

Article de recherche

Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.

Mohamed TISSIOU⁸, Clémence JOFFRE⁹,
Aline SCOUARNEC¹⁰ et Sébastien PAYRE¹¹

Résumé :

Cet article porte sur un instrument stratégique, la prospective des métiers, qui permet d'identifier l'impact des mutations sur le ou les métiers d'une organisation mais aussi sur les pratiques de management et les modalités d'organisation du travail. Nous en questionnons la portée et les limites en nous appuyant sur les résultats d'une recherche-intervention menée auprès de deux fondations opérant dans les secteurs sanitaire et médico-social en cours de rapprochement. Nous avons pu définir quatre scénarii permettant d'éclairer les décideurs afin de faire face aux mutations identifiées et de les articuler avec une stratégie managériale et des ressources humaines alternative que la nouvelle organisation pourrait mobiliser pour accompagner sa création et sa mise en place. Nos résultats contribuent aux travaux visant à développer des outils d'aide à la décision à l'intention des équipes managériales qui sont de plus en plus confrontées à la nécessité d'anticiper et de comprendre aussi bien les mutations externes de leur environnement sectoriel et d'affaires, que les mutations internes de nature managériale, humaine et organisationnelle.

Mots-clés :

Prospective des métiers, secteur sanitaire et médico-social, outils d'aide à la décision.

⁸ Maître de conférences, Sciences de gestion, Normandie University, NIMEC (EA 969) - mohamed.tissiou@unicaen.fr

⁹ Professeur associé, EM Normandie Business School, Métis Lab - cjoffre@em-normandie.fr

¹⁰ Professeur des universités, Sciences de gestion, Normandie University, NIMEC (EA 969) - aline.scouarnec@unicaen.fr

¹¹ Maître de conférences, Sciences de gestion, Normandie University, NIMEC (EA 969) - sebastien.payre@unicaen.fr

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

Abstract:

This article focuses on a strategic instrument, business foresight, which makes it possible to identify the impact of changes on the job (s) of an organization but also on management practices and work organization methods. We question its scope and limits by relying on the results of an intervention research carried out with two Foundations operating in the field of medicine and healthcare and social industry in the process of merging. We were able to define four scenarios to help decision-makers to cope with the changes that had been identified and to link them with a managerial strategy and alternative human resources that the new organization could draw on to support its creation and implementation. Our results contribute to work aimed at developing decision-making tools for management teams who are increasingly faced with the need to anticipate and understand both external changes in their business sector and industry, and that internal changes of a managerial, human, and organizational nature.

Key words:

Business foresight, medical field and healthcare and social industry, decision-making tools.

Introduction

Le point de départ de notre étude est la problématique soulevée par une fondation sanitaire et médico-sociale implantée sur un territoire dans l'Ouest de la France et issue d'une congrégation fondée en 1836 dans le but d'accueillir, soigner et accompagner les personnes exclues par la précarité, l'âge, le handicap psychique et la maladie mentale. Au moment de la recherche, elle se trouvait à une période charnière de son histoire car elle était en phase de rapprochement avec une autre fondation dont les activités principales relevaient historiquement de la psychiatrie pour enfants et adultes. En effet, les réformes successives du système sanitaire¹² et du secteur médico-social ont contribué à moderniser de nombreux fonctionnements, voire à transformer les logiques du secteur. Les établissements de santé doivent ainsi requestionner la nature de la coordination, en repensant la logique de parcours de santé ou de vie (Martinez et al., 2016), mais aussi la coopération entre professionnels de santé et la participation des usagers (Mazereau, 2016). Par ailleurs, la conception et la prise en charge de la santé mentale ont largement évolué. Outre les maladies mentales, d'autres pathologies psychologiques, comme le stress ou les addictions, se sont développées, plus particulièrement chez les jeunes, les salariés et les personnes âgées. Les deux fondations se sont alors trouvées confrontées à une situation paradoxale dans laquelle leur organisation et leur positionnement pouvaient être remis en question. Une partie de la direction, des médecins et des salariés ont exprimé des inquiétudes sur le positionnement à venir de leurs structures sur le territoire, voire, à terme, des doutes sur l'avenir de leur modèle économique. Les acteurs des deux fondations se sont notamment interrogés sur le parcours des personnes sur le territoire, les sectorisations existantes, les prestations apportées par les différents services, établissements et métiers des deux fondations, ainsi que sur des mutualisations et coordinations possibles.

