CMSUK, 2009) trois profils standards de postes peuvent être isolés :

- **le clinical case manager** intervient dans un établissement de santé. C'est un infirmier, de niveau master, possédant une licence d'exercice et certifié en case management. Il est en

charge de la coordination des soins, de la gestion des ressources (gestion des rendez-vous des praticiens et planification des interventions chirurgicales et de la sortie d'hospitalisation) de la phase de préadmission jusqu'à la sortie d'hospitalisation. Doté d'une certaine autonomie, il doit par ailleurs être en mesure de collaborer de façon aisée avec les équipes, hospitalières et ambulatoires ;

- **la nurse case manager ou community matron.** Ce métier, né aux États-Unis, a été développé dans le but de réduire le nombre d'hospitalisations en urgence chez les usagers atteints d'une pathologie chronique. Elle a pour fonctions de réaliser des évaluations cliniques spécialisées, de coordonner les soins, de gérer les médicaments et de permettre aux usagers de maintenir une certaine qualité de vie. Elle exerce dans une maison de santé pluriprofessionnelle, dans un hôpital, chez un prestataire privé ou dans d'autres structures. Cette fonction est occupée exclusivement par des infirmières expérimentées, de niveau master, possédant une licence d'exercice et avec une certification en case management. Elle travaille en étroite collaboration avec les équipes de santé primaire et les travailleurs sociaux. Son public est essentiellement composé d'usagers atteints d'une pathologie chronique et/ou âgés, en situation complexe, nécessitant un suivi, en particulier clinique, intensif. Sa file active est comprise entre 50 et 80 usagers, dont les situations sont très complexes et qui requièrent des interventions cliniques régulières et une coordination des soins ;
- **le case manager sans prestation de soins** a bénéficié principalement d'une formation de travailleur social, de niveau master, et est expérimenté. Cela peut être également une infirmière avec une orientation médico-sociale ou sociale. Une certification en case management est souvent exigée. Il travaille principalement dans le milieu du handicap quel qu'il soit, de la santé mentale, des addictions et des personnes âgées ; autant de domaines aux confins des secteurs sanitaire, médico-social et social.

2.5.4 Le parcours de santé : nouvel enjeu de l'intégration des services

Plus de 15 millions de français vivent avec une maladie chronique et 5 à 10% seraient en situation complexe. Ces pathologies nécessitent un nombre important d'actions décrivant le parcours temporel de l'utilisateur au sens de Fery-Lemonnier (2014) et d'intervenants décrivant son parcours spatial. Cette situation est amplifiée par l'existence des comorbidités et de pathologies chroniques multiples.

La coordination des parcours de soins, correspondant au suivi des flux des usagers à la différence de la coordination en réseau qui suit des flux de prestations, peut s'analyser sous plusieurs angles selon que l'on se focalise sur les aspects cliniques et organisationnels, la trajectoire de l'utilisateur ou les stratégies d'acteurs. Afin de saisir la complexité des processus à l'œuvre, l'élaboration du parcours de soins coordonnés, entre l'utilisateur et son entourage et les différents professionnels et services nécessaires peut se décliner autour d'une double question : Quelles sont les stratégies réticulaires développées par les réseaux de santé pour parvenir à une action efficiente et efficace ? Du point de vue de la sociologie des réseaux, quels concepts sous-tendent ces stratégies ?

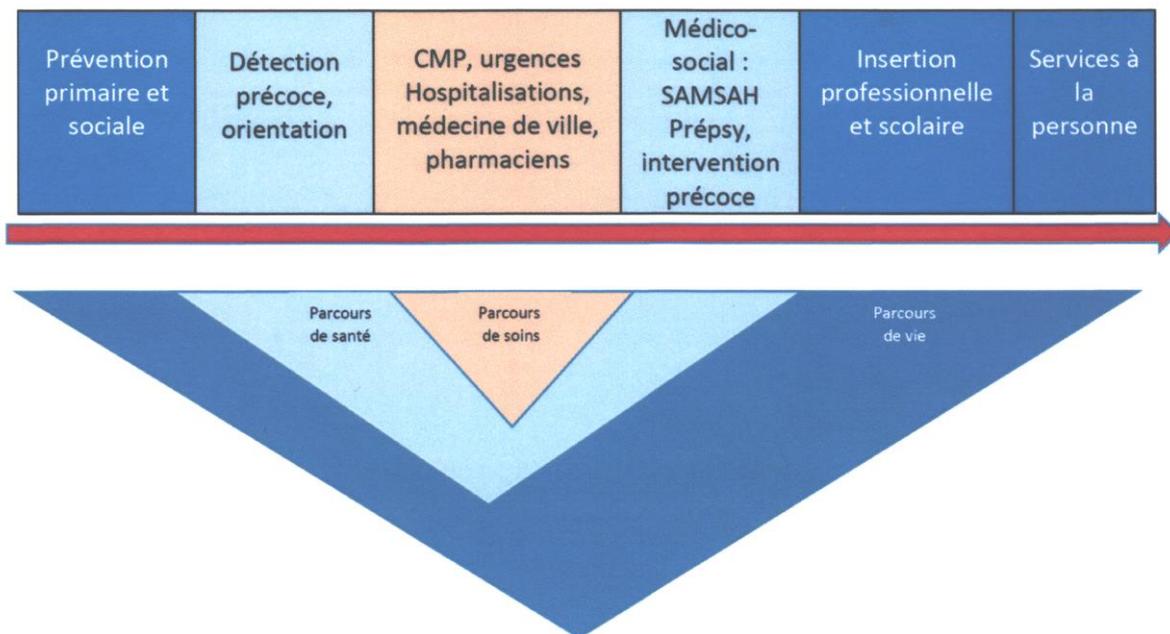
Issue de la Loi de 2004 mettant en place le parcours de soins coordonné sous la responsabilité du médecin traitant, cette notion a été développée par la Haute Autorité de Santé (HAS) (2014) dans ses

recommandations sur les maladies chroniques et par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) qui proposait en 2012 d'élargir le parcours aux approches médico-sociales afin d'assurer une prise en charge globale continue et plus efficace pour ces usagers atteints de maladie chronique. Largement évoquée dans le rapport Cordier (2013), la médecine de parcours est basée, sur un territoire de santé, sur la réduction des frontières existant entre les différentes structures en jeu autour d'un patient mais aussi la mobilisation des acteurs autour d'un objectif commun d'efficience des différentes offre de soins et services.

Dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, les soins et les services s'étalent sur un éventail professionnel particulièrement vaste, recouvrant le sanitaire, le social et le médico-social ; élargi par la présence de non-professionnels que sont les aidants familiaux ou les bénévoles associatifs et c'est un défi, du fait de la faible culture commune de ces partenaires, de mettre en place des coordinations cohérentes, efficaces et durables. Cette notion s'est récemment enrichie par une réflexion sur le parcours de l'utilisateur atteint d'une pathologie chronique, autour duquel doit s'organiser l'offre de soins et de services, afin d'éviter des ruptures préjudiciables, en particulier du fait de la fragmentation et du cloisonnement du système. Il ne s'agit plus de réseaux ou de méta-réseaux liés à la coordination, mais de personnaliser l'offre non plus de manière structurelle mais de manière adaptée aux besoins de l'utilisateur selon une approche, inspirée du Chronic care model (Wagner et al.1999). Toutefois, malgré les nombreux Plans de Santé Publique seul le parcours de soins visant à désigner un médecin traitant a été mis en place. Celui-ci a fait l'objet d'un rapport de la Cour des Comptes (2013) qui soulignait sa faible efficacité en termes de Santé Publique. De plus, la notion de parcours reste une notion floue du fait de la multiplicité des appellations et des définitions qu'elle recouvre. Il pourra s'agir de parcours de soins, de parcours de santé voire de parcours de vie, allant de l'action symptomatique voire de l'urgence sanitaire au prospectif sur la vie entière de l'utilisateur atteint de maladie chronique ; c'est-à-dire le préventif et l'intervention précoce. L'objectif étant de réduire la fragmentation et le cloisonnement afin de prévenir les ruptures évitables liées aux défaillances du système de santé, sans oublier que ces malades souffrent souvent de poly-pathologies ou de comorbidités nécessitant des approches globales intégrant des parcours multiples et simultanés synchronisés avec les différents domaines d'interventions sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Les usagers atteints de schizophrénie sont un modèle d'utilisateurs du système de santé devant bénéficier durablement de soins et des services tout au long de leur parcours de vie. Selon Mintzberg (1982), les différents professionnels impliqués effectuent les tâches à réaliser selon leurs compétences et se coordonnent pour atteindre un niveau d'intervention conforme aux bonnes pratiques. Dans le cas de la schizophrénie, que nous considérons aussi comme un modèle de complexité, la multiplication des actions spécifiques et spécialisées impliquerait un niveau de coordination particulièrement élevé. Or, le système psychiatrique français n'a pas ou peu de culture de la coordination et ce domaine n'est pas enseigné à la Faculté de médecine. Les médecins ayant complété leur formation par des études de management étant peu nombreux et rarement en contact direct avec les usagers, l'amélioration des soins et des services offerts aux usagers atteints de schizophrénie, et en particulier les plus jeunes, pourrait bénéficier des programmes d'intervention précoce ; ce sujet d'étude est la frontière de la médecine et du management, c'est pourquoi nous avons choisi d'étudier dans ce travail de recherche le cas de Prépsy.

Figure 7 Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie (d'après Féry-Lemonier 2014)



2.6 Dimension médico-économique du case management :

Appliquée à la santé, l'évaluation économique compare les résultats attendus d'une intervention de santé avec les ressources médicales, sociales et budgétaires consommées pour la produire. Son objectif est de hiérarchiser les choix d'action par rapport à leur capacité à produire les meilleurs résultats possibles en utilisant les ressources disponibles en vue de la recherche de l'efficacité.

De ce point de vue, le case management favorise la participation de tous les acteurs à la promotion de la santé mentale sur un territoire de santé même si une gestion individualisée peut sembler plus coûteuse lorsqu'il s'agit d'accompagner des usagers présentant un handicap psychique chronique et complexe. En France, la situation de restriction économique conduit à s'interroger sur la place du case management et de l'intégration des services dans une approche mêlant efficacité en termes médico sociaux et optimisation des ressources financières. Une méta-analyse Cochrane (2004) a mis en évidence pour le modèle de case management de courtage des résultats significatifs sur l'amélioration du maintien du contact et une durée moyenne de séjour diminuée. Dans cette même étude, une atténuation des symptômes négatifs de la schizophrénie a été observée pour le modèle des forces personnelles.

Pour leur part, Hickam et al. (2013) ont évalué l'efficacité du case management à partir d'une revue comparative de la littérature pour une dizaine de pathologies ou publics spécifiques. Ces auteurs

concluent que le ciblage des populations est un facteur de réussite des programmes. Ces publics-cibles, qui peuvent tirer profit d'une prise en charge de case management, disposent de ressources de santé satisfaisantes, mais pas suffisamment coordonnées et parfois difficilement accessibles. Ils citent par exemple les usagers atteints d'une pathologie chronique, évolutive et potentiellement mortelle, et traités de façon appropriée, comme l'insuffisance cardiaque ou le VIH ; les usagers avec des maladies chroniques invalidantes, souvent irréversibles, et pour lesquelles un soutien peut améliorer l'état de dépendance et la qualité de vie, comme les démences et les poly-pathologies du sujet âgé ; les usagers avec des maladies chroniques progressives, pour lesquels l'autogestion du traitement peut améliorer l'état de santé et les capacités fonctionnelles, comme le diabète de type 2 ; ou encore les usagers, dont les problèmes sociaux ne leur permettant pas de gérer leur pathologie, comme les sans-abri par exemple.

Les travaux de Cohen Pasa (2014) sur Prépsy ont commencé à démontrer l'importance d'une approche médico-économique elle-même intégrée à la pratique pour un meilleur pilotage du service. Bien qu'un modèle comme celui-ci soit basé sur l'analyse des besoins des usagers, il ne doit pas ignorer sa dimension budgétaire. En effet, le respect des contraintes budgétaires s'inscrit dans la volonté de maintenir à long terme une offre de service bénéfique à l'utilisateur. Le but ultime étant de lui permettre de devenir son propre case manager dans une démarche organisée d'empowerment.

Dans les différents registres de relation que nous avons abordés, que ce soit entre professionnels, entre professionnels et outils d'informations ou entre professionnels et usagers, s'opèrent des apprentissages et des co-constructions qui nécessitent du temps. Temps pour vivre suffisamment de relations informelles et asseoir la confiance, temps pour construire collectivement le formel, temps pour apprendre ensemble. Ces temps semblent être d'autant plus longs que le dispositif de coordination aura connu une gestation problématique. En effet, le cycle de vie d'une structure de coordination ne dépend pas seulement du territoire dans lequel elle intervient mais aussi des méta-processus de modélisation, d'expérimentation, d'évaluation et de généralisation auxquels elle est soumise. Ce cycle de vie peut aussi se terminer si, à la faveur d'une nouvelle initiative, elle se retrouve elle-même absorbée par une concurrente, possiblement du fait d'un nombre de places trop réduit, d'un établissement unique ou de résultats cliniques ou budgétaires insuffisants. C'est pourquoi, un des enjeux de la coordination est d'identifier les indicateurs pertinents pour en apprécier l'efficacité, le pilotage de l'action et l'évaluation. Car c'est aussi sur cette base que sont élaborés les indicateurs à partir desquels une structure peut améliorer les services qu'elle offre aux usagers. On peut distinguer plusieurs types d'indicateurs : des indicateurs de moyens, des indicateurs de processus et des indicateurs de résultats. Selon Schweyer (2010) le déficit de confiance et la volonté de contrôle des pouvoirs publics dans un contexte de budgets contraints vis-à-vis des acteurs de terrain impose un cahier des charges de l'évaluation tellement complet qu'il est inapplicable.

Ces constatations alimentent la réflexion sur l'évolution du système de santé alors que la Loi « Hôpital Usager Santé et Territoire » dite Loi HPST met en place une gouvernance stratégique de l'organisation territoriale des soins et des services, via les ARS, visant à renforcer l'efficacité globale du système et l'optimisation des dépenses de santé. Au-delà de la réforme des structures hospitalières, cette Loi engage un véritable virage ambulatoire par la définition des différentes gammes de services et de recours aux soins (soins primaires, soins spécialisés...) adaptés aux maladies chroniques. C'est

pourquoi, en santé mentale, une meilleure intégration entre soins primaires et services spécialisés pourrait constituer un creuset d'innovations cliniques et organisationnelles importantes. Les réseaux sont l'une de ces innovations, comme les nouveaux métiers et les pratiques émergentes, qu'il s'agisse du case-management, de l'évolution des champs de compétences des professionnels, des mécanismes de valorisation financière, ou des dispositifs de coordination et de soins partagés. Les réseaux de services intégrés pouvant ainsi devenir de véritables laboratoires d'innovation et d'expérimentation dans ces domaines, à condition, comme le souligne Minvielle (2010), le transfert d'informations entre professionnels et la tenue de réunions de concertation pluri-disciplinaires (RCP) soient des indicateurs pertinents, utilisables dans le contexte de la coordination des soins et de l'accompagnement médico-social des jeunes souffrant de troubles psychiques avec handicap. Cet auteur, soucieux de vérifier leur pertinence et leur robustesse, en souligne les limites en indiquant qu'il n'est pas sûr qu'ils couvrent tous les aspects de la coordination ni qu'ils soient prédictifs d'un meilleur résultat pour les usagers. Par ailleurs il propose que des travaux soient conduits en management par les preuves (evidence based management) comme cela se fait déjà pour la médecine par les preuves (evidence based medicine). Il s'appuie sur les propositions de Shortell (2007) qui considèrent que la qualité de la prise en charge est la résultante de l'utilisation des bonnes pratiques cliniques établies par la médecine par les preuves et de leur mise en place effective grâce aux bonnes pratiques de management établies par le management par les preuves.

2.7 Les MDPH et les SAMSAH, deux acteurs en méta-réseau ?

En étudiant des initiatives locales financées par la Fondation de France, Puijalon (1992) explique comment la Loi de décentralisation de 1983 a transféré à l'échelon local, aux acteurs du monde associatif, l'initiative de l'action, sur une base empirique (approche *bottom-up*) développée à partir des besoins du terrain. La coordination jusqu'alors organisée au niveau central (approche *top-down*) devient un enjeu du monde associatif ou des professionnels engagés auprès des usagers en perte d'autonomie pour répondre à des besoins manquants tant en terme de services aux usagers que de partenariat et d'innovation. Selon le type de structure, elles sont créées dans le cadre d'expérimentations officielles, comme par exemple les réseaux, les CLIC, les MAIA, ou à la suite de la création de labels, comme pour les équipes mobiles gériatriques ou les SAMSAH.

L'élaboration d'un projet de service d'accompagnement pour des usagers présentant des troubles complexes liés à une schizophrénie passe par le développement d'une interconnaissance entre les différents acteurs impliqués, concernant leurs missions respectives ainsi que les principes et les modalités d'intervention mis en œuvre. Le SAMSAH apparaît ainsi comme un partenaire privilégié des MDPH à plusieurs titres : il partage une approche globale, multidimensionnelle et situationnelle de l'évaluation avec une expertise territoriale afin d'établir un lien de confiance de communiquer avec des usagers présentant des difficultés dans la relation aux autres, et d'intervenir dans les différents milieux de vie de l'utilisateur y compris à son domicile.

La plupart des structures impliquées dans la coordination des soins et des services sont passées par des phases expérimentales pilotées ou non par le niveau institutionnel régional ou national. Ainsi, on pourrait affilier les SAMSAH, aux Equipes Spécialisées pour une Vie Autonome à Domicile (ESVAD) qui avaient été formées à partir d'une réflexion d'usagers et de professionnels sur les choix de vie des usagers en situation de handicap et sur la manière de les accompagner. La première expérimentation de ce type d'équipe pluri-professionnelle intervenant à domicile, portée par l'Association des Paralysés de France (APF) a eu lieu en 1993.

La Loi du 2 janvier 2002 a apporté un cadre et une reconnaissance à ces équipes d'accompagnement expérimentales puis la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des usagers handicapés intègre pour la première fois les causes psychiques des situations de handicap touchant des usagers atteints de pathologies mentales. La reconnaissance du handicap psychique leur ouvre le champ des prestations au titre des conséquences de leur pathologie psychiatrique et des besoins de soins et d'accompagnement social et médico-social en vue d'un plan de compensation global sur toutes les composantes de leur vie (santé, formation, activité professionnelle, activités quotidiennes et sociales, logement, etc.) Dans ce contexte, les Maisons Départementales Personnes Handicapées, MDPH, se sont mises en place dès janvier 2006, accompagnées par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) et c'est à partir d'expérimentations spontanées, souvent soutenues par les Conseils Généraux que les SAMSAH ont été créés avec un cadre assez flou, expliquant la diversité de ces structures.

Pour sa part, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a été instituée par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux usagers, à la santé et aux territoires, dans le but de proposer des indicateurs de pilotage de la performance dans le champ médico-social avec trois niveaux de pilotage potentiels : le dialogue de gestion et la contractualisation avec les ARS et les Conseils Généraux ; le pilotage interne aux services et établissements ; la description de ces structures. Pour ce faire, elle s'appuie sur des observations de terrain, des expérimentations permettant la construction itérative d'un système de pilotage adapté aux besoins des établissements et services médico-sociaux et la définition des conditions de déploiement du système de pilotage proches du type recherche-intervention décrit par David (2008)

Dans le secteur du handicap psychique, on peut considérer que les MDPH jouent un rôle de méta-réseau complémentaire des SAMSAH accompagnant les usagers auxquels elle accorde une reconnaissance de handicap. Elle est administrativement placée au centre du dispositif comme animateur potentiel du réseau formé par ces structures. Aujourd'hui, l'activité des MDPH est concentrée sur l'aide à l'élaboration du projet de vie, l'évaluation des besoins, l'élaboration du plan personnalisé de compensation, l'orientation et l'attribution des différentes prestations, laissant le suivi et l'accompagnement des usagers en situation de handicap aux SAMSAH. Cependant, dans la situation d'accompagnement des cas complexes, comme les interventions précoces auprès de jeunes schizophrènes dont le SAMSAH Prépsy a la mission, sa capacité d'évaluation pourrait être transférée sur ce type de SAMSAH. Dans ce contexte, comme pour tout service d'accompagnement, les SAMSAH «handicap psychique» partagent une approche individualisée de l'accompagnement des usagers visant à développer leur autonomie dans la vie quotidienne et à favoriser une meilleure participation sociale, en les soutenant notamment dans l'élaboration de leur projet de vie. Ils concentrent les actions de compensation en faveur des personnes en situation de handicap psychique

dans leur environnement de vie naturel. Ils favorisent la coordination des actions dans le respect des spécificités des différents acteurs mais aussi en facilitant la levée d'obstacles fonctionnels ou institutionnels. Leurs conditions d'organisation et de fonctionnement se déroulent dans un cadre d'exercice souple, adapté de manière interstitielle aux ressources territoriales, permettant l'expérimentation de pratiques innovantes, tant du point de vue organisationnel des équipes pluridisciplinaires que de l'adaptation aux nouveaux besoins des usagers. Ils ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité à travers trois types de prestations ; un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre. Cependant, si ces principes peuvent être partagés par l'ensemble des acteurs intervenant auprès des usagers en situation de handicap psychique, le déploiement des programmes d'accompagnement est influencé par différents paramètres professionnels et structurels. Ainsi, les soins relèvent du système psychiatrique et visent à l'amélioration de la santé globale des fonctions cognitives et des habiletés sociales alors que l'accompagnement à la vie sociale se conduit au quotidien et s'attache à favoriser l'auto-détermination. Ces deux approches (médicales et socio-éducatives), complémentaires et indivisibles, participant à la limitation du handicap psychique.

Du point de vue de l'organisation des services rendus, cela se traduit par un cadre d'intervention à la fois souple et permanent (que ce soit en termes de pratiques professionnelles, de procédures d'admission ou encore de durée de l'accompagnement), offrant une palette de modalités d'intervention (suivi individuel, visite à domicile, activités collectives entre pairs médiatisées ou non par une activité et des professionnels, etc.). Ceci détermine la composition d'une équipe pluridisciplinaire dans laquelle chaque professionnel intervient auprès de l'utilisateur comme accompagnateur. De plus, la dimension médicale du SAMSAH se manifeste moins par la présence réglementaire d'un médecin que par la capacité de mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire (infirmier, travailleurs sociaux, psychologue, chargé d'insertion professionnelle, aide-soignant, etc.), susceptible d'intervenir de façon régulière et soutenue dans l'environnement naturel de l'utilisateur. Celle-ci apporte, d'une part, un regard clinique essentiel pour la compréhension des situations et d'autre part, une légitimité d'action dans les partenariats avec les médecins de ville et les services hospitaliers. Le SAMSAH concentre ainsi des actions de compensation du handicap psychique en favorisant la coordination des actions dans le respect des spécificités des différents acteurs mais aussi en facilitant la levée d'obstacles fonctionnels ou institutionnels.

Une étude réalisée par la CNSA (2008) sur 32 SAMSAH a montré qu'en 2007 leur répartition territoriale n'était pas homogène. De plus, leurs modes de fonctionnement se répartissaient pour 60% d'entre eux selon une fonction de coordination de l'accompagnement médical, paramédical, et social et pour 40%, la délivrance de prestations de soins fréquentes (surtout pour les services pour les personnes polyhandicapées ou avec un traumatisme crânien). Cette étude pointait que la coordination des interventions auprès de l'utilisateur avait été ajoutée aux missions habituelles de ces structures ; en particulier par la mise en œuvre d'un plan de compensation du handicap.

Peintre (2011) a aussi relevé l'hétérogénéité des services d'accompagnement qu'elle explique par des différences en termes de profil de publics visés et en termes de caractéristiques de l'environnement institutionnel. Elle préconise un diagnostic territorial préalable à leur implantation passant par une identification des besoins et par un repérage des partenaires médico-sociaux, sanitaires et sociaux. Néanmoins, la complexité des actions à mettre en place, la lourdeur des cahiers des charges, les limites culturelles des protagonistes (promoteurs/tutelles), la légitimité ainsi que la capacité de coopération des acteurs sur un territoire donné nécessitent une professionnalisation que le sanitaire ou le médico-social ne suffisent pas à fournir aujourd'hui. Pour sa part, Barreyre (2007) considère que ce diagnostic territorial partagé devrait viser à développer des réponses articulées aux besoins du public présentant une situation de handicap psychique ; comme des services de santé, médico-sociaux ou sociaux, permettant le recours effectif à la continuité des soins psychiques et somatiques ou le partenariat entre un SAMSAH spécialisé et un CMP afin de soutenir l'utilisateur dans l'observance de son traitement, l'accès au logement ou à l'emploi par exemple. Il s'agit donc, pour chaque acteur intervenant auprès de l'utilisateur en situation de handicap psychique, d'évaluer et de répondre aux besoins et attentes dans tous les domaines de la vie courante. La stratégie globale d'intervention consistant à mettre en place des réponses articulées autour de lui, provenant des ressources du territoire.

Conclusion de la deuxième partie :

Les jeunes souffrant d'une pathologie au retentissement bio-psycho-social complexe comme la schizophrénie nécessitent une réponse tout aussi complexe, même si elle n'est pas naturellement présente dans la culture professionnelle des intervenants en santé mentale. Comme toute réponse complexe à un problème complexe, son support d'intervention nécessite une architecture organisationnelle qui, si elle se veut efficace, doit passer de l'angélisme intuitif à une professionnalisation intégrant des moyens cliniques, organisationnels mais aussi des moyens humains permettant la réussite de ce projet. Ces moyens humains devraient suivre une logique d'ingénierie de développement respectant la vulnérabilité des usagers dont elle a la responsabilité afin de favoriser la mise en place d'un lien de confiance durable indispensable à la reprise en main du cours de leur vie dans leur milieu naturel.

De plus, si l'un des principaux moyens d'accompagnement d'un usager souffrant de schizophrénie consiste à l'aider à reconquérir sa capacité à décider et à développer des habiletés sociales indispensables à une vie autonome, l'objectif premier d'un service d'accompagnement devrait contribuer, par ses interventions sanitaires et sociales, au processus de rétablissement, en agissant d'abord sur la capacité de l'utilisateur à créer du lien social et à s'autodéterminer. Alors, cette approche devrait prendre en compte non seulement la variété des besoins mais aussi leur variabilité dans le temps, tout au long de son parcours de vie.

Les réponses en termes de services ne pouvant pas être proposées de manière standardisée, comme la prescription d'un traitement par exemple, mais de manière continue, dynamique et auto-ajustée dans ses modalités d'intervention, il importe de mettre en place une véritable ergonomie managériale soucieuse du meilleur interfaçage entre les caractéristiques du milieu produisant l'accompagnement et les besoins particuliers de l'utilisateur. Dans ce contexte, les concepts de coordination et de case management appliqués à la santé mentale apportent une réponse innovante adaptée aux mutations du système, impliquant tout autant les usagers considérés comme experts de leurs propre pathologie que les acteurs de la vaste gamme de ressources disponibles sur le territoire couvert. Les étapes de la mise en place d'un programme d'accompagnement spécialisé dépendent alors tout autant des caractéristiques et des besoins des usagers que des compétences et expériences des case-managers placés pour chaque dossier dans un rôle différent. L'intégration de cette fonction essentielle dans la pratique clinique et médico-sociale, si elle n'est pas surprenante en théorie, soulève de nombreuses questions ; en effet cette mutation nécessite la mise en place d'une pédagogie facilitatrice des adaptations au changement pour les équipes de soins. Paradoxalement, la question de l'intégration d'une dimension psychothérapique dans le case management soulève, pour les case managers, le problème de l'étendue des services qu'ils peuvent offrir et de leurs compétences dans un exercice qui, s'il restait intuitif, pourrait entraîner des conséquences transférentielles et contre-transférentielles aussi préjudiciables pour l'utilisateur que pour eux-mêmes. En fait, les case managers sont confrontés à un double dilemme ; d'une part proposer des services à des usagers et des familles dont la première demande est spontanément celle du soin et d'autre part négocier avec des cliniciens qui considèrent détenir légitimement un pouvoir de décision et d'action dans le processus d'accompagnement. Il faudra donc aux case managers une bonne connaissance clinique mais aussi une

certaine expérience de la diplomatie pour exercer leurs talents ; compétences qui ne s'acquièrent pas en un jour et nécessitent une formation et une supervision continues et adaptées.

En France, en l'absence de formation spécifique des case managers et dans le contexte actuel de restriction budgétaire, le risque est grand de voir s'installer une situation floue où cette composante majeure serait un appendice des compétences de chacun des professionnels (cliniciens, travailleurs sociaux, psychologues, éducateurs spécialisé etc.) alors qu'elle devrait être pour eux une facette supplémentaire de leur activité. C'est pourquoi, la promotion d'une formation spécifique des case managers en santé mentale prend tout son sens et doit être proposée dans le cadre de formations qualifiantes.

**Le cas Prépsy ; vers une nouvelle forme de réseau intégré de soins et de services
au bénéfice de la limitation du handicap psychique chez les jeunes atteints de
schizophrénie.**

III/ Le cas Prépsy ; vers une nouvelle forme de réseau intégré de soins et de services au bénéfice de la limitation du handicap psychique chez les jeunes atteints de schizophrénie :

Introduction de la troisième partie :

Pour analyser le cas de Prépsy, nous utiliserons le modèle de Williamson (1975) autour des trois configurations-types « Marché-Hiérarchie-Forme hybride » et ses prolongements (Ménard, 2004). Dans notre approche, la relation dite de marché renvoie au concept de « quasi-marché » dans le domaine de la santé (Halgand 2003) ; la hiérarchie se référant aux processus d'intégration de compétences et l'organisation hybride aux diverses formes de mise en relation réticulaire ou partenariale entre acteurs. Dans la mesure où Prépsy est portée par une structure associative, fait l'objet d'agréments et de procédures institutionnels et repose majoritairement sur des ressources publiques, son étude s'inscrit dans ce cadre composite non-marchand. La collaboration entre les administrations, les entreprises et le secteur associatif est en effet désormais placée au cœur de l'action publique (Sullivan et Skelcher 2002), mais se heurte à des cultures administratives traditionnellement fondées sur des logiques de territoire ; géographique ou sectoriel. La sortie des cadres normés de la coopération entre institutions peut alors conduire à s'ouvrir, comme Prépsy, sur des contributeurs moins habituels ou moins proches, pour bénéficier de « la force des liens faibles » (Granovetter 1973). C'est dans cette optique que le programme de suivi intensif dans l'environnement naturel pour jeunes schizophrènes du SAMSAH Prépsy s'est progressivement construit et développé. Nous étudierons dans cette partie la mise en place et l'évolution de ce dispositif ayant permis la convergence entre les soubassements théoriques étudiés ici et leur application « in vivo » au bénéfice d'une population spécifique, dans son histoire naturelle et administrative mais aussi ses résultats, ses forces et ses faiblesses. Une attention toute particulière sera accordée à la problématique de l'accès au service, à l'évaluation des besoins, à l'action de l'équipe mais aussi à l'amélioration continue de la prestation à travers l'analyse des résultats de l'activité.

Nous commencerons cette partie par une clarification de notre approche méthodologique pour décrire le cas Prépsy, puis nous présenterons le fonctionnement et les évolutions de cette entité, en mettant l'accent sur les processus organisationnels et sur les modalités d'intégration et de coordination des activités. Enfin nous étudierons les freins et conditions de réussite de ce dispositif, avant de les mettre en perspective au regard des cadres théoriques choisis.

3.1 Méthodologie : précisions sur la démarche empirique de la recherche :

Nos choix méthodologiques sont présentés ici en gardant à l'esprit trois aspects inter-reliés: la posture de chercheur, les matériaux et outils utilisés et l'étude de cas longitudinale. Nous proposons, dans ce travail dans lequel une référence professionnelle explicite est proposée, de considérer la dynamique de Prépsy comme une méthode de projet ayant pour objectif l'intervention précoce dans les

schizophrénies débutantes. Notre proposition de recherche est de considérer la dynamique de coordination et d'intégration des services comme un puissant révélateur des freins et leviers à l'appropriation et à l'application d'un référentiel des pratiques professionnelles. En effet, la démarche de développement d'un tel dispositif remet en question de manière globale les pratiques professionnelles et peut soulever de nombreuses résistances voire être rejetée par les autres acteurs du système. L'appropriation et l'application de ce nouveau référentiel peuvent être perçues comme venant percuter la hiérarchie des valeurs, les missions et les fonctions des autres acteurs.

Cette démarche nous a permis d'identifier dans la partie précédente les différentes théories liées à la coordination des soins, au case-management et à l'intégration des services. Les différentes rencontres et confrontations professionnelles sur le sujet auxquelles nous avons participé nous ont permis d'explorer plus avant les différents types organisationnels mis en place dans cette problématique. Dans notre expérience personnelle, la nouveauté de l'approche managériale en santé mentale paie un lourd tribut à un milieu professionnel où ces concepts théoriques sont majoritairement rejetés. C'est pourquoi, il nous est apparu important de contribuer à leur promotion et à leur mise en œuvre concrète via la conception et le déploiement d'un service d'accompagnement médico-social expérimental contribuant à l'amélioration des processus possiblement bénéfiques aux usagers et à leurs proches, doublé d'un volet pédagogique dans deux diplômes universitaires traitant du sujet, dirigés par l'auteur, dont les programmes sont présentés dans le tome deux de cette thèse.

Notre méthodologie est qualitative, elle s'enracine dans la réalité empirique (Glaser et Strauss 1967) et repose sur les principes de l'étude de cas comme matériau de recherche, au sens de Yin (1981, 2009). Cet auteur rappelle qu'un cas correspond à une réalité concrète (entité, événement, phénomène, ou action) et décrit les conditions et les étapes d'une démarche scientifique permettant de dégager des résultats théoriques. Cette démarche est, selon lui, un processus linéaire et itératif qui débute par l'explicitation des raisons du choix de la méthode.

Compte tenu du contexte particulier de notre activité professionnelle, qui a associé activité clinique et ingénierie de développement d'un réseau de santé puis d'un SAMSAH, notre approche méthodologique s'est imposée comme constructiviste (Lemoigne, 1990) et fortement ancrée sur l'empirie. Nous avons pour cela tenté de réunir des données issues de l'observation dans le but de répondre à la question à laquelle nous sommes confrontés quotidiennement dans notre exercice clinique et que nous avons souhaité étudier comme notre sujet de recherche personnel. Elle est basée sur l'expérimentation, l'observation et la mise en évidence de données (preuves) permettant de valider notre hypothèse de recherche. Celle-ci suppose qu'intervenir précocement par le case-management limite le risque de handicap psychique chez les jeunes atteints de schizophrénie. C'est pourquoi, nous nous sommes appuyés sur le corpus théorique pour asseoir plus solidement le développement de notre projet médico-social.

Dans ce contexte, les informations ont été recueillies tout au long de notre activité par l'observation, l'expérience quotidienne et l'expérience scientifique tirée de la littérature sur le sujet. Pour cela, nous avons tenté de définir les notions actuelles concernant la schizophrénie puis de les relier aux données contextuelles qui constituent l'organisation complexe du système sanitaire et médico-social français. De plus, notre expérience professionnelle nous a conduits à identifier des projets développés au niveau

international et à adapter certaines des méthodologies utilisées à notre projet. Dans ce contexte, les leçons tirées de ces différentes expériences ont enrichi notre réflexion scientifique et nous ont permis de nous déplacer d'une position subjective d'observateur de terrain liée à notre fonction de directeur d'établissement, à une position d'intention plus objective de chercheur en management. Elles nous ont aussi permis de mieux comprendre les besoins des usagers et de répondre de manière plus dynamique et plus synchrone aux situations rencontrées.

Pour cette recherche, notre méthodologie s'inscrit dans une démarche d'analyse d'un phénomène contemporain dans son contexte réel. Ce type de méthode semble appropriée dans la mesure où les frontières entre le phénomène observé (la coordination en santé mentale) et le contexte opérationnel (les modalités de la prise en charge de l'utilisateur) ne sont pas stabilisés, ni au plan scientifique ni dans les pratiques managériales. En outre, ce travail vise à comprendre pourquoi et en quoi la coordination est nécessaire dans le cas de la santé mentale et à identifier comment les acteurs et parties prenantes peuvent s'organiser pour l'améliorer. Il s'inscrit donc bien dans la forme du « *how, why?* » décrite par Yin (1981).

Notre méthodologie est également longitudinale en ce sens qu'elle considère Prépsy dans son évolution, c'est-à-dire en l'examinant plusieurs fois dans le temps. Selon Yin (2009), le choix d'un cas unique est approprié notamment quand son observation est longitudinale, c'est-à-dire étudié en au moins deux moments différents. Dans ce travail nous avons étudié Prépsy en deux temps : à partir de 2004 en reconstituant son fonctionnement en réseau (nous écrirons « P1 » pour évoquer cette phase). Nous n'avons pas étudié la période de 2010, au moment où ses activités ont été suspendues pour des raisons financières ; puis nous avons repris l'observation en 2012, quand la structure a redémarré sous une autre forme hybride, celle d'un réseau intégré de services (nous écrirons « P2 » pour évoquer cette phase).

Notre travail de construction théorique est donc basé sur l'étude de cas, au sens d'Eisenhardt, (1989) et analysé comme porteur à la fois d'atouts et de faiblesses. Parmi les atouts figurent la capacité à engendrer des théories innovantes compte tenu de la tendance au « dégel » provoquée par la juxtaposition de réalités conflictuelles et complexes. Les principales limites concernent ici, non seulement l'absence de possibilité de généralisation, mais aussi la difficulté de perspective globale et les risques d'erreurs de proportions dans les résultats du fait de l'étude d'un cas unique. Conscients de ces risques, nous considérons que les conclusions tirées du cas Prépsy doivent tout d'abord être relativisées en fonction du contexte spécifique du secteur de la santé mentale français et de la localisation particulière (région à forte densité urbaine) de l'organisation étudiée. Pour autant, des travaux et conclusions relativement similaires présentés plus avant dans ce travail permettent de considérer, moyennant ces réserves, que le cas étudié peut apporter une contribution significative aux questions de coordination en santé mentale.

Du fait de l'étude d'un cas unique ne permettant pas actuellement de généralisation, notre posture épistémologique ne peut être déductive. Nous n'utiliserons pas dans ce travail de méthode d'analyse statistique des données pour valider la légitimité de notre approche empirique, mais intégrons dans la recherche empirique les différents rapports et documents concernant l'analyse de l'activité de Prépsy, fournis aux tutelles. Ceux-ci pourraient être considérés comme des auto et des hétéro-évaluations

validées par leurs décisions d'arbitrages administratifs et budgétaires. Les matériaux utilisés ont reposé également sur l'étude des documents internes de Prépsy et des publications sur le cas, retraçant son fonctionnement et son évolution depuis 10 ans. La ré-exploitation du mémoire majeur de master recherche d'une étudiante ayant travaillé sur ce cas en 2007-2008 (Dakhlaoui, 2008), sur la base d'entretiens semi-directifs et d'observation directe a permis de renforcer la triangulation des données. Enfin, la présentation régulière de nos travaux au sein de l'équipe de chercheurs en management du Larequoi a également permis d'obtenir d'utiles « effets-miroir »

De plus, Comme nous l'avons précisé ci-avant ⁴ notre approche se veut constructiviste (Lemoigne, 2003), (David, 2008) et selon une approche abductive (Peirce, 1931), (Angué, 2009), dans la mesure où la compréhension des phénomènes observés s'est construite au sein d'une démarche itérative entre l'observation des faits dans la durée et le recours aux concepts et cadres théoriques pour aider à leur interprétation. Notre positionnement traduit cette posture d'abduction, à travers les interactions structurées pour construire cette démarche ; nous sommes en effet professionnellement directement impliqué dans le milieu de la santé mentale et en même temps engagé dans des activités de recherche en management. La complémentarité de ces logiques a été un facteur clé de l'avancement de ce travail et a permis les allers et retours permanents entre la théorie et la pratique.