Dans ce contexte, la question centrale à l'origine de cette recherche est la suivante : « au regard des mutations du secteur, et du rapprochement des deux fondations, comment définir la coordination territoriale et des pratiques managériales communes ? ». Pour apporter des éléments de réponse, nous proposons de mobiliser la prospective des métiers. Cet instrument de gestion a, en effet, deux objectifs opérationnels : 1) identifier les différents scénarii en fonction des futures contraintes et de leur évolution dans un environnement instable et en plein changement ; 2) identifier les conditions de la réussite de leur mise en œuvre organisationnelle, managériale et dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

¹² Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

Cet article a été construit en quatre parties. Nous nous intéresserons dans un premier temps à la délimitation des conceptions de santé mentale et de ses enjeux pour le secteur, notamment en termes de coordination et de logique territoriale. Ensuite, nous présenterons la démarche méthodologique adoptée avec une brève présentation du cas. Nous expliciterons ensuite les scénarii prospectifs identifiés par les acteurs. Enfin, nous exposerons une alternative de coordination issue de l'analyse des quatre scénarii et son implication en termes managériales.

1. La problématique des établissements de santé mentale aujourd'hui en France

Les mutations profondes que connaît la société aujourd'hui soulèvent plusieurs questionnements et engendrent des remises en cause. Or, la principale question est de savoir comment appréhender ce changement de cycle. Certains parlent de crise, d'autres préfèrent parler de changement de monde (Maffesoli, 2014). Dans ce sens, la délimitation des déterminants de ces changements est la première étape qui nous permettra de comprendre leurs effets, notamment l'impact des mutations sociétales qui traversent le champ de la santé mentale. Cependant, la conception même du territoire pose la question de son périmètre et de ses enjeux, et, surtout interroge sur le parcours patient dans cette nouvelle logique de coordination territoriale.

1.1. Vers une nouvelle logique de la santé mentale

L'évolution des réalités économiques, sociales et sociétales a profondément transformé les modes de vie de notre société et exige de plus en plus des individus : réactivité, efficacité, résultat et performance. L'interaction de ces phénomènes a eu un impact sur le bien être en général, engendrant, outre des maladies mentales, des pathologies plus modernes, comme le stress, l'anxiété ou les addictions. En effet, l'augmentation de la détresse psychologique est un des constats alarmants, notamment chez les jeunes, les salariés et les personnes âgées. Ce nouveau contexte impose aux organisations et aux professionnels de santé de s'adapter à ces évolutions en prenant en compte cette nouvelle logique de santé mentale dans la prise en charge des patients sur un territoire élargi. Ainsi, il s'agit tout d'abord de délimiter le concept même de santé mentale avant de s'intéresser aux questions de coordination des parcours de soins. Selon Kovess-Masfety et ses coauteurs (2009), l'analyse de la santé mentale tend vers une transdisciplinarité. En effet, aujourd'hui le modèle le plus largement admis est le modèle fonctionnel dit « bio-psychosocial », selon lequel, la santé mentale correspond à un processus dynamique résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en interaction constante. Ainsi, dans ce modèle plurifactoriel on recense des éléments personnels (génétique, éducation, milieu social, ...), des éléments de la vie courante

Article de recherche : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

producteurs de (professionnels, nuisances sonores, pauvreté, précarité, ...), les modes de vie (alcool, tabac, réseau social, ...), et l'accès aux soins. Plus global et complexe, le nouveau concept de « santé mentale » ne relève pas seulement d'approches sanitaires et/ou médico-sociales, mais intègre ou doit intégrer un public plus large (salariés, personnes âgées, ...) sur l'ensemble du territoire, ce qui suppose le développement de formules de prises en charge innovantes. Cette nouvelle logique nécessite le développement d'une complémentarité et d'une coordination avec de nouveaux acteurs comme les médecins traitants, le système éducatif, les familles, les employeurs, et tous les autres acteurs sociaux. Elle suppose la re-délimitation du secteur de santé mentale, son organisation, ses missions, et ses acteurs, comme les associations, les psychologues ou les médecins traitants. Selon le rapport Couty¹³, le secteur rénové doit assurer deux grandes missions : 1) une mission de repérage précoce, de prévention, de prise en charge, de suivi et de réinsertion des patients et d'accompagnement des familles dans le cadre d'une action extra hospitalière en partenariat avec tous les autres acteurs des secteurs sociaux et médico-sociaux ; 2) une mission de soins en hospitalisation. De plus, 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 (Gozlan, 2015).

1.2. Vers une approche renouvelée de la coordination

De nouvelles problématiques ont ainsi émergé, liées aux acteurs, à l'organisation institutionnelle et territoriale et aussi à la coordination entre les métiers et les compétences dont le périmètre reste à délimiter. Or, les concepts de coordination et de coopération, utilisés fréquemment dans le champ de la santé et souvent confondus dans la littérature en gestion (Castañer et Oliveira, 2020), nécessitent une délimitation propre au contexte du soin (Chen et al., 2000). Selon Bolland et Wilson (1994), la coordination se résume en l'interaction de trois dimensions : l'attitude, le comportement et une finalité (le résultat). En effet, par son caractère intentionnel, la finalité de la coordination réside dans la recherche d'une cohérence entre les différentes parties d'un ensemble ou d'une action, notamment stratégique. En ce sens, l'attitude et le comportement des acteurs consistent à mettre en lien leurs différentes activités, afin que leurs missions se complètent sans se concurrencer. Gulati, Wohlgezogen et Zhelyazkov (2012, p. ?)

¹³ Couty E., *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, janvier 2009 - https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf (consulté le 5-06-21).

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

définissent la coordination comme « l'alignement ou l'ajustement délibéré et ordonné des actions des partenaires pour atteindre des objectifs déterminés conjointement », alors qu'ils définissent la coopération comme « la poursuite conjointe d'objectifs convenus d'une manière correspondant à une compréhension commune des contributions et des bénéfices ». Ces deux définitions semblent étroitement liées. En effet, selon Castañer et Oliveira (2020), si la coordination fait référence aux attitudes, aux comportements et aux résultats de la négociation pour un objectif commun, la coopération, quant à elle, se réfère aux attitudes, aux comportements et aux résultats liés à la mise en œuvre de cet objectif commun. Dans ce sens, la coopération concerne davantage la sphère opérationnelle, alors que la coordination relève plutôt de la sphère stratégique. Ring et Van de Ven (1994) vont plus loin et considèrent que l'attitude de coordination fait référence à la volonté des parties prenantes d'identifier un besoin et un objectif communs dans le cadre d'un rapprochement inter-organisationnel, tandis que le comportement de coordination fait référence aux actions entreprises par les potentiels partenaires pour négocier afin de parvenir ou revoir un accord sur des objectifs communs, et potentiellement pour aboutir à la rédaction d'un accord formel au stade initial du rapprochement.