Comme nous aurons l'occasion de le mentionner en conclusion générale, nous tenterons de nous appuyer sur ces résultats pour ouvrir de nouvelles perspectives de recherche.

3.2 Historique des programmes Prépsy :

La psychiatrie fait partie intégrante du dispositif de soin des usagers atteint de schizophrénie. Elle représente une réponse aux évolutions des besoins et des connaissances dans ce domaine. Cette branche d'activité, fonctionne sur le modèle de la sectorisation de l'offre d'hospitalisation et de suivi ambulatoire plutôt que sur la coordination des soins entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Dans ce contexte, dans les années 2000, en absence de guide méthodologique existant, pour la mise en place d'un réseau en santé mentale, Prépsy a dû préalablement identifier les intervenants possibles, nécessaires et adéquats, susceptibles d'interagir aux différents niveaux pour la construction d'un tel projet. Il s'est rapidement avéré qu'un nombre important de contacts étaient indispensable pour d'atteindre son niveau de faisabilité ; surtout en terme de visibilité et de crédibilité.

Sa mission trouve son origine dans le constat des difficultés liées à la détection et à l'intervention précoces autour des troubles psychiques chez l'adolescent et le jeune adulte (Schizophrénie, troubles bipolaires de l'humeur, troubles graves de la personnalité). En effet, l'intervention psychiatrique reste actuellement pour sa grande majorité une intervention curative, débutée souvent dans l'urgence, qui confronte parfois brutalement l'utilisateur et sa famille à un environnement complexe et stigmatisant. Il existe par ailleurs d'importantes difficultés d'accès aux soins psychiatriques pour ces jeunes adultes

⁴ Cf § 5 de l'introduction générale.

tant au niveau des délais d'attente, des spécificités des dispositifs de soins proposés que des possibilités de suivi en milieu ordinaire. Compte tenu des inégalités territoriales et sociales, la facilitation et l'optimisation de l'accès aux soins et aux services en santé mentale pour les jeunes adultes présentant des troubles psychiques émergents sont une priorité et éviter la chronicisation, le handicap et la stigmatisation de ces jeunes constitue le cœur du projet. Sa philosophie se fonde sur la conviction que tous les citoyens, y compris ceux qui sont atteints des maladies psychiatriques les plus graves et persistantes, ont le droit à une vie décente dans leur environnement, qui leur procure satisfaction.

3.2.1 P1, un programme en cohérence avec les orientations de Santé Publique :

P1 est un programme d'accompagnement, simple à mettre en œuvre et reproductible. Son objectif est d'accompagner les adolescents et jeunes adultes de 15 à 25 ans présentant une schizophrénie débutante, ou des troubles susceptibles d'évoluer vers une schizophrénie, ou présentant une forme infra-clinique de la maladie, dans le but d'en prévenir l'apparition ou l'aggravation. L'origine du projet remonte à 1998, date à laquelle, Gozlan (2000), en formation en Master en Management Médical à l'ESCP/EAP, s'est intéressé aux directives concernant l'évaluation des réseaux de soins proposés par l'ANAES (1999). C'est dans ce contexte que cet auteur a développé le projet Prépsy sur la base d'une problématique double : d'une part les difficultés liées à la détection précoce des troubles psychiques chez les jeunes et d'autre part la problématique de la coordination des soins et services nécessaires. Prépsy a ainsi connu deux grandes périodes, qualifiées ici de P1 et P2. Dans les lignes suivantes nous confondront, sauf remarque contraire, l'association porteuse du projet et le programme à proprement parlé qu'il s'agisse de P1 ou P2.

L'association Prépsy a été constituée le 22 octobre 2002 dans le but de créer un réseau de santé mentale mono-thématique destiné à faciliter le repérage précoce et le suivi coordonné des troubles psychiques émergents chez les jeunes et de promouvoir, sur un ou plusieurs territoires de proximité, un accompagnement personnalisé des usagers présentant des troubles psychiques caractérisés par une complexité médicale et sociale ; par l'optimisation du parcours de santé et la coordination entre les professionnels du secteur sanitaire, de la médecine scolaire et universitaire, du secteur médico-social, des représentants des usagers, des associations de familles d'usagers et tous les autres professionnels impliqués dans le dépistage et le suivi de ces pathologies débutantes. La première condition du fonctionnement en routine de P1 a été de pouvoir sortir du statut expérimental. Dans le cadre de la prise en charge des schizophrénies débutantes, la mise en place d'un réseau de santé coordonné Ville-Hôpital, répondant à l'agrément de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, devait permettre, à travers une expérience originale sur le territoire, d'élaborer une méthodologie innovante, centrée autour de l'utilisateur, agissant comme un réseau de coordination, inscrite dans une logique sectorielle et basée sur des engagements relationnels personnalisés, en vue de développer des stratégies coopératives. Le fondement du projet de P1, que nous décrivons rapidement, était que si les jeunes usagers de la psychiatrie recevaient suffisamment d'aide et de soutien dans leur parcours de soin, alors l'hospitalisation et les ruptures de prise en charge devenaient évitables et ils pouvaient vivre librement dans la collectivité, jouissant d'une qualité de vie décente.

Desservant un territoire urbain à forte densité de services et de professionnels (Paris), de 2004 à 2010, P1 a été un réseau de santé ayant pour objectif d'assurer l'accès et la continuité de l'accompagnement médical des jeunes présentant des troubles psychiques émergents par la mise en place d'un parcours de soins coordonné. Pour cela, P1 a mis en place une coordination entre la médecine libérale, la médecine scolaire et hospitalière et tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des troubles psychiques (schizophrénie, troubles bipolaires, de l'humeur, troubles graves de la personnalité...) de cette population. Ce programme comprenait un accueil téléphonique permettant d'accéder à des consultations d'évaluation, d'orientation et d'élaboration de stratégies thérapeutiques ; un suivi actif, intensif et longitudinal des usagers par une infirmière coordinatrice, des sessions de psychoéducation pour les aidants (parents, frères, sœurs), des formations de sensibilisation pour les médecins généralistes ainsi qu'un système d'information permettant le suivi de la trajectoire des usagers. P1 se présentait comme un service pivot dont la mission de coordination consistait à mettre en relation tous les acteurs impliqués afin de créer autour de l'usager le « filet de sécurité » décrit par Gozlan (2005).

Agréé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île de France (actuelle ARS, Agence Régionale de Santé) et inscrit au Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), P1 a été géré par une association à but non lucratif représentative des différents partenaires. Après le dépôt d'un projet de réseau de soins auprès de l'ARH via le Fond d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), Prépsy a bénéficié de l'agrément « réseaux de santé » n° 960110740, de 2003 à 2010 et a bénéficié de l'agrément « service à la personne » n° N/081107/A/075/Q/098 délivré par la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Paris, de 2007 à 2013. Il faut préciser que l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie (URCAM) s'était opposée à la mise en place de ce service complémentaire, demandé dans le but d'améliorer l'offre de service de P1, en argumentant de l'impossibilité de bénéficier, simultanément, de fonds publics et de la participation financière des usagers ou de leurs familles. Son financement provenait de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, de fonds d'Etat ainsi que du soutien de la Fondation Wyeth et de la Fondation de France. Par ailleurs, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins Ile de France PRSP (2004-2005) et la MIDT (actuelle MILDECA) ont financé, des actions d'information-sensibilisation sur la schizophrénie, auprès des professionnels de l'Education Nationale. Le programme proposé par P1 s'est inscrit dans les objectifs et recommandations de la Loi relative à la Santé Publique du 9 août 2004, du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins Ile de France 2004-2005, du Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale du Programme Quinquennal de Prévention et d'Education de l'Education Nationale et de l'Avis du Conseil Economique et Social sur la prévention en matière de santé (2003).

A l'époque, la Loi d'Orientation de Santé Publique (2004) identifiait des objectifs de Santé Publique spécifiques à la schizophrénie :

- identifier les personnes à risque et assurer leur accès à des traitements efficaces
- établir et diffuser des recommandations de repérage et de prise en charge en direction du public et des professionnels (notamment les médecins généralistes)
- prévenir les phénomènes d'exclusion des usagers malades
- lutter contre la stigmatisation attachée aux troubles psychiatriques.

En termes quantitatifs, ces objectifs à 5 ans visaient à :

- réduire le délai séparant l'apparition des premiers troubles du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique
- diminuer de 20% le nombre de personnes atteintes de psychoses délirantes chroniques consommant des produits toxiques
- réduire de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de grande précarité
- réduire la fréquence des perturbations des relations intra-familiales

Les mécanismes d'intégration des services pilotés par P1 s'appuient sur une boîte à outils comprenant des stratégies d'intégration clinique et de pratiques dont des protocoles de repérage précoce des troubles, d'évaluation et de diagnostic, des réunions de concertation pluridisciplinaires, des protocoles de suivi coordonné, la formation médicale continue et pluri-professionnelle, le système d'information (dossier médical de l'usager, visualisation et gestion des communautés d'acteurs, gestion des formations, évaluation de la qualité), des stratégies d'intégration fonctionnelle et institutionnelle (notamment la participation à des groupes de travail et de concertation, adaptation de l'offre de services, suivi de l'activité, gouvernance stratégique du réseau) associées à la participation à des tables de concertation régionale ou nationale.

P1 est décrit par Gozlan et Acef (2007) comme une articulation efficace entre les ressources nécessaires à la prise en charge, l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux d'une population identifiée par sa pathologie, ses facteurs de risques, sa vulnérabilité, et la nécessité de mieux la connaître démographiquement et épidémiologiquement.

La mission de P1 s'est déployée autour de stratégies visant à renforcer l'intégration clinique, fonctionnelle et institutionnelle entre les différents professionnels et services afin de proposer, en concertation avec les différents partenaires, une offre de services efficiente et coordonnée au bénéfice des usagers et de leur entourage. Il s'agissait d'un dispositif autonome, à gouvernance interne forte, dédiée à la coordination de l'ensemble d'un réseau d'acteurs visant à garantir la continuité et la globalité des soins et des services à la clientèle cible. L'équipe de coordination avait pour mission de réguler un système d'actions complexes aux portes d'entrées multiples et de fluidifier les liens entre les différentes lignes et gammes de services. La mise en œuvre de ces stratégies d'intégration était pilotée par une équipe de coordination spécialisée dans le domaine des réseaux en santé mentale et dédiée entièrement à cette responsabilité. Elle se composait d'un psychiatre assurant la direction médicale du réseau, d'une infirmière coordinatrice spécialisée en santé mentale, d'un médecin responsable du système d'information, d'une assistante de coordination ainsi que de trois ressources rares dans un dispositif de soins ; à savoir, un ingénieur des réseaux de santé, une chargée de communication et un directeur administratif et financier.

Les moyens d'action de P1 consistaient en l'amélioration des compétences des professionnels par la diffusion des recommandations professionnelles, la formation médicale continue et la constitution d'une communauté d'acteurs permettant de favoriser le recrutement de usagers à risque. La coordination médicale de P1 organisait des réunions de concertation pluridisciplinaires visant à assurer le suivi actif des usagers (via un système d'information spécifique) et de limiter les perdus de vue.

D'autres actions ont été proposées : entretiens personnalisés au cabinet du médecin généraliste menés par l'infirmière coordinatrice visant à diffuser les recommandations professionnelles, consultations conjointes, formations croisées dans le domaine des usagers ayant une double problématique de schizophrénie et d'addictions. Ces plans d'actions ont fait l'objet d'une évaluation interne continue (tableaux de bords quantitatifs et qualitatifs) et d'évaluations externes associées à une démarche qualité inspirée de l'European Foundation for Quality Management. (EFQM)

Tableau 9: Besoins spécifiques sur Paris (synthèse de l'auteur)

Population	Effectifs Paris	Sources
Population totale	2 274 880	source : INSEE 2011
Nombre de troubles bipolaires attendus en population générale (tous âges)	32 000	prévalence 1,5% : source DGS 2005
Nombre de schizophrènes attendus en population générale (tous âges)	28 000	prévalence 1,3% : source OMS
Population des 15-19 ans (6.1%)	138 768	source : INSEE 2011
Population des 20-24 ans (5.9%)	134 218	source : INSEE 2011
Population des 15-19 ans souffrant de troubles psychiques : 1 sur 8	17 346	source : INSERM 2001
Population des 20-24 ans souffrant de troubles psychiques : 1 sur 5	26 844	source : DGS 2003
Population des 15-24 ans souffrant de troubles psychiques	44 190	sources : INSERM 2001 + DGS 2003
Jeunes adultes susceptibles de bénéficier du SAMSAH-Prépsy		
Jeunes adultes de 20 à 29 ans répondant aux critères d'admission du service à Paris	5744	sources : INSEE 2011, OMS, INSERM 2001

L'identification des usagers susceptibles de bénéficier de P1 ne peut être fondée sur un dépistage de masse de la schizophrénie, du fait du risque de faux positifs, de stigmatisation et du faible degré de collaboration des acteurs de terrain pour assurer un suivi coordonné des usagers en aval du dépistage. C'est dans ce contexte que P1 a proposé un accompagnement individuel des usagers à risque de développer une schizophrénie en assurant un suivi individuel de l'évolution des troubles ; les soins restant administrés par les professionnels de santé. Le programme s'appuie sur la détection de signes précoces par des professionnels de santé (généralistes et spécialistes) mais aussi par des non-professionnels, tels que la famille, l'entourage, les enseignants, les conseillers d'éducation ou les assistantes sociales par exemple. La mise en œuvre du programme repose en très grande partie sur la

capacité de ces différents partenaires à repérer, puis à signaler à P1 les cas pour lesquels une évaluation et/ou un suivi du risque de schizophrénie pourrait être envisagé. Sur un simple appel téléphonique, P1 coordonne alors l'intervention des différents professionnels autour de l'utilisateur et de sa famille, en facilitant l'accès aux soins (prise de rendez-vous, accompagnement par une infirmière réseau, surveillance du traitement, respect des rendez-vous...)

La constitution d'une communauté d'acteurs autour de l'utilisateur a contribué à construire un socle de compétences consolidant, par réciprocité, l'action de chacun des partenaires. La forte mobilisation des professionnels libéraux (40 professionnels formés chaque mois) témoignait de l'intérêt des formations proposées, notamment en partenariat avec la Faculté de Médecine de l'Université René Descartes (Diplôme Universitaire de médecine générale, stages de formation de psychologues cliniciens au réseau Prépsy), de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Seine St Denis (400 élèves infirmières formées en 2004 et 2005). Ce maillage favorisait, dans un souci permanent de cohérence des interventions, la continuité du suivi et diminue l'isolement et les risques de ré-hospitalisation. Il ne s'agit pas là d'une simple juxtaposition de pratiques mais bien d'un programme d'accompagnement global, de prévention des risques, de suivi actif, d'éducation à la santé et d'évaluation du handicap et de la qualité de vie. L'acceptabilité de P1 ayant été facilitée par les associations d'utilisateurs et de familles partenaires (notamment UNAFAM, FNAP-Psy, France Dépression, Schizo'Oui).

Dès 2006, à partir des résultats de plusieurs enquêtes de satisfaction réalisées auprès des utilisateurs, P1 a souhaité compléter à son offre de service par un programme d'accompagnement à la vie sociale spécifique. C'est pourquoi, après avoir fonctionné pendant près de neuf ans, P1 a franchi en 2009 une étape décisive en valorisant son savoir-faire par le dépôt d'une demande d'agrément de Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. Ce dossier a été élaboré en concertation régulière avec les services de la Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé du département de Paris et les associations d'utilisateurs ; sous la co-tutelle de l'ARS Ile de France et de la MDPH de Paris. La cotutelle Conseil Général / ARS permettant de garantir, contrairement au fragile statut de P1, un fonctionnement contractuel pérenne d'établissement médico-social pour 15 ans.

Cette approche a permis à P1 de cartographier (figure 8) les multiples partenaires utiles à l'organisation du réseau. Leur nombre est variable d'un cas à l'autre et peut être d'emblée important pour les cas complexes, en particuliers les cas où de nombreuses tentatives d'actions ont successivement été mises en place de façon non coordonnée. Cette action de cartographie est un préalable à l'admission de l'utilisateur dans le dispositif, selon un processus à entrées multiples explicité dans la figure 9. Elle permet en particulier de faciliter la mise en place des réunions de concertation pluri-disciplinaires (RCP) indispensables à la synchronisation des actions des acteurs préalable à un suivi longitudinal adapté.

Figure 8: L'utilisateur au centre d'un dispositif complexe

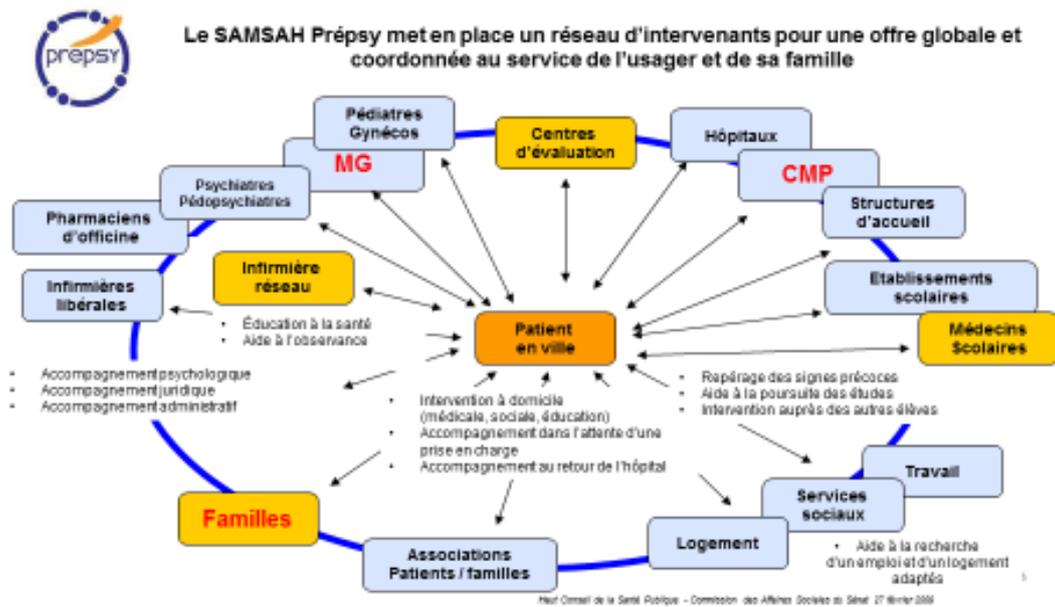
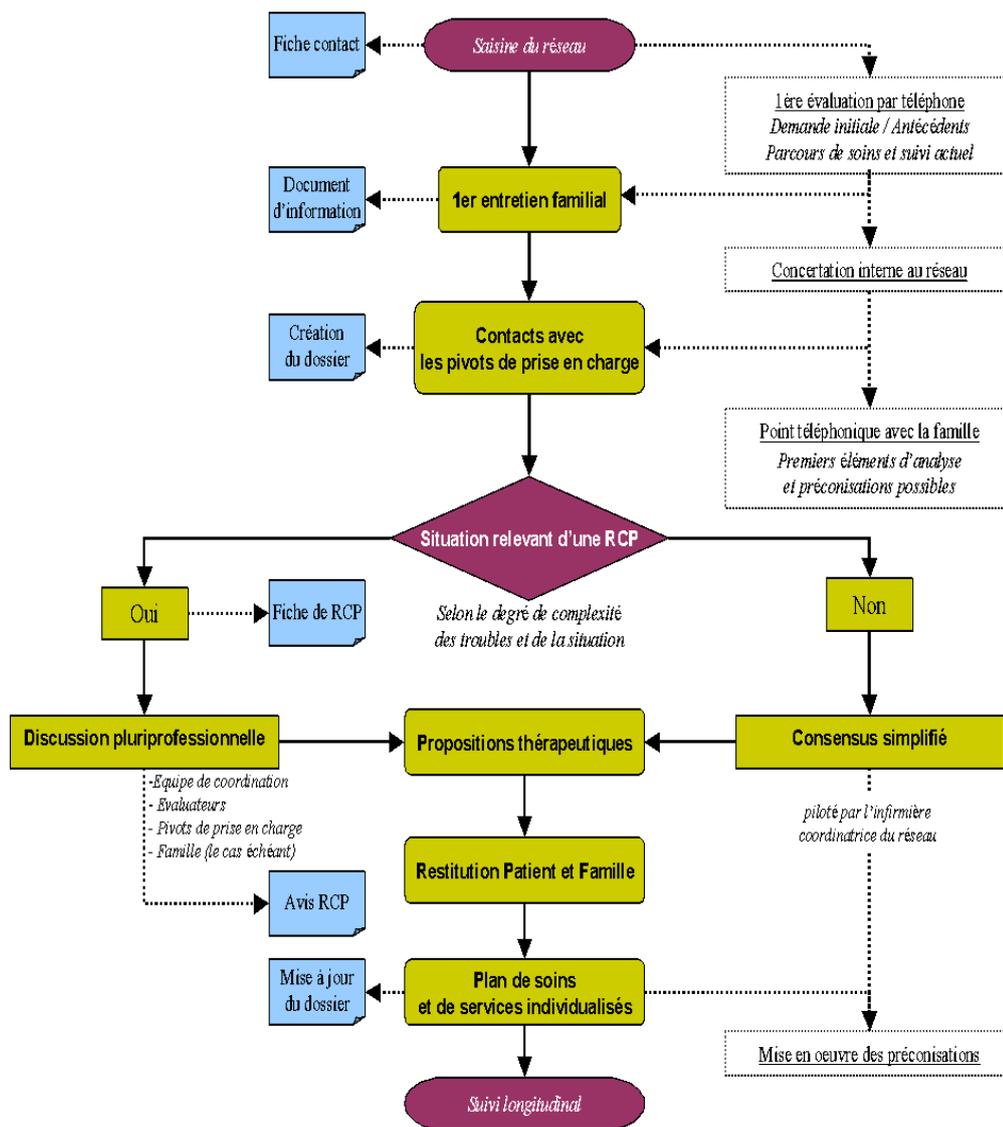


Figure 9 : Protocole d'admission et de concertation du réseau Prépsy



*RCP : Réunion de Concertation Pluri-professionnelle

3.2.2 De P1 à P2 ; une hybridation progressive et nécessaire :

La nécessité de développer des partenariats actifs et de créer des articulations efficaces dans le champ de la santé mentale est à la base de l'émergence de Prépsy. Dans ce contexte, Gozlan et Acef (2007) ont décrit P1, basé sur la coordination et la collaboration interprofessionnelle, mis en place avec succès par une approche bottom-up inspirée des modèles de réseaux intégrés de service développés par Fleury (2006). Selon ces auteurs, cette organisation a permis de mieux répondre aux attentes des usagers et des professionnels, considérés à part égale comme des « clients » du système. Ils soulignent qu'un temps minimal a été nécessaire à sa mise en place et que le changement n'a pu se faire que dans la durée.

La perspective de transformer P1 en un SAMSAH « handicap psychique » a nécessité la mutation de ses grilles de lecture orientées vers la coordination médicale vers celles de l'intégration des services. Paradoxalement, l'arrêt du financement P1 a facilité, malgré la mise en péril financière de l'association porteuse, cette mutation et des changements paradigmatiques à marche forcée ; en particulier l'apprentissage des modèles théoriques managériaux indispensables à la réussite du projet.

P2 constitue l'évolution naturelle du dispositif de coordination P1. Sa philosophie vise le rétablissement par la restauration de l'autonomie et de l'insertion sociale des adultes jeunes en situation de handicap psychique. Elle s'inscrit dans un objectif global d'accompagnement dans l'exercice de leur citoyenneté et dans la mise en œuvre de leurs droits et de leurs obligations. C'est pourquoi P2 ne correspond pas stricto sensu aux catégories d'organisations telles que définies par Mintzberg (1979, 1989) mais plutôt à un hybride inspiré des adhocraties, des organisations missionnaires et des bureaucraties professionnelles qui pour se coordonner au sens de Mintzberg (1979, 1989), ont dû mettre en place de manière cohérente des capacités d'ajustements mutuels, de valeurs, de qualifications et de procédures. Considéré comme un agencement organisationnel au sens de Girin (1995), compte tenu de la complexité de son organisation ; P2 tente d'identifier les différentes demandes des partenaires issues de l'expérience de P1 ; en particulier des tutelles, en s'appuyant, comme le recommande Moisdon (2008) pour faire face aux difficultés structurelles, sur l'importance des pratiques informelles d'ajustement mutuel précédemment développées. En effet, la dispersion des interlocuteurs, de leurs réglementations voire de leurs calendriers quand il s'agit des financeurs (ARS, Conseil Régionaux, Conseils Généraux, Assurance Maladie, fondations...), contribue à ajouter à la complexité de l'objet à traiter une complexité administrative impactant en retour le développement du projet.

Au regard de la littérature scientifique sur les réseaux, la récente configuration de P2 peut être assimilée à une « firme pivot », ce qui n'était pas le cas de façon aussi nette dans le dispositif initial. Il y existe ainsi des compétences-clés qui sont intégrées et des compétences externes en réseau, voire en « méta-réseau ». En effet, les partenaires de P2 sont susceptibles de mettre en relation leurs usagers avec des acteurs de leurs propres réseaux informels. P2, s'est développé selon des protocoles cliniques et organisationnels validés par les experts avec lesquels il collabore. Il s'est engagé à mettre son équipe et son savoir-faire au service des projets de santé mentale au niveau régional, par le biais de partenariats avec d'autres SAMSAH, d'autres SAVS ou institutions travaillant sur le même thème, afin que son programme puisse être dupliqué sur d'autres territoires de santé, répondant ainsi à la demande des

partenaires institutionnels, sanitaires, médico-sociaux et des usagers. Son intégration clinique et institutionnelle dans l'environnement s'appuie sur un certain nombre d'outils conventionnels et techniques que nous décrirons plus loin. Ici, la participation des professionnels de l'action sociale est bien plus centrale que dans P1. Ainsi, leur intégration au sein de P2 a eu pour effet de placer au centre du projet individuel, des actions habituellement considérées comme périphériques au sens de Crémadez (2004).

P2 s'est développé comme une agence de services intégrés fonctionnant, sur le mode du case management, dans un environnement particulièrement complexe, formé des usagers, des professionnels de santé, des financeurs mais aussi de tous les intervenants concernés par le développement du service. Pour suivre la description de Crémadez (2004) nous pourrions les regrouper en clients, fournisseurs ou parties prenantes et observer leurs besoins et leurs réticences. Les usagers sont les clients. Ils sont destinataires des services offerts par P2. Ils souffrent de troubles psychiques émergents de type schizophréniques et sont en attente de soulagement des symptômes associés (anxiété, dépression, hallucinations...). Eux même ou leurs proches sont à la recherche d'avis et de conseils. Certains souhaitent participer activement à leur programme de soins, d'autres sont handicapés par leurs troubles. Les effets de la maladie, en particulier les troubles cognitifs, mais aussi les effets secondaires de certains traitements contribuant à augmenter leur isolement social voire leur stigmatisation. Pour leur part, les professionnels de la santé ou du médico-social peuvent être assimilés à des fournisseurs. Ils ont une expertise dans le diagnostic, le traitement, la prise en charge ou l'accompagnement social de ce type de cas. Ils sont reliés entre eux par des réseaux formels ou informels et liés aux instances et tutelles dont ils dépendent. D'autres parties prenantes participent au développement P2 comme les médecins généralistes ou hospitaliers, les familles ou les associations d'usagers. Ces groupes d'acteurs sont en fait particulièrement interdépendants, tout en étant méfiants les uns des autres du fait de préjugés ou de positions concurrentielles, ce qui nécessite pour P2 un effort supplémentaire pour élaborer avec ces différents acteurs des actions complexes alliant offre de soins, offre de services et coordination. C'est pourquoi, la meilleure façon d'apaiser, voire de prévenir ces tensions au bénéfice des usagers est d'anticiper, et d'analyser ces différents paramètres en ayant une connaissance dynamique approfondie de ces interactions. L'équipe, elle-même, vient d'horizons et de formations différentes. La représentation de ses missions et de ses attentes en termes professionnels conditionne l'attitude de chacun de ses membres dans son rôle de case manager. Certains sont issus du milieu médical ou paramédical et d'autres du monde de l'ergonomie ou de l'administration. Dans certains cas il s'agit de professionnels à double fonction, comme: médecin/manager, infirmière/psychologue, médecin/informaticien. Pour un usager donné, c'est donc la recherche de l'interface la plus efficiente entre les différentes parties prenantes qui prédit la réussite de la prise en charge globale. Mais, en cas de tension sur un de ces axes, soit l'utilisateur se sentira incompris ou rejeté, soit le médecin généraliste ou le psychiatre hospitalier se sentira dépossédé de «son» patient. Ces différents objectifs peuvent se trouver, plus qu'en synergie, en opposition de phase voire en compétition dans certaines circonstances. Lorsque c'est le cas, P2 se trouve en tension et doit résoudre, le plus souvent très rapidement, des situations de blocage liées soit à l'utilisateur soit à l'administration soit au système de santé. Pour cela, P2 est attentif aux difficultés de communication entre les différentes parties prenantes ; en particulier autour de l'effet écologique de l'implantation d'un service innovant dans un environnement fonctionnant de longue date sur des modalités d'équilibre complexes mais soudées paradoxalement par leurs inerties institutionnelles respectives.

Figure 10: Représentation graphique du management de l'innovation de P2 dans son écosystème

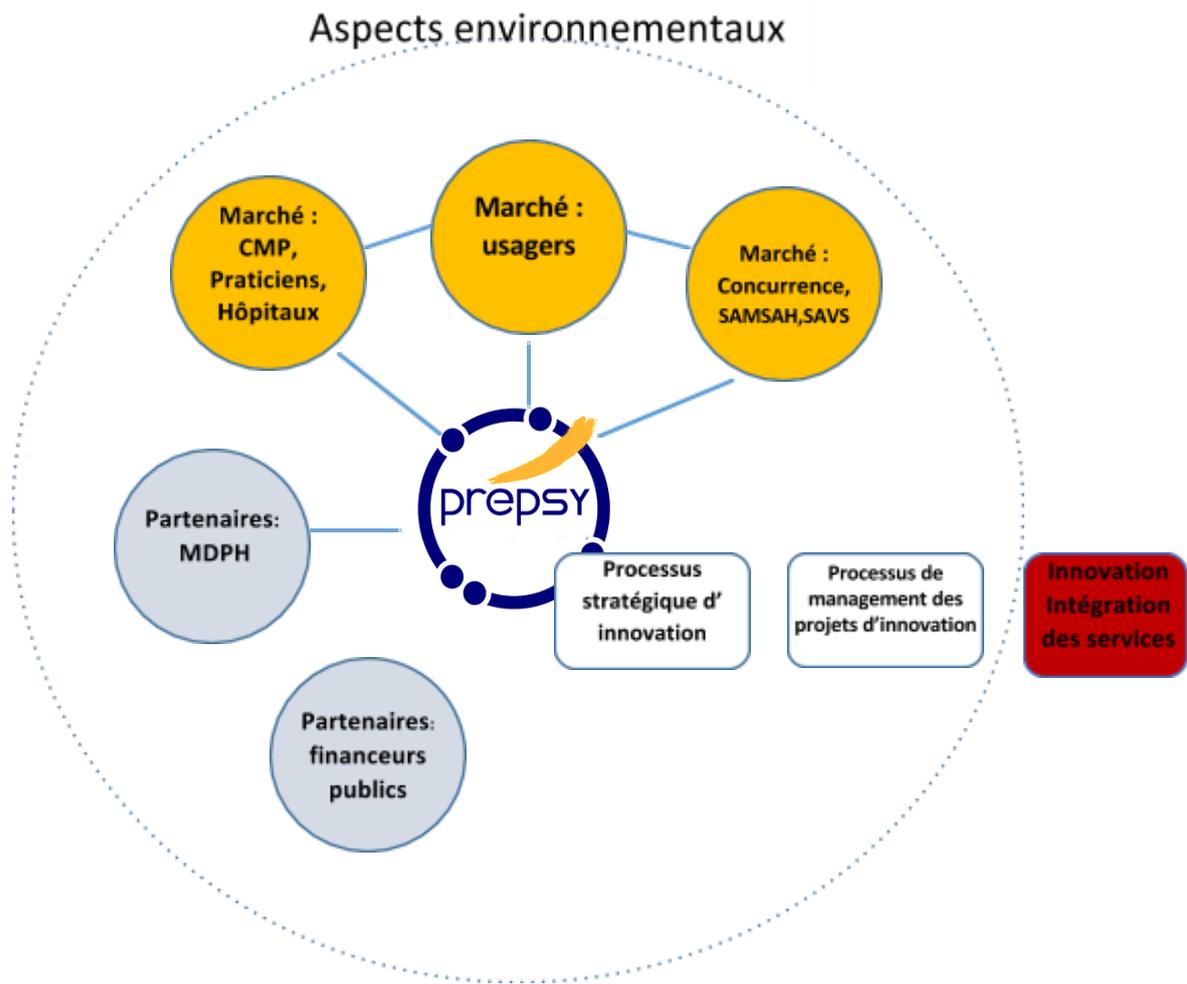
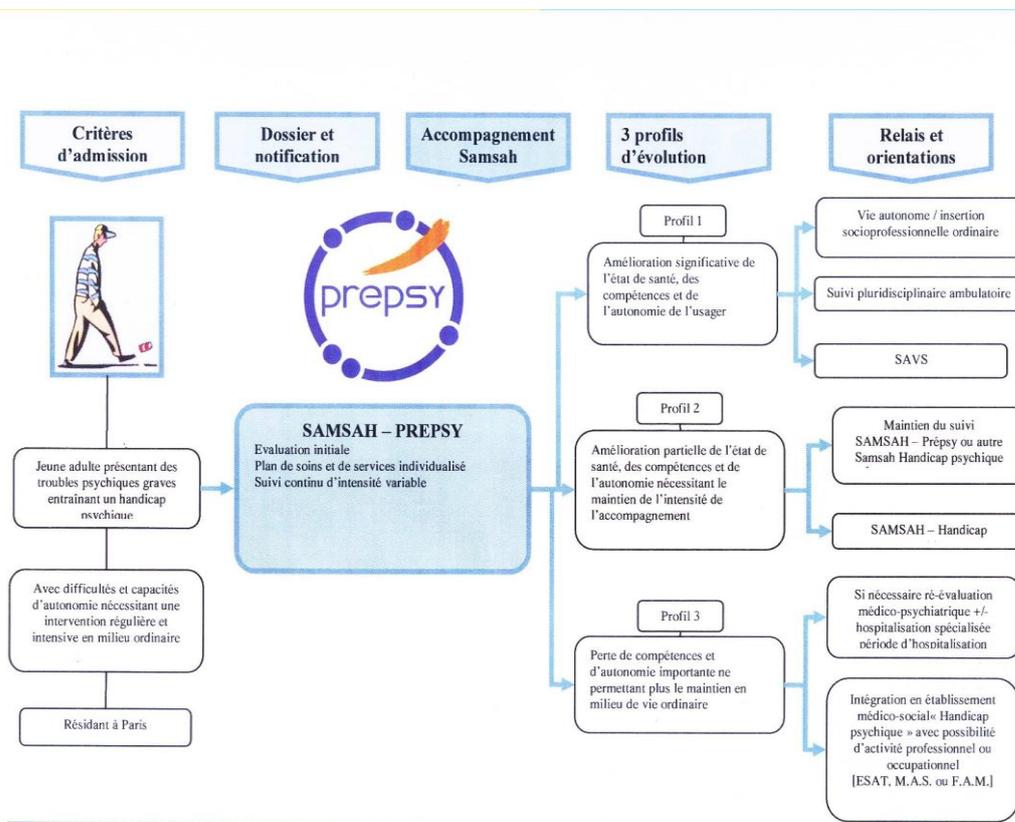


Figure 11 : Protocole d'admission d'un nouvel usager au SAMSAH Prépsy



3.3 : P2, Une organisation hybride entre firme pivot et réseau intégré de services :

Un travail de repérage et d'ajustement mutuel pour bien accueillir les usagers en fonction de leur situation

La première étape a consisté en la réalisation d'un recensement des structures et acteurs impliqués dans la prise en charge des usagers souffrants de troubles psychiques sur le territoire de Paris. Il a fallu dénombrer les structures, les lieux de diagnostic, de coordination, de soins et d'hébergement ou d'aide aux aidants. L'objectif étant de valoriser de l'expérience P1 en l'étendant à la théorie de l'intégration des services. Ce mode de fonctionnement, ajustement mutuel et procédures communes mais relativement légères, invite à classer P2 dans la catégorie des adhocraties. En effet, nous sommes en face d'un contexte d'environnements caractérisé par la complexité et l'instabilité, où sont mobilisées des compétences pluridisciplinaires, spécialisées et transversales, pour mener à bien des missions précises et notamment la résolution de problèmes liés aux besoins des usagers dans un souci de recherche d'efficacité. Mais on peut aussi considérer qu'il relève de la catégorie des organisations

missionnaires, quand on observe qu'un certain nombre des professionnels qui y sont associés, travaillent avec un investissement personnel très important alors que leur statut est précaire. De plus, le nombre important de dossiers à traiter par les différents partenaires de P2 peut amener à penser qu'une partie de l'activité relève de la catégorie des organisations mécanistes, qui nécessitent entre autre un système d'information efficient. Enfin, certains partenaires professionnels comme les hôpitaux peuvent ajouter une composante de bureaucratie professionnelle nécessitant une connaissance actualisée de leurs modes de fonctionnement ou de leur savoir-faire.

3.3.1 Intégration des emplois clés et case management dans P2 :

L'équipe de coordination de P2 a pour mission de réguler un système d'actions complexes aux portes d'entrées multiples et de fluidifier les liens entre les différentes lignes et gammes de services. Son intervention multiaxiale est subordonnée à l'amélioration permanente d'un socle commun de connaissances et d'expertise élevée des emplois-clés.

Dans la pratique habituelle, les usagers souffrant de troubles psychiques émergents sont confrontés à une succession de prises en charges différentes en modalités et en lieux. Ils sont souvent d'abord reçus dans un service d'urgence puis transférés dans des unités de soins voire dans des unités spécialisées d'hospitalisation ; sans consentement le cas échéant. Ces phases successives s'accompagnent d'un risque de ruptures de parcours, d'incompréhension, voire de perte de confiance dans le système de soins psychiatrique. C'est pourquoi une approche intégrée, facilitée par l'intervention précoce d'un case manager, permet une graduation des interventions favorisant la continuité des actions médico-sociales et un engagement en confiance pour l'utilisateur. En effet, certains usagers ont une hygiène de vie perturbée incompatible avec la reprise d'étude ou d'un emploi, c'est pourquoi une intervention quotidienne contribue à retrouver un rythme de vie socialement acceptable lui permettant de s'inscrire à nouveau dans des activités sources de restauration de son image sociale. L'accompagnement individualisé consiste en un travail en équipe, dont l'utilisateur est un des membres, dans le respect de ses attentes, en vue de l'aider à atteindre ses propres buts dans les domaines du logement, du maintien dans la collectivité, des relations sociales, du travail, de l'éducation, de la gestion des symptômes, des éléments stressants de la vie et de sa capacité à agir en faveur de son rétablissement personnel dans son environnement, d'une façon qui lui procure de la satisfaction et du bien-être et qui contribue à soutenir son entourage. Il s'agit pour P2 de faciliter leur vie quotidienne tout en soutenant leur entourage ; souvent lui-même en grandes difficultés face à des troubles psychiques émergents qui lui sont inconnus. Son action vise à limiter l'impact bio-psycho-social de la maladie mais aussi à prévenir et diminuer le recours aux hospitalisations, en déployant des plans de soins en collaboration avec les partenaires via le travail de réseau et de coordination. L'enjeu étant, au-delà de la gestion de la maladie et de ses conséquences, de favoriser une continuité préventive des soins et l'accessibilité aux différents intervenants afin de limiter les décompensations fortuites, les ré-hospitalisations, la durée moyenne des séjours et de le maintenir dans son milieu de vie naturel.

L'intégration du case management dans P2 constitue la base d'une nouvelle pratique de promotion de la santé mentale au service des jeunes usagers atteints de schizophrénie avec risque de handicap psychique. L'engagement du case manager dès les premiers contacts est un critère majeur de la réussite

de la prise en charge. Il doit être présent tout au long du suivi ; auprès de l'utilisateur, de sa famille, des intervenants hospitaliers ou des praticiens libéraux. Dans ce contexte, le case manager a un rôle de représentant actif de l'utilisateur visant à limiter l'impact de la maladie dans les phases aiguës ou de rémission. Il peut contacter le lycée, l'université, l'employeur ou faciliter l'accès aux services sociaux par exemple. Ses objectifs prioritaires sont orientés vers le rétablissement et la prévention des rechutes. Dans ce but, il peut intervenir personnellement ou déléguer d'autres membres de l'équipe de P2, de manière intensive dans la phase aiguë, puis ajuster ses interventions dans les phases de récupération. De plus, afin d'encourager l'idée de rétablissement à venir, l'arrêt de son action doit être programmée dès la phase d'engagement pour permettre le retour vers des intervenants naturels comme le médecin généraliste ou le psychiatre libéral. Il s'agit également d'accompagner à l'arrêt progressif de la prise de toxiques qui pourraient interférer avec les capacités attentionnelles et d'agir au niveau de la réduction des risques par l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé.

Le case manager est choisi, de telle sorte que ses compétences soient en adéquation avec les besoins prioritaires de l'utilisateur. Il réalise la collecte des informations utiles au plan d'intervention individualisé et décrit les objectifs à court et moyen terme, les approches et les interventions requises pour atteindre ces objectifs. Il désigne les intervenants internes et externes de chaque composante du plan et définit ses modalités d'évaluation ; en sachant que ce plan couvre toujours, au minimum, la réduction des symptômes et la limitation des conséquences de la pathologie dans la vie quotidienne, le logement, l'organisation du temps, l'emploi, le social et les relations avec les associations du secteur du logement et de l'insertion sociale et professionnelle, l'éducation, la scolarité et la charge des aidants. Les services fournis s'appuient sur une démarche fondée sur les données probantes afin d'offrir un éventail de services considérés comme les plus bénéfiques. Ils sont complémentaires de l'offre hospitalière et ambulatoire et axés vers la prévention des risques et la réhabilitation psycho-sociale.

Le case manager identifie et implique le mieux possible la pluralité des partenaires potentiels quand bien même leur degré de spécialisation en santé mentale peut sembler faible a priori. Toutefois, afin de conserver des délais raisonnables d'intervention en fonction du degré d'urgence et la capacité de l'utilisateur et de son entourage à participer au programme P2, il peut être amené à pondérer la mise en œuvre de ce principe de subsidiarité de l'action. La modularité du suivi coordonné permet par ce fait de franchir un pas supplémentaire dans la complexité de l'action dictée par l'instabilité des troubles et de ses multiples évolutions. Le dispositif de coordination autour de l'utilisateur est alors confronté à une double contrainte : être suffisamment dense et structuré pour garantir la stabilité du suivi et être suffisamment malléable et modulaire pour s'adapter aux évolutions dans le parcours de santé de l'utilisateur. Cela conduit à une vision modulaire de la coordination, dans laquelle P2 intervient à tel ou tel moment du parcours de santé de l'utilisateur, comme un module d'une organisation complexe et globale de la prise en charge au long cours ; constituant le pivot de prise en charge, intervenant tout au long du parcours de soins et de services alors que dans le même temps, d'autres professionnels peuvent être mobilisés si nécessaire.

En fonction des besoins identifiés et du service à rendre, le case manager de P2 peut être amené à répondre à quatre situations complexes :

- l'utilisateur ou son entourage ont la capacité à répondre aux problèmes rencontrés au quotidien : il évalue les bénéfices/risques, soutient les compétences de l'utilisateur et mobilise son réseau de professionnels
- l'utilisateur ou son entourage n'ont pas la capacité à répondre aux problèmes rencontrés mais un intervenant compétent existe : il l'identifie, le mobilise, l'inclut dans le réseau de professionnels
- l'utilisateur ou son entourage n'a pas d'intervenant compétent mais un professionnel pourrait acquérir un savoir-faire : il l'identifie, le forme ou lui permet d'acquérir la compétence et l'inclut dans le réseau de professionnels
- l'utilisateur ou son entourage n'a pas d'intervenant compétent, ni de professionnel potentiel : il intervient directement tout en recherchant des ressources externes pouvant garantir la continuité du service à long terme.

La charge de travail d'un case manager de P2 est de 10 à 12 usagers ; elle est épaulée par l'utilisation de bases de données et d'un Système d'Information et de logiciels spécifiques permettant de visualiser la chronologie du suivi actif et de planifier les évaluations ainsi que toutes les actions programmées. Pour cela, P2 a mis en place des outils tels que le monitoring des actions, le RADAR ou la « marguerite ». L'objectif étant de faire coïncider les besoins évalués et les actions effectivement mises en place. C'est pourquoi, dans un premier temps, des visites à domicile (VAD) régulières sont organisées afin de réaliser une évaluation neuro-fonctionnelle dans la vie courante. Parallèlement, une veille est mise en place afin de s'assurer de la régularité du suivi chez le psychiatre, le généraliste ou chez les différents spécialistes. Dans tous les cas, l'utilisateur est encouragé à rester acteur des différentes démarches effectuées au quotidien dans le cadre de son projet et sa famille y est associée. Le plan peut être révisé et les objectifs réajustés chaque fois que survient un changement important. Les stratégies de prise en charge intégratives et flexibles de P2 s'adaptent au niveau de soutien nécessaire pour maintenir l'utilisateur vulnérable au cœur du dispositif et dans son environnement naturel. De plus, si dans certaines circonstances les visites au domicile peuvent être mal vécues par les usagers du fait d'une altération de leur symptomatologie, P2 utilise régulièrement le téléphone, les SMS, les courriels, Skype ou les réseaux sociaux pour maintenir le contact.

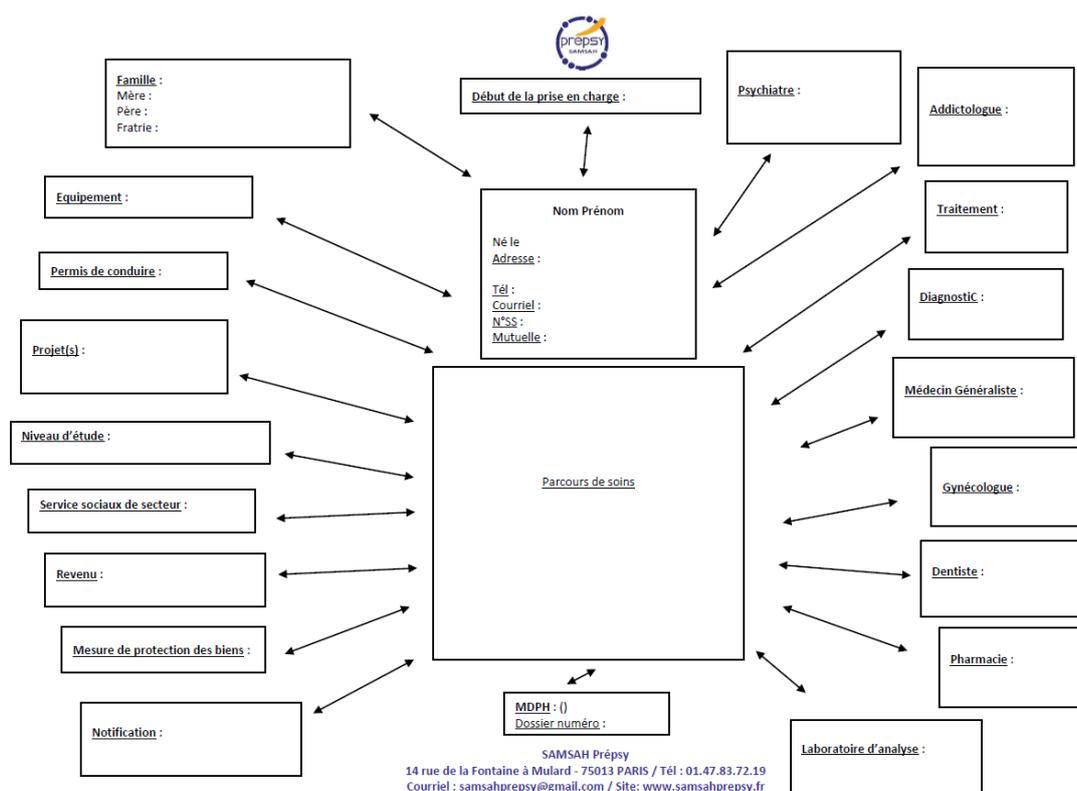
Tableau 10 : Objectifs du case manager de P2 (synthèse de l'auteur)

- Décrire les besoins de santé globale via l'analyse des capacités neuro-fonctionnelles
- Définir un plan d'aide et de services individualisé et ses modalités de suivi et d'évaluation régulière
- Définir les interventions requises et leurs fréquences à court et moyen terme
- Spécifier les intervenants internes et externes de chaque composante du plan
- Installer un suivi actif et coordonné d'intensité variable
- Accéder aux droits sociaux en lien permanent avec les MDPH
- Maintenir ou restaurer les liens sociaux, scolaires et/ou professionnels
- Favoriser l'auto-détermination en vue du rétablissement
- Informer les aidants familiaux par la psycho-éducation
- Favoriser l'adhésion aux associations d'utilisateurs

La performance de P2 est liée à la densité des contacts du case manager avec son réseau de professionnels intervenants sur un même dossier. Elle est liée à l'écologie du réseau, à sa visibilité, à sa crédibilité et à la richesse de son CRM (Customer Relationship Management). Le case manager maintient et entretient régulièrement des contacts avec ses correspondants à l'occasion de rencontres professionnelles physiques, au téléphone ou par Internet, afin de pouvoir les activer à tout moment. Par son action, il introduit, dans le dispositif de psychiatrie conventionnel, une dimension supplémentaire assimilable à une vieille médico-sociale au bénéfice de l'utilisateur mais aussi du système de santé. Ces contacts sont visualisés dans une marguerite présentée en figure n° 11.

Figure 12: Un outil pour le case manager de Prépsy : la « marguerite de coordination »

(source : Prépsy)



Plus particulièrement, P2, rend des comptes à ses financeurs par le biais de rapports d'activité annuels et/ou d'audits et ce, dans un contexte financier contraint. Cette situation place P2 dans une position intermédiaire, entre les usagers et les tutelles, à qui elle offre deux types de services ; des soins et de l'accompagnement d'un côté, des résultats d'activité de l'autre. Le case management permettant d'offrir à ces deux « clients » une offre de service de qualité respectueuse de l'utilisation des subventions publiques.

Figure 14 : P1 avait identifié les partenaires autour de l'utilisateur pour les mettre en réseau

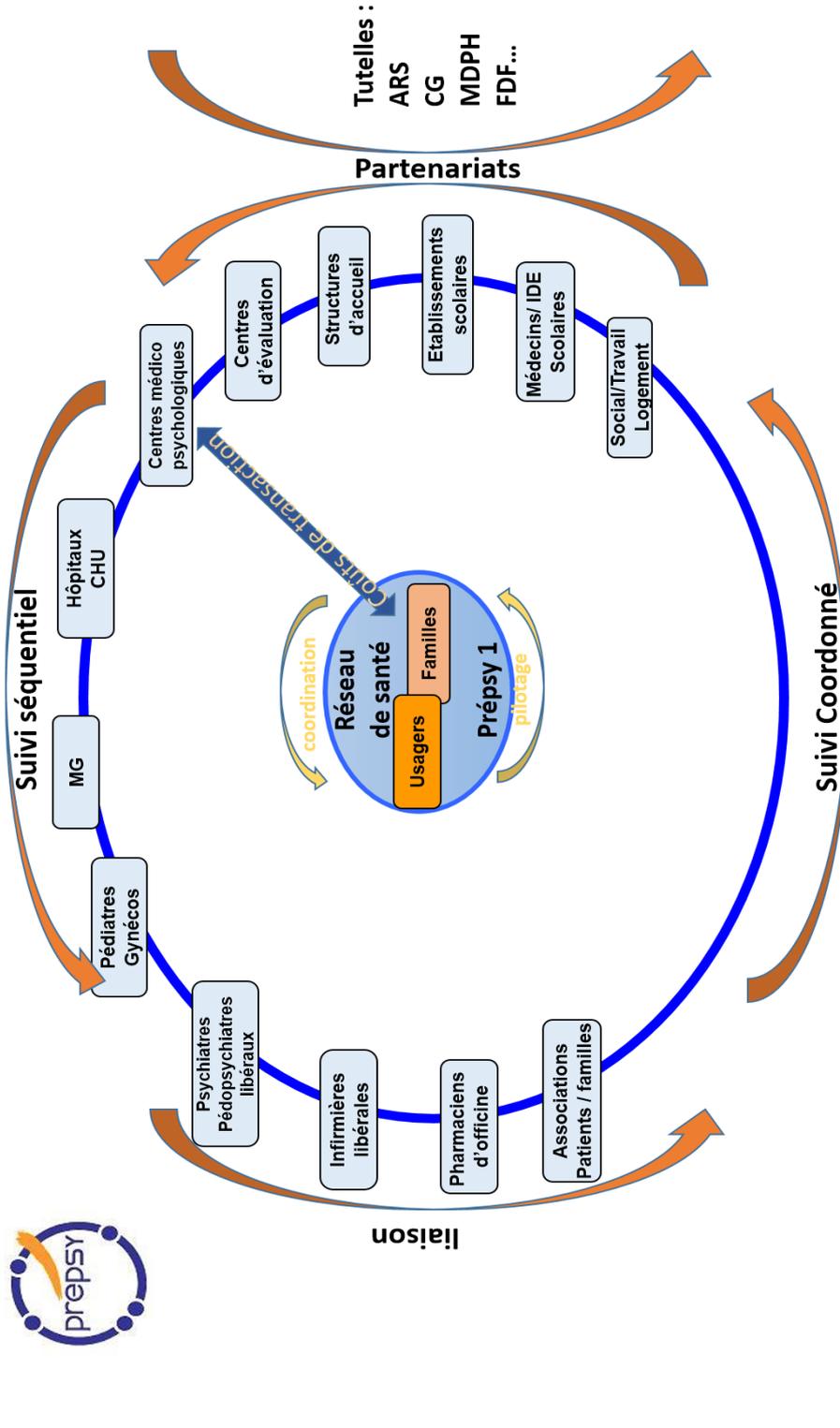
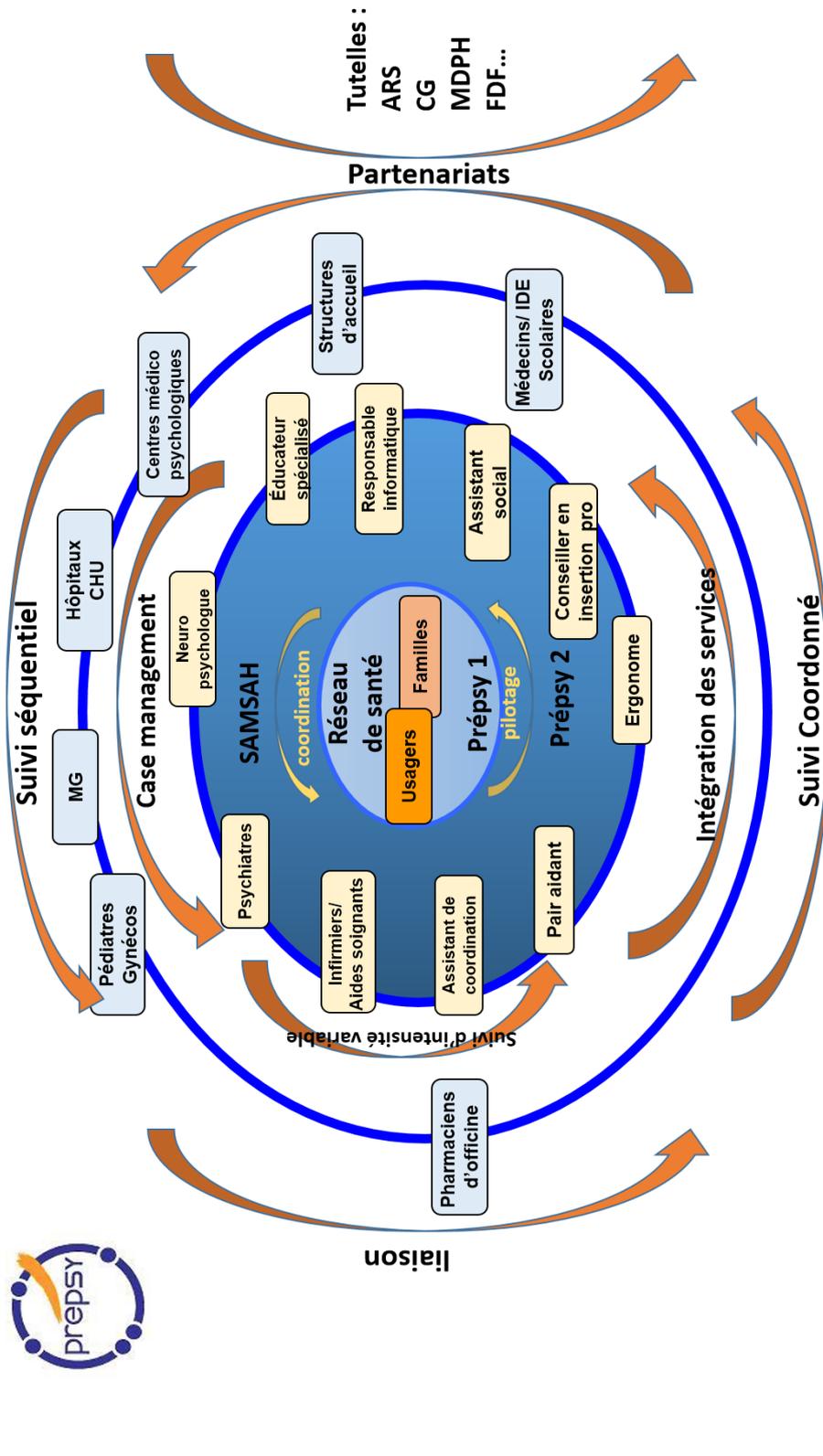


Figure 15 : puis intégrer les services dans P2 pour réduire les coûts de transaction



Chaque admission est subordonnée à une notification d'orientation de la MDPH vers P2. A chaque étape du plan d'intervention personnalisé, la famille peut solliciter le service et une action de l'équipe peut s'avérer nécessaire pour rétablir le contact et/ou résoudre des situations problématiques de conflit ou de refus de soins. L'accueil fait l'objet d'une attention particulière, à cette occasion s'établit un premier lien entre l'utilisateur, sa famille ou son représentant légal et le service. Les principaux objectifs du suivi et des conditions de son déroulement sont décrits dans un contrat d'interventions individualisé signé entre le service et le bénéficiaire ou son représentant légal. Si les critères d'admission ne sont pas réunis, si une orientation est préférable ou si la sortie est proposée, ces démarches se font en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Plus particulièrement, la sortie est envisagée si :

- L'utilisateur a atteint les buts qui avaient été fixés en démontrant sa capacité à agir adéquatement dans les différents domaines de sa vie sans avoir besoin d'aide et sans rechute significative à l'arrêt du suivi.
- L'utilisateur quitte le territoire géographique desservi
- L'utilisateur présente une évolution défavorable de son état de santé nécessitant un suivi médical intensif ou une autre orientation
- L'utilisateur interrompt volontairement sa prise en charge ou est perdu de vue

3.3.2 P2 : l'intégration des services au bénéfice de l'évaluation du handicap psychique :

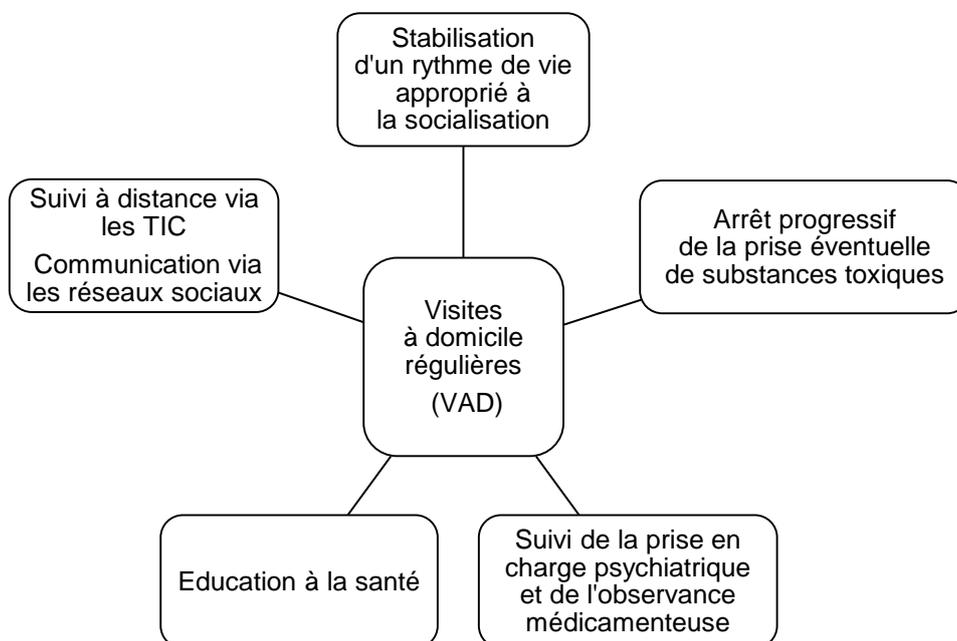
En pratique, lorsqu'un usager est orienté vers P2 la première étape consiste à évaluer globalement ses besoins. Chaque corps de métier qui constitue l'équipe pluridisciplinaire est amené à le rencontrer afin de définir au mieux ses capacités et difficultés et d'y adapter le niveau d'intervention le plus adéquat. Dans ce contexte, l'évaluation des besoins est construite comme un processus dynamique, en adéquation avec les rythmes de l'utilisateur. Il s'agit d'analyser méthodiquement sa vie quotidienne de façon globale et systématique. Ce processus se répartit sur une quarantaine d'heure par l'intervention de tous les professionnels de l'équipe (psychiatre, neuropsychologue, ergonome, assistante sociale, infirmière, aides soignant). Il comporte des temps d'entretiens avec l'utilisateur, sa famille et toutes les personnes de son environnement pouvant être détenteurs d'informations sur ses capacités ou son mode de vie. Elle se base également sur des observations directes et des analyses de l'activité en situations naturelles et portent sur des actions de la vie courantes, des activités de loisirs, sur le rapport au logement et à l'utilisation de l'espace quotidien et de l'environnement. Cette évaluation permet de définir le projet d'accompagnement de la façon la plus adéquate possible et vise à optimiser le temps et les moyens d'interventions. Les besoins mis en lumière peuvent aller au-delà de ce qui est proposé dans l'accompagnement du service et donc entraîner une recherche de prise en charge annexes, via de nouveau partenaire à coordonner. La meilleure connaissance de l'utilisateur peut ainsi être partagée avec les partenaires institutionnels (MDPH, services sociaux...) ou les partenaires relais lors d'une orientation pour la scolarité ou l'emploi par exemple et être utilisé comme un nouvel outil de coordination.

Figure 16: Prestations et services proposés par P2 (d'après Cohen-Pasa, 2014)

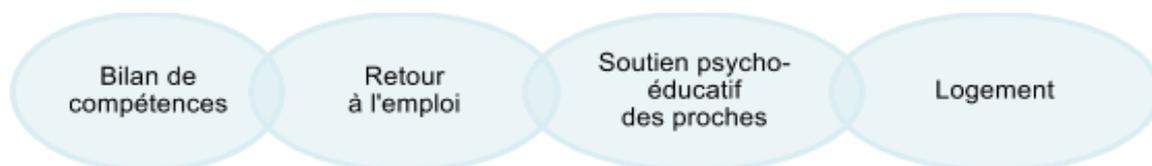
1. Evaluations initiales



2. Elaboration et suivi d'un plan d'intervention individualisé



3. Insertion et participation sociale, élaboration d'un parcours de vie



3.3.3 Les démarches et outils spécifiquement créés par P2 :

Les informations recueillies lors de l'évaluation ont vocation à favoriser les droits des usagers à des prestations ou à des orientations médicosociales en fonction de critères qui doivent être le plus incontestables possible. Leur pertinence est définie par les obligations administratives de la MDPH.

Tableau 11: Composantes de l'évaluation neuro-fonctionnelle de l'utilisateur

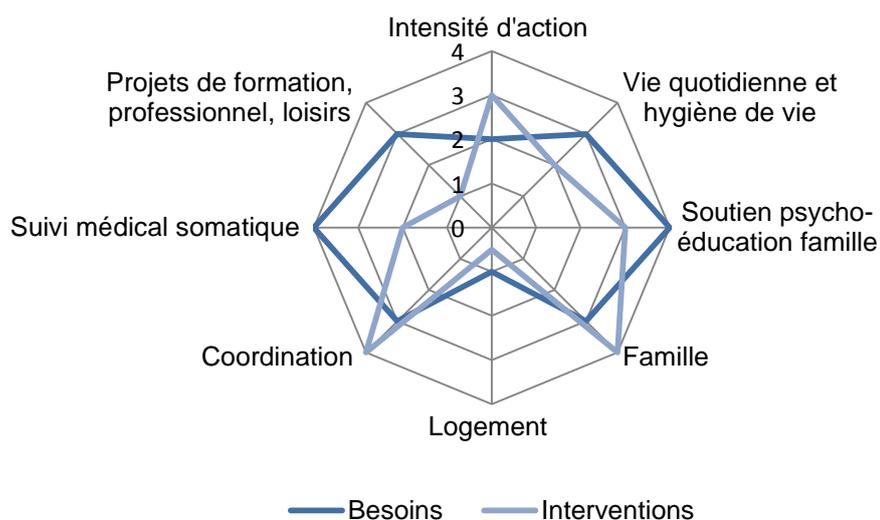
- Evaluation neuropsychologique
- Evaluation ergonomique
- Evaluation médicale
- Evaluation psycho-éducative
- Evaluation sociale
- Evaluation des TIC disponibles dans son environnement et des compétences dans le domaine

Une des difficultés de l'utilisation de ces différentes informations est que chaque professionnel sera plus ou moins à l'aise avec chacune d'entre elles : les médecins seront plus à l'aise avec les informations cliniques et les travailleurs sociaux plus à l'aise avec celles permettant une obtention des droits. Concernant les outils d'évaluation des besoins des usagers, Bloch et al. (2009) ont montré que les outils les plus largement utilisés en France pouvaient être classés en 3 grandes catégories d'outils d'évaluation des situations et des besoins de compensation des usagers en perte d'autonomie., les outils cliniques, les outils d'observation partagée et les outils d'éligibilité. Ils correspondent à des finalités différentes et trouvent chacun leur origine dans des cultures professionnelles différentes. En termes de partage d'information, P2 rencontre une difficulté technique car la plupart de ces outils ne sont toujours pas informatisés et restent inadaptés aux jeunes en situation de handicap psychique. C'est pourquoi l'équipe a développé en interne, un « Radar » visant à identifier ses compétences et ses difficultés.

Dans ce cadre, nous proposons des solutions d'assistance cognitives adaptées afin de faciliter la restauration des situations sociales rendues inaccessibles par les troubles. Cette idée de mise en place de personnes ou d'objets « ressource » dans un environnement capacitant au sens de Falzon (2013) se retrouve dans l'action de P2 avec l'assistance à domicile et se perfectionne par une réflexion autour de l'interaction entre l'utilisateur et son logement avec, par exemple, les technologies de la domotique ou de l'ergonomie de l'habitat que nous décrivons plus loin. P2 utilise quotidiennement un serveur de SMS et de mails pour rappeler les messages importants ou les rendez-vous et met à disposition des usagers non-équipés un parc informatique de prêt facilitant les échanges avec l'équipe ; en particulier par l'utilisation de la visio-conférence si les rencontres physiques ne sont pas possibles du fait d'une aggravation des troubles.

Figure 17: les 9 champs d'évaluation du Radar de P2

Exemple de monitoring des actions : la ligne la plus claire matérialise quantitativement les besoins évalués par l'équipe et recensés par l'ergonome, la ligne bleu foncée matérialise quantitativement les réponses apportées par l'équipe au cours du mois.



Cet outil graphique de monitoring des actions est basé sur l'étude dynamique d'une série de 9 points clés délimitant la globalité du champ de la prise en charge. Il permet une synthèse visuelle de l'évolution des besoins de l'utilisateur et de la réponse de l'équipe en termes d'actions réalisées. Le RADAR sert de fil rouge pour le choix des interventions, leur priorité et leur intensité. Il est utilisé comme base de travail des réunions de concertations biannuelles concernant chaque usager.

3.3.4 Une intégration innovante dans P2 : l'ergonomie de l'habitat pour les usagers en situation de handicap psychique :

Comme l'ont montré Petitjean et Gozlan (2008), l'altération des capacités (motrices, cognitives, sensorielles) liées aux troubles psychiques de la schizophrénie conduit à des situations de rupture et d'enfermement social. Leurs effets produisent des bouleversements au sein des activités de la vie quotidienne en amenant à une situation de handicap définissable du fait de la perte des habilités motrices, techniques et cognitives ; de façon momentanée ou à plus long terme et confortent le handicap. Dans ce contexte, l'action de l'ergonome permet à l'utilisateur d'acquérir une meilleure compréhension de l'espace qui l'entoure. Par son intervention, il tente de redynamiser le quotidien de l'utilisateur en améliorant l'accès aux lieux, aux actions, à l'ensemble de ses milieux sociaux et en facilitant les interactions avec l'espace dans lequel elles s'effectuent. Stickers (2003) explique ce schéma environnemental handicapant en précisant que la situation de handicap ne peut désigner que la liaison entre une déficience et des barrières et la liaison entre des aspects organiques et/ou fonctionnels, relevant au sens large de la santé physique, intellectuelle ou psychique et de ceux émanant d'un contexte. Ce contexte handicapant donne à l'intervention de l'ergonome toute sa pertinence ; il développe des compétences sur des activités non pas en laboratoire mais in situ, mettant en avant une activité dans ce qu'elle a de quotidien. Il porte aussi un regard au plus près de ce que vit l'utilisateur. La situation réelle permet de rendre compte à la fois de l'aspect banal et unique de l'action et d'y déceler des besoins génériques bénéfiques.

Les différents types de recueils de données basées sur l'analyse de l'activité réelle sont des outils de l'ergonomie qui permettent d'apporter des solutions pratiques et adaptées aux besoins de l'utilisateur. Ceci est valorisé en privilégiant une vision de collaboration et d'échange avec l'utilisateur et son réseau d'aidants. Il est donc possible d'imaginer des modalités de préconisation transposable aux différents contextes cliniques et de concevoir des outils adaptables aux diverses situations d'activités. Pour cela un suivi personnalisé permet d'évaluer au mieux ces problématiques et fournir un ensemble de ressources (humaines, techniques) les réduisant. Ces ressources permettent de prolonger les capacités (motrices, cognitives, sensorielles) pour rendre finalement l'activité, le lieu, plus accessible. Par la création et la mise en place d'instruments réutilisables de cognition distribuée l'utilisateur pourra de nouveau avoir accès aux situations sociales rendues inaccessibles par son trouble. Cette idée de mise en place de personne ou d'objet ressource est développée dans P2 avec l'assistance à domicile et se perfectionne au quotidien par un travail autour de l'interaction entre l'utilisateur et son logement avec par exemple les technologies de la domotique.

Un des objectifs de l'analyse de l'activité est de transmettre ces conclusions aux services de la MDPH permettant l'obtention de la prestation de compensation du handicap (PCH) mais c'est aussi celui de l'évaluation l'impact de la maladie sur le rapport à l'environnement spatial qu'il s'agisse du logement ou des déplacements quotidiens de l'utilisateur. Ainsi il est possible d'établir un lien entre le niveau d'activité dans l'environnement quotidien (rayon d'action) et le niveau de handicap. Cette analyse permet d'identifier des routines d'actions renforçant le projet d'accompagnement. C'est dans cette optique que P2 a mis en place une modélisation 3D du logement construite en collaboration avec l'utilisateur décrit dans la figure 15.

Figure 18: Un outil innovant pour la coordination ; l'analyse du rapport à l'espace par la modélisation 3D collaborative du logement

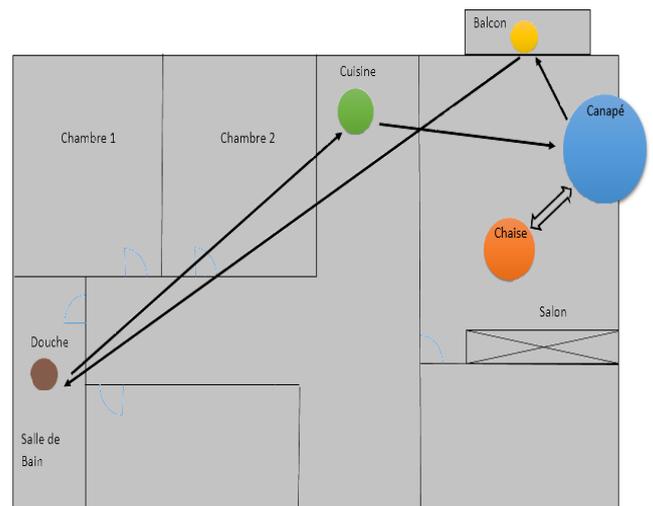


Figure 2 : Chaîne de déplacement et fréquence d'action spatiale

Il a toute son importance dans la prise de conscience des troubles ; à la fois pour l'utilisateur et pour ses proches. En effet, l'altération des capacités cognitives liée à la maladie limite l'utilisateur face aux différents milieux qu'il rencontre et le conduit dans un cercle vicieux de rupture et d'enfermement social qui conforte ce handicap. Les premiers résultats mettent en évidence une meilleure utilisation de son espace de vie l'aidant à mieux s'approprier son projet d'accompagnement. L'extension mesurable de son rayon d'action ou la réduction des temps d'occupation de certaines zones de l'appartement (son lit en priorité) étant particulièrement significatifs. Le recueil de données se réalise donc à partir de la modélisation et se nourrit d'entretiens étudiant les zones d'actions de l'utilisateur (Salon/Cuisine/Salle de bain par exemple), l'identification des activités dans chacune d'elles (dormir, se préparer un repas, manger, se laver regarder la TV etc.), la chronologie et la durée de ces actions (se douche à 10h durant 15min par exemple) et enfin la chaîne de déplacements intra-habitat reprenant la chronologie spatiale des activités. Ce travail collaboratif se nourrit aussi des informations recueillies auprès des parents, fratrie, femme de ménage etc., car la plupart des usagers vivent au domicile parental. Cette démarche a pour conséquence positive pour l'utilisateur une assimilation de son espace de vie l'aidant à s'intégrer dans un projet dynamique global. Ainsi, accompagné par l'équipe de P2, l'utilisateur prend en main son développement dans son logement et intègre des notions d'autonomie et de responsabilité vis-à-vis de celui-ci (empowerment). Dans un second temps, il sera possible d'identifier les situations handicapantes rencontrées et mettre en place des outils permettant une amélioration de ces activités au quotidien. En s'appuyant sur des projets tels que ceux développés par Sablier et al. (2010) pour DOMUS mettant en place une assistance technologique au bénéfice des usagers souffrant de schizophrénie, il est possible d'espérer élargir le rayon d'actions de l'utilisateur de son logement à la cité pour une meilleure insertion dans la société.

3.4 Enseignement et interprétation du cas Prépsy : analyse des résultats obtenus :

Les démarches et outils de P2 sont pour la plupart des créations du directeur et de l'ergonome, permettant de visualiser et de suivre l'évolution des besoins de prise en charge globale des usagers, pour optimiser la coordination des soins et des services. Dans ce contexte, le dispositif structurel de P2 se révèle original et quasiment unique sur le « marché » de la psychiatrie en France. C'est pourquoi, son étude pose la question de son potentiel d'essaimage et de démultiplication. En effet, au 31 décembre 2013, P2 accompagnait 51 usagers, soit 127% de la capacité prévue (Le rapport d'activité ont été placé en annexe pour une meilleure lecture du document).

3.4.1 Obstacles limitant l'obtention de meilleurs résultats :

L'étude du cas Prépsy et de son évolution en deux temps révèlent certains freins, ainsi que des conditions de réussite. Comme nous l'avons rappelé plus haut, l'intervalle entre l'apparition des symptômes psychotiques et le début d'un traitement efficace, est le meilleur prédicteur de l'évolution à long terme de la schizophrénie. Cette période peut durer 3 à 5 ans en moyenne et affecter l'évolution négative de la maladie avec un rétablissement plus lent et moins complet, davantage d'anomalies biologiques ou des rechutes et ré-hospitalisations plus fréquentes. Elle est influencée négativement par

un certain « nihilisme thérapeutique » présent dans la société, mais aussi chez les professionnels qui considèrent, à tort, que les usagers atteints de schizophrénie sont condamnés à devenir des malades chroniques à institutionnaliser ad vitam. Cette croyance erronée pousserait certains cliniciens, peu ou mal informés, à pratiquer une forme de temporisation bienveillante dans le soin et à adopter une attitude défaitiste déculpabilisée ou à adopter une position défensive et dogmatique masquant une méconnaissance de la maladie et de son potentiel de réversibilité. Cette attitude a des conséquences désastreuses sur l'avenir de la santé de l'utilisateur et de sa famille à qui est adressé un message erroné, brutal et dénué d'espoir. Cette situation paradoxale est en parfaite contradiction avec les modèles de type trisomie 21, cancer, Alzheimer ou autisme où la culture de la prévention, du soutien et de l'espoir font partie intégrante du processus de soin.