S'agissant du secteur de la santé, la question de la coordination se décline au niveau individuel, structurel et territorial. Il faut souligner que ces différentes dimensions se confrontent également à d'autres logiques influencées par les pouvoirs publics ou des problématiques financières. La question de la coordination se heurte donc à l'hétérogénéité des logiques, des acteurs impliqués, mais aussi des niveaux d'analyse. Nutting, Shorr et Burkhalter (1981) mettent l'accent sur les enjeux de la coordination entre les acteurs, notamment dans un contexte marqué par l'hétérogénéité structurelle et les cloisonnements interdisciplinaires. Selon Jeannot (2005), la coordination est souvent associée aux problèmes complexes qu'elle est censée résoudre. S'intéressant à la coordination des soins dans le milieu hospitalier, Gittell (2000) puis Gittell et ses coauteurs (2010) met en évidence une approche interactionniste de la coordination, plus adaptée aux milieux complexes qui caractérisent le secteur de la santé. En effet, la complexité croissante des parcours de soins et des besoins des patients rend nécessaire le développement d'interactions pluridisciplinaires et demande un recours permanent à la coordination, tout en posant la question de son périmètre et surtout de la place du patient dans cette nouvelle logique territoriale.

1.3. Vers une redéfinition du concept de territoire

Le renouvellement de l'approche de la coordination territoriale modifie l'architecture et le sens des interactions entre les acteurs et interroge la conception même de « territoire ». Dans une dimension ethnologique, le concept de territoire a d'abord fait

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

l'objet d'études sur les animaux. Il a été ainsi démontré qu'un animal ne défend pas un espace, mais se défend lui-même (Kourtessi-Philippakis, 2011). Cela implique l'existence d'une interprétation subjective du territoire. Selon une lecture sociologique, l'appropriation du territoire par les êtres humains reflète plutôt la démonstration de leur singularité et de leur histoire personnelle. Transposée aux acteurs du secteur, cette subjectivité se traduit par une réappropriation économique, idéologique et politique de l'espace. Selon Lajarge (2000, p. ?) : « le territoire n'est pas un objet neutre décidé dans l'abstraction et déconnecté du réel » est avant tout bricolé par les acteurs en fonction d'un grand nombre de paramètres en permanente mutation ». Dans ce sens, repenser l'offre de soins ne peut se faire sans une délimitation d'un territoire de référence qui nécessite une lecture dynamique, à la fois globale et fine des besoins. Cela suppose que le concept de territoire ne reste plus cantonné à une logique et à un découpage purement géographique, qui manque d'agilité et ne permet pas d'envisager une meilleure coordination dans un milieu complexe. Selon une lecture systémique, Moine (2006, p. ?) considère le territoire comme une : « construction intellectuelle mouvante, évolutif floue, dont les caractéristiques correspondent totalement à celles que l'on peut attribuer plus globalement au principe de complexité. Il s'agit d'un tout, composé de sous-systèmes, d'éléments, et surtout de relations multiples, notamment des boucles de rétroaction positive ou négative, qui évoluent dans le temps ». Cette délimitation du concept de territoire rend compte de sa complexité et modifie la position centrale de la référence spatiale. Le territoire est alors considéré comme le produit de plusieurs processus ayant chacun sa temporalité et ses représentations (Corboz, 1983). La complexité des processus de coordination reste donc étroitement liée à la disparité persistante de l'offre de santé dans un sens large sur les territoires. Cette lecture dynamique du territoire ouvre ainsi plusieurs perspectives aux secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et questionne leur stratégie, leur organisation et leur gouvernance, notamment en adoptant un raisonnement qui place l'utilisateur au cœur de la réflexion de coordination. Celui-ci associé à la logique de territoire modifie le sens même du concept qui devient le territoire des besoins et des attentes de l'utilisateur.