Les différences de culture et de langage entre le monde de la médecine ambulatoire et le monde hospitalier favorisent des représentations négatives sur les réseaux, leur multiplicité ou leur complexité administrative. Les médecins craignant qu'ils ne se substituent à leurs fonctions ou missions. Dans le cas de Prépsy, sa qualité d'acteur de coordination territoriale a été constamment retravaillée, compte tenu de l'attitude paradoxale de certains partenaires institutionnels; à la fois promoteur et en même temps résistant au changement. La faiblesse des stratégies d'évaluation des services offerts, la faible diffusion d'indicateurs communs voire de systèmes d'information inter-opérables, constituent des obstacles à l'amélioration continue de la qualité des soins, conformes aux référentiels de bonnes pratiques. En France, la diffusion des bonnes pratiques, délivrées par la HAS, restent peu connues des professionnels et sont souvent perçues comme des contraintes issues d'une pensée américaniste et comptable entravant leur liberté de pensée ou de prescription.

Quatre freins majeurs ont été repérés dans cette recherche :

- Des inerties structurelles ont lourdement entravé la mise en place et le fonctionnement du dispositif. Elles sont liées aux lourdeurs et inerties du système qualifiées par Bartoli et Hermel, (1989) de freins structurels au changement et en particulier à l'inertie et à l'entropie du système. En tant qu'entité atypique, Prépsy a eu du mal à s'ancrer dans le système très institutionnalisé de la psychiatrie publique.
- Des perceptions négatives d'enjeux : ce que l'on appelle communément la résistance au changement se sont traduites ici comme de Coninck (1998) l'a décrit, par des comportements orientés par des perceptions d'enjeux plus ou moins réels. Ainsi, les enjeux de pouvoir ou la crainte de la perte du contrôle ont souvent été mis en lumière, y compris de la part d'organisations membres du dispositif en réseau. Cela a conduit par exemple à la faible implication d'un établissement hospitalier partenaire principal du réseau, engendrant un impact négatif fort sur tout le système.
- Des difficultés d'obtention du consensus : dans un système en réseau faiblement hiérarchique reposant sur un minimum d'accord quant aux objectifs prioritaires de bon fonctionnement, chacune des catégories d'acteurs détenant une parcelle d'expertise. Le manque de visibilité sur la complexité du système ayant conduit certains partenaires faiblement impliqués à des prises de position parcellaires, peu compatibles entre elles, voire divergentes du fait de leurs craintes de perte

de contrôle ou de perte d'autonomie. Les parties prenantes de Prépsy ont témoigné de nombreuses difficultés de ce type.

- Des pénuries de ressources financières et humaines ont constitué un facteur majeur de développement et de pérennité du dispositif, lui-même confronté au climat concurrentiel lié aux contraintes institutionnelles et financières de chaque organisation. Sans surprise, mais avec une acuité particulière, la relation avec des acteurs-clés centraux comme les financeurs ou périphériques comme le secteur bancaire a été déterminante pour certains déboires ou succès. L'activité de P1 est restée constamment très vulnérable au regard des ressources et a dû cesser pendant près de deux ans entre 2009 et 2010 du fait de l'arrêt de financement du réseau. Pour sa part, P2 n'a pu voir le jour que grâce à un prêt consenti sur la confiance portée au projet par le Conseil d'Administration de la banque.

3.4.2 Conditions de réussite :

Si les quatre familles de freins ont été lourdement ressenties dans l'histoire du développement de Prépsy, elles semblent avoir été partiellement surmontées à partir de 2012 par la remise en cause du dispositif et sa renaissance sur d'autres bases. Ainsi, les responsables de P2 ont tiré de l'expérience un ensemble de leviers et conditions de réussite dans les domaines de l'organisation, de la gouvernance, de la communication et des moyens du dispositif. Les fortes contraintes environnementales (financement, culture, concurrence...) ont imposé à P1 de trouver des solutions innovantes et efficaces (optimisation de l'organisation interne, mutualisation de moyens, développement de nouveaux projets...); en particulier par le choix des profils de compétences et la motivation de l'équipe à relever des défis. Toutefois, un autre facteur de succès possible pouvait résider dans le leadership exercé par un clinicien chercheur ayant eu la légitimité pour conduire ce projet d'intégration. D'autant qu'Etheridge et al (2009) font l'hypothèse que le manque de leadership institutionnel observé pour la conduite du changement dans ce type d'expérimentation pourrait être paradoxalement une des raisons de son succès par la combinaison d'une approche « help it happen » (d'après Greenhalgh et al. (2004)), c'est-à-dire avec beaucoup de négociations et un soutien limité du côté institutionnel (faible impulsion du « haut » vers le terrain). Ross (2011) recense d'autres facteurs de succès du case management comme l'utilisation de techniques adéquates de repérage, une définition claire des rôles des case managers, l'intégration territoriale des services sanitaires et sociaux, l'intégration et des soins entre l'hôpital et la ville, une file active, adaptée à la typologie des usagers et au profil du case manager, et régulièrement révisée, un guichet intégré, une continuité de soins assurée dans toutes les circonstances pour réduire le risque d'hospitalisations non programmées qui explose en dehors des heures de travail et durant les périodes d'absence du case manager pendant lesquelles les usagers se sentent dans l'insécurité, une formation des usagers à l'autogestion de leur prise en charge, une transmission de données-usagers et d'informations de bonne qualité entre les différents acteurs pour assurer la qualité des soins. L'information centralisée par le case manager devant être transmise en temps réel à l'ensemble de l'équipe.

Pour P2, il est possible d'identifier d'autres facteurs-clés de succès à l'implantation : la facilitation des processus, la transversalité de l'offre de services, la modularité du suivi coordonné et la subsidiarité

de l'action. Ces fonctions dynamiques sont déployées par l'intermédiaire de facilitateurs humains ou techniques, devenus dans P2 les case managers, permettant que l'équipe de coordination soit à la disposition de l'ensemble de ses partenaires ; dont en premier lieu l'utilisateur et ses proches. Ainsi l'équipe de coordination a facilité sa capacité de coordination et de suivi en centralisant l'information utile pour la relayer en s'assurant de la contribution des partenaires concernés et en facilitant des processus qui apportent une plus-value effective tant sur le plan clinique qu'organisationnel. Cette fonction de facilitation sociale est associée aux fonctions de régulation des échanges (gérer les contradictions et conflits) et source d'innovations, permet à P2 d'agir en réseau facilitateur en améliorant la densité de ses liens et l'étendue de ses relations sur le territoire. Les services proposés visant donc à renforcer les liens existants et à tisser ceux qui, défaillants ou inexistantes, constituent le réseau personnel de l'utilisateur. On peut donc aisément comprendre l'envergure qui doit être donnée en particulier aux actions sociales (logement, emploi, éducation, participation sociale et culturelle).

La transversalité de l'offre de services se déduit ainsi de l'évaluation des besoins et de la situation de l'utilisateur. Elle peut se limiter à l'intégration institutionnelle du réseau mais, dans une perspective sociologique centrée sur la prévention du risque de désaffiliation de l'utilisateur, aussi viser à repérer ses critères de vulnérabilité relationnelle et sociale. Ses implications réelles et potentielles avec son environnement (entourage, groupes sociaux...) constituent un potentiel de transversalité dont il faut progressivement améliorer l'efficacité.

Concernant la subsidiarité de l'action, l'équipe de coordination de P2 a acquis sa légitimité par la qualité du service qu'elle rend à l'utilisateur, à son entourage et aux professionnels. Grâce à sa configuration organisationnelle, intégrant des compétences-clés au sein de la structure pivot doublée du maintien de l'approche en réseau, devenue plus composite, entre réseau et intégration.

Concernant la gouvernance, le point essentiel a été le renforcement de l'engagement des administrations de tutelle dans la durée, à travers l'inscription institutionnalisée de P2 au sein des systèmes en place, avec un dispositif d'établissement médico-social pérenne pour 15 ans. En outre, il est apparu nécessaire d'assurer une gouvernance forte pour le management des activités, ainsi qu'un pilotage du système basé sur le double principe de la rigueur et de la souplesse. Le dispositif cherche ainsi à s'appuyer davantage sur l'implication des partenaires externes aux niveaux stratégiques, tactiques et opérationnels. Par ailleurs, un groupe de contact international regroupe des experts impliqués dans ces axes stratégiques.

Concernant la communication, comme c'était déjà le cas dans P1, l'instauration de mesures d'accompagnement (communication accrue, formations, échanges de services...) pour entretenir la motivation et l'activation du fonctionnement de P2 est essentielle. Cela comprend notamment la formalisation partagée des trajectoires les plus appropriées pour l'accès aux soins et aux services, autour des critères d'amélioration poursuivis (accessibilité, continuité, qualité) mais aussi une réflexion approfondie sur l'utilisation, de la communication via Internet et des réseaux sociaux dans le but d'une croissance externe s'appuyant sur l'out reaching (Stuart, 2006). Cette configuration suppose un système d'information spécifique assurant le suivi de l'utilisateur et l'optimisation des services proposés. En ce sens, on retrouve la nécessaire articulation des dimensions sociales et matérielles mises en avant dans la théorie de l'acteur réseau vue ci-avant. Chez P2, cela se traduit notamment par un système d'information assurant le suivi de la trajectoire des utilisateurs et un portail d'information

accessible à tous, sachant que la transmission et la restriction de l'usage des données suivent le principe du secret professionnel et de l'autorisation de la CNIL. Par ailleurs, un outil d'évaluation, le CSQ 8 (Client Satisfaction Questionnaire) a été adapté et mis en place selon Attkisson et Zwick (1982) et Leichner and Perreault (1990) pour évaluer la satisfaction globale des services reçus en interne et en externe. Elaborer cette fonction de veille descriptive a nécessité l'inscription dans une logique coopérative avec les différents partenaires qui a mis en évidence des axes de facilitation comme des frontières institutionnelles et organisationnelles. En effet, P2 cherche selon les recommandations de Ertan (2014) à développer un mode d'intervention basé sur le community management visant à aller au-devant (fonction d'out-reaching) des usagers afin de créer le plus précocement possible un lien autour duquel pourra être bâti un premier accompagnement. C'est dans ce cadre que P1 a conçu dès le début de son activité le système d'information IRIS capable de décrire le maillage des ressources disponibles sur le territoire afin de constituer le « filet de sécurité » permettant de soutenir l'utilisateur. Ce système d'information basé sur un CRM a été développé conjointement avec l'Ecole d'Ingénieurs Informatique EPITA. Il constitue un outil d'inter-connaissance au sens de Barreyre (2007), complété par un site web et des réseaux sociaux (Facebook, Tweeter) visant à accroître sa visibilité et sa notoriété sur Internet car les usagers ou futurs usagers de P2 sont des « digital natives » qui possèdent, bien avant l'apparition des premiers troubles cognitifs, une connaissance intuitive de l'informatique et des réseaux sociaux. Leurs parents sont eux même, à la recherche d'informations sur la maladie à travers les sites de vulgarisation médicale ou les forums d'échanges. Le service devant théoriquement être accessible à tous et non pas seulement à ceux qui possèdent d'une manière ou d'une autre les moyens d'y accéder par eux même.

Concernant les moyens matériels, humains, et techniques, ceux-ci s'avèrent déterminants pour Prépsy ; outre les temps et budgets nécessaires à la mise en place et à l'entretien des relations partenariales, la recherche d'incitations appropriées en faveur d'une logique gagnant-gagnant pour les usagers et les différents prestataires, s'est avérée être une condition majeure de la pérennité du dispositif. L'intégration de ressources rares telles que l'ergonome, l'assistant de coordination, le chargé d'insertion professionnelle ou le pair aidant auxquels il faut ajouter l'appui technique des comptables et du commissariat aux comptes, ont contribué à renforcer son efficacité.

Tableau 12 : Facteurs de réussite du programme de case management P2 (synthèse de l'auteur)

Modèle adapté au contexte de soins

Services sanitaires, médico-sociaux et sociaux intégrés au niveau territorial

Usagers ciblés pouvant réellement tirer profit d'un accompagnement par un *case manager*

Accompagnement dans l'environnement naturel des usagers

Taille de la file active adaptée au degré de complexité des usagers

Professionnels de santé primaire et notamment le médecin traitant Informés régulièrement

Système d'information partagé

Intégrer les *case manager* aux équipes de santé primaire ou les localiser à proximité

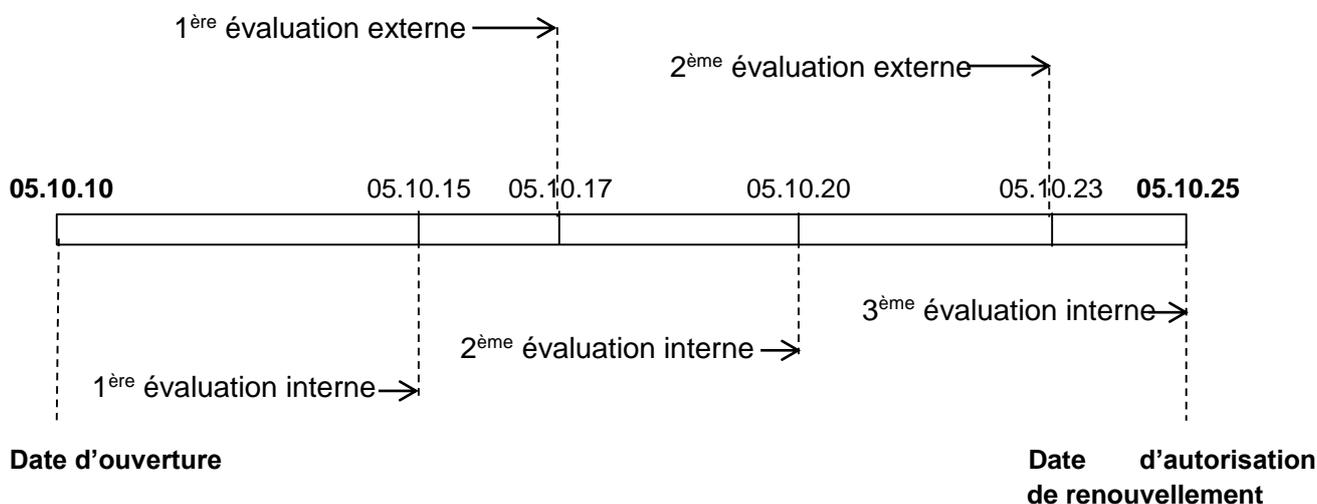
Volets dédiés à l'éducation à la santé, à la prévention des risques, à l'observance du traitement, à la prévention du syndrome métabolique et à la continuité du suivi en l'absence du *case manager*, à la transition hôpital-ville

3.4.3 Engagement dans une démarche globale d'évaluation :

Tout au long de son développement, P2 s'est engagé dans une triple démarche d'évaluation :

- Une démarche d'évaluation interne conforme au cadre réglementaire en vigueur et les modalités fixées par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM) incluant la mesure du niveau de satisfaction des usagers, de leurs proches et des partenaires du service. Elle doit être réalisée en 2015.
- Une procédure d'évaluation externe en cohérence avec les recommandations de l'ANESM à réaliser en 2017.
- Une étude médico-économique permettant de mesurer l'impact et la qualité de son action basée sur les recommandations de Latimer (1999, 2001, 2004, 2005) et les travaux préliminaires de Cohen-Pasa (2014)

Figure 19 : Calendrier des différentes évaluations réglementaires de P2



Comme précisé par la circulaire DGCS/SD5C du 21 octobre 2011 et selon les indicateurs mentionnés dans le cahier des charges rédigé par l'ANESM (2008), P2 évaluera quatre dimensions : la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale de ses usagers ; la garantie de leurs droits et leur participation à la construction de leur parcours de vie ; la protection et la prévention des risques inhérents à leur situation de vulnérabilité ; la personnalisation de leur accompagnement. S'appuyant sur les bilans d'activité annuels 2013 et 2014, l'évaluation interne portera également sur l'organisation, les ressources humaines et financières, le système d'information et les bénéfices retirés par les usagers. Selon le sommaire élaboré par l'ANESM, le rapport comportera une présentation de l'établissement, de la méthodologie choisie, des résultats et un plan d'actions classées par ordre de priorité précisant les effets attendus sur les usagers. Cet exercice imposé et l'appropriation collective de cette évaluation constituera un diagnostic qualité au terme des trois premières années d'activité de P2 et un outil d'aide à la décision.

3.5 Résultats scientifiques : rapprochement entre les enseignements du cas pratique et les cadres théoriques.

Au regard de la littérature scientifique sur les réseaux, la configuration de P2 peut être assimilée à une firme pivot, ce qui n'était pas le cas de façon aussi nette dans le dispositif initial P1. Son nouveau rôle conserve la précédente mission de coordination, mais la dépasse par la réalisation complémentaire de certaines prestations intégrées. Il existe ainsi une répartition entre des compétences-clés qui sont intégrées et des compétences externes en réseau, voire en méta-réseau. En effet, les partenaires de P2 sont susceptibles de mettre en relation leurs usagers avec des acteurs de leurs propres réseaux

informels ; P2 agissant alors au niveau de la liaison et de la coordination des soins et des services en garantissant la cohérence des plans individualisés, comme le préconise la littérature spécialisée (Leutz, 1999). Ses actions visent à raccourcir le délai entre l'apparition des troubles psychiques et l'accès à un accompagnement spécialisé et coordonné selon les travaux de Mc Gorry et Mc Glashan (1999). sur la réduction de la DUP Lorsque l'équipe de P2 est saisie d'une demande, elle procède à l'évaluation des besoins de l'utilisateur et de son entourage, à la description du parcours de santé existant et à l'identification des intervenants-pivots de la prise en charge en vue de constituer un filet de sécurité actif autour de l'utilisateur. Ce socle de compétences est susceptible de consolider par réciprocity l'action de chacun et le maillage ainsi créé favorise la continuité du suivi, tout en diminuant l'isolement et les risques de ré-hospitalisation. P2 vise ainsi une offre de services intégrés, basée sur la prévention et l'accompagnement médico-social personnalisé des usagers. L'une des évolutions organisationnelles majeures dans le temps a donc été l'augmentation de la taille de la firme pivot, du réseau vers un renforcement des activités intégrées pour une meilleure qualité de services. Le dispositif d'intervention individualisée fonctionne dans l'environnement naturel de l'utilisateur, sous la responsabilité du personnel d'encadrement afin de permettre aux case-managers selon Harris et Bergman (1993) et Frankell et Gelman (2012) de fournir une intervention coordonnée, intensive et individualisée.

P2 compte une quinzaine d'emplois clés et plusieurs centaines d'acteurs externes, traduisant l'interdépendance des services mis en relation. Conformément au décret du 11 mars 2005, la composition de son équipe pluridisciplinaire permet l'intervention soutenue et personnalisée d'une combinaison variable et ajustée de ses membres ; liés plus par leur mission auprès de l'utilisateur que par leurs caractéristiques professionnelles. La présence médicale permettant un accompagnement sanitaire global (comorbidités, éducation thérapeutique, éducation à la santé...) et une légitimité vis-à-vis des partenaires médicaux hospitaliers ou libéraux. Son fonctionnement est centré sur une logique d'intégration de métiers rares constituant une core-compétence au sens de Crémadez (2004). Ainsi, l'intégration des compétences nécessaires s'appuie sur l'analyse des besoins non satisfaits par P1 et sur l'identification de trois critères principaux: la rareté de la compétence, la fréquence du besoin et la proximité du cœur de la mission.

P2, en lien permanent avec les différents acteurs médico-psycho-sociaux qui entourent l'utilisateur, par l'action de son équipe pluridisciplinaire, contribue aussi bien à l'instauration d'un suivi pour des usagers réfractaires aux soins psychiatriques, ce qui est souvent le cas compte tenu de la pathologie accompagnée, que pour assurer la continuité des soins ou la prévention des ré-hospitalisations. Il s'inspire des théories de la réhabilitation psychosociale et intègre une dimension innovante dans l'usage de l'ergonomie comme outil évaluatif du handicap psychique et comme force de proposition pour les aménagements de la vie quotidienne. En effet, autant l'ergonomie est admise dans l'adaptation à la vie quotidienne du mal voyant ou du handicapé moteur, autant elle laisse perplexe quand il s'agit du handicap psychique. Cette évaluation participative est basée sur les principes méthodologiques de l'évaluation individuelle multidimensionnelle des besoins de compensation proposée par la MDPH et cherche à mettre en place, autour de l'utilisateur, un environnement capacitant au sens de Falzon (2013). Son étude longitudinale donne donc aux chercheurs l'opportunité de repérer les déterminants, caractéristiques, apports et limites de l'organisation hybride qui a été adoptée pour cette entité de coordination.

A l'issue de cette analyse, peut-on associer Prépsy à une organisation hybride au sens de Williamson (1971,1996) Celui-ci avait dès les années quatre-vingt montré que ces configurations intermédiaires devenaient les plus fréquentes et se traduisaient par des transactions multilatérales, pouvant prendre par exemple des formes de sous-traitances, d'alliances ou de réseaux. Selon Ménard (2004), les trois caractéristiques-clés de ces formes hybrides sont la mise en commun (pooling) de ressources pour l'activité, la contractualisation plus ou moins formelle entre partenaires autonomes et le contexte de possible compétition entre ces partenaires. Les formes organisationnelles développées par Prépsy, tant dans la première phase que dans la seconde, s'appuient sur une mise en commun de compétences dans la prise en charge de l'usager, sur une régularité transactionnelle entre des structures et acteurs professionnels autonomes, dans un contexte où une possible rivalité entre expertises existe et s'est révélée notamment dans certaines résistances au changement. Sur ce dernier point, qui renvoie à une certaine logique de « coopération » au sens de Nalebuff and Brandenburger (1996) combinant coopération et compétition, il est apparu dans le fonctionnement de Prépsy que la mise en exergue de l'approche gagnant-gagnant et de la réciprocité était essentielle. Ses responsables s'attachent d'ailleurs désormais à ce que les synergies apparaissent clairement aux yeux de chacun des acteurs, après avoir constaté antérieurement certaines difficultés pour les partenaires à percevoir spontanément les enjeux positifs du réseau. On peut donc considérer que Prépsy correspond bien à une organisation hybride.

La question des coûts en général, et des coûts de transaction en particulier, peut également être réexaminée à la lumière du cas. Les expériences de réseau de santé abordent rarement la question des coûts de façon centrale, bien que la maîtrise des dépenses soit un thème récurrent des réformes (Bruyère 2008). Pourtant, la nécessité de développer de nouvelles formes d'organisation interroge les coûts inhérents à leur mise en œuvre, que ceux-ci soient financiers, liés au temps passé ou aux énergies déployées. L'étude du réseau de services intégrés P2 a montré que certains critères étaient présents dans son évolution organisationnelle, notamment pour choisir d'intégrer ou d'externaliser les compétences. Le modèle des coûts de transaction semble donc approprié dans ce cas, dans la mesure où le raisonnement des responsables de Prépsy prend en compte les coûts de recherche et d'information, de négociation et de décision, de surveillance et d'exécution définis par Coase (1937) ; même s'ils ne sont pas directement nommés ainsi. De plus, les familles de freins ressorties de l'étude de cas (inerties structurelles, perceptions négatives des enjeux à combattre, difficultés d'obtention du consensus, etc.), entraînent également des coûts de transaction, que P2 a voulu réduire.

Au plan organisationnel, il apparaît qu'aucune des configurations types du triptyque marché – intégration – réseau ne convenait pour l'objectif de coordination des soins et services en santé mentale. Au-delà de la relation de quasi-marché entre l'usager et les professionnels de santé, il est apparu que ni le réseau simple ni les formes d'intégration pure ne suffisaient pas à répondre à la problématique posée. Précisons que les adjectifs « simple » et « pure » utilisés ici font référence aux cadres théoriques des formes organisationnelles du réseau (l'interdépendance des acteurs) et de l'intégration (la hiérarchie) présentés ci-avant.

La première étape P1 était un réseau simple qui a largement montré ses apports mais n'a pas pu fonctionner de façon pérenne. L'évolution dans le temps vers P2, dictée par l'expérience accumulée, a conduit à définir une forme intermédiaire proche des réseaux de services intégrés (RSI), au sens de Fleury (2006), tels que nous les avons présentés ci-avant. Cette forme est ainsi basée sur une firme-

pivot élargie, intégrant des compétences-clés et une mise en relation coordonnée des acteurs de l'environnement. Dans la mesure où la construction de la nouvelle configuration de P2 repose sur un dosage ad hoc entre une entité intégrée créée ex-nihilo, et une mise en relation d'acteurs et services externes, ses créateurs préfèrent la qualifier de réseau intégré de services (RIS), considérant l'expression plus adaptée que celle de RSI. Cette approche peut être entendue comme une autre forme hybride au sens de Williamson (1971, 1996) car elle correspond à un nouveau paradigme organisationnel qui allie plasticité et espace d'intégration Crémadez (2004). On rejoint aussi ici l'idée du management « bureauganique » décrit par Bouchikhi et Kymerly (1992) qui est un concept carrefour reposant sur un dosage entre ordre et liberté ou entre management bureaucratique et management organique. Dans ce cadre, P2 a fait un choix délicat sur le seuil approprié entre intégration et réseau. Le cas étudié révèle que l'intégration est préférée quand la compétence est rare ou quand le besoin est fréquent, ce qui permet alors de minimiser les coûts de transaction. Chez P2, les principaux acteurs intégrés dans la structure-pivot relèvent bien de ces deux catégories : ceux qui possèdent des compétences relativement rares (les case-managers, l'ergonome, le chargé d'insertion professionnelle, etc.), et ceux qui représentent des besoins clés et fréquents pour l'activité (infirmier, assistante sociale, etc.). Les autres métiers nécessaires sont externalisés et fonctionnent en réseau. Enfin, l'étude de P2 confirme et prolonge les analyses de Williamson (1971, 1996) en mettant en exergue, comme cet auteur l'avait souligné à la suite de Simon (1947), l'importance dans les processus de décision de formes de rationalité limitée. Dans le fonctionnement d'un réseau de santé mentale, où les acteurs en présence sont des experts confirmés aux enjeux individuels variés, ce facteur joue à plein dans le choix de la configuration la plus adaptée.

Dans ce contexte, le réseau intégré de services illustré par P2 correspond à une nouvelle forme de coordination oscillant entre conformité et innovation et s'exerçant ici au service de la prise en charge du handicap psychique. La conformité correspond à la nécessité d'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. Bien que facilitant l'existence du dispositif sur certains aspects, ces cadres et usages ne se prêtent que difficilement aux besoins complexes de la prise en charge globale, sur le long terme, des jeunes usagers souffrant de schizophrénie et imposent de s'y adapter pour des enjeux d'agrément et de budget. Pour sa part, l'innovation est liée à l'importance formelle donnée aux processus de coordination et à leur combinaison par des mécanismes d'intégration interne (la hiérarchie) et d'alliance externe (le réseau). Le caractère novateur se retrouve également dans la place accordée à la participation de l'utilisateur et de sa famille, à leur mise en situation et à des systèmes d'information performants utilisés comme médiateurs.

Conclusion générale

Conclusion générale:

Position du problème :

Face aux inégalités territoriales et sociales de santé, la facilitation de l'accès aux soins et aux services en santé mentale pour les jeunes adultes présentant des troubles psychiques émergents constitue un enjeu majeur de Santé Publique. Selon l'OMS, la schizophrénie est la première cause de handicap lié à une maladie chronique chez l'adulte jeune. Elle touche 1% de la population mondiale et fait partie des 10 maladies contribuant de façon déterminante au nombre de jour d'invalidité, tant du fait de leurs prévalences et de l'importance de leurs conséquences sur le fonctionnement social, que de leurs poids économiques. C'est une pathologie sévère, chronique et invalidante, à l'étiologie non élucidée, touchant des adolescents et perturbant de façon considérable le cours de leur vie du fait de leur grande détresse et du risque suicidaire très important auquel ils sont exposés. De plus, leurs familles peuvent se trouver dans un profond désarroi. C'est pourquoi, l'attention des cliniciens et des chercheurs s'est tournée vers la phase qui précède l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Cette nouvelle approche, pouvant être considérée comme un changement de paradigme soulève la question de l'intervention précoce, dont l'efficacité repose sur un enchaînement de processus visant à la limitation des effets bio-psycho-sociaux de la maladie par le dépistage, l'aiguillage vers les services appropriés de soutien intensif, l'évaluation et le traitement couplés à une évaluation continue de l'efficacité. Le but ultime étant de restaurer les fonctions cognitives, la compréhension, la perspicacité, la motivation, les relations interpersonnelles et de permettre à l'usager, une place utile et appréciée dans la société. Dans ce cadre, un bon nombre de pays ont adopté un Plan national de santé mentale insistant sur l'intervention précoce dès les premiers stades de la schizophrénie, visant à sensibiliser les professionnels, l'entourage, les initiatives à l'échelle loco-régionale, à diffuser des ressources et à favoriser le développement de partenariats et de réseaux selon des pratiques fondées sur des preuves.

Approche théorique et méthodologique :

Du fait de notre fonction de directeur du SAMSAH Prépsy, nous avons été placé implicitement dans une posture de chercheur « à l'intérieur » de l'objet étudié, et avons dû tenir compte du risque inévitable de subjectivité de cette position. C'est pourquoi, nous avons tenté de compenser cette parallaxe méthodologique par des modalités de travail rigoureuses. Cela nous a aussi apporté des enseignements issus de l'expérience, particulièrement utiles pour l'approche managériale en santé et son application dans le monde réel ; tout en restant conscient des limites méthodologiques de ce travail, liées en partie aux difficultés intrinsèques à la démarche mais aussi à la gestion du temps nécessaire à l'analyse de la littérature et à sa rédaction alors même que nous avons une activité clinique et de direction d'établissement à temps plein. Ainsi, les objectifs de cette recherche étaient la mise en évidence des enjeux et conditions de réussite du développement de la coordination des soins et de l'intégration des services, en vue de limiter le risque de handicap psychique chez les jeunes adultes souffrant de schizophrénie.

Nous avons voulu inscrire ce travail dans une démarche de recherche théorique et empirique d'intégrer les observations liées à l'expérience, en gardant à l'esprit trois aspects inter-reliés: la posture de chercheur, les matériaux et outils utilisés et l'étude de cas longitudinale. Nous proposons de considérer la dynamique de Prépsy comme une méthode de projet ayant pour objectif l'intervention précoce dans

les schizophrénies débutantes par le case management de cas complexes et de considérer cette dynamique de coordination et d'intégration des services comme un puissant révélateur des freins et leviers à l'appropriation et à l'application d'un référentiel des pratiques professionnelles. Il est vrai que le développement d'un tel dispositif pourrait interroger les pratiques professionnelles ou induire des résistances chez certains acteurs du système qui pouvaient craindre qu'il vienne percuter leur hiérarchie des valeurs, leurs missions ou leurs fonctions. Notre approche méthodologique étant qualitative, elle prenait appui dans la réalité empirique de Glaser et Strauss (1967) et reposait sur les principes de l'étude de cas comme matériau de recherche, au sens de Yin (1981, 2009), pour qui, un cas correspond à une réalité concrète (entité, événement, phénomène, ou action) et décrit les conditions et les étapes d'une démarche scientifique permettant de dégager des résultats théoriques selon un processus linéaire et itératif trouvant son origine dans l'explicitation des raisons du choix de la méthode.

Nous aurions pu nous trouver dans une démarche « inductive », du fait d'une réflexion basée sur notre expérience et notre pratique, avant de remonter au niveau de la conceptualisation par notre implication parallèle pendant plusieurs années dans la communauté des chercheurs en management, et plus particulièrement du laboratoire LAREQUOI. Mais, nous avons été amenés à raisonner entre théorie et pratique de manière « abductive » au sens de Peirce (1931) et d'Angué (2009) ou en « boucle récursive » au sens de David (1999). De plus, dans le contexte de notre activité clinique et d'ingénierie de développement d'un réseau de santé puis d'un SAMSAH, notre approche se voulait aussi « constructiviste » au sens de Lemoigne (2003) et David (2008) et fortement ancrée sur l'empirie ; dans la mesure où la compréhension des phénomènes observés s'était construite au sein d'une démarche itérative entre l'observation des faits dans la durée et le recours aux concepts et cadres théoriques pour aider à leur interprétation. Pour cela, nous avons réuni des données issues de l'observation et de la mise en évidence de preuves validant notre hypothèse de recherche qui supposait qu'intervenir précocement par le case-management de cas complexes limitait le risque de handicap psychique chez les jeunes atteints de schizophrénie. De plus, ce matériel empirique était issu de notre propre expérience et de notre analyse distanciée en matière de création d'accompagnement et d'animation de réseaux de santé mentale mais également du recueil d'informations sur les expériences d'autres réseaux ou modalités de coordination dans le domaine de la psychiatrie en France et à l'étranger.

Notre socle théorique reposait sur deux familles d'apports principaux : les théories des organisations d'une part représentées par Mintzberg (1979), Williamson (1975) et Bartoli (2009) et les travaux en gestion de la santé d'autre part de Leutz (1999), Fleury (2002) et Mc Gorry (1999) d'autre part. Elle témoignait d'une maturation théorique alimentée par l'assimilation des enseignements de l'expérience tout autant que des lectures et rencontres avec les chercheurs et les acteurs du champ.

Pour analyser ce cas, nous avons utilisé le modèle des trois configurations-types « Marché-Hiérarchie-Forme hybride » de Williamson (1975) et ses prolongements au sens de Ménard (2004). Ici, la relation dite de marché fait référence au concept de « quasi-marché » évoqué notamment par Halgand (2003) dans le domaine de la santé ; la hiérarchie se référant aux processus d'intégration de compétences et l'organisation hybride aux multiples formes de mise en relation réticulaires ou partenariales entre acteurs. Dans le cas étudié, Prépsy est portée par une structure associative, faisant l'objet d'agréments

et de procédures institutionnels et qu'elle repose majoritairement sur des ressources publiques. Son étude s'inscrivant dans un cadre composite non-marchand ; plaçant au cœur de l'action publique la collaboration entre les administrations, les entreprises et le secteur associatif (Sullivan et Skelcher 2002), tout en entrant en collision avec des cultures administratives traditionnellement fondées sur des logiques de territoire ; géographique ou sectoriel. C'est pourquoi, pour Prépsy, la sortie des cadres normés de la coopération entre institutions pouvait conduire à s'ouvrir vers des contributeurs moins habituels ou moins proches, pour bénéficier de « la force des liens faibles » (Granovetter 1973). Nous avons donc observé Prépsy comme un dispositif propice à l'étude des interactions entre les théories des organisations, les recommandations de bonnes pratiques et les effets des services offerts à la population étudiée. En adoptant une posture d'observateur immergé dans le monde réel, cette démarche combinait des recherches théoriques approfondies et l'étude détaillée du cas permettant de collecter des informations décrivant l'organisation des faits empiriques observés en vue de prouver la pertinence de notre questionnement central.

L'objet de notre recherche a été de repérer ces stratégies d'intégration (clinique, fonctionnelle, institutionnelle) des services et de mobilisation des acteurs, de les mettre en perspective tant au niveau de l'organisation que des pratiques et d'interroger ainsi les effets intermédiaires de ces stratégies à l'aune des concepts de densité, étendue ou de centralité (degré, intermédialité) voire de multiplicité. C'est pourquoi, nous avons tenté de répondre au questionnement central suivant : en quoi et comment peut-on améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique ? Ce questionnement a débouché sur la mise en évidence d'une forme organisationnelle hybride, illustrée par les évolutions du cas Prépsy, pour laquelle nous avons cherché à dégager les caractéristiques et conditions de réussite, permettant à cette forme organisationnelle d'être adaptée aux contextes et besoins des cas complexes en santé mentale. Pour cela, nous avons pris appui sur l'expérience du réseau de santé mentale Prépsy afin de poser quelques jalons méthodologiques et théoriques concernant l'implantation d'une stratégie réticulaire et les leviers mis en œuvre par les acteurs concernés.

Sous l'influence des travaux de Fleury (2006), Cremadez (2004) et Assens (1996), nous avons pris l'option d'intégrer dans le SAMSAH Prépsy le maximum d'emplois-clés et de services afin de limiter les coûts de transaction et de favoriser la démarche d'hybridation décrite par Bartoli et Gozlan (2014). La détermination du degré d'intégration des services offerts comme celui du étant essentielle, tant pour son efficacité que pour son implantation écologique dans son environnement institutionnel. D'ailleurs, comme Leutz (1999) l'a rappelé, ce type d'approche ne correspond pas à tous les types de situations rencontrées et l'indication d'offrir une approche intégrée à un usager du système de santé mentale devrait correspondre à une matrice de décision comportant des critères clairement définis sous peine de voir les ressources et/ou les équipes s'épuiser si le périmètre d'appui ne se limite pas à la coordination des cas complexes ; c'est-à-dire ceux pour lesquels le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens et qui nécessitent une diversité d'intervenants du fait d'une affection chronique sévère avec comorbidités, problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. Dans cette perspective, l'intégration des services devient, du fait de son processus d'évaluation itérative, un modèle dynamique en constante amélioration au bénéfice des usagers en situation complexes.

De la coopération à la coordination en santé mentale :

L'émergence de la coopération dans un système médical concurrentiel n'est donc pas simplement une conséquence mécanique de l'instabilité oligarchique et ces formes de coopération entre concurrents soulèvent aujourd'hui des questions politiques nouvelles du fait d'un déplacement des frontières entre marchand et non marchand, entre public et privé ou vers un « plural sector » au sens de Mintzberg (2015). Cette situation contribue à identifier des formes complexes de coordination entre acteurs interdépendants au bénéfice de la protection de l'intérêt général dans des formes nouvelles de régulation conjointe de marchés cadrés de manière de plus en plus poly-normative, requérant un contrôle social lui-même de plus en plus sophistiqué dans la connaissance des interdépendances entre acteurs. C'est pourquoi, la coordination, considérée depuis longtemps comme essentielle pour la performance et des théoriciens des organisations comme Fayol (1916), Mintzberg (1979) ou Miles et Snow (1986) en ont fait leur cheval de bataille à travers de nombreux travaux devenus traditionnels pourrait s'entendre comme un processus organisationnel, social et matériel de pilotage des interactions d'activités dans le but d'atteindre un résultat qu'un ensemble d'acteurs ou de dispositifs agissant séparément ne pourrait pas obtenir. Le secteur de la santé n'est d'ailleurs pas en reste sur ce sujet tant les pratiques informelles de mise en relation des praticiens et des structures ont vraisemblablement toujours existé, au moins sur la base d'initiatives individuelles. Dans le domaine de la santé mentale, particulièrement concerné du fait de la complexité des prises en charge, Fleury (2002) et Bartoli et Gozlan (2014) ont mis en avant l'émergence, à partir d'initiatives de réseaux de santé, de configurations hybrides combinant réseau et intégration des services. Cette approche peut être entendue comme un nouveau paradigme organisationnel qui allierait plasticité et espace d'intégration (Crémadez 2004), rejoignant l'idée du management « bureauganique » décrit par Bouchikhi et Kymberly (1992) comme un concept carrefour reposant sur un dosage entre « ordre et liberté » ou entre management bureaucratique et management organique. Concernant les réseaux de services intégrés, Girin (1995) les considère comme des agencements organisationnels, du fait de la complexité de leur organisation, répondant aux différentes demandes des partenaires ; en particulier des tutelles et s'appuyant, comme le recommande Moisdon (2008) pour faire face aux difficultés structurelles rencontrées, sur l'importance des pratiques informelles d'ajustement mutuel.

En partant du principe que la coordination exige, de la part des acteurs qui la mettent en place, un travail et des investissements relationnels et symboliques, la sélection des partenaires d'échanges utilisant un langage complexe n'est pas un choix rationnel au sens étroit du terme mais réside dans la définition d'identités prioritaires et de critères d'évaluation des activités, permettant de les promouvoir ou de les écarter, selon leur niveau d'attribution et de confiance. Pour Villette (2006), sans cette dimension relationnelle et symbolique, les acteurs ne pourraient pas utiliser leurs tactiques les plus basiques : les promesses et les menaces. C'est pourquoi, sans structures relationnelles s'appuyant sur l'échange social personnalisé, la coordination de cas complexes et l'action collective entre concurrents serait beaucoup plus coûteuse, voire impossible. Bartoli et Gozlan (2014), pour conforter cette approche, se sont appuyés sur des recherches utilisant l'analyse de réseaux sociaux et organisationnels dans les mondes des affaires. Ces structures relationnelles sont complexes et pour Lazega et al. (2007), (2008), elles sont intrinsèquement multi-niveaux dans une société organisationnelle. Une distinction analytique nette devrait ainsi être faite entre « réseau d'entrepreneurs » (de personnes) et « réseaux d'entreprises » comme une articulation tout aussi nette devrait être reconstruite entre ces deux niveaux. De même, pour cet auteur (1996), les structures relationnelles à l'échelle inter-organisationnelle

n'existeraient que parce qu'elles sont construites par des acteurs concurrents et interdépendants appartenant à des milieux sociaux observables ethnographiquement, dans leur vie associative et dans son travail réflexif, aussi bien dans leur périmètre d'intervention, dans leur relative spécificité ou que dans leurs zones de recouvrements communes.

La coordination vise également à décloisonner le système de santé. Elle se révèle en effet plus particulièrement nécessaire aux interfaces des différents segments de l'offre de soins (ville/hôpital, sanitaire/médico-social/social) et pour les usagers en situation de cas complexes dont la prise en charge requiert une multiplicité d'intervenants des champs sanitaire, médico-social et social. Elle vise ainsi à mieux mobiliser et mieux articuler les ressources disponibles sur un territoire donné, sans se substituer à l'activité des effecteurs de soins ou à leurs fonctionnements organisationnels, afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions). Il s'agit donc de mieux synchroniser les interventions dans une logique de juste recours aux soins. Ainsi, nous pourrions dire qu'il s'agit du passage d'une logique d'organisation segmentée par filière centrée sur les soins à une logique globale par territoire centrée sur la coordination des services répondant aux besoins de la population. Ces facteurs plaident pour l'émergence d'une nouvelle forme de réseaux incluant des flux de prestations de soins et de services permettant de conjuguer l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie mais aussi une action sur les flux d'usagers à travers l'optimisation des parcours. Pour la réussite d'une telle évolution, il conviendrait de retenir plusieurs critères : une relative stabilité du territoire couvert par le réseau dont la référence reste le territoire de santé ; une évaluation précise et concertée des besoins de la population concernée par une pathologie relevant d'une priorité de Santé Publique ; une offre de services négociée entre les différents partenaires, non redondante et permettant de couvrir l'ensemble des besoins identifiés ; une intégration forte tant au niveau des pratiques que des processus. C'est la raison pour laquelle les modèles dont parlent Fleury et Ouadahi (2002) combinant réseau et structure intégrée sont destinés plus particulièrement à des usagers souffrant de troubles mentaux chroniques nécessitant une diversité de soins et de services. Ces vocables d' « intégration » ou de « services intégrés » arrivent ou reviennent en force dans la littérature en management de la santé, sans que le concept de « réseau » n'ait disparu pour autant, conduisant au concept composite de « réseaux de services intégrés » décrit par Fleury (2002) qui comprend deux niveaux d'intégration : l'intégration fonctionnelle concernant la mise en réseau des activités sous la responsabilité d'une même coordination, et l'intégration clinique reposant sur une équipe multidisciplinaire d'intervenants rattachés à une ou plusieurs entités. L'articulation entre ces deux dimensions d'intégration et de réseau étant supposée, pour Schaller et Gaspoz (2008), faciliter la prise en charge globale et la continuité des soins. De tels dispositifs coordonnés constituent, selon ces auteurs, une alternative aux modes de réponse traditionnels que sont d'une part, la bureaucratie, illustrée pour eux par l'hôpital psychiatrique et le marché, par exemple ici le système hospitalier privé, basé sur la compétition libre. Or, bien qu'ils s'en défendent, les services hospitaliers n'offrent pas l'ensemble des services associés dont a besoin l'utilisateur et sa famille et dans le secteur privé le parcours de soins complexe de type « marché » qui leur est offert n'est pas plus réaliste. De son côté, l'approche de type réseau « pur » (avec coordonnateur et contacts interdépendants) manque encore de crédibilité, de capacité de conviction et de moyens pour agir alors que l'utilisateur et son entourage attendent davantage d'accompagnement et d'appui permanent de professionnels coordonnés dans un « réseau de services intégrés ». Ces situations ne sont pas sans évoquer les travaux de Williamson (1971) (1996), qui distinguent trois configurations répondant soit

à la loi de l'offre et de la demande (le marché), soit à l'intégration (la hiérarchie), soit à une forme hybride associant le réseau et ses variantes. Comme le rappelle Fleury (2002), ces stratégies d'intégration peuvent être définies comme un processus créant et maintenant une régulation commune et coordonnée aux niveaux administratif (ou fonctionnel) et clinique entre des acteurs organisationnels autonomes d'un même territoire, lesquels sont tenus imputables de l'efficacité et de la qualité d'un système et de ses résultats sur la santé et le bien-être d'une population.

Prendre en compte les coûts de transaction :

Ces travaux sur la coordination ont été accompagnés d'estimations des coûts/avantages respectifs, comme l'illustre la théorie des coûts de transaction qui repose sur la notion de coordination appliquée soit à la « hiérarchie » (lorsque les activités sont intégrées) soit au « marché » (lorsque les activités sont externalisées). Ainsi, l'organisation d'un réseau peut avoir parfois un coût de transaction très importants que Coase (1937) et Williamson (1971) caractérisent par la recherche d'informations ou à la prévention de l'opportunisme d'autres agents économiques par exemple. Selon Coase (1937), le recours à la coordination des activités par le marché, c'est-à-dire basé sur un échange marchand avec un prix, entraînerait pour l'entreprise des coûts de transaction incluant les coûts de recherche et d'information, de négociation et de décision, de surveillance et d'exécution. Dès lors, marché et hiérarchie représenteraient deux formes très distinctes de coordination, vers lesquelles les entreprises pourraient s'orienter en fonction de ces coûts. Ultérieurement, Williamson (1985) a analysé les structures de gouvernance les plus appropriées pour minimiser les coûts de transaction autour de différents arrangements possibles élaborés en tenant compte de la spécificité des actifs et de la mission de l'organisation ainsi que du degré d'incertitude et de la fréquence des transactions, évoquant des formes d'organisations intermédiaires, qu'il qualifie d'hybrides, telles que la sous-traitance, l'alliance ou les réseaux. Ses travaux s'inspirent aussi des apports de Simon (1979) et intègrent le principe d'une rationalité limitée liée aux capacités cognitives et aux informations disponibles des décideurs. Ainsi, bien que l'enjeu de la coordination soit toujours considéré pour Sullivan (1997) comme un impératif essentiel dans le domaine de la santé, la forme simple en réseau s'avère souvent insuffisante et difficile à maintenir dans le temps, en particulier dans le champ de la santé mentale. Dès lors, ces organisations peuvent être amenées à rechercher des solutions visant à minimiser ces coûts, ce qui peut s'entendre pour l'évolution d'un réseau de santé vers un dispositif basé sur l'intégration des services, au sens de Fleury (2006) où il s'agit de combiner des méthodes, des modèles ainsi que des procédures de prises en charges reconnues pour leur efficacité visant à faciliter à leur tour la mise en œuvre de soins intégrés correspondant aux besoins des usagers. L'intégration des soins et services pouvant être vue comme un processus visant, pour Contandriopoulos et al (2001), à « coordonner les interdépendances », bien que Leutz (1999) proposé, pour éviter certains de ces écueils, des « lois », dont une concernant le territoire de l'action, arguant de l'impossibilité d'intégrer tous les services pour tous les usagers ; la coordination s'inscrivant alors au service de ces différentes dimensions où, au moins en théorie, l'utilisateur, son entourage et ses aidants informels devraient prendre une place centrale.

L'apport du case management à la coordination :

De manière plus opérationnelle, le développement de méthodes de suivis ambulatoires liées au processus de désinstitutionalisation qui s'est développé en santé mentale aux Etats Unis a pris, in fine, le terme générique de case management. Si ses définitions sont nombreuses pour décrire son utilité ou ses fonctions, sa traduction française la plus habituelle en « gestion de cas », bien que décriée car

associée à la crainte de la « gestion comptable » de la santé, ne permet pas d'en saisir pleinement la dimension complexe de prise en charge continue des usagers atteints de pathologies chroniques. Pour être plus précis, L'IGAS (2006) parle d'« accompagnement personnalisé » car il revêt une neutralité relative et Tempier (2000) de « suivi systématique de l'utilisateur » en enrichissant la coordination de deux nouveaux paramètres dépendants des besoins des usagers: l'intensité et le caractère continu des actions mises en place. C'est pourquoi, le case management est au cœur des stratégies préventives visant à améliorer les soins en santé mentale. Il s'applique particulièrement à la prise en charge permanente de personnes atteintes de pathologies chroniques et repose sur des critères d'éligibilité liés au niveau de complexité du cas, c'est-à-dire au niveau de vulnérabilité médico-sociale de l'utilisateur. Il contribue 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 découleraient. Cette approche globale de l'intervention en psychiatrie permettrait de garantir une continuité des soins et de l'accompagnement plaçant l'utilisateur au cœur du dispositif, tout en le maintenant dans son milieu de vie ordinaire. Ainsi, par la mise en place du processus de case management on obtiendrait, coordonnerait et assurerait l'utilisation optimale, d'une façon à la fois efficace et efficiente, des services répondant de façon harmonieuse à la complexité des besoins et aux écarts culturels entre les différents acteurs en présence. Dans ce cadre, Gozlan et Acef (2009) ont répertoriés différents modèles de case management partageant des fonctions communes ; en particulier le modèle du case-management clinique qui favorise la continuité des soins et permet aux différents opérateurs du système d'être inter-accessibles, en renforçant leurs responsabilités et leurs actions. La facilitation d'accès aux soins et services et l'amélioration de la circulation dans le parcours de santé entre ces différents opérateurs, assurant une continuité préventive des décompensations fortuites ou des ré-hospitalisations et la réduction de la durée moyenne des séjours hospitaliers. Il favoriserait la réadaptation et augmenterait la qualité de vie de l'utilisateur et de sa famille par l'ensemble de ses interventions.

C'est dans cet environnement méthodologique que la mission de P1 s'est déployée autour de stratégies visant à renforcer l'intégration clinique, fonctionnelle et institutionnelle entre les différents professionnels et services en présence, afin de leur proposer, en concertation, une offre de services efficiente et coordonnée au bénéfice des usagers et de leur entourage. P1 était un dispositif autonome, à gouvernance interne forte, dédiée à la coordination de l'ensemble d'un réseau d'acteurs visant à garantir la continuité et la globalité des soins et des services à une clientèle-cible. L'équipe de coordination avait pour mission de réguler un système d'actions complexes aux portes d'entrées multiples et de fluidifier les liens entre les différentes lignes et gammes de services existantes. La mise en œuvre de ces stratégies d'intégration était pilotée par une équipe de coordination spécialisée dans le domaine des réseaux en santé mentale et dédiée entièrement à cette responsabilité. La perspective de transformer P1 en un SAMSAH « handicap psychique » (P2) a nécessité la mutation de ses grilles de lecture orientées vers la coordination médicale vers celles de l'intégration des services. Paradoxalement, l'arrêt du financement P1 a facilité, malgré la mise en péril financière de l'association porteuse, cette mutation et des changements paradigmatiques à marche forcée ; en particulier l'apprentissage des modèles théoriques managériaux indispensable à la réussite du projet.

Ainsi, P2 a constitué l'évolution naturelle du dispositif de coordination P1. Sa philosophie vise le rétablissement par la restauration de l'autonomie et de l'insertion sociale des adultes jeunes en situation

de handicap psychique. Elle s'inscrit dans un objectif global d'accompagnement dans l'exercice de leur citoyenneté et dans la mise en œuvre de leurs droits et de leurs obligations. C'est pourquoi P2 ne correspond pas stricto sensu aux catégories d'organisations telles que définies par Mintzberg (1979, 1989) mais plutôt à un hybride inspiré des adhocraties, des organisations missionnaires et des bureaucraties professionnelles qui, pour se coordonner, ont dû mettre en place de manière cohérente des capacités d'ajustements mutuels, de valeurs, de qualifications et de procédures. Considéré comme un agencement organisationnel au sens de Girin (1995), compte tenu de la complexité de son organisation ; P2 a assimilé les différents besoins des usagers et des partenaires, en particulier des tutelles, repérés lors de l'expérience de P1 ; en s'appuyant, comme le recommande Moisdon (2008) pour faire face aux difficultés structurelles, sur l'importance des pratiques informelles d'ajustement mutuel précédemment développées. En effet, la dispersion des interlocuteurs, de leurs réglementations voire de leurs calendriers contribue à ajouter à la complexité de l'objet à traiter impactant en retour le développement du projet. Au regard de la littérature scientifique sur les réseaux, la récente transformation de P2 pourrait être assimilée à une « firme pivot », ce qui n'était pas le cas de façon aussi nette dans le dispositif initial. Il y existe ainsi des compétences-clés au sens de Crémadez (2004) qui sont intégrées et des compétences externes en réseau, voire en « méta-réseau ». En effet, les partenaires de P2 sont susceptibles de mettre en relation leurs usagers avec des acteurs de leurs propres réseaux informels. De plus, P2, s'est développé selon des protocoles cliniques et organisationnels validés par les experts avec lesquels il collabore et s'est engagé à mettre son équipe et son savoir-faire au service des projets de santé mentale au niveau régional, par le biais de partenariats avec d'autres SAMSAH ou institutions travaillant sur le même thème, afin que son programme puisse être dupliqué sur d'autres territoires de santé, répondant ainsi à la demande des partenaires institutionnels, sanitaires, médico-sociaux et des usagers. Son intégration clinique et institutionnelle dans l'environnement s'appuie sur un certain nombre d'outils conventionnels et techniques et la participation des professionnels de l'action sociale est bien plus centrale que dans P1. C'est pourquoi, P2 s'est développé comme une agence de services intégrés fonctionnant, sur le mode du case management, dans un environnement particulièrement complexe, formé des usagers, des professionnels de santé, des financeurs mais aussi de tous les intervenants concernés par le développement du service. Ainsi, leur intégration au sein de P2 a eu pour effet de placer au centre du projet individuel, des actions habituellement considérées comme périphériques au sens de Crémadez (2004). Pour suivre sa description, nous pourrions les regrouper en clients, fournisseurs ou parties prenantes et observer leurs besoins et leurs réticences. Les usagers sont les clients ; ils sont destinataires des services offerts par P2 et sont en attente de soulagement des symptômes associés (anxiété, dépression, hallucinations) dont ils souffrent. Pour leur part, les professionnels de la santé ou du médico-social peuvent être assimilés à des fournisseurs ; ils ont une expertise dans le diagnostic, le traitement, la prise en charge ou l'accompagnement social de ce type de cas et sont reliés entre eux par des réseaux formels ou informels ou liés aux instances et tutelles dont ils dépendent. D'autres parties prenantes participent au développement P2 comme les médecins généralistes ou hospitaliers, les familles ou les associations d'usagers. Ces groupes d'acteurs sont en fait particulièrement interdépendants, tout en étant méfiants les uns des autres du fait de préjugés ou de positions concurrentielles, ce qui nécessite pour P2 un effort supplémentaire pour élaborer avec ces différents acteurs des actions complexes alliant offre de soins, offre de services et coordination. C'est pourquoi, la meilleure façon d'apaiser, voire de prévenir ces tensions afin de ne pas nuire aux usagers est d'anticiper et d'analyser ces différents paramètres en ayant une connaissance dynamique approfondie du terrain et de ses interactions. L'équipe, elle-même, vient d'horizons et de

formations différentes, certains sont issus du milieu médical ou paramédical et d'autres du monde de l'ergonomie ou de l'administration et dans certains cas il s'agit de professionnels à double fonction, comme: médecin/manager, infirmière/psychologue, médecin/informaticien. Pour un usager donné, c'est donc la recherche de l'interface professionnelle la plus efficiente qui prédit la réussite de la prise en charge globale, mais, en cas de tension sur un de ces axes, soit l'usager se sentira incompris ou rejeté, soit le médecin généraliste ou le psychiatre hospitalier se sentira dépossédé de «son» patient, créant, plus qu'une synergie, une opposition de phase voire une compétition dans certaines circonstances. Dans ce cas, P2 se trouve en tension et doit résoudre, le plus souvent très rapidement, des situations de blocage liées soit à l'usager soit à l'administration soit au système de santé. Pour cela, P2 est attentif aux difficultés de communication entre les différentes parties prenantes ; en particulier autour de l'effet écologique de l'implantation d'un service innovant dans un environnement fonctionnant de longue date sur des modalités d'équilibre complexes mais soudées paradoxalement par leurs inerties institutionnelles respectives.

Des freins et des conditions de réussite :

L'étude du cas Prépsy et de son évolution en deux temps révèlent certains freins, ainsi que des conditions de réussite. Les différences de culture et de langage entre le monde de la médecine ambulatoire et le monde hospitalier favorisent des représentations négatives sur les réseaux, leur multiplicité ou leur complexité administrative ; les médecins craignant qu'ils ne se substituent à leurs fonctions ou missions. Dans le cas de Prépsy, sa qualité d'acteur de coordination territoriale a été constamment retravaillée afin de répondre à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services en conformité avec les référentiels de bonnes pratiques. Concernant les freins, certains ont été identifiés comme majeurs ; tout d'abord les inerties qualifiées par Bartoli et Hermel (1989) de freins structurels au changement et en particulier à l'inertie et à l'entropie du système qui ont lourdement entravé la mise en place et le fonctionnement du dispositif. Prépsy étant une structure hybride, son ancrage dans le système très institutionnalisé de la psychiatrie publique a pu être l'objet de perceptions négatives d'enjeux plus ou moins réels comme décrites par de Coninck (1998) que l'on peut aussi appeler résistances au changement. Sans surprise, mais avec une acuité particulière, la relation avec les acteurs-clés centraux que sont les financeurs ou périphériques comme le secteur bancaire a été déterminante pour certains déboires ou succès. De fait, et l'activité de P1 est restée constamment très vulnérable au regard des ressources et a dû cesser pendant près de deux ans entre 2009 et 2010 à la suite de l'arrêt de financement du réseau.

Si ces freins ont été lourdement ressentis dans l'histoire du développement de Prépsy, ils semblaient avoir été partiellement surmontés à partir de 2012 par la renaissance sur d'autres bases du dispositif ; ainsi P2 a pu voir le jour grâce à un prêt consenti sur la confiance portée au projet par le Conseil d'Administration de la banque Palatine. Mais c'était sans imaginer, en interne, le rôle joué par les inévitables effets transférentiels et contre-transférentiels de la maladie, exacerbant les fragilités de certains membres de l'équipe, avec leur cortège de dysfonctionnements professionnels, institutionnels voire relationnels, qui ont pu y trouver un terrain de revendications ou de jeux d'emprises voire plus habituellement de résistances au changement liées à la prégnance récurrente des modèles habituels. Ces répercussions, pouvant mettre en péril le projet de l'intérieur, mériteraient à eux seuls une étude psycho-sociologique approfondie. Dans ce contexte, les fortes contraintes environnementales (financement, culture, concurrence...) ont imposé à P1 de trouver des solutions innovantes et efficaces

(optimisation de l'organisation interne, mutualisation de moyens, développement de nouveaux projets...); en particulier par le choix des profils de compétences et la motivation de l'équipe à relever des défis. Ainsi, les responsables de P2 ont tiré de l'expérience un ensemble de leviers et conditions de réussite dans les domaines de l'organisation, de la gouvernance, de la communication et des moyens du dispositif. Toutefois, un autre facteur de succès possible pourrait résider dans le leadership des professionnels formant le « premier cercle » et ayant eu la légitimité pour conduire ce projet d'intégration. Bien qu'Etheridge et al (2009) fassent l'hypothèse qu'un soutien institutionnel « prudent » pourrait être, paradoxalement, un facteur de succès par la combinaison d'une approche « help it happen » au sens de Greenhalgh et al(2004), cela n'a pas été le cas de P2 qui a bénéficié d'un soutien institutionnel fort. D'autres facteurs-clés de succès à l'implantation de P2 comme la facilitation des processus, la transversalité de l'offre de services, la modularité du suivi coordonné et la subsidiarité de l'action ce sont déployées par l'intermédiaire de fonctions dynamiques, facilitateurs humains ou techniques, devenus dans P2, les case managers. C'est pourquoi, au regard de la littérature scientifique sur les réseaux, la configuration de P2 peut être assimilée à une firme pivot plus nettement que dans le dispositif initial P1. Son nouveau rôle conservant la précédente mission de coordination tout en la dépassant par la réalisation de certaines prestations, avec une répartition entre des compétences-clés intégrées et des compétences externes en réseau, voire en méta-réseau. L'une des évolutions organisationnelles majeures dans le temps a donc été l'augmentation de la taille de la firme pivot, du réseau vers un renforcement des activités intégrées pour une meilleure qualité de services. Ce socle de compétences consolidant par réciprocity l'action de chacun, selon Harris et Bergman (1993), et le maillage ainsi créé favorisant la continuité du suivi dans l'environnement naturel de l'utilisateur, sous la responsabilité du personnel d'encadrement afin de permettre aux case-managers tout en diminuant l'isolement et les risques de ré-hospitalisation des usagers.

Une organisation hybride en action :

A l'issue de cette analyse, peut-on associer Prépsy à une organisation hybride au sens de Williamson (1971,1996)? Celui-ci avait, dès 1985, montré que ces configurations intermédiaires devenaient les plus fréquentes et se traduisaient par des transactions multilatérales, pouvant prendre des formes de sous-traitances, d'alliances ou de réseaux. Les formes organisationnelles développées par Prépsy, tant dans la première phase que dans la seconde, s'appuient sur une mise en commun de compétences dans la prise en charge de l'utilisateur, sur une régularité transactionnelle entre des structures et acteurs professionnels autonomes, dans un contexte où une possible rivalité entre expertises existe et s'est révélée notamment dans certaines résistances au changement. Sur ce dernier point, qui renvoie à une certaine logique de « coopération » au sens de Nalebuff and Brandenburger (1996) combinant coopération et compétition, il est apparu dans le fonctionnement de Prépsy que la mise en exergue de l'approche gagnant-gagnant et de la réciprocity était essentielle. Pour Ménard (2004), les trois caractéristiques-clés de ces formes hybrides sont la mise en commun (pooling) de ressources pour l'activité, la contractualisation plus ou moins formelle entre partenaires autonomes et le contexte de possible compétition entre ces partenaires. On peut donc considérer que Prépsy correspond bien à une organisation hybride. Dans ce contexte, le réseau intégré de services illustré par P2 correspond à une nouvelle forme de coordination oscillant entre conformité et innovation et s'exerçant ici au service de la prise en charge du handicap psychique. La conformité, correspondant à la nécessité d'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, bien que facilitant l'existence du dispositif sur

certains aspects, ne se prêtent que difficilement, du fait de la rigidité de ces cadres et usages, aux besoins complexes de la prise en charge globale, sur le long terme, des jeunes usagers souffrant de schizophrénie et imposent de s'y adapter pour des enjeux d'agrément et de budget. Pour sa part, l'innovation est liée à l'importance formelle donnée aux processus de coordination et à leur combinaison par des mécanismes d'intégration interne (la hiérarchie) et d'alliance externe (le réseau). Ce caractère novateur se retrouve également dans la place accordée à la participation de l'utilisateur et de sa famille, à leur mise en situation et à des systèmes d'information performants utilisés comme médiateurs.

Pour l'avenir :

En conclusion, les enjeux de la santé mentale reposent, aujourd'hui, autant sur les soins et les traitements que sur les processus organisationnels de coordination et de prise en charge globale de l'utilisateur atteint de troubles psychiques. Cependant, aucune configuration structurelle classique ne permet de répondre aux multiples défis rencontrés par les acteurs les plus concernés, qu'il s'agisse des usagers eux-mêmes, de leurs soignants ou de leur entourage personnel et professionnel. Ni les organisations traditionnelles reposant sur les principes de « hiérarchie » ou de « marché », ni les formes réticulaires les plus spontanées ne suffisent dans ce contexte et ne conduisent à une réduction appropriée des coûts de transaction au bénéfice. Nous pensons que l'étude longitudinale du cas Prépsy traduit un besoin d'adaptation organisationnelle dictée par l'expérience et conduit à mettre en lumière l'intérêt d'une imbrication entre réseau et intégration. Au final, c'est un dispositif hybride de réseau intégré de services, combinant l'internalisation de compétences-clés et la valorisation de compétences complémentaires externes adéquates, qui paraît susceptible d'assurer une meilleure réponse aux besoins. Cette structure originale et composite de coordination peut apporter une illustration particulière aux formes intermédiaires, avec d'une part une certaine conformité au regard des principes de réseaux définis depuis plusieurs décennies et des cadres institutionnels au sein desquels la structure s'est insérée et d'autre part une approche innovante concernant l'équilibre réfléchi entre internalisation et externalisation des compétences.

A l'issue de ce travail, nous pensons avoir démontré la nécessité d'une vision d'ensemble claire pour une coordination efficace des soins et des services en santé mentale. En particulier, du fait du nombre important des dimensions bio-psycho-sociales simultanées induites par la schizophrénie. Bien souvent, les difficultés rencontrées proviennent de l'inadéquation des cultures des différentes parties prenantes en présence. En psychiatrie, plus particulièrement, certains courants de pensée sont réticents devant les référentiels de bonnes pratiques et certaines structures hospitalo-centrées perçoivent les dispositifs de coordination comme illégitimes ou outrepassant leurs droits ; toutes ces situations pouvant conduire à des ruptures de trajectoire ou des situations de perte de chance pour l'utilisateur. C'est pourquoi nous proposons de promouvoir, pour chaque dossier, des « indicateurs de vigilance » discrets permettant d'évaluer en temps réel la capacité de communication du réseau avec ses partenaires ; ceux-ci pourraient être placés sur les représentations graphiques de la trajectoire de santé de l'utilisateur ou sur le schéma organisationnel du réseau de partenaires. Nous proposons aussi d'introduire la notion de « convergence », décrivant l'état optimal de la collaboration entre les dispositifs et ses parties prenantes dans un territoire-temps donné, prenant en compte la dynamique des interactions entre les particularités organisationnelles de l'organisation hybride (basées sur une connaissance approfondie des partenaires et du territoire, construite à partir de la fonction « réseau » du dispositif) et les particularités des

pathologies psychiques avec lesquelles il s'interface. Enfin, bien souvent intuitive, la coordination, ne peut s'envisager, selon nous, qu'à condition d'introduire la notion de «synchronisation» correspondant à la diffusion d'informations de l'organisation hybride vers ses partenaires mais aussi vers l'utilisateur, à un instant donné, permettant l'optimisation de la coordination et dont la maîtrise conditionne l'efficacité du système. Nous ne négligerons toutefois pas les problèmes méthodologiques liés à la faible taille des échantillons, ne permettant d'évaluation statistique fiable, la diversité des approches méthodologiques des différents promoteurs internationaux pratiquant une approche similaire ou le faible nombre d'expérience similaire en France.

Pour les chercheurs en management de la santé, ce travail espère avoir ouvert un axe de recherche potentiellement fructueux dans le champ de la coordination des soins et des services. Il vise à montrer que des passerelles réfléchies et réciproques entre les travaux en organisation des entreprises et ceux en organisation de la santé peuvent aider à la compréhension des phénomènes observés et à leur amélioration. Pour ce faire, il ambitionne d'encourager des recherches portées conjointement par des auteurs d'origines scientifiques différentes, comme l'auteur a voulu l'illustrer ici, dans les domaines de la médecine et du management. Les réflexions et analyses présentées dans cette thèse laissent penser que de nouvelles adaptations managériales et organisationnelles, venant compléter les indispensables compétences médicales, sanitaires et sociales, seront encore nécessaires dans le futur pour relever le défi de la prévention et de l'amélioration de la prise en charge en santé mentale. A l'avenir, nous tenterons de développer, d'autres axes de recherche, par exemple autour de l'apport de l'Internet collaboratif par le *closing in* et l'*out reachment* comme des nouveaux paradigmes managériaux en santé mentale.

Sigles:

- AAH : Allocation pour adulte handicapé
- ALD : Affection de longue durée
- ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ANESM : Agence nationale de l'évaluation des établissements et services médico-sociaux
- ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
- ARS : Agence régionale de santé
- CA : Conseil d'administration
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CIM-10 : Classification internationale des maladies, dixième révision
- CLIC : Centres locaux d'information et de coordination à caractère gérontologique
- CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- CNS : Conférence nationale de santé
- CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
- CROSM : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico
- DASES : Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
- DGAS : Direction générale de l'action sociale
- DGS : Direction générale de la santé
- DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DSM : Diagnostic and Statistic Manual
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ESMS : Etablissements et services médico-sociaux
- ETP : Equivalent temps plein
- FAQSV : Fonds d'Amélioration des Soins de Ville
- HAS : Haute Autorité de santé
- HCSP : Haut Conseil de la santé publique
- HPST : Hôpital, Usagers, Santé, Territoires
- IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- MDPH : Maisons départementales des usagers handicapés
- MDPH : Maison départementale pour personnes handicapées
- MNASM : Mission nationale d'appui en santé mentale
- NTIC : Nouvelles techniques de l'information et de la communication
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

- OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
- PPSM : Plan Psychiatrie et santé mentale
- PRS : Projet régional de Santé
- SAMSAH : Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
- SESSAD : Services de soins et d'éducation spécialisés
- SI : systèmes d'information
- SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
- SROSM : Schéma régional d'organisation médico-sociale
- URCAM : Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Bibliographie

Bibliographie :

Allness, D. J., Knoedler, W. H., Test, M.A. 1985. The Dissemination and Impact of a Model Program in Process, 1972-1984. In Stein, L. I. Test, M. A. The Training in Community Living Model: A Decade of Experience. New Directions for Mental Health Services; n°26. San Francisco: Jossey-Bass.

Allness, D. J., Knoedler, W. H. 2003. A Manual for ACT Start-Up Based on The PACT Model of Community Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illnesses. Arlington, National alliance for the mentally ill.

Amado, I. 2011. Principles of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Bulletin de l'Académie de Médecine* ; vol.195, n°6, p.1319-1330.

Amyot, J. J. 2010. Les tribulations de la coordination gérontologique : des stratégies aux usagers. *Vie Sociale* ; n°1, p.25-42.

Angue, K. 2009. Rôle et place de l'abduction dans la création de connaissances et dans la méthode scientifique peircienne. *Recherches Qualitatives* ; vol.28, n°2, p.65-94, Québec.

Aron, R. 1962. Paix et guerre entre les nations. Paris : Calmann-Lévy.

Assens, C. 1996 : Du modèle bureaucratique au modèle organique : l'organisation en réseau. *Cahiers du CNRS* ; n°23, p.38-42.

Assens, C. 2003. Le réseau d'entreprises : vers une synthèse des connaissances. *Management International* ; vol.7, n°4, p.49-59.

Assens, C. 2013. Le management des réseaux. Paris : De Boeck.

Assens, C., Bartoli, A., Hermel, P. 2015. The Combination of Competition and Cooperation in French Local Government: Toward a Specific Public "Coopetition". Technical University of Sofia/ Unesco Chair. Sozopol, Bulgaria.

Attkisson, C.C., Zwick, R.J. 1982. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric Properties and Correlations with Service Utilization and Psychotherapy Outcomes. *Evaluation and Program Planning*; vol.5, n°3, p.233-237.

Evaluation of the Australian Second National Mental Health Plan (1998-2003). 2003. Australian health minister's advisory council. Commonwealth of Australia.

Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis.1998. National early psychosis project, Clinical guidelines working party. National early psychosis project, University of Melbourne, Melbourne.

Bain, J.S.1968. Industrial Organization. New York: John Wiley.

- Ballew, J. R., Mink, G. 1996. *Case Management in Social Work: Developing the Professional Skills Needed for Work with Multiproblem Clients*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- Barreyre, J.Y., Makdessi, Y. 2007. Handicap d'origine psychique et évaluation des situations. Recherche-action en matière d'évaluation conjointe du handicap psychique réalisée par la délégation ANCREAI Ile-de-France pour le compte de la CNSA.
- Barreyre, J.Y., Peintre, C. 2009. Les conditions de l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique. Présentation de la recherche action sur l'évaluation des situations de handicap psychique réalisée dans 15 départements. *Revue française des affaires sociales* ; vol.1-2, n°1-2.
- Bartoli, A., Hermel, P. 1989. *Le développement de l'entreprise. Nouvelles conceptions et pratiques*. Paris : Economica.
- Bartoli, A., Blatrix, C. 2015. *Le management dans les organisations publiques*. Paris : Dunod, 4^{ème} édition.
- Bartoli, A., Gozlan, G. 2014. Vers de nouvelles formes hybrides de coordination en santé mentale : entre conformité et innovation. *Management et avenir* ; n°68.
- Bellack, A.S., Schooter, N., Marder, S.R., 2004. Do Clozapine and Risperidone Affect Social Competence and Problem Solving? *American Journal of Psychiatry*; n°161, p.364-367.
- Bergman, H., Hogan, D., Patterson, C., et al. 2003. Dementia. Oxford textbook of primary medical care. *Clinical Management*; vol.2, p.1251-1253.
- Bertsche, A., Horesji, C. 1980. Coordination of Client Services. *Social work*; n°25, p.94-98.
- Bloch, M.A., Mahe, T., Richard, G. 2009. Travaux de la CNSA sur les outils et démarches d'évaluation des besoins des personnes. Rapport d'étape, CNSA.
- Bloch, M.A., Hénaut, L. 2014. *Coordination et parcours*. Paris : Dunod.
- Bond, G.R., Mc Grew, T.H, Fekete, D.P. 1995. : Assertive Outreach for Frequent Users of Psychiatric Hospitals: A Meta-Analysis. *Journal of Mental Health Administration*; n°22, p.4-16.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., Latimer, E. 2001. Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical Ingredients and Impact on Patients. *Disease Management & Health Outcomes*; vol.9, p.141-159.
- Bond, G., Salyers, M.P., Rollins, A.L., et al. 2004. How Evidence- Based Practices Contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal*; n°40, p.569-588.
- Bond, G.R. 2004. Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; n°27, p.345-359.
- Bond, G.R., Salyers, M.P. 2004. Prediction of Outcome from the Dartmouth ACT Fidelity Scale. *CNS Spectrum*; n°9, p.937-942.

- Bouchikhi, H., Kimberly, J. 1992. Le Management bureauganique : ou comment réconcilier le clan avec la bureaucratie, in *Annales des Mines, Gérer et Comprendre* ; n°29, p.4-16.
- Bouman, A., van Rossum, E., Nelemans, P., et al. 2008. Effects of Intensive Home Visiting Programs for Older People with Poor Health Status: a Systematic Review. *BMC Health Service Ressources*; vol.8, n°1 p.74-85.
- Bourgeois, I. 2005. Le médecin traitant dans la réforme de l'assurance-maladie. Une étape symbolique pour la cause généraliste. Paris : Esprit.
- Bourgeois, A., Duée, M. 2008. Le Compte social du handicap de 2000 à 2006, DREES. *Etudes et Résultats* ; n°619.
- Bourgueil, Y., Develey, A., Grignon, M., et al. 2003. Le point de vue des chercheurs in les Actes du séminaire des 7 et 8 juin 2002 sur l'évaluation des réseaux de soins et de santé. CREDES et IMAGE.
- Bourricaud, F.1961. Esquisse d'une théorie de l'autorité. Paris: Plon.
- Bowie, C.R., Harvey, P.D. 2005. Cognition in Schizophrenia; Impairments, Determinants and Functional Importance. *Psychiatric Clinics of North America*; n°28, p.613-633.
- Bowie, C.R., Harvey, P.D. 2006. Cognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia. *Neuropsychiatric Diseases Treatments*; vol.2, n°4. p.531-536.
- Bruyere, C. 2008. Les réseaux de santé français : de la compréhension d'une nouvelle forme organisationnelle des soins à la construction d'un modèle de management paradoxal. Doctorat Sciences de gestion. Université Aix-Marseille 2.
- Burns, T., Fioretti, A., Holloway, F., et al. 2001. Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric services*; vol.52, n°5, p.631-636.
- Burns, T., Catty, J., Dash, M., et al. 2007. Use of Intensive Case Management to Reduce Time in Hospital in People with Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Regression. *British Medical Journal*; n°335, p.336-340.
- Buronfosse, D. 1995. Coordination d'un réseau gérontologique : l'expérience lorientaise, aspects pratiques. *La Revue de gériatrie* ; vol.20, n°7, p.429-432.
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. 2007. Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD.
- Callon, M., Latour, B. 1981. Unscrewing the Big Leviathan; or how Actors Macrostructure Reality and how Sociologists Help them to do so? London: Routledge.
- Carter, J. 2015. Realizing the Broad-Reaching Benefits of Board Certification. Case Management Society of America.

Case Management Society UK. 2009. CMSUK Standards of Practice and Best Practice Guidelines. London: Sutton.

Ciampi, L. 1986. Zur Integration Von Fuhlen Und Denken Im Licht Der, Affektlogik. Die Psyche Als Teil Eines Autopoietischen Systems. In *Psychiatrie der Gegenwart*. Kisker KP et al, vol.1, 3tte ed, p.373-410. Berlin: Springer.

Coase, R.H. 1937. The Nature of the Firm. *Economica*; vol.4, n°16, p.386-405.

Cohen-Pasa, C. 2014. L'an 1 d'un service d'accompagnement médico-social pour jeunes adultes en situation de handicap psychique. Université Paris-Dauphine.

Cohendet, P. 1997. : Apprentissage organisationnel et cohérence : l'importance économique de la notion de réseau. In *Les Limites de la rationalité : Les Figures du collectif*, p.73-98. Paris : La Découverte.

Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V., et al. 2009. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. IRDES ; n°145.

Coldefy, M., Nestrigue, C. 2014. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Questions d'économie de la santé*. IRDES ; n°202.

Coninck, F. 1998. Les bonnes raisons de résister au changement, *Revue française de gestion* ; n°120.