1.4. Vers une nouvelle organisation du parcours de soins

Le parcours de soins en psychiatrie adulte repose sur le fait que l'hôpital reste encore une composante majeure du système de santé mentale mis en place sur le territoire. Ce dernier s'appuie principalement sur les médecins traitants « de ville » pour orienter les patients dans le système de soins. Ainsi, comme le rappellent Constantin-Kuntz et ses coauteurs (2014, p. ?) la prise en charge publique de la maladie psychiatrique de l'adulte s'organise en France entre des unités d'hospitalisation et des unités ambulatoires. ». Dans cette logique hospitalo-centrée, aucun acteur n'est clairement

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

chargé de la coordination et de l'orientation des personnes dans le système de santé mentale actuel (Sassard et Castro, 2015). Plusieurs questionnements peuvent alors se poser : quelle logique doit animer le nouveau raisonnement territorial ? Faut-il un raisonnement inclusif ou bien une logique sectorielle (sanitaire, sociale et médico-sociale) ?

Dans cette perspective, le rapport Couty¹³ fait un certain nombre de recommandations pour une organisation territoriale de la santé mentale graduée en trois niveaux : 1) un niveau de proximité sur un territoire assurant une coordination effective et une coopération efficace des différents acteurs concernés : élus, soignants, travailleurs sociaux, responsables des secteurs du logement et de l'emploi, réunis au sein d'un groupement local de coopération pour la santé mentale (GLC) ; 2) un niveau de prise en charge de l'hospitalisation tant publique que privée correspondant au territoire de santé ; 3) un troisième niveau de spécialisation et d'expertise, régional ou interrégional. La référence en santé mentale n'est plus l'hôpital mais le territoire. L'enjeu est de bien identifier un niveau de proximité adéquat afin de garantir une réponse rapide aux situations de crise, une prévention, un suivi et une réinsertion sociale des patients, les collectivités territoriales, les communes et les départements, devant être étroitement associés à cette démarche.

Parallèlement aux problématiques de coordination, placer l'utilisateur reste au cœur de la démarche suppose de bien cerner sa demande et ses particularités selon le territoire, ainsi que son évolution. Cela nécessite la levée de certaines confusions. En effet, selon le rapport de Clerey-Melin, Kovess et Pascal¹⁴, il est important de différencier la demande de soin et le besoin de soin normalement assumé par le système de couverture sociale. Cette différenciation pousse les auteurs du rapport à préconiser un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social, tout en laissant ouvertes d'éventuelles coopérations, alors que le rapport Couty¹³ recommande une réelle complémentarité. En matière de besoins, il s'agit de cerner les nouveaux besoins pour le handicap, l'enfance, l'adolescence, les risques psycho-sociaux chez les salariés ou les personnes âgées. Cela suggère la prise en compte d'une nouvelle logique « d'inclusion » qui suppose une efficacité de la coordination entre les professionnels des différents secteurs. Or, la réalité du terrain est marquée par une pénurie de moyens humains, financiers et donc de qualité de service. En effet, le manque de moyens, notamment en personnels qualifiés (Bruckner et al., 2011), constitue un vrai handicap pour le secteur qui reste dans la réactivité. Le manque d'anticipation se matérialise par l'impossibilité d'adapter l'offre

¹⁴ Clerey-Melin P., Kovess V., Pascal J.C., *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission Clerey-Melin remis au ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 15-09-2003 - <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-3.pdf> (consulté le 5-6-21)

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

des structures aux évolutions des besoins et demandes des usagers. La réussite de la coordination entre les différentes structures et les acteurs reste inhérente à leur adaptation à ces nouveaux impératifs. La nouvelle logique impose donc aux organisations de promouvoir plus d'anticipation et de revoir à la fois leur positionnement stratégique, mais également l'impact de ces évolutions sur les métiers, les activités et les compétences.