Contandriopoulos, A.P., Denis, J.L., Touati, N. 2001. Intégration des soins : concepts et mise en œuvre. *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé* ; vol.8, n° 2, p.38-52.

Conus, P., Bonsack, C., Gommeret, E., Phillipoz, R. 2001. Le Soutien psychiatrique intensif dans le milieu de Lausanne : un projet pilote. *Revue Médicale de la Suisse Romande* ; vol.121, n°6, p.475-481.

Conseil Economique et Social. 2003. La prévention en matière de santé.

Cordier, A. 2013. Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 Recommandations du comité des « sages ». Stratégie Nationale de Santé.

Couty, E., Cecchi-Tenerini, R. 2009. Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports.

Cremadez, M. 1992. Le management stratégique hospitalier. Paris : InterEditions.

Cremadez, M. 2004. Organisation et stratégie. Paris: Dunod.

Curry, N., Billings, J. et al. 2005. Predictive risk project. Literature review. London: King's Fund.

Dagnino, G.B., Rocco, E. 2009. Coopetition strategy: Theory experiments and case. Oxford: Routledge.

- Dakhlaoui, A. 2008. Les réseaux d'entreprises. Mémoire majeur, Master Recherche, sous la direction de Assens, C. ISM, Université de Versailles St-Quentin.
- David, A. 1996. L'aide à la décision entre outils et organisation. *Entreprise et Histoire*.
- David, A. 1999. Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. VIIIème Conférence Internationale de l'A.I.M.S. Châtenay Malabry. France.
- David, A. 2008. La recherche intervention, cadre général pour la recherche en management, in David, A., Hatchuel, A., Laufer, R. Les nouvelles fondations des sciences de gestion ; p.193-213. Paris: Vuibert, 2^{nde} édition.
- De Leon, G. 2000. *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method*. New York: Springer Publishing Company.
- Deloitte. 2013. Case management - Coordination de parcours de soins appliquée au secteur de la santé et des services aux personnes. Rapport final présenté à l'Institut Universitaire International du Luxembourg.
- Degenne, A., Forsé, M. 2004. Les réseaux sociaux, Collection U. Paris : Armand Colin.
- Dinerman, M. 1992. Managing The Maze: Case Management And Service Delivery. *Administration in social work*; vol.16, n°1, p.1-9.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). 2008. L'état de santé de la population en France - Rapport 2007.
- Direction générale de l'offre de soins. 2012. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?
- Drake, R. E., Becker, D. R., Bond, G. R. 2003. Recent Research on Vocational Rehabilitation for Persons with Severe Mental Illness. *Current Opinion in Psychiatry*; vol.16, p.451-455.
- Edwards, J., Cocks, J. 1999. Preventive Case Management in First-Episode Psychosis. In: Mc Gorry, P.D., Jackson, H.J (Eds.). *The recognition and Management of early psychosis. A preventive approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Edwards, J., Mc Gorry, P.D. 2002. *Implementing Early Interventions in Psychosis*. London: Dunitz.
- Eisenhardt, K. M. 1989. Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*; vol.14, n°4, p.532-550.
- Esquirol, J.E. 1838. Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal. Paris : J.B. Baillière.
- Ertan, N. 2014. Stratégie media. SAMSAH Prépsy. Document interne.

Etheridge, F., Couturier, Y., Trouve, H., et al. 2009. Special Series: Change Management, is the PRISM-France Glass Half Full or Half Empty? The Emergence and Management of Polarized Views Regarding an Integrative Change Process, *International Journal of Integrated Care*; vol.9, p.2-11.

Falzon, P. 2013. Ergonomie constructive. Paris : Presses Universitaires de France.

Fayol, H. 1916. Administration industrielle et générale. Paris : Dunod.

Fery-Lemonnier, E. 2014. Parcours de santé : enjeux et perspectives. *Actualité et Dossier en Santé Publique* ; n°88.

Ferrary, M., Pesqueux, Y. 2004. L'organisation en réseau, mythes et réalités. Paris : Presses Universitaires de France.

Fleury, M.J. 2002. Les réseaux intégrés de services. *Revue Santé Mentale au Québec* ; vol.27, n°2, p. 16-36.

Fleury, M.J., Ouadahi, Y. 2002. Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantations du changement. *Santé mentale au Québec* ; vol.27, n°2, p.16-36.

Fleury, M.J. 2006. Integrated Service Networks: The Quebec Case Health Services. *Management Research*; vol.19, n°3, p.153-165.

Fleury, M. 2012. Les réseaux de services intégrés en santé mentale : notion, exemple du Québec et enjeux d'implantation. *L'observatoire*, n°72.

Fleury, M., Farand, L., Aube, D. et al. 2012. Management Of Mental Health Problems By General Practitioners In Quebec. *Canadian Family Physician*; vol.58, n°12, p.732-738.

Fleury, M., Grenier, G. 2013. Parcours en milieu ordinaire de jeunes avec un handicap mental ou psychique. *Revue Santé publique* ; vol.25, n°4, p.453-463.

Fleury, M., Grenier, G., Bamvita, J.M. et al. 2013. Predictors of Quality of Life in a Longitudinal Study of Users with Severe Mental Disorders. *Health and quality of life outcomes*; vol.11, n°1, p.92.

Follett, M.P. 1924. Creative Experience. New York: Longman Green.

Frankel, A.J., Gelman, S.R. 2012. Case Management. An Introduction to Concept and Skills. Chicago: Lyceum Books.

Frattini, M.O., Mino J.Ch. 2006. Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé. *Santé publique* ; vol.18, n°3, p.475-481.

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., et al. 2001. Frailty In Older Adults: Evidence of a Phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*; 56A, p.146-156.

Frossard, M. 2002. Coordination, intégration, réseaux de services : enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées. *Gérontologie et société* ; n°100, p.34-48.

- Gaynes, N.L. 1973. A Logic to Changing Needs. *The Gerontologist*; n°13, p.277-281.
- Gibelman, M., Gelman, S.R. 2004. A Loss of Credibility: Patterns of Wrongdoing Among Non-Governmental Organizations. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*; vol.15 n°4, p.355-381.
- Girin, J. 1995. Les agencements organisationnels. In Charue-Duboc. Des savoirs en action. Contribution de la recherche en gestion. Paris : L'harmattan, p.233-279.
- Glaser, B., Strauss, A. 1967. The Discovery of Grounded Theory. Strategies of Qualitative Research. London: Wiedenfeld and Nicholson.
- Gobet, P. 2009. Communication. Journée spéciale de l'IFFP, Yverdon, Ecole d'Etudes Sociales et Pédagogiques-Haute Ecole de travail Social et de la Santé. Lausanne.
- Goering, P., Wasylenki, D., Durbin, J., 2000. Canada's Mental Health System. *International Journal of Law Psychiatry*; vol.23, n°3-4, p.345-359.
- Gomory, T. 1999. Programs of Assertive Community Treatment (PACT): A Critical Review. *Ethical Human Science Services*; n°1, p.147-161.
- Gozlan, G. 2000. Les réseaux de santé. Mémoire de Master. ESCP-EAP.
- Gozlan G. 2004. Pour un dépistage précoce de la schizophrénie. Dossiers du praticien : neuropsychiatrie. *Impact médecine* ; p.79-67.
- Gozlan G. et al. 2005. Modalités de prise de décision en urgence concernant l'indication éventuelle d'une hospitalisation sans consentement d'un patient présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique, Haute Autorité de Santé.
- Gozlan G. 2005. La schizophrénie doit être prise en charge très tôt. *La revue des parents* ; n°359.
- Gozlan, G. Mandel C. 2005. Clinique pédiatrique de la schizophrénie : dépistage précoce et diagnostic au cours de l'enfance et de l'adolescence. *Médecine et Enfance* ; vol.25, n°10, p.648-651.
- Gozlan G., Acef S. 2006. Journée nationale des réseaux en santé mentale. *Filières et Réseaux de santé*; n°10.
- Gozlan G., Acef S. 2007. Stratégies d'intégrations cliniques et territoriales dans le cadre d'un réseau de santé mentale: l'expérience du réseau Prépsy. *Sociologie Santé* ; n°29.
- Gozlan, G., Acef., S. 2007. : Stratégie d'intégration clinique des professionnels de l'action sociale dans le cadre du réseau de santé mentale Prépsy. *Vie Sociale* ; n°1, p.49-57.
- Gozlan, G., Acef, S. 2009. Vers des soins intégrés en santé mentale : l'expérience du réseau Prépsy. Soins partagés en santé mentale, quelles stratégies d'intégration clinique ? Santé mentale au Québec ; vol. 34, n°1, p.221-238.

- Gozlan G, Acef S. 2010. Réseaux de santé et PMI in *Le service de Protection Maternelle et Infantile*, Hassani A., Letoret A., Morellec J. Paris : Berger-Levrault
- Granovetter, M.S. 1973. The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*; vol.78, n° 6, p.1360-1380.
- Granovetter, M.S. 2000. Le marché autrement. Les réseaux dans l'économie. Paris : Desclée de Brouwer.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., et al. 2004. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*; vol. 82, n°4, p. 581-629.
- Grenier, C. 2006. Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels. Le cas d'un réseau. Gérer et comprendre. *Annales des Mines* ; n°83, p. 25-35.
- Haute Autorité de Santé. 2014. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?
- Halgand, N. 2003. L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement, *Revue française de gestion* ; n° 147, p. 219-231.
- Harris, M., Bergman, H.C. 1993. Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice. Washington: Harwood Academic Publishers.
- Haute Autorité de Santé. 2014. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.F., et al. 2010. Impact of PRISMA, A Coordination-Type Integrated Service Delivery System for Frail Older People in Quebec, Canada: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Gerontology Social Sciences*; vol. 65, n° 1, p. 107-118.
- Hermel, P.1988. Le management participatif. Sens, réalités, actions. Paris : Les éditions d'Organisation.
- Hickam, D.H., Weiss, J.W., Guise, J.M., et al. 2013. Outpatient Case Management for Adults with Medical Illness and Complex Care Needs. Rockville agency for healthcare research and quality.
- Hoge, M., et al. 2005. Workforce Competencies in Behavioral Health: An Overview. *Administration and Policy in Mental Health*; vol.32, n° 5/6.
- Hollander, M.J., Béland, F. 2007. Systems of Care Delivery for the Frail Elderly: A Systematic Review. Victoria : Hollander analytical services.
- Inspection Générale des Affaires Sociales. 2006. Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DRDR.

- Jackson, H.J., Edwards, J., Hulbert, C., et al. 1999. Recovery from Psychosis: Psychological Interventions. In: Mc Gorry, P.D., Jackson, H.J. (Eds.). *The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kanter, J. 1989. Clinical Case Management: Definition, Principles, Components. *Hospital and community psychiatry*; vol. 40, n°4, p 361-368.
- Knoedler, W. H. 1989. The Continuous Treatment Team Model: Role of the Psychiatrist. *Psychiatric Annals*; vol. 19, p.35-40.
- Kodner, D.L. 2006. Whole-System Approaches to Health and Social Care Partnerships for the Frail Elderly: An Exploration of North-American Models and Lessons. *Health and social care in the community*; n°14, p.384-390.
- Kodner, D.L. 2009. All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. *Healthcare quarterly*; vol. 13, p.6-15.
- Koongstvedt, P.R. 2001. *The Managed Health Care Handbook*. New York: Aspen Publishers, 4th edition.
- 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*; vol.1, n° 1.
- Krebs, M.O., Magaud, E., Willard, D. et al. 2014. Assessment of Mental States at Risk of Psychotic Transition : Validation Of The French Version Of The CAARMS. *L'Encéphale*; n°08.
- Latimer, E. 1999. Economic Impacts of Assertive Community Treatment: a Review of the Literature. *Canadian Journal of Psychiatry*; n°44, p.443-54.
- Latimer, E. 2001. Economic Impacts of Supported Employment for the Severely Mentally Ill. *Canadian Journal of Psychiatry*; n°46, p.496-505.
- Latimer, E. 2003. Community-Based Care for People with Severe Mental Illness in Canada. *International Journal of Law Psychiatry*. In *Assertive Community Treatment Implementation Resource Kit: Information for Public Mental Health Authorities*. Washington: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Latimer, E., Bush, P.W, Becker, D.R., et al. 2004. The Cost of High-Fidelity Supported Employment Programs for People with Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*; n°55, p.401-6.
- Latimer, E., Lecomte, T., Becker, D., et al. 2005. Generalizability of the IPS Model of Supported Employment for People with Severe Mental Illness: Results and Economic Implications of a Randomized Trial in Montreal, Canada. *Journal of Mental Health Policy and Economics*; vol.8. suppl 1, p.29.
- Lazega, E.1996. Arrangements contractuels et structures relationnelles ; *Revue française de sociologie*, vol. 37, n° 3, p.439-456

- Lazega, E. 2008. Théorie de la coopération entre concurrents : interdépendances, discipline sociale et processus sociaux. *Le Libellio d'AEGIS*, revue électronique; vol.4, n° 3.
- Lazega, E. 2009. Théorie de la coopération entre concurrents : analyse de réseaux. Presses Universitaires de France; p.533-571.
- Leichner, P., Perreault, M. 1990. Développement et validation d'une échelle multidisciplinaire de satisfaction des usagers de services d'hospitalisation en psychiatrie. Centre de Psychiatrie communautaire. Institut Universitaire en Santé Mentale, Douglas, Québec.
- Lemoigne, J.L. 1990. La modélisation des systèmes complexes. Paris. Dunod.
- Lemoigne, J.L., 2003. Le constructivisme. Modéliser pour comprendre. Paris : L'Harmattan.
- Leutz, W.N. 1999. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the US and the UK. *Milbank Quarterly*; vol. 77, n° 1, p 77-110.
- Luft, H.S.1978. How do Health-Maintenance Organizations Achieve their "Savings"? *The New England Journal of Medicine*; vol. 298, n°24, p.1336-1343.
- Madison, Gold award. 1974. A Community Treatment Program. Mendota Mental Health Institute, Wisconsin. *Hospital and Community Psychiatry*; vol.25, p.669-672.
- Mahi, G.S, Das, P., Lagopoulos, J. et al. 2012. Mentalizing Impairment in Schizophrenia: A Functional MRI Study. *Schizophrenia Research*; vol.134, 2-3, p.158-164.
- Martinez, M. 2002. La filière sanitaire et sociale. Le facteur idéologique dans une organisation en réseau. *Réflexions hospitalières* ; n°489.
- Marx, A. J., Test, M. A., Stein, L. I. 1973. Extrahospital Management of Severe Mental Illness. Feasibility and Effects of Social Functioning. *Archives of General Psychiatry*; n°29, p.505-511.
- Massé, G., Veber, A. 2007. Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : quel rôle pour la psychiatrie ? *Pluriels*; vol.66.
- McGlashan, T.H. 1999. Duration of Untreated Psychosis in First Episode Schizophrenia: Marker Or Determinant of Course? *Biological Psychiatry*; n°46, p. 899-907.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C. 1996. EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management. *Schizophrenia Bulletin*; n°22, p.305-326.
- McGorry, P.D., Jackson, H.J. 1999. The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach. Cambridge: Cambridge University Press.
- McGorry, P.D., Yung, A., Phillips, R. 2002. Closing In: Predicting The Onset of Psychosis .The Early Stages of Schizophrenia. Washington DC: American Psychiatric Publishing; p.3-31.

- Ménard, C. 2004. The Economics of Hybrid Organizations. *Journal of institutional and theoretical economics*; n°160 (3): p.345-376.
- Mercklé, P. 2004. Sociologie des réseaux sociaux. *Repères*; n°398. Paris : La Découverte.
- Miles, R., Snow, C. 1986. Organizations: New Concepts for New Forms. *California management review*; vol. 28, n°3, p.62-73.
- Mintzberg, H. 1979. The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Mintzberg, H.1989. On Management: Inside Our Strange World of Organizations. New York: Free Press.
- Mintzberg, H. 2015. Rebalancing Society: Radical Renewal beyond Left, Right and Center. Oakland: Berrett-Koehler.
- Minvielle, E., Leleu, H., Capuano, F. et al. 2010. Suitability of Three Indicators Measuring the Quality of Coordination within Hospitals. *Biomedcentral health services research*; vol.10, n ° 93, p. 1-6.
- Moisdon, J.C. 2008. Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant? *Pratiques et organisation des soins*; n°3, p.175-181.
- Moore, S.1992. Case Management and The Integration of Services: How Service Delivery Systems Shape Case Management. *Social work*; vol. 37, n°2.
- Moret, J. 2013. Adultes référents – élèves sentinelles : une formation pour lutter contre les discriminations à l'école. Académie de Poitiers.
- Mrazek, P.J., Haggerty, R.J. 1994. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington: National Academy Press.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. et al. 1998. Models of Community Care For Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*; n°24, p. 37-74.
- Musso, P. 2003. Critique des réseaux. Paris : Presses Universitaires de France.
- Nalebuff, B., Brandenburger, A. 1996. Coopetition, Currency. New York: Doubleday.
- Neale, M.S., Rosenheck, R.A. 2000. Therapeutic Limit Setting in an Assertive Community Treatment Program. *Psychiatric Services*; n°51, p .499-505.
- Nies, H., Berman, P.C. 2004. Integrating Services for Older Persons. Dublin: European health management association.
- Ohlinger, J., Brown, M.S., Laudert, S., et al. 2003. Development of Potentially Better Practices for the Neonatal Intensive Care Unit as a Culture of Collaboration: Communication, Accountability, Respect, and Empowerment. *Pediatrics*; vol.111, (supp. 2), p.471-481.

Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. 2009. La psychiatrie en France: de la stigmatisation à la médecine de pointe. Sénat.

Organisation des Nations Unies. 2006. Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Pache, G., Paraponaris, C. 2006. L'entreprise en réseau : approches inter et intra-organisationnelles. Paris : Editions de l'ADREG.

Peintre, C. 2011. Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? CEDIAS – CREAHI Ile-de-France.

Peirce, C.S .1931-1935. Collected Papers. Cambridge: Harvard University Press.

Perkins, D.V., Born, D.L., Raines, J.A., et al. 2005. Program Evaluation from an Ecological Perspective: Supported Employment Services for Persons with Serious Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; n°28, p.217-224.

Perkins, D.O., Gu, H., Boteva, K., et al. 2005. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, vol.162, n°10, p.1785-1804.

Petitjean F., Canceil O., Gozlan G. 2008. Détection précoce des schizophrénies. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris : Elsevier.

Pinel, P. 1809. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris : Brosson.

Puijalon, B. 1992. La coordination gérontologique démarche d'hier, enjeu pour demain Description matérielle. Paris : Fondation de France, p.163.

Purdy, S. 2010. Avoiding Hospital Admissions. What does the Research Say? London : King's Fund.

Robelet, M. 2008. Les médecins, l'Etat, et la politique des réseaux de santé en France , in Vio A. et Le Bianic T., Action publique et légitimité professionnelle. Paris: Librairie générale de droit et de jurisprudence.

Rockwood, K. 2005. What Would Make a Definition of Frailty Successful? *Age and Ageing*; n°34, p.432-434.

Rosen, A. 1994. Case Management: Shaping Services to Meet Individual Patient Needs. Mental Health Future Directions. *Australian Hospital Associations Management Paper*, n° 4, p.47

Ross, S., Curry, N., Goodwin, N. 2011. Case Management. What it is and how it can best be Implemented. London: King's Fund.

Rubin, A. 1992. Is Case Management Effective for People with Serious Mental Illness? A Research Review. *Health & social work*; vol.17, n°2, p.138-150.

- Sablier, J., Stip, E., Franck, N., et al. 2010. An Assistive Technology for Improving Autonomy in Schizophrenia: A Pilot Study. *Assistive technology journal*: 16 p.
- Schaink, A.K., Kuluski, K., Lyons, R.F. et al. 2012. A Scoping Review and Thematic Classification of Patient Complexity: Offering and Unifying Framework. *Journal of comorbidity*; vol.2, p.2-9.
- Schaller, P., Gaspoz, J.M. 2008. Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. *Revue de Médecine Suisse* ; n°4, p.2034-2039.
- Schweyer, F.X. 2010. Réseaux de santé : vers une évolution de l'organisation des soins de proximité, *La Revue du praticien, Médecine générale* ; vol. 24, p.314-315.
- Shortell, S. 2000. Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems. San Francisco: Jossey Bass.
- Shortell, S., Rundall, T., Hsu H. 2007. Improving Patient Care by Linking Evidence-Based Medicine and Evidence-Based Management. *Journal of the American Medical Association*; vol. 298, n°6, p. 673-676.
- Simon, H. 1947. Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization. Traduction française par Dauzat, P.E. Paris : Economica, 1983.
- Simon, H. 1979. Rational Decision Making in Business Organisations. *American Economic Review*; vol. 69, n°4, p. 493-513.
- Simonet, F. 2001. Perspectives d'évolution de la coordination gérontologique liées à la mise en place des CLIC : exemple de la région Rhône-Alpes ; mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique.
- Sloan, A. 1963. My Years with General Motors. Reissue with McDonald, J., Stevens, and C.1998. New York: Doubleday.
- Somme, D., Trouvé H., Couturier C., et al. 2007. PRISMA France : Adaptation du modèle d'intégration PRISMA au système de soins et de services français. In Hébert R., Tourigny A., Raïche M. L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Québec : EDISEM, p. 529-547.
- Somme, D., Trouvé H., Couturier C., et al. 2008. Programme d'implantation d'une innovation du système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* ; n°1, vol. 56, p. 54-62.
- Sommelet, D. 2006. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent.
- Stein, L. I., Test, M. A. 1980. Alternative to Mental Hospital Treatment. *Archive of General Psychiatry*; vol.37, n°4, p.392-397.

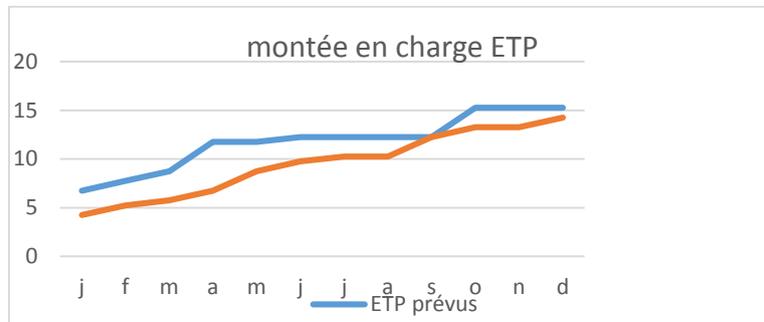
- Stein, L. I., Test, M. A. 1985. The Training in Community Living Model: A Decade of Experience. *New directions for mental health services*; n°26. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stein, L. I., Santos, A. B. 1998. *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. New York and London: W. W. Norton.
- Sticker, H.J. 1999. Quand les personnes handicapées bousculent les politiques sociales. *Esprit* ; vol.259, p.7-100.
- Sticker, H.J. 2005. *Corps infirmes et sociétés. Essai d'anthropologie historique*. Paris : Dunod, 3^e édition.
- Stuart, H. 2006. Reaching out to High School Youth: The Effectiveness of a Video-Based Antistigma Program. *Canadian journal of psychiatry*; vol. 51(10): 647-653.
- Sullivan, T.J. 1997. *Collaboration: A Health Care Imperative*. New York: McGraw Hill Medical.
- Sullivan, H., Skelcher, C. 2002. *Working Across Boundaries: Collaboration in Public Services*. Basingstoke : Palgrave MacMillan.
- Tempier, R. 2000. Le case management clinique. *Vie sociale et traitements* ; n°68, p. 2-5.
- Test, M. A., Knoedler, W. H., Allness, D. J. 1985. The Long-Term Treatment of Young Schizophrenics in a Community Support Program. In Stein, L. I., Test, M. A. the Training in Community Living Model: A Decade of Experience. (New Directions for Mental Health Services, n° 26.) San Francisco: Jossey-Bass.
- Test, M. A., Wallisch, L. S., Allness, D. J., Ripp, K. 1989. Substance Use in Young Adults with Schizophrenic Disorders. *Schizophrenia Bulletin*; vol.15, p.465-476.
- Test, M. A. 1992. Training in Community Living. In R. P. Liberman, *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Macmillan, p.153-170.
- Test, M. A.1998. Modèle de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes. *Santé mentale au Québec* ; vol.23, n°2, p.119-147.
- Thorelli, H. 1986. Networks: Between Markets and Hierarchies. *Strategic management journal*; n°7, p.37-51.
- Tobin, S.S. 1975. Social and Health Services For The Future Aged. *The Gerontologist* (Suppl.), p.32-37.
- Tremblay, J. 2007. *Bien gérer la santé selon Henry Mintzberg*, Montréal : La presse affaires.
- Trosa, S., Bartoli, A. 2011. *Le management par le sens au service du bien public*. Paris : SCEREN-CNNDP.
- Versini, D. 2008. *Intervention à la conférence de haut niveau sur la santé mentale*. Bruxelles.

- Vigneron, E. 2002. Pour une approche territoriale de la santé. Santé et territoires. Paris : Éditions de l'Aube.
- Villette. M., Vuillermot. C. 2006. Portrait de l'homme d'affaires en prédateur. Paris : La Découverte.
- Wagner, E.H., Austin, B., Von Korff. M. 1996. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *The Milbank quarterly*; vol.74, n°4, p.511-544.
- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J. et al. 1999. A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are they Consistent with the Litterature? *Managed care quarterly*; vol.7, n°3, p. 56-66.
- Wagner, E. H., Glasgow, R., Davis, C. et al. 2001. Quality Improvement in Chronic Illness Care: A Collaborative Approach. *Journal on quality improvement*; vol. 27, n°2, p. 63-80.
- Williamson, O.E. 1971. The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations. *American economic review*; n°61, p. 112-123.
- Williamson, O.E. 1975. Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. New York: The Free Press.
- Williamson, O.E. 1985. The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting. New York: The Free Press.
- Williamson, O.E., 1991. Comparing Economic Organization: The Analysis of Organize Discrete Structural Analysis. *Administrative Science Quarterly*, vol. 36, n°2, p.269-296.
- Williamson, O.E. 1996. The Mechanisms of Governance. Oxford University Press: Business and Economics.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F. 2005. Size and Burden of Mental Disorders in Europe – Critical Review and Appraisal of 27 Studies. *European Neuropsychopharmacology*; n°15, p. 357-376.
- World Health Organization. 2008. Integrating Mental Health into Primary Care. A global perspective.
- Worth, M.J. 2013. Nonprofit Management: Principles and Practice. London: Sage publications, 3rd edition.
- Yin, R.K.1981. The Case Study Crisis, Some Answers. *Administrative science quarterly*; n°26, p.58-65.
- Yin, R.K. 2009. Case Study Research. Design and Methods. London: Sage Publications.
- Young, J.G. 1967. Meeting the Social Needs of Medicare Patients. *The gerontologist*; n°7, p.261-265.
- Yung, A.R., Phillips, L.J., McGorry, P.D. et al. 1998. Prediction of Psychosis: A Step towards Indicated Prevention of Schizophrenia. *British journal of psychiatry*; vol. 172, n°33, p.14-20.

Annexes

Annexe 1 : Analyse des résultats de P2 en 2013 :

Le SAMSAH Prépsy est dans sa première année d'exercice, il n'est donc pas encore possible de comparer son activité à n-1.



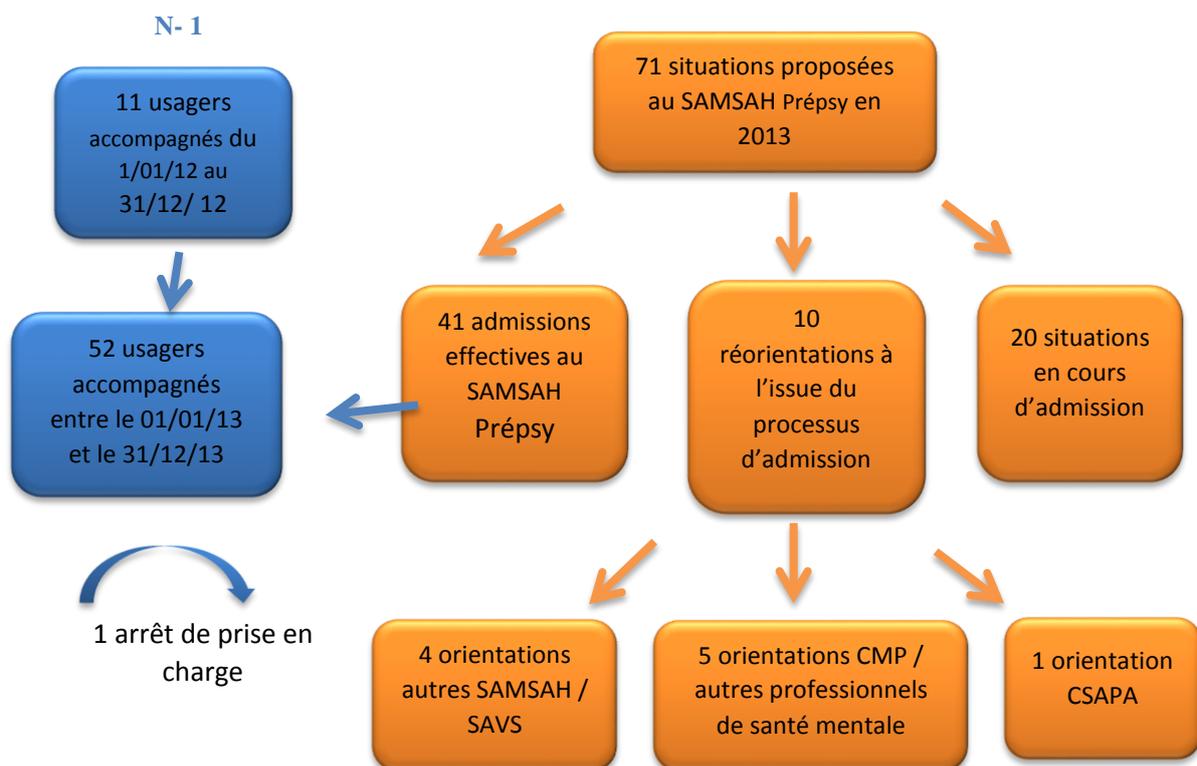
En 2013, le SAMSAH a accueilli 11 nouveaux professionnels soit au total 15 professionnels.

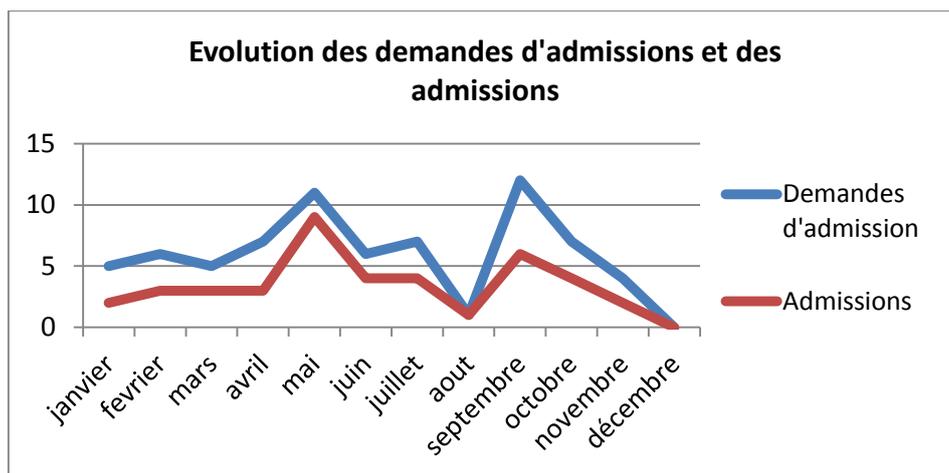
Population et activité

Prestations de soins et d'accompagnement pour les usagers : description et analyse

Indicateurs de dialogue et de pilotage interne

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013

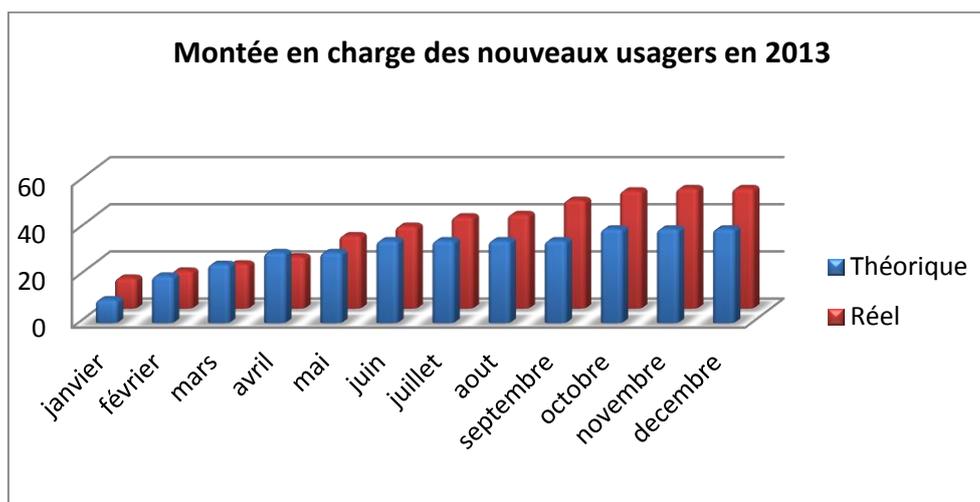




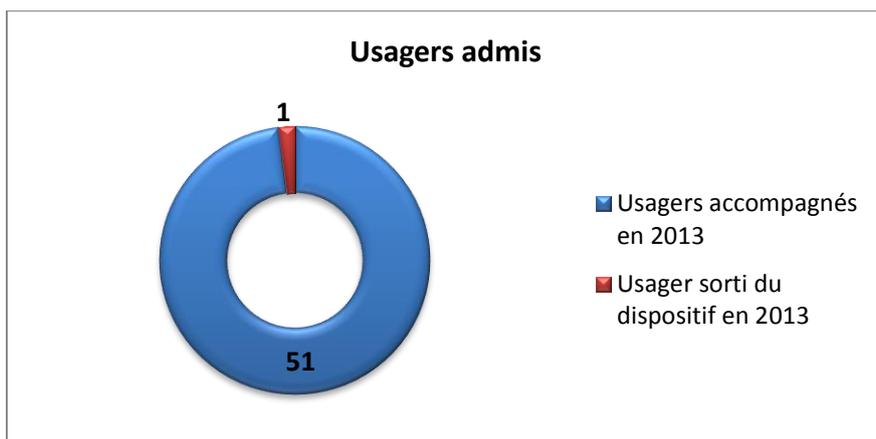
On observe une chute des demandes d'admissions et des admissions en août et décembre 2013 qui coïncident avec les périodes de fermeture annuelle du SAMSAH Prépsy. Afin d'éviter cette situation et d'améliorer l'accueil des usagers nous avons réduit les périodes de fermeture en 2014 à 1 semaine.

Répartition des 52 usagers accompagnés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013

Nombre d'usagers accompagnés au 1 ^{er} janvier 2013	11
Nombre d'usagers entrés dans l'année	41
Nombre d'usagers sortis dans l'année	1
Nombre d'usagers accompagnés au 31/12/2013	51
Nombre total d'usagers accompagnés entre le 01/01/2013 et le 31/12/2013	52

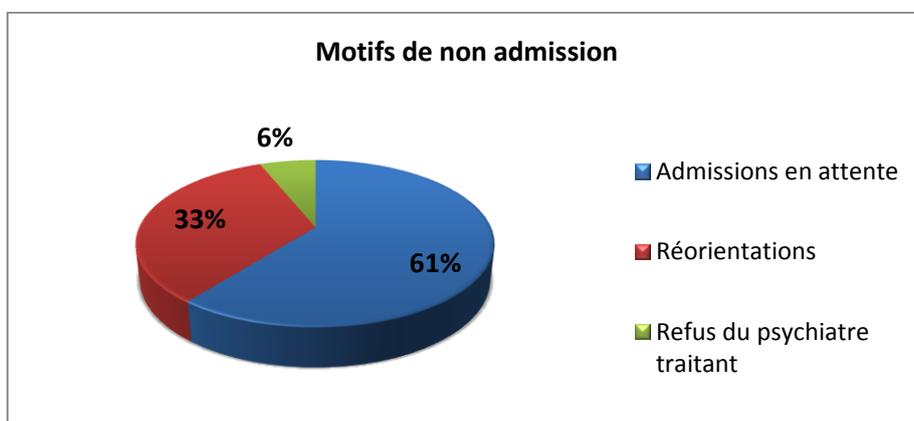


La montée en charge théorique conforme au CROSM a été dépassée dès le mois de mai 2013, avec un dépassement de la capacité de 40 usagers à partir du mois de septembre 2013, soit avec 4 mois d'avance.

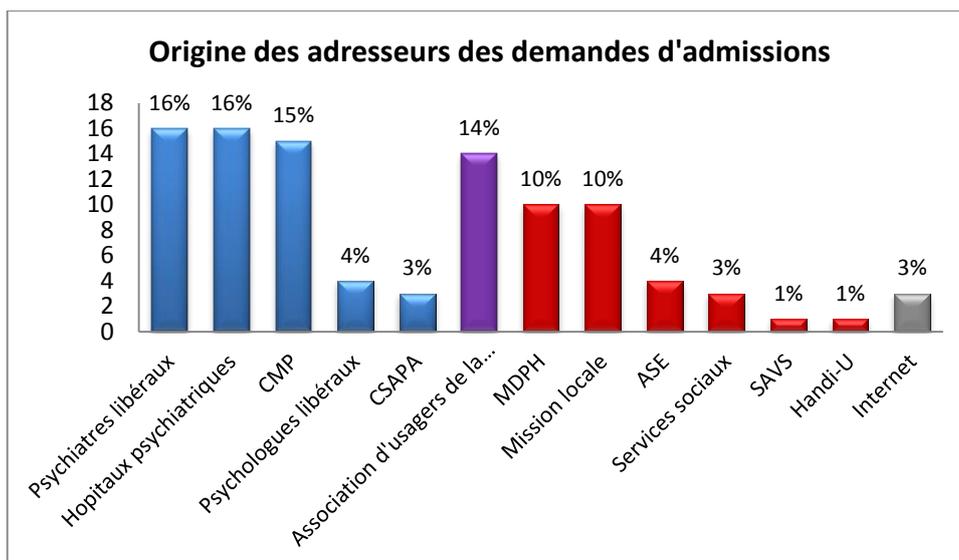


52 usagers ont été accompagnés en 2013.

1 usager est sorti du dispositif d'accompagnement en 2013 (décès). Une Revue de Morbi-Mortalité a été rédigée conformément aux recommandations de l'ANAP.

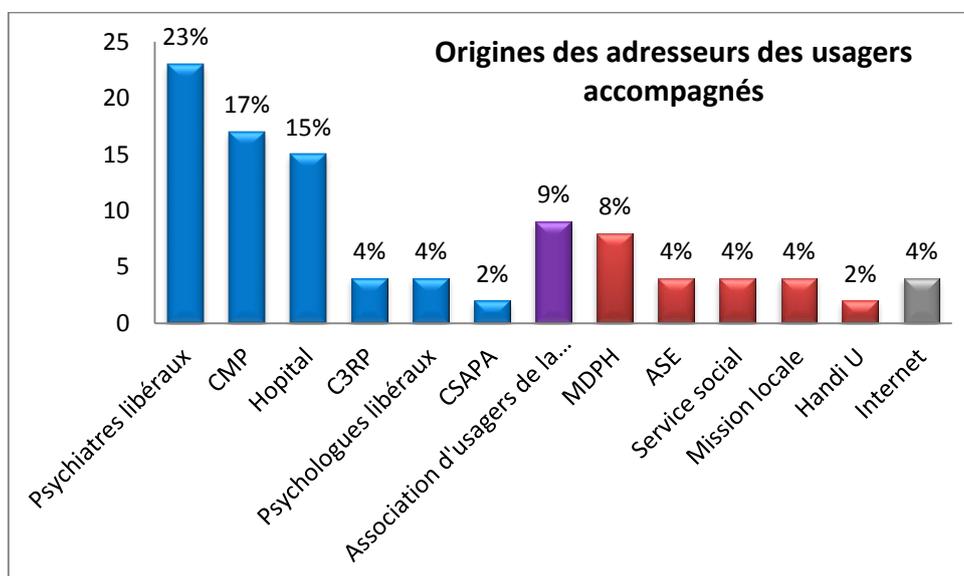


Sur 71 demandes : - 41 usagers ont été admis en 2013, 30 demandes n'ont pas abouti ou sont toujours en attentes, 2 demandes ont été classées sans suite car les psychiatres traitants se sont opposés à la prise en charge SAMSAH (refus de la notion de handicap psychique et de sa prévention, perception du SAMSAH comme concurrent du CMP). Une demande d'éclaircissement juridique est actuellement en cours du fait de la recrudescence des attitudes de certains psychiatres entravant la prise en charge ; même en cas d'avis d'orientation de la MDPH. 10 demandes ont été réorientées vers : SAVS (dans le cas où le volet social est prépondérant), autres SAMSAH (demandes ne répondant pas à nos critères d'admission en terme de handicap ou de tranche d'âge), CMP ou professionnels de santé en ville ou CSAPA (problématique addictive prépondérante). 18 demandes restent en attente (il ne s'agit pas d'une liste d'attente mais de contacts avec des usagers ou leurs familles avec lesquelles nous essayons d'instaurer une relation de confiance afin qu'ils acceptent de nous rencontrer).



Plus de la moitié des demandes d'admission sont émises par le secteur médical (38 demandes) :

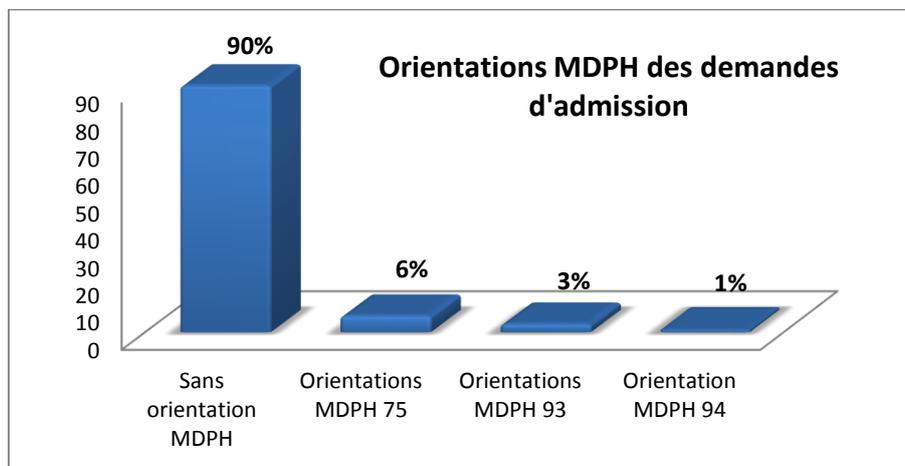
11 demandes sont faites par des psychiatres libéraux, 11 demandes sont émises par l'hôpital, 11 demandes par les CMP, 3 demandes par des psychologues en libéraux et 2 usagers sont orientés par des CSAPA. 10 usagers ont été orientés par des associations d'usagers de la psychiatrie (7 par l'UNAFAM et 3 par Schizo-oui). Le reste des demandes d'admission émanent du secteur social : 7 usagers sont orientés par la MDPH mais seules 2 personnes ont un avis d'orientation SAMSAH, 1 usager est orienté par un SAVS, 3 demandes d'admissions sont émises par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et 2 autres usagers par des services sociaux qui travaillent en collaboration avec l'ASE. 7 usagers sont orientés par la mission locale de Paris. Une demande d'admission est émise par un service Handi-U (service d'adaptation à l'université pour les personnes handicapées) et 2 usagers ont pris contact avec notre service après avoir consulté internet.



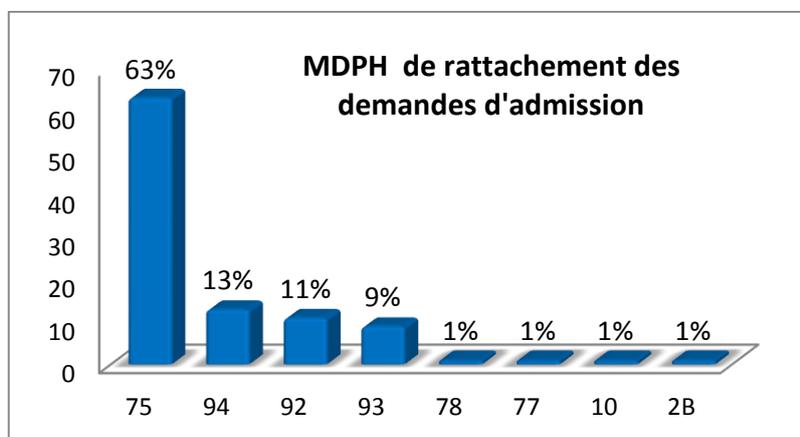
En 2013, plus de la moitié des usagers accompagnés durant l'année ont été orientés par le secteur médical (34 demandes) : 12 demandes ont été faites par des psychiatres libéraux, 9 demandes par les CMP, 8 demandes sont émises par l'hôpital psychiatrique, 2 demandes ont été émises par le C3RP, 2 demandes par des psychologues en libéral et 1 usagers a été orientée par un CSAPA. 5 usagers ont été orientés par des associations d'usagers de la psychiatrie (UNAFAM). Le reste des usagers accompagnés en 2013 a été orienté par le secteur social : 4 usagers sont orientés par la MDPH mais seules 2 usagers ont un avis d'orientation SAMSAH, 1 personne est orientée par un SAVS, 2 demandes d'admissions sont émises par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et 2 autres personnes par des services sociaux qui travaillent en collaboration avec

l'ASE. 2 usagers sont orientés par la mission locale de Paris. Une demande d'admission est émise par un service Handi-U et 2 usagers ont pris contact avec notre service après avoir consulté internet.

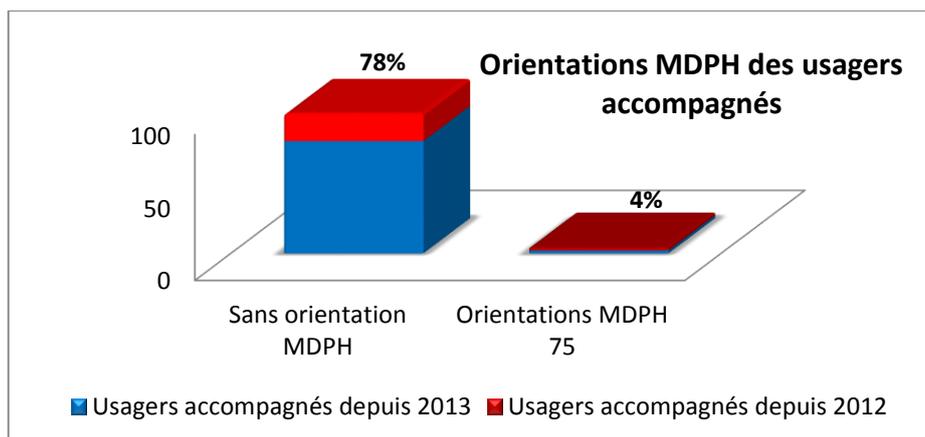
MDPH



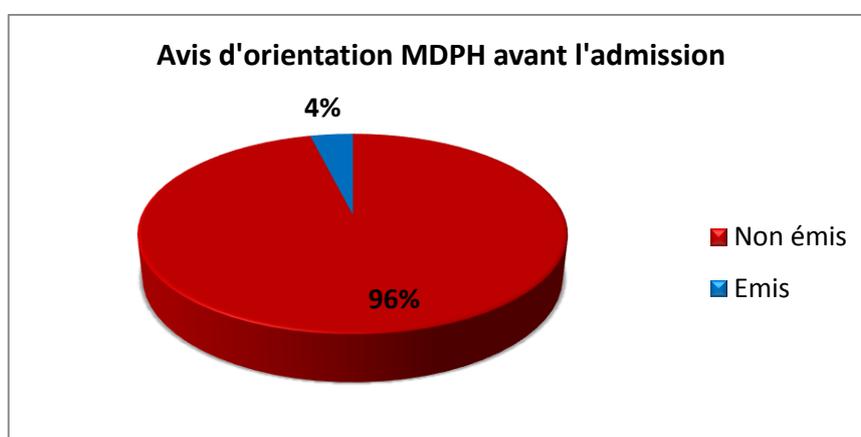
Sur 71 demandes d'admission, seuls 7 émanent de MDPH : 4 proviennent de la MDPH 75, dont 2 ont un avis d'orientation, 2 proviennent de la MDPH 93 et un de la MDPH 94. Cette situation paradoxale, alors que la MDPH devrait être le premier adresseur, provient vraisemblablement de la nouveauté du service et de sa faible visibilité en 2013. Nous travaillons activement avec la MDPH 75 dans ce sens pour limiter au maximum les délais d'obtention des notifications. Les associations d'usagers pointent la difficulté pour les familles à s'engager dans les démarches administratives d'obtention de la reconnaissance MDPH dans le contexte d'apparition de la maladie de leur proche.



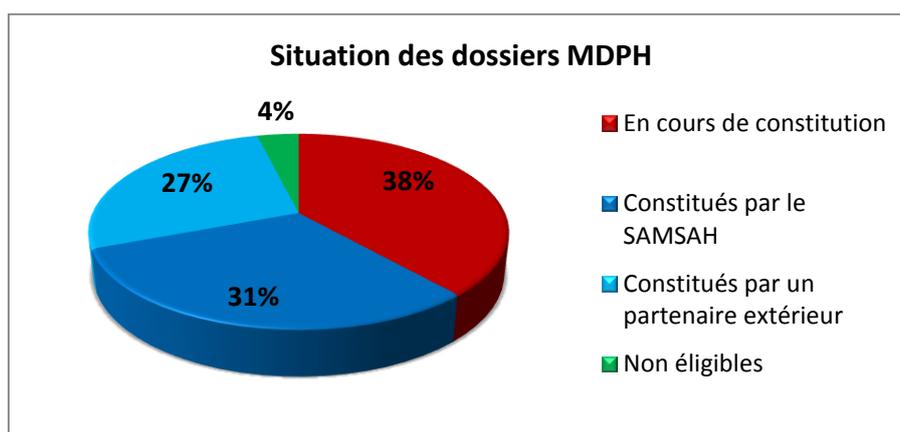
63% des demandes d'admission émanent d'usagers rattachés à la MDPH 75 ce qui est conforme aux prévisions.



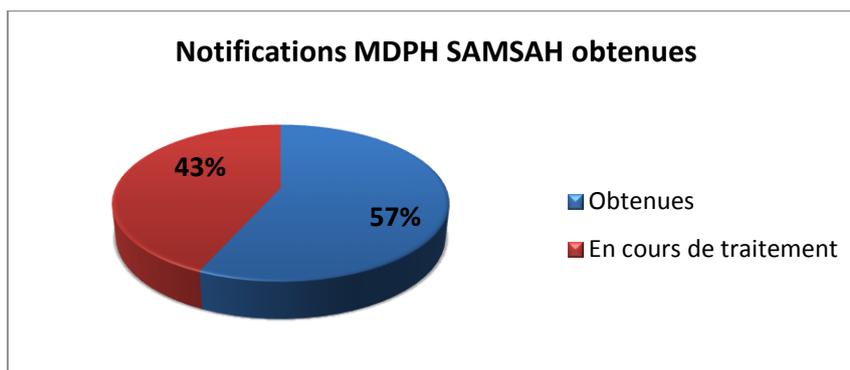
Sur 52 usagers accompagnés en 2013, seuls 2 usagers ont été orientés par la MDPH : 1 usager accompagné depuis 2012 a été orienté par la MDPH 75 et 1 usager accompagné depuis 2013 a été orienté par la MDPH 75.



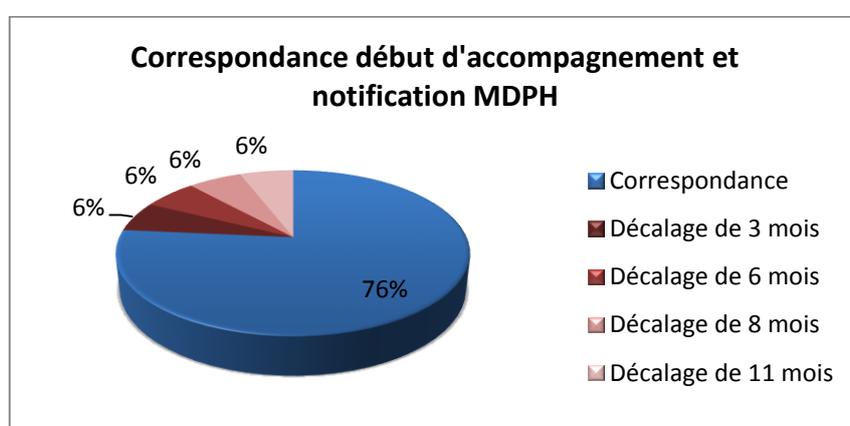
Sur 52 usagers accompagnés, seuls 2 d'entre eux ont un avis d'orientation MDPH avant l'admission effective dans notre service. Les autres ont été orientés par nos partenaires du secteur médical ou médico-social.



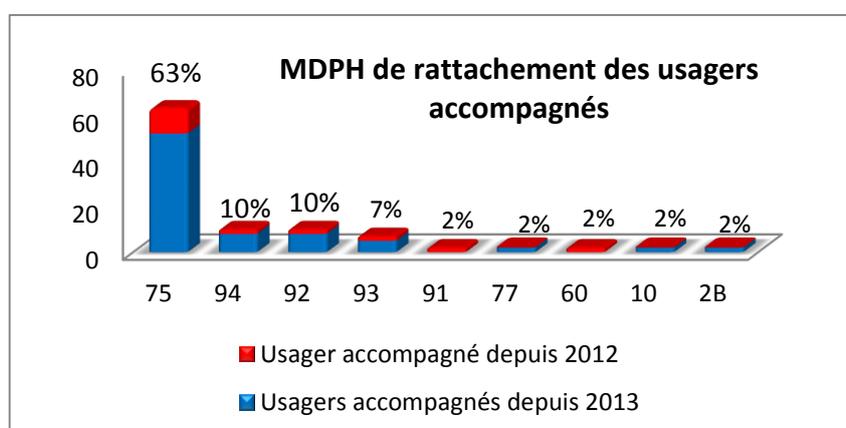
Sur 52 usagers accompagnés : 30 dossiers MDPH ont été constitués et déposés en vue d'obtenir la notification MDPH, 14 dossiers ont été constitués par un partenaire extérieur (famille ou secteur psychiatrique) 16 dossiers ont été constitués avec les usagers accompagnés par l'équipe du SAMSARH Prépsy, 20 dossiers sont en cours de constitution, 2 usagers accompagnés sont non éligibles car en situation illégale (sans papier) sur le territoire bien que pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance.



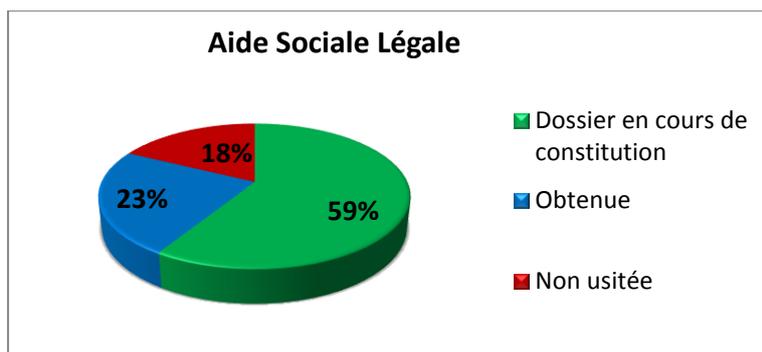
Sur 30 dossiers MDPH déposés (5 en 2012 et 25 en 2013), 13 sont en cours de traitement au 31/12/2013 et 17 notifications SAMSAH ont été obtenues en 2013.



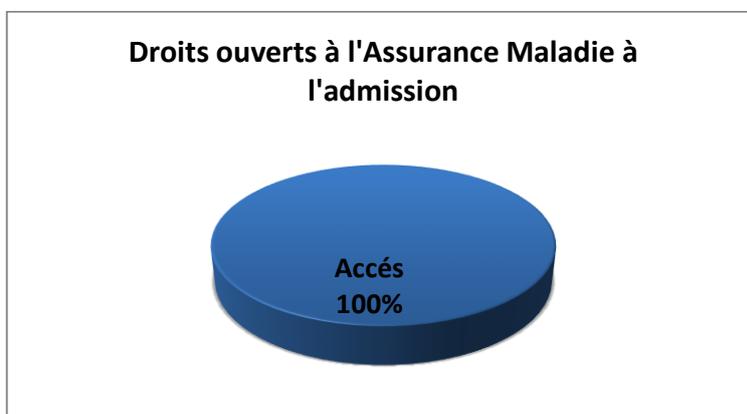
Sur les 17 notifications obtenues : pour 13 d'entre elles, le début d'accompagnement correspond au début de validité de la notification MDPH, 4 notifications sont en décalage négatif avec le début d'accompagnement (une de 3 mois, une de 6 mois, une de 8 mois et une de 11 mois) : il s'agit d'utilisateurs hors Paris. Les CDAPH prennent pour début de validité de la notification MDPH la date de la CDAPH sans rétroactivité. Une partie de l'accompagnement de ces utilisateurs vers l'accès à leurs droits et aux soins n'est alors pas pris en considération. L'un de ces utilisateurs a décidé de faire appel de la décision auprès du Tribunal du Contentieux et de l'Incapacité. De ce fait, nous avons concentré notre activité sur Paris dès la fin 2013.



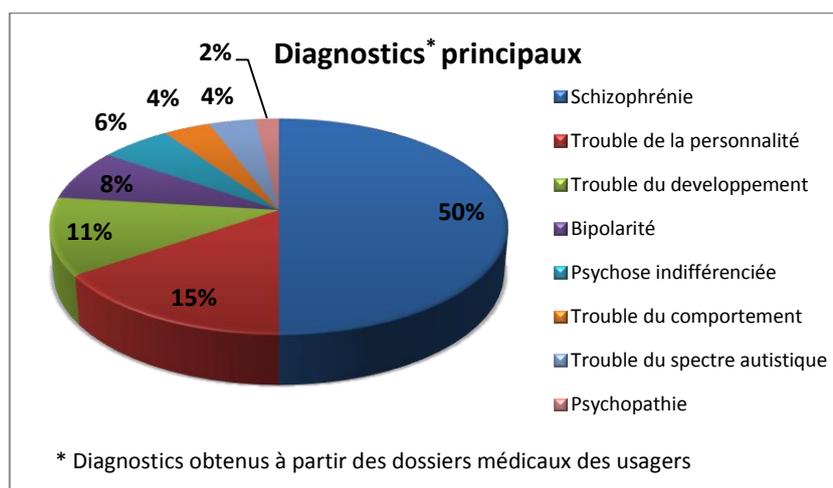
63 % des utilisateurs accompagnés par le SAMSAH Prépsy sont rattachés à la MDPH 75. Pour 3 vivant à Paris et rattachés à une autre MDPH, un transfert de dossier vers la MDPH 75 est en cours.



Sur 17 usagers accompagnés ayant une notification SAMSAH émise par la MDPH : 10 usagers n'ont pas encore finalisé le dossier de demande d'Aides Sociales Légales car ils perçoivent cette démarche administrative comme très intrusive, car il leur est demandé de fournir, 4 ont obtenus l'Aide Sociale Légale et 3 usagers sont issus de départements où la demande d'Aide Sociale Légale pour l'accompagnement SAMSAH n'est pas usitée.



A l'admission, tous les usagers accompagnés ont des droits ouverts à l'Assurance Maladie.

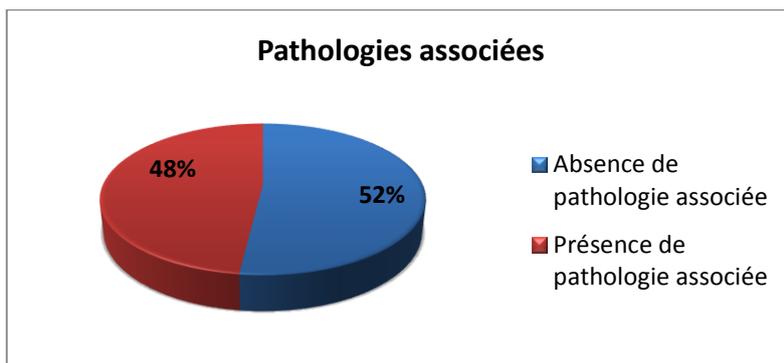


La moitié des usagers accompagnés souffrent de schizophrénie, 8 usagers accompagnés souffrent de troubles de la personnalité, 6 usagers accompagnés souffrent de troubles du développement.

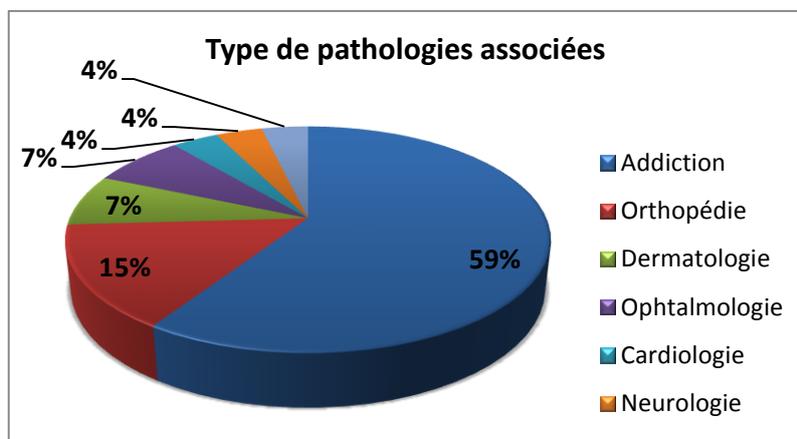
4 usagers accompagnés souffrent de bipolarité, 3 usagers accompagnés souffrent de psychose indifférenciée.

2 usagers accompagnés souffrent de troubles du comportement, 2 usagers accompagnés souffrent de troubles du spectre autistique, 1 usager accompagné souffre de psychopathie.

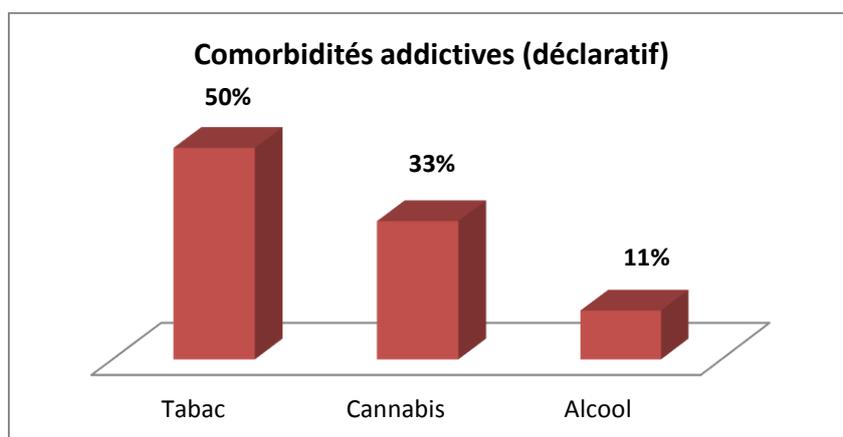
Du fait de l'importante variation des diagnostics posés pour ces jeunes usagers, cette répartition par diagnostics a été revue en 2014 avec une procédure de validation du diagnostic par le psychiatre du service en conformité avec la CIM10



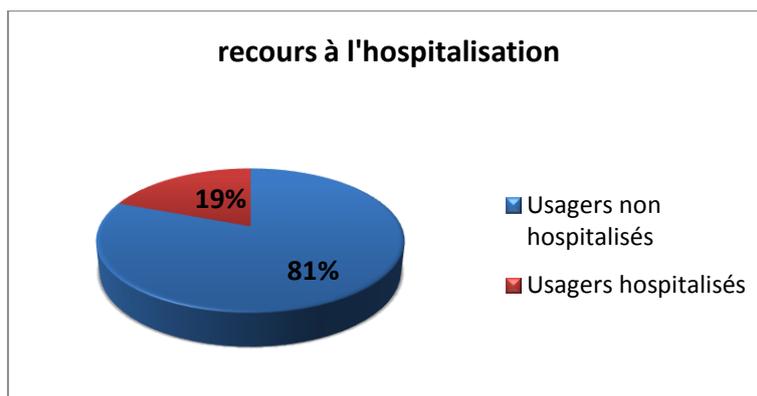
Sur 52 usagers accompagnés, 25 usagers ont au moins une pathologie associée.



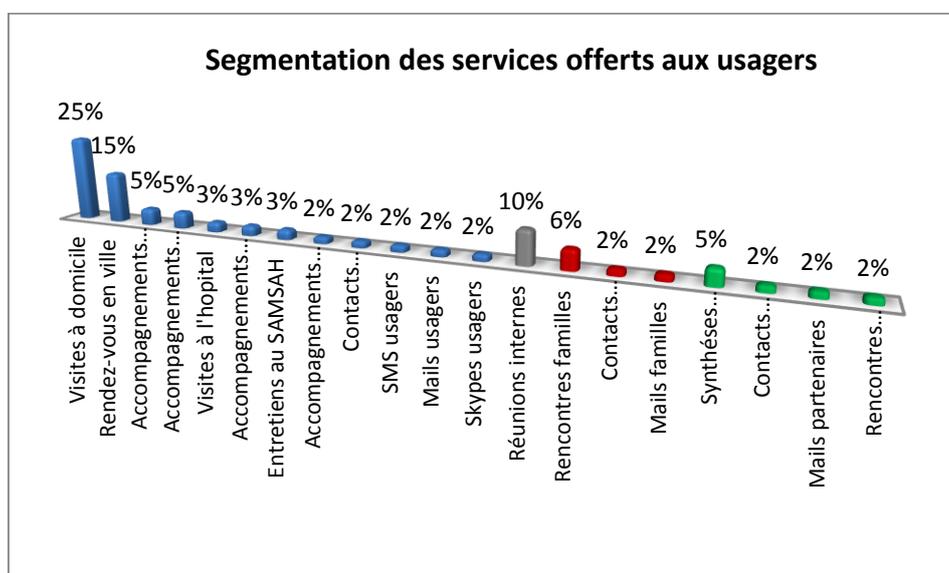
Sur 25 usagers ayant une pathologie associée au handicap psychique : 16 usagers ont des addictions (cannabis et/ou alcool), 4 usagers ont des pathologies orthopédiques (pour l'un d'entre eux il s'agit de séquelles d'une défenestration et pour les 3 autres de scoliose, dont 2 usagers ont des troubles de la vision), 2 usagers ont des pathologies dermatologiques, 2 usagers ont des troubles de la vision (myopies et strabismes convergents associés à des pathologies orthopédiques pour ces 2 usagers), un usager souffre de troubles cardiaques (insuffisance cardiaque), un usager souffre de maladie respiratoire (asthme), un usager souffre de troubles neurologiques (séquelles d'une méningite).



Sur une base déclarative, la moitié des usagers accompagnés consomme du tabac et un tiers consomme du cannabis. Cette constatation, attendue, confirme l'effort du service en termes de réduction des risques et d'éducation à la santé.



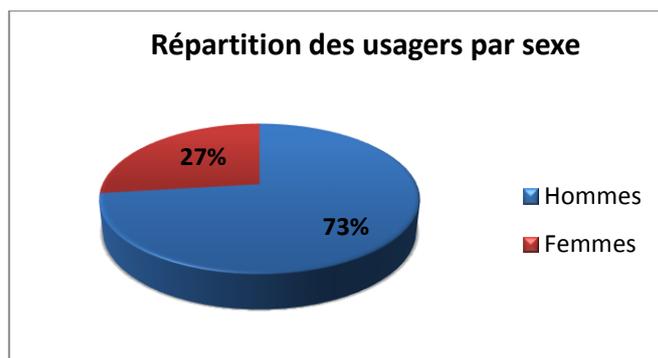
10 usagers ont été hospitalisés : 4 usagers ont été hospitalisés afin de réadapter leurs traitements, 3 usagers ont été hospitalisés au cours des périodes de fermeture annuelle du SAMSAH, 2 usagers ont été hospitalisés lors de leur admission au SAMSAH, 1 usager a été hospitalisé suivant un programme de soin établi (une semaine par mois).



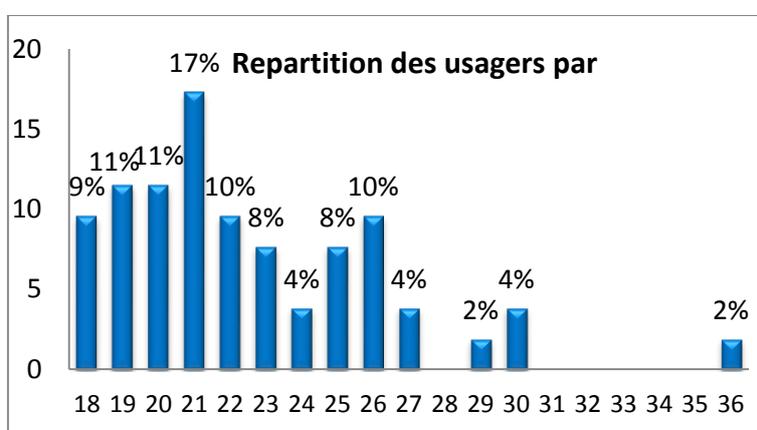
Grace à l'approche multimodale de l'équipe basée sur l'accompagnement personnalisé dans l'environnement naturel des usagers, 79% de l'activité du SAMSAH Prépsy a été consacrée aux usagers (dont 10% de l'activité aux familles), 11% aux partenaires qui prennent en charge nos usagers et 10% à l'activité de coordination interne du SAMSAH.

Pour conclure, au 31 décembre 2013:

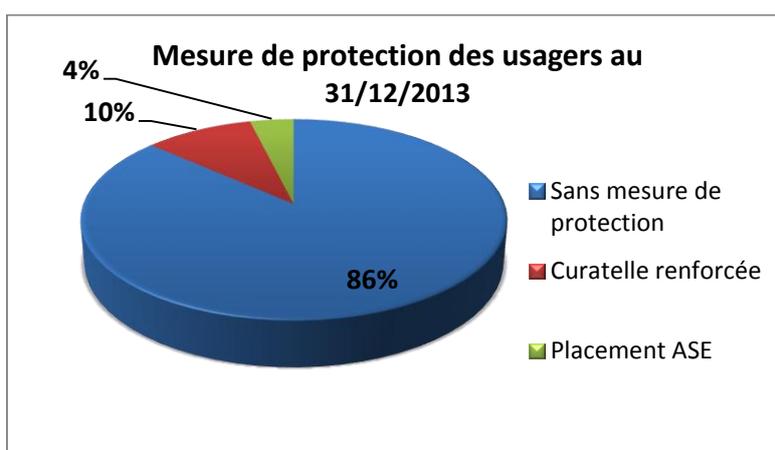
- le taux d'occupation des places au SAMSAH Prépsy est de 127,5%.
- le taux des places financés au SAMSAH Prépsy est de 17,5%. Places pour lesquelles les usagers ont une notification MDPH, l'ASL et une attestation de sécurité sociale en cours de validité (pour 40 places).
- le taux des places financés au SAMSAH Prépsy est de 13,72%. Places pour lesquelles les usagers ont une notification MDPH, l'ASL et une attestation de sécurité sociale en cours de validité (pour 51 places).
- le taux des places d'usagers parisiens financés au SAMSAH Prépsy est de 10%. Places pour lesquelles les usagers ont une notification MDPH 75, l'ASL et une attestation de sécurité sociale en cours de validité (pour 40 places).
- le taux des places d'usagers parisiens financés au SAMSAH Prépsy est de 7,84%. Places pour lesquelles les usagers ont une notification MDPH 75, l'ASL et une attestation de sécurité sociale en cours de validité (pour 51 places).



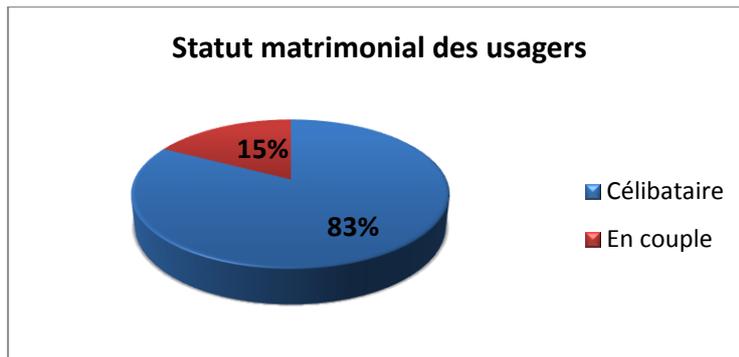
Le SAMSAH Prépsy a admis 11 femmes et 30 hommes (41 admissions) et accompagné 14 femmes et 38 hommes (suivi de 52 usagers).



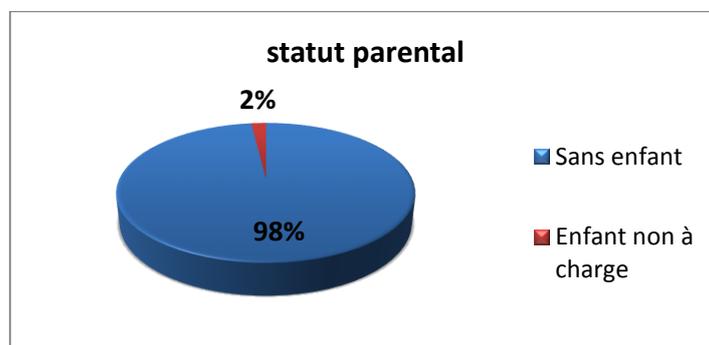
La moyenne d'âge est de 22,53 ans, l'utilisateur accompagné le plus jeune est âgé de 18 ans, et le plus âgé a 36 ans. 41 usagers ont entre 18 et 25 ans. 10 usagers ont entre 25 et 30 ans. 1 usager a plus de 30 ans (utilisateur connu du réseau Prepsy toujours suivi).



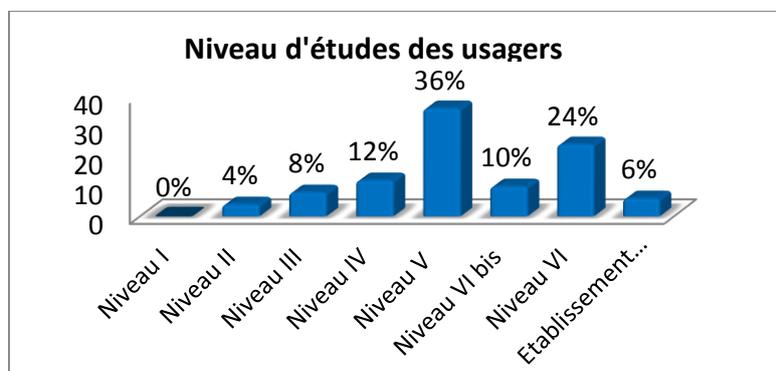
Sur 52 usagers accompagnés : la grande majorité des usagers sont sans mesure de protection, 5 usagers sont sous curatelle renforcée dès l'admission, 2 usagers sont sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance de Paris dès leurs admissions.



Sur les 52 usagers, 43 sont célibataires, 9 sont en couple (dont 1 est « fiancé »).
 A noter : sur l'ensemble des usagers en couple, aucun ne vit avec son (sa) compagnon (agne)



1 des 52 usagers accompagnés a un enfant non à charge et est sur le point d'en avoir un second.



Une majorité des usagers accompagnés ont un niveau d'étude de niveau V (sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale : seconde ou première). Le niveau d'étude est en lien avec le début des troubles : les études des usagers accompagnés ont été pour la plupart interrompu au moment de leur décompensation.

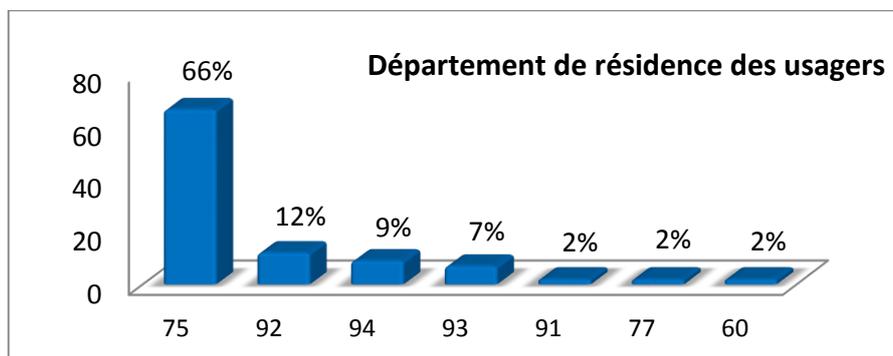
Niveau VI et V bis : sorties en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale.

Niveau V : sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première).

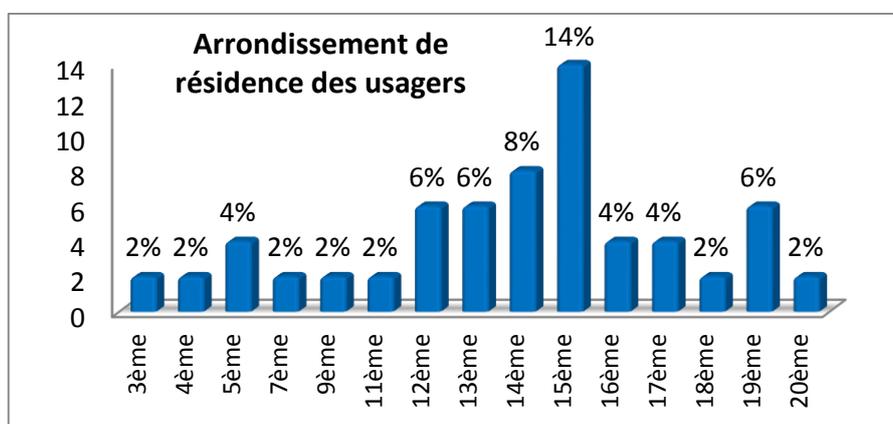
Niveau IV : sorties des classes de terminale de l'enseignement secondaire (avec ou sans le baccalauréat). Abandons des études supérieures sans diplôme.