2. Méthodologie de l'étude empirique

Les deux fondations implantées sur un territoire de l'Ouest de la France qui font l'objet de l'étude empirique s'inscrivent dans cette logique. Cela nécessite une volonté politique des directions de coconstruire un futur projet de la nouvelle structure sanitaire et médico-sociale issue de leur rapprochement, sans renoncer aux valeurs des deux fondations et aux attentes des acteurs. Pour mener notre analyse, une recherche-intervention a été mobilisée, en s'appuyant sur une démarche de prospective des métiers (PM)

2.1. Présentation des deux structures en cours de rapprochement de l'étude

Le contexte est celui de la fusion entre deux fondations sanitaires et médico-sociales (A et B) issues d'une même congrégation religieuse. La nouvelle structure regrouperait une douzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux, et plus de 1 000 salariés, qui travailleraient tous en partenariat avec les institutions et autorités de tutelles : Agence Régionale de Santé, Conseil Général et Assurance Maladie. Au moment de la recherche, les deux fondations A et B présentent des établissements répartis sur l'ensemble du territoire avec des spécificités propres, notamment liées à leur historique (Tableau 1). La fondation A, historiquement davantage orientée en gérontopsychiatrie, est spécialisée dans la prise en charge sur tout le territoire français des troubles psychiques pour les cas les plus lourds, à destination des personnes âgées, des enfants et des personnes handicapées. Elle s'appuie sur un Centre Hospitalier Psychiatrique, dont le but est d'assurer son fonctionnement et son entretien. Précurseur en son domaine, l'hôpital propose ainsi des services d'hospitalisation à temps plein (soins intensifs, soins courts, moyen et long séjours) et des services d'hospitalisation à temps partiel. Par ailleurs, plusieurs établissements ont été créés à partir des années 1980, notamment à destination des adultes ou des personnes âgées atteints de troubles mentaux. Aux côtés de cet hôpital psychiatrique géré par la fondation, a ainsi été ajoutée une antenne psychiatrique rattachée aux urgences dans un autre hôpital public distant de 80 kilomètres environ, afin d'assurer une couverture satisfaisante des besoins dans le département (lequel ?) s années 2000 ont été marquées par l'ouvertures de quelques places sur différents sites de la fondation.

Article de recherche : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.

Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

Complémentaire aux activités de la fondation A, la fondation B se caractérise, depuis sa création, par une prise en charge psychiatrique de l'ensemble de la population : enfants, adolescents, adultes et personnes âgées. Elle a développé un dispositif ouvert et innovant permettant de répondre au mieux aux besoins de la population en France. Elle gère ainsi 8 centres médico-psychologiques (CMP) adultes qui ont pour particularité de proposer des soins pluridisciplinaires en santé mentale. Chaque équipe des CMP est chargée d'un secteur territorial déterminé et est rattachée à un hôpital. Elle assure des consultations spécialisées sur site mais peut aussi intervenir dans des hôpitaux généraux, des établissements EHPAD, les institutions sociales et médico-sociales, ou encore proposer des soins ambulatoires ou à domicile.

Tableau 1 : Les spécificités des deux fondations en cours de rapprochement

Fondation A	Fondation B
<ul style="list-style-type: none"> - Historiquement, une longue tradition en gérontopsychiatrie - Une spécialisation/expertise des professionnels - Une habitude de partage d'expérience entre professionnels (centre de ressources) - Une tradition de formation des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Une prise en charge non spécifique aux personnes âgées, avec la notion essentielle de parcours - Une grande flexibilité dans les habitudes de travail des professionnels - Une habitude de travailler en réseau - Un important maillage du territoire

La grande expertise dans le domaine de la gérontopsychiatrie de la fondation A se manifestait dans les pratiques et le partage d'expérience. Quant à la fondation B, elle pouvait faire valoir une flexibilité dans la prise en charge, un maillage du territoire et une habitude de travailler en réseau. Les deux directions n'avaient pas de modèle de fusion *a priori* à présenter à leurs équipes au cours de la négociation de leur rapprochement et/ou durant la fusion elle-même. Leur besoin était de pouvoir envisager différents scénarii pour prendre leur décision.