Niveau III : sorties avec un diplôme de niveau Bac + 2 ans (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales, etc.).

Niveaux II et I : sorties avec un diplôme de niveau supérieur à bac+2 (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat, diplôme de grande école).

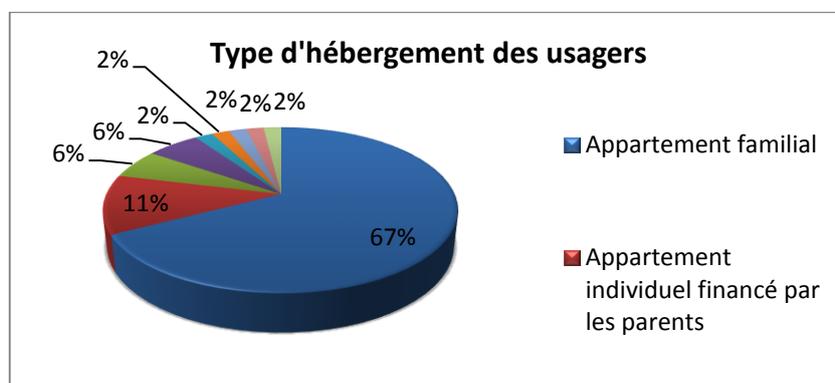


La majorité des usagers accompagnés sont parisiens.



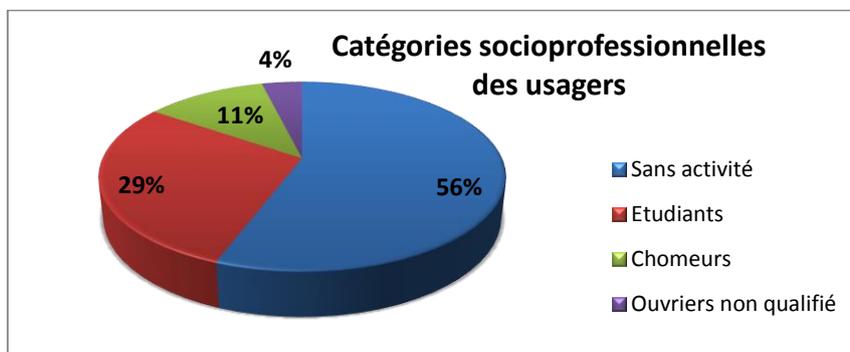
La majorité de nos usagers vivent dans le 15^{ème} arrondissement, il est desservi par un secteur psychiatrique avec qui nous avons pu créer un véritable partenariat. Au fur et à mesure que nous sommes allés nous présenter à nos potentiels partenaires, nous avons eu de nouvelles orientations.

Au début 2013, la majorité de nos usagers se situaient dans le sud-ouest de Paris. Fin 2013, de nombreuses demandes d'admission émanent de l'est parisien ce qui confirme notre effort d'aller vers des usagers issus de zones où prédominent les inégalités d'accès aux soins.



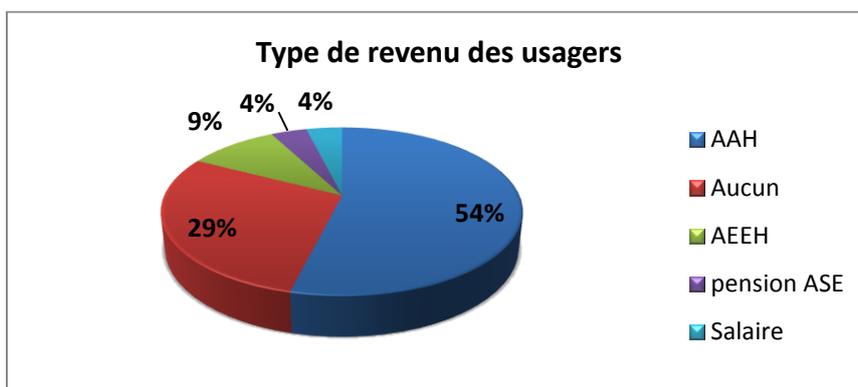
La plupart des usagers accompagnés dépendent de leurs parents pour leur mode d'hébergement.

Pour ceux qui ont un mode d'hébergement en dehors du cercle familial, il s'agit de modes d'hébergement précaires dans la mesure où ils dépendent d'un critère. S'ils ne répondent plus à ce critère, ils n'ont plus de solution d'hébergement : hôtels sociaux et famille d'accueil dépendent de l'âge (21 ans arrêt de la prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance), foyers d'hébergement médical (uniquement s'ils ont une occupation en journée), foyer jeune travailleur (justifier d'un emploi), foyer étudiant CROUSS (statut étudiant), auberge de jeunesse (déménagement régulier car impossibilité de rester plus d'une semaine à Paris).

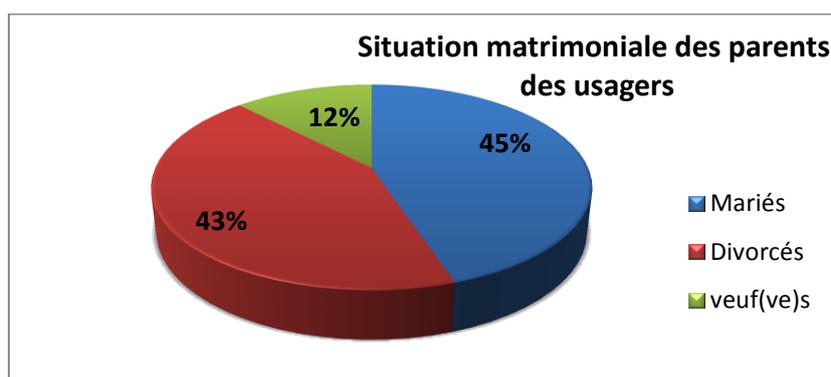


Plus de la moitié des usagers accompagnés sont sans activité : leur niveau d'études, leurs difficultés de concentration et motivationnelles dues à la maladie en sont en grande partie responsables.

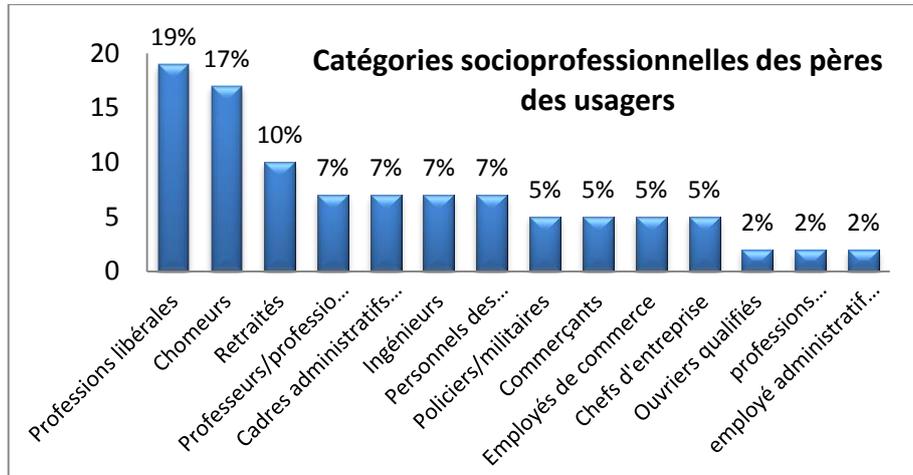
Depuis leurs admissions au SAMSAH, 6 usagers ont pu reprendre des études/formations professionnelles. Pour 9 autres usagers, il s'agit de veiller à ce que leurs scolarités se poursuivent sans rechute.



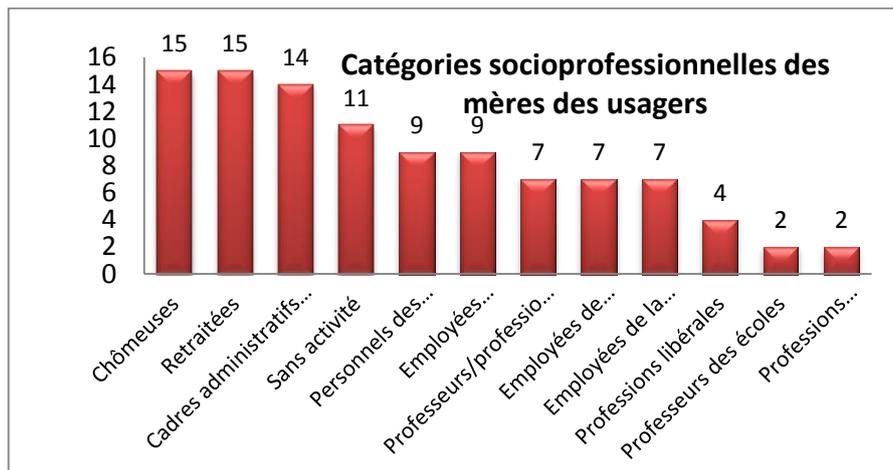
On peut probablement mettre en lien le fait que les usagers dépendent de leurs parents pour leurs hébergements et le fait qu'ils seraient sous le seuil de pauvreté s'ils vivaient seuls, d'autant plus quand on connaît le niveau de vie à Paris (notamment le montant des loyers).



29 usagers sur 51 viennent de familles monoparentales.



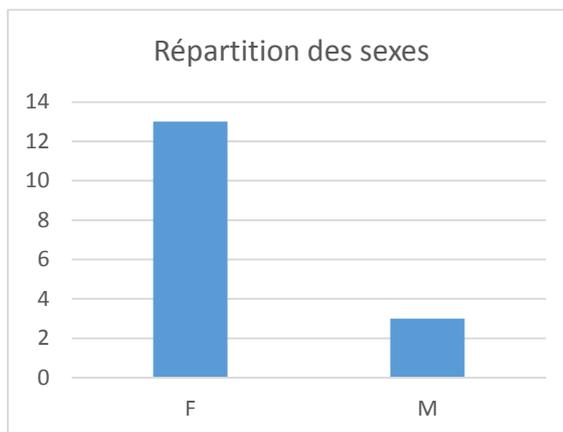
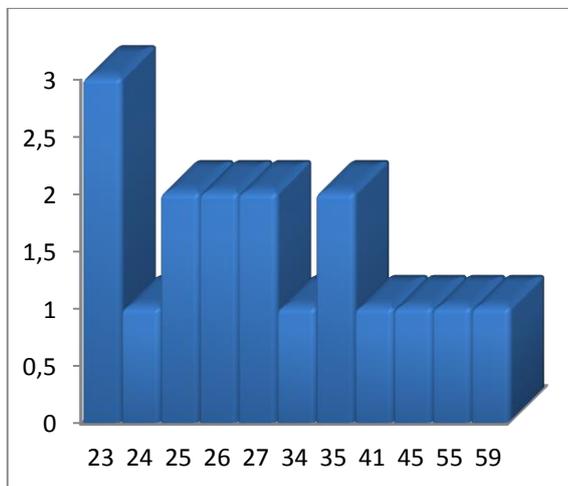
Nos usagers ont des parents qui ont des professions hétérogènes.



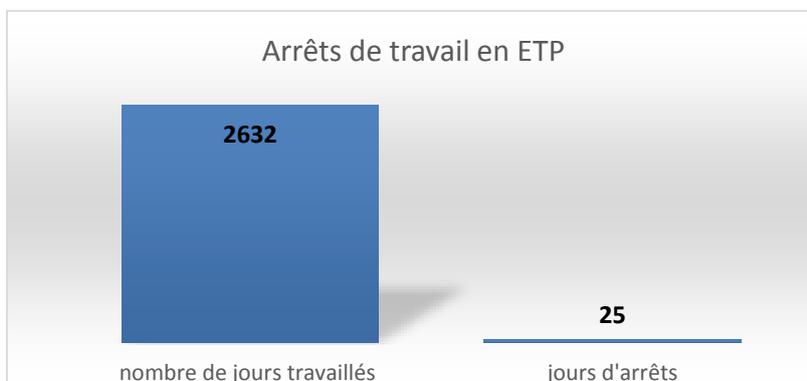
Les mères de nos usagers sont dans des situations relativement plus précaires que leurs conjoints : chômeuses, retraitées, ou encore sans activité professionnelle ; ce qui est conforme aux observations sociologiques dans le domaine.

Ressources humaines et matérielles

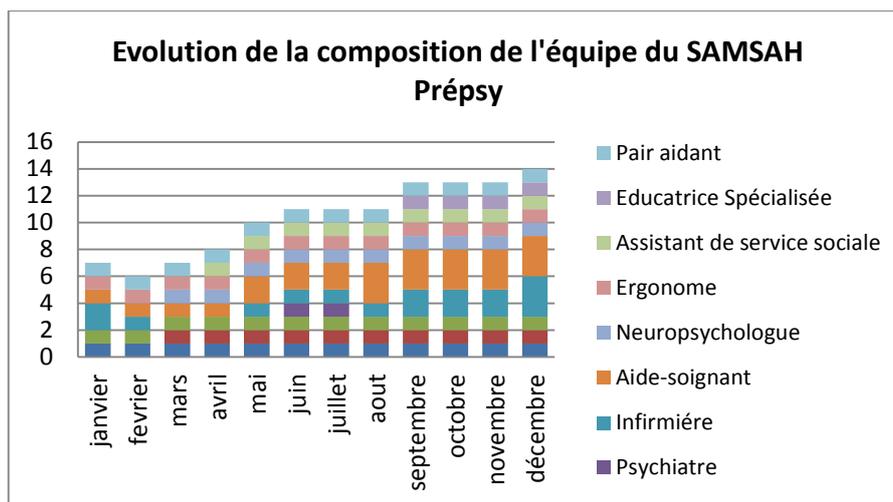
Le SAMSAH Prépsy est dans sa première année d'exercice, il n'est donc pas encore possible de comparer son activité à n-1. Les métiers les plus représentés dans l'équipe du SAMSAH sont les métiers d'infirmiers et d'aides-soignants. Les travailleurs sociaux gagneraient à être plus représentés dans la mesure où l'accès au droit sociaux représente une grande partie du travail d'amont et de suivi ; ne serait-ce que pour avoir accès au SAMSAH via la MDPH.



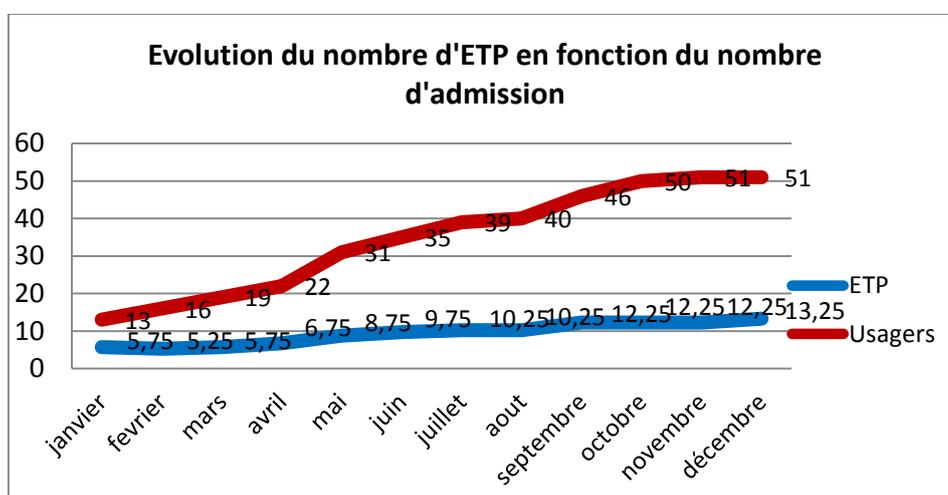
Le recrutement en CDI de 2 salariés de moins de 26 ans après le 1^{er} juillet 2013 a permis l'exonération durant 4 mois de la contribution d'assurance chômage. Le recrutement en CDI temps plein d'un jeune de moins de 25 ans et le maintien en poste d'un senior de plus de 57ans en CDI temps plein permet à Prépsy de bénéficier de l'allocation « contrat de génération » qui s'élève à 2615€ pour 2013 et se poursuit en 2014



280 jours d'ouverture avec une moyenne ETP de 9,4 en 2013 soit 2632 jours travaillés et 25 jours d'arrêts maladie ou évènements familiaux ; soit un ratio inférieur à 1%.



Les professionnels du SAMSAH Prépsy ont pris leurs fonctions de manière échelonnée depuis l'ouverture en octobre 2012.



Le recrutement de l'équipe du SAMSAH Prépsy s'est opéré en fonction des admissions en 2013.

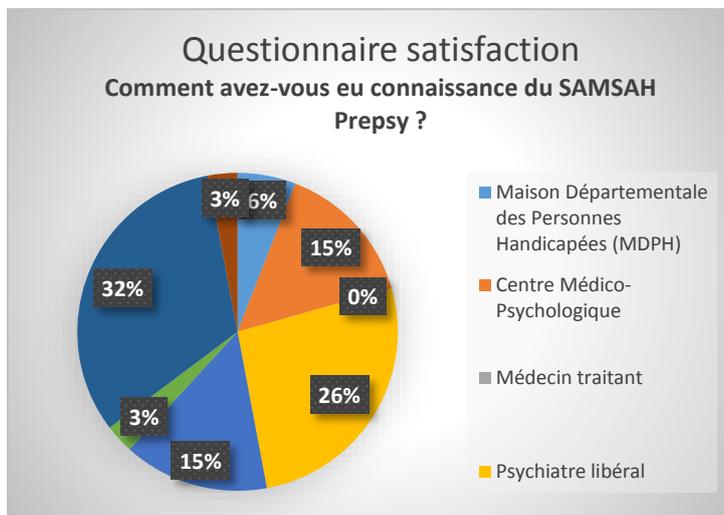
Au 31 décembre 2013, 3 postes sont vacants au SAMSAH Prépsy : un poste de psychiatre, un poste d'infirmier et un poste de pair aidant. Ces postes vacants sont en lien avec les difficultés de recrutement de ces types de professionnel en région parisienne. (En 2014 tous les postes sont pourvus)

Pour conclure :

- Le taux d'ETP vacants est de 16% au 31 décembre 2013.
- Le SAMSAH Prépsy n'a pas fait appel à des salariés intérimaires ou vacataires durant l'année 2013.
- Le taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management est de 13% au 31 décembre 2013.

Point d'étape sur la démarche qualité

Enquête de satisfaction dérivée du CSQ8 :

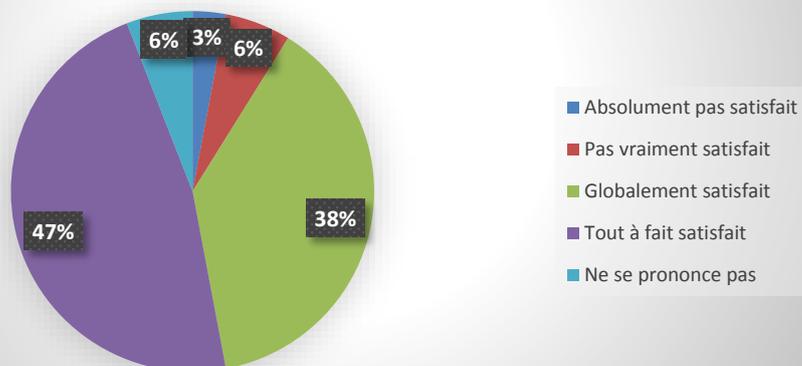


Dans le cadre de sa démarche qualité, le SAMSAH Prépsy a mis en place un questionnaire de satisfaction dérivé du CSQ8 (**Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) adapté aux programmes et services de santé au bénéfice des usagers.** <http://www.csqscales.com/>. Ce questionnaire a été administré sur internet de manière anonyme aux usagers, aux familles ainsi qu'aux partenaires professionnels de santé via e-surveypro (<http://www.esurveyspro.com/>). Les scores de satisfaction sont globalement très positifs avec des points d'amélioration inférieurs à 5%.



Questionnaire satisfaction

Quel est votre degré de satisfaction de la qualité du contact avec l'équipe du SAMSAH Prepsy (Visite à domicile, rendez-vous, communication, retours d'information ...)



Annexes 2 : Emplois clés de P2 :

Le directeur :

Il met en place et coordonne les actions de l'équipe dans le respect des recommandations de bonnes pratiques des services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap psychique. Il est impliqué de longue date dans les réflexions entourant la détection précoce des troubles psychiques chez les jeunes ; en particulier autour des questions de coordination, d'intégration des services et de case management. Psychiatre dans les Services Hospitalo-Universitaires de l'hôpital Sainte Anne et de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, membre du Haut Conseil de la Santé Publique, co-directeur du Diplôme Universitaire « Diagnostic et intervention précoce dans les pathologies émergentes du jeune adulte et adolescent » de l'Université Paris Descartes. Il est titulaire d'un Mastère de Management Médical de l'ESCP-EAP et chercheur à l'Institut Supérieur de Management de l'Université Versailles Saint Quentin. Il est l'interlocuteur des instances et tutelles partenaires du projet. Il est le garant de la conformité des actions au vu des Plans et des objectifs de Santé Publique. Il participe à des actions de communication visant à promouvoir le service et développe la démarche qualité du dispositif.

Le chef de service :

Il agit comme coordonnateur administratif de l'équipe. Il a la responsabilité des évaluations centrées sur l'utilisateur et de l'élaboration de la planification individualisée des interventions en collaboration étroite avec les membres de l'équipe et chaque usager. Il a en charge l'organisation des réunions d'organisation et de planification de l'intervention. Il facilite la mise à contribution harmonieuse de l'ensemble des compétences de chaque membre de l'équipe dans la conception et la mise en œuvre d'un plan d'intervention individualisé.

Le psychiatre :

Il est responsable de l'ensemble de l'intervention médicale et psychiatrique ; il supervise et valide la prestation des services par l'équipe et dirige les actions médicales et thérapeutiques. Il participe aux réunions d'organisation et de planification de l'intervention. Il collabore avec le chef de service. Son action est dirigée vers la coordination du réseau d'acteurs médicaux et paramédicaux permettant le suivi ambulatoire global de l'utilisateur. Il s'assure, pour chaque usager, de la conformité des actions au vu des recommandations de bonne pratique ; en particulier concernant la réduction des risques, l'observance thérapeutique et la prévention du syndrome métabolique.

L'intervenant pivot (ou case manager)

Membre de l'équipe et désigné en fonction des besoins prépondérants de l'utilisateur, Il dispense des services en fonction de ses compétences. Il participe à l'évaluation et la rédaction du plan d'intervention individualisé. Il coordonne et assure le suivi du plan d'intervention. Il s'assure que les changements sont apportés sur le plan d'intervention quand les besoins de l'utilisateur sont modifiés. Il participe à faire valoir les droits et les préférences de l'utilisateur. Il a la responsabilité d'apporter le soutien nécessaire et suffisant à l'utilisateur et à sa famille. Il est en lien avec les ressources de la communauté. L'ensemble des intervenants-pivots est en mesure d'assumer les tâches pour l'ensemble des utilisateurs afin de suppléer à l'absence d'un autre intervenant-pivot le cas échéant.

Le psychologue :

Spécialisé en neuropsychologie il évalue, à l'aide de tests standardisés, les fonctions cognitives (fonctions mnésiques, fonctions attentionnelles, fonctions exécutives, et fonctions instrumentales ainsi que les aptitudes sociales et émotionnelles) des utilisateurs. Cette évaluation permet d'objectiver les fonctions préservées et celles qui sont altérées afin d'éclairer l'équipe pluridisciplinaire sur le fonctionnement cognitif de chaque utilisateur et ainsi mieux cibler sa prise en charge personnalisée. Cependant, le rôle du neuropsychologue ne se limite pas uniquement à cette évaluation. Une intervention clinique individualisée est proposée. Elle englobe la restitution des résultats, qui décrira les fonctions atteintes et l'impact des altérations dans la vie de l'utilisateur et permettra d'identifier les besoins en fonction du contexte social, professionnel et écologique de l'utilisateur. Le neuropsychologue intervient également pour offrir soutien ponctuel et conseils. L'objectif est d'aider l'utilisateur à mieux comprendre son fonctionnement afin de faire face aux difficultés engendrées par les troubles dont il est atteint. L'accent est mis sur les fonctions préservées afin de construire, en collaboration avec l'équipe, son projet d'accompagnement personnalisé. Il intervient également dans le registre de la psychoéducation auprès des familles afin

d'aider l'entourage à mieux appréhender les troubles du jeune et leur retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle mais aussi affective, sociale et familiale. Enfin, il participe aux entretiens d'accueil des nouveaux usagers menés en collaboration avec le chef du service.

L'ergonome :

Il utilise différentes grilles d'évaluation du handicap afin de définir le projet d'accompagnement de P2 de la façon la plus adéquate possible et vise à optimiser le temps et les moyens d'interventions. Les besoins mis en lumière peuvent aller au-delà de ce qui est proposé dans l'accompagnement du service et donc entraîner une recherche de prise en charge annexes, via de nouveau partenaire à coordonner. La connaissance de l'utilisateur ainsi acquise peut également être partagée avec les partenaires institutionnels (MDPH, services sociaux...) ou des partenaires relais lors d'une orientation pour la scolarité ou l'emploi par exemple. L'évaluation apparaît ainsi comme un nouvel outil de coordination entre les acteurs de la prise en charge et les usagers. Les objectifs sont évalués et révisés avec l'ensemble de l'équipe tous les 6 mois. Le plan peut être révisé et les objectifs réajustés chaque fois que survient un changement important dans l'évolution de l'utilisateur.

L'infirmier :

Il crée une relation de confiance avec l'utilisateur et son entourage qu'il prend en charge de façon globale et individualisée. Il particulièrement rigoureux, à la fois dans le respect des prescriptions médicales, des règles d'hygiène, des transmissions d'information. Il recueille et transmet les informations adaptées pour que l'utilisateur soit bien accompagné et bien informé, toujours en relation avec les autres professionnels de santé qui interviennent autour de l'utilisateur. Il organise le travail des aides-soignants sous sa responsabilité.

L'aide-soignant :

Intégré à l'équipe de soins, il assiste l'infirmier dans les activités quotidiennes. Il contribue au bien-être des usagers, en les accompagnant dans tous les gestes de la vie quotidienne et en aidant au maintien de leur autonomie. En collaboration avec l'infirmier et sous sa responsabilité, l'aide-soignant assure auprès des usagers des soins d'hygiène et de confort. Il transmet ses observations à ses collègues à l'occasion des réunions quotidiennes.

L'éducateur spécialisé :

Par le soutien qu'il apporte et par les projets qu'il élabore, il aide les usagers en difficulté à restaurer ou à préserver leur autonomie, à développer leurs capacités de socialisation et d'intégration. Il favorise également les actions de prévention spécialisée.

L'assistant social :

Il a pour mission de faciliter les formalités à effectuer par les usagers et leurs familles pour l'obtention de prestations et d'aides de tous types : administratives, sociales ou financière. Ce professionnel travaille avec toute la communauté du service et joue un rôle de médiateur entre les usagers et leurs familles, les services hospitaliers et les intervenants extérieurs ; en particulier la MDPH. Sa connaissance du réseau social et médico-social lui permet de maintenir actifs les liens entre le service et l'utilisateur.

Le conseiller en insertion professionnelle :

Il est l'interlocuteur privilégié des usagers confrontés à des problèmes d'insertion ou de formation. En valorisant leurs compétences, elle propose des actions personnalisées d'accompagnement du parcours scolaire ou professionnel jusqu'à l'obtention du poste souhaité ; en particulier à travers la rédaction d'un CV, d'une lettre de motivation ou la préparation d'un entretien d'embauche. Son action est soutenue dans le cadre d'un programme financé par la Fondation de France. Il s'agit d'un segment d'intervention particulièrement investi depuis P1 qui s'était vu décerner en 2010 le prix « s'unir pour agir » de la Fondation de France pour un programme de retour à l'emploi accompagné par un pair-aidant.

Le pair-aidant :

Ce poste est réservé à une personne qui a été ou qui continue à être traitée pour des troubles psychiques. Il est membre de l'équipe à part entière. Il intervient dans la communauté et encourage les usagers à faire leurs propres choix (advocacy) et à assumer leur plan d'intervention dans une démarche d'appropriation responsable (empowerment). Le pair-aidant, par

l'expertise qu'il apporte à l'équipe, encourage le développement d'une culture dans laquelle le point de vue et les préférences de chaque usager sont reconnus, compris, respectés et intégrés dans les activités de traitement, de réadaptation, de soutien et d'entraide dans la communauté. Le pair-aidant est recruté sur la base de ses compétences professionnelles et de sa capacité à intégrer les caractéristiques de la mission de P2.

L'assistant de coordination :

Adjoint direct du directeur, il est responsable d'organiser, coordonner et suivre les opérations administratives du service. Il supervise les dossiers des usagers, le Système d'Information et les dossiers de gestion et de comptabilité. Il assure la transmission des communications entre chaque membre de l'équipe et veille à la cohérence des actions au vu des missions du service.

Le superviseur :

Clinicien chevronné, il est responsable d'organiser régulièrement un groupe d'analyse clinique, de pratique, de régulation et de supervision de l'équipe. Son action a pour but d'encourager les meilleures pratiques et de prévenir les risques de négligence, voire de maltraitance des usagers de P2.

Améliorer la santé globale des jeunes atteints d'une pathologie chronique nécessite la mise en œuvre de stratégies médicales et managériales innovantes s'appuyant sur la coordination des soins, l'intégration des services et le case management. Ce travail étudie les apports d'une nouvelle forme d'organisation hybride développée par Prepsy, au service des usagers en situation complexe, souffrants de schizophrénie, sous la forme d'un accompagnement personnalisé collaboratif intensif dans l'environnement naturel, visant à limiter l'impact bio-psycho-social et le risque de handicap psychique par le maintien dans le parcours de vie. Il met en évidence les conditions de réussite organisationnelles et stratégiques de ce type d'organisation dans le but d'en affiner le modèle pour mieux l'adapter aux besoins des populations concernées et de leur entourage.

Table des matières détaillée

Sommaire :	9
Introduction générale:	11
Motivations et orientations.....	11
Enjeux du sujet :	13
Cadre théorique de la recherche et application au domaine de la santé:	14
Le cas Prépsy : contexte général et utilisation pour la recherche :	16
Problématique et positionnement épistémologique :	19
Structure du document :	20
I/ La santé mentale dans le monde et en France	23
1.1 Position du problème :	23
1.2 La santé mentale en France :	23
1.2.1 L'impact économique :	23
1.2.2 L'expression des besoins :	24
1.2.3 La prise en charge :	24
1.2.4 Les troubles psychiques des adolescents et des jeunes adultes :	24
1.3 La schizophrénie : une pathologie complexe nécessitant des soins complexes :	25
1.3.1 Caractéristiques cliniques.....	26
1.3.2 Prodromes	28
1.3.3 La schizophrénie en France	28
1.4 L'accès aux soins pour les jeunes usagers	29
1.4.1 La détection et l'intervention précoce	29
1.4.2 Les politiques en matière d'intervention précoce.....	31
1.4.3 L'intervention précoce en France.....	33
1.5 De la schizophrénie au handicap psychique.....	34
1.5.1 Les réponses apportées aux personnes handicapées en France	35
1.5.2 Les MDPH et leurs rôles.....	35
Conclusion de la première partie	36
II/ Améliorer la prise en charge en santé mentale par la coordination :	40
2.1 La coordination dans les théories et pratiques des organisations :	41
2.1.1 La coordination dans le domaine du management :	41
2.1.2 La coordination dans les théories des coûts de transaction :	42
2.2 Le besoin d'appui à la coordination en santé dans les textes et les pratiques :	43
2.2.1 La coordination des cas complexes :	44
2.2.2 La coordination en santé mentale :	45
2.2.3 La prise en compte des usagers et de leur entourage dans la coordination :	46

2.3 Vers une nouvelle forme de coordination pour les usagers en situation complexe :.....	47
2.3.1 La coordination comme logique globale territoriale.....	47
2.3.2 Place des réseaux dans la coordination :.....	49
2.3.3 Le réseau de santé, un dispositif pluridisciplinaire formalisé de coordination :.....	50
2.3.4 Stratégies d'intégration des professionnels dans le cadre d'un réseau de santé mentale :.....	53
2.4 Améliorer la prise en charge en santé mentale par le management :.....	58
2.4.1 Stratégies d'intégration des services.....	59
2.4.2 Théories du management des maladies chroniques.....	63
2.5 Le case management en santé mentale ; modèle de l'intégration des services et de l'innovation par l'approche métier :.....	66
2.5.1 Origines et définitions du case management :.....	66
2.5.2 Le case management de cas complexes comme processus intégratif :.....	69
2.5.3 Profils et compétences du case manager en santé mentale :.....	74
2.5.4 Le parcours de santé : nouvel enjeu de l'intégration des services.....	78
2.6 Dimension médico-économique du case management :.....	80
2.7 Les MDPH et les SAMSAH, deux acteurs en méta-réseau ?.....	82
Conclusion de la deuxième partie :.....	86
III/ Le cas Prépsy ; vers une nouvelle forme de réseau intégré de soins et de services au bénéfice de la limitation du handicap psychique chez les jeunes atteints de schizophrénie :.....	89
Introduction de la troisième partie :.....	89
3.1 Méthodologie : précisions sur la démarche empirique de la recherche :.....	89
3.2 Historique des programmes Prépsy :.....	92
3.2.1 P1, un programme en cohérence avec les orientations de Santé Publique :.....	93
3.2.2 De P1 à P2 ; une hybridation progressive et nécessaire :.....	100
3.3 : P2, Une organisation hybride entre firme pivot et réseau intégré de services :.....	103
3.3.1 Intégration des emplois clés et case management dans P2 :.....	104
3.3.2 P2 : l'intégration des services au bénéfice de l'évaluation du handicap psychique :.....	112
3.3.3 Les démarches et outils spécifiquement créés par P2 :.....	114
3.3.4 Une intégration innovante dans P2 : l'ergonomie de l'habitat pour les usagers en situation de handicap psychique :.....	116
3.4 Enseignement et interprétation du cas Prépsy : analyse des résultats obtenus :.....	118
3.4.1 Obstacles limitant l'obtention de meilleurs résultats :.....	118
3.4.2 Conditions de réussite :.....	120
3.4.3 Engagement dans une démarche globale d'évaluation :.....	123
3.5 Résultats scientifiques : rapprochement entre les enseignements du cas pratique et les cadres théoriques.....	124
Conclusion générale:.....	129

Sigles:	141
Bibliographie :	144
Table des tableaux :	185
Table des figures :	185
Table des annexes :	185
Table des matières tome 2 :	186

Table des tableaux :

Tableau 1: Symptômes prodromiques de la schizophrénie (d'après DSM-III-R)	28
Tableau 2: Objectifs de l'intervention précoce (synthèse de l'auteur)	30
Tableau 3 : Le choix des moyens mis en œuvre est déterminé par le niveau de complexité des situations à gérer d'après Leutz (1999)	60
Tableau 4 : Les cinq points de l'intégration des services : (source : synthèse de l'auteur)	61
Tableau 5 : Caractéristiques déterminantes de l'ACT (source : synthèse de l'auteur)	66
Tableau 6: Détermination du niveau d'intégration (d'après Leutz, 1999)	70
Tableau 7: Les sept objectifs du CM (d'après Edwards et al (1999))	74
Tableau 8: Qualifications exigées de la part des case managers (synthèse de l'auteur)	77
Tableau 9: Besoins spécifiques sur Paris (synthèse de l'auteur)	96
Tableau 10 : Objectifs du case manager de P2 (synthèse de l'auteur)	107
Tableau 11: Composantes de l'évaluation neuro-fonctionnelle de l'usager	114
Tableau 12 : Facteurs de réussite du programme de case management P2 (synthèse de l'auteur)	123

Table des figures :

Figure 1 : Prévalence comparée de la schizophrénie avec 4 autres pathologies chroniques sévères	25
Figure 2 : Coûts sociétaux de la schizophrénie d'après : London Scholl of Economics	26
Figure 3: Coordination centralisée, coordination périphérique (d'après Cremadez (2004))	57
Figure 4 : Matrice d'intégration des services en fonction de l'intensité des actions sanitaires et socio-éducatives. (Synthèse de l'auteur d'après Leutz (1999))	60
Figure 5 : Chronologie indicative des différents modèles de management des maladies chroniques	63
Figure 6 : Objectifs du case management (synthèse de l'auteur)	72
Figure 7 Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie (d'après Féry-Lemonier 2014)	80
Figure 8: L'usager au centre d'un dispositif complexe	98
Figure 9 : Protocole d'admission et de concertation du réseau Prépsy	99
Figure 10: Représentation graphique du management de l'innovation de P2 dans son écosystème	102
Figure 11 : Protocole d'admission d'un nouvel usager au SAMSAH Prépsy	103
Figure 12: Un outil pour le case manager de Prépsy : la « marguerite de coordination »	108
Figure 13: du réseau à P2, un système complexe de partenariats et de coordinations dans une nébuleuse organisationnelle	109
Figure 14 : P1 avait identifié les partenaires autour de l'usager pour les mettre en réseau	110
Figure 15 : puis intégrer les services dans P2 pour réduire les coûts de transaction	111
Figure 16: Prestations et services proposés par P2 (d'après Cohen-Pasa, 2014)	113
Figure 17: les 9 champs d'évaluation du Radar de P2	115
Figure 18: Un outil innovant pour la coordination ; l'analyse du rapport à l'espace par la modélisation 3D collaborative du logement	117
Figure 19 : Calendrier des différentes évaluations réglementaires de P2	124

Table des annexes :

Annexe 1 : Analyse des résultats de P2 en 2013	
Annexe 2 : Emplois clés de P2 :	

Table des matières tome 2 :

- Présentation du tome 2
- Curriculum vitae
- Liste des articles
- Bibliographie
- Table des matières tome 2

Améliorer la santé globale des jeunes atteints d'une pathologie chronique nécessite la mise en œuvre de stratégies médicales et managériales innovantes s'appuyant sur la coordination des soins, l'intégration des services et le case management. Ce travail étudie les apports d'une nouvelle forme d'organisation hybride développée par Prepsy, au service des usagers en situation complexe, souffrants de schizophrénie, sous la forme d'un accompagnement personnalisé collaboratif intensif dans l'environnement naturel, visant à limiter l'impact bio-psycho-social et le risque de handicap psychique par le maintien dans le parcours de vie. Il met en évidence les conditions de réussite organisationnelles et stratégiques de ce type d'organisation dans le but d'en affiner le modèle pour mieux l'adapter aux besoins des populations concernées et de leur entourage.

Mots clés :

Accompagnement médico-social, case management, coordination, intégration des services, parcours de soins, psychiatrie, réseaux de santé, santé mentale, SAMSAH, schizophrénie, suivi intensif.

Improving Global Health of young people with chronic disease requires the implementation of innovative medical and managerial strategies based on the coordination of care, integration of services and case management. This work studies the contributions of a new form of hybrid organization developed by Prepsy, serving users in complex situations, with schizophrenia suffering in the form of an intensive collaborative personalized support in the natural environment, to limit the bio-psycho-social impact and the risk of mental disability by maintaining the life course. It highlights the organizational and strategic conditions for success of this type of organization in order to refine the model to better suit the needs of the people concerned and their families.

Keywords:

Medical and social support, case management, coordination, integration of services, care pathways, psychiatry, health systems, mental health, SAMSAH, schizophrenia, assertive community treatment.