2.2. Une recherche-intervention reposant sur la démarche de Prospective des Métiers

Nous avons mis en œuvre une recherche intervention, particulièrement adaptée « pour l'exploration de nouvelles formes organisationnelles » (Merminod, 2019, p.?) et nous avons mobilisé la démarche de Prospective des Métiers (PM), qui permet une façon systémique de mettre en relation les phénomènes remarquables, témoins des mutations de l'environnement ou éléments participant des dynamiques de changement des activités au travail (Scouarnec, 2008). Notre méthodologie s'inscrit dans les courants décrits notamment par David (2000) mais aussi Moisdon (2015), Plane (2005) ou Savall et Zardet (2004) : des recherches empiriques (Savall et Fièrè, 2014) qui s'appuient sur une

Article de recherche : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.
 Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

collaboration avec les acteurs professionnels. Plus précisément, la PM se définit comme « une démarche d’anticipation des futurs possibles en termes de compétences, d’activités et responsabilités d’un métier. Elle permet d’envisager les possibles savoirs et qualifications, expertises ou savoirs faire professionnels, comportements et savoirs être, qui seront demain les plus à même de servir l’organisation » (Boyer et Scouarnec, 2009, p. 5). Elle a donc pour objectif l’identification des changements en termes de ruptures. Elle permet ainsi, à travers la collaboration avec les acteurs-experts, de coconstruire les bases de leurs avènements au pluriel : les scénarii possibles. Ainsi, cette démarche méthodologique a les caractéristiques de la recherche-intervention : la co-construction de la réflexion et des scénarii ; qui accepte la confrontation des résultats entre les acteurs de l’organisation ; l’immersion dans l’organisation qui permet de l’observer et de la faire évoluer ; tout en ayant la volonté de la comprendre en profondeur (David, 2000).

2.3. Design de la recherche

Les différentes phases de la démarche PM sont : l’appréhension contextuelle, la pré-formalisation, la construction et la validation (Boyer et Scouarnec, 2009). Elles ont été transposées au terrain de l’étude (Tableau 2).

Tableau 2 : Les différentes phases de la recherche-intervention en appui sur la prospective des métiers

Etapas	Caractéristiques
1. L’appréhension contextuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Etat de l’art théorique et réglementaire sur le sujet, - Choix de l’échantillon des acteurs experts associés, - Rédaction d’un guide d’entretien ouvert portant sur les grandes mutations du secteur de la santé mentale et sur les problématiques des territoires, - Réalisation des entretiens auprès de 20 personnes.
2. La pré-formalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de contenu de ces entretiens et structuration des évolutions pressenties, - Rédaction d’un questionnaire et envoi aux acteurs-experts identifiés : questionnaire construit avec les principales idées évoquées en entretiens individuels et demande de confirmation ou d’infirmité via une échelle de degré d’accord.
3. La construction	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d’un séminaire de travail : analyse en <i>focus group</i> et séances plénières de confrontation, avec éclairages d’experts sur les thématiques définies, - Production de scénarii et identification des conséquences pour la fondation : 45 personnes.
4. La validation et le plan d’action	<ul style="list-style-type: none"> - Intégration des résultats des <i>focus group</i> et du terrain, - Co-construction d’un modèle général de coordination afin de s’adapter aux grandes mutations pour la fondation, - Co-construction d’une alternative managériale et RH adaptée au nouveau modèle.

Article de recherche : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

La première étape de l'appréhension contextuelle s'est appuyée sur une revue de littérature et sur une enquête par entretiens auprès des acteurs experts du secteur, à identifier les facteurs-clés et les grandes mutations ayant un impact sur le secteur de la santé mentale. Au total, 20 entretiens semi-directifs de nombre experts externes et nombre experts internes ont été réalisés (Annexe 1). D'après Belat (2000), les experts internes doivent avoir une connaissance scientifique du sujet ou occuper un rôle dans les processus de décision. Dans ce contexte de rapprochement, nous avons majoritairement rencontré des experts internes, acteurs des deux fondations. Un guide d'entretien a été élaboré, présenté en annexe 2. L'exploitation du matériau collecté via un codage thématique nous a permis d'identifier les mutations externes du secteur liées aux évolutions en santé mentale, sociétales, réglementaires, au droit des usagers, à la gouvernance sur les territoires, à l'articulation entre le sanitaire et le médico-social et à l'impact de la logique territoire. Des mutations internes ayant un impact sur les deux fondations sont également ressorties de l'analyse des entretiens : les orientations stratégiques et le positionnement, le mode de coordination sur le territoire, la gouvernance, la politique RH et l'organisation du travail, et les métiers et compétences. Le questionnaire établi lors de la phase suivante de pré-formalisation (Annexe 3), à partir des mutations identifiées, a eu ensuite pour objectif de conforter, infirmer et prioriser les tendances identifiées dans la première phase selon le degré d'accord des acteurs (de 1 pas du tout d'accord, à 5 tout à fait d'accord) en se basant sur un plus large échantillon. Il a été adressé, en plus des 20 experts de la phase précédente, à 130 salariés des deux fondations. Au total, 65 répondants (Annexe 4) nous ont permis de faire ressortir quatre thèmes de travail pour le séminaire la troisième phase de construction : évolution de la société/de la santé mentale ; évolution des métiers et missions de l'organisation ; évolution des relations avec les parties prenantes du territoire ; et évolution organisationnelle et managériale.

La phase de construction des scénarii a fait l'objet de deux jours de séminaire. 45 acteurs (Annexe 5) ont été mobilisés sur la démarche et ont échangé lors de 4 *focus group* portant chacun sur les thèmes de travail précédemment identifiés. L'objectif était de faire émerger les futures tendances des thèmes au moyen d'une analyse collective des résultats des entretiens et du questionnaire. Le dernier jour du séminaire a fait l'objet d'une confrontation des propositions de chaque *focus group* afin de définir les contours des scénarii identifiés par les acteurs et évaluer leur impact sur l'organisation commune de la nouvelle entité.

A la suite de ce séminaire, les quatre scénarii ont été analysés par les chercheurs. La dernière phase de validation a consisté à les consolider avec l'équipe dirigeante et les représentants des différents métiers représentant nombre contributeurs à cette dernière étape (Annexe 6).

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
 Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

3. Résultats de l'étude : l'identification de quatre scenarii prospectifs


Quatre scenarii ont émergé permettant de projeter différents positionnements possibles de la nouvelle structure issue du rapprochement des fondations A et B (Tableau 3). Ces différents scenarii vont dans le sens d'une meilleure prise en charge de la santé mentale à la fois en institution et sur le territoire. Ils sont axés soit sur le développement d'activités complémentaires et innovantes, soit sur une amélioration continue de la coordination des parcours.

Tableau 3 : Les quatre scenarii prospectifs issus de l'étude


Scénario des cercles concentriques	Scénario du développement d'activités exogènes	Scénario de la coordination des parcours	Scénario de la fin du patient muet
Délimiter et définir l'objet même d'intervention et le positionnement de la fondation à court et moyen terme sur ses territoires d'implantation. Construire un « cœur de métier et de prise en charge » précis et partagé dans un contexte de rapprochement.	Devenir un acteur incontournable de la santé mentale sur les territoires en contribuant au développement d'activités ou de prises en charge nouvelles et innovantes, au-delà du cœur de métier (renouvelé) de la fondation	Développer la transversalité dans la prise en charge des personnes (dans leur diversité) en faisant évoluer les coopérations au sein de la fondation et en mettant en œuvre de nouvelles en externe.	Travailler avec les associations d'usagers pour accompagner les évolutions des pratiques sanitaires ou les évolutions stratégiques du secteur pour améliorer les prises en charge et réduire les ruptures de parcours.

3.1. Le scénario des cercles concentriques

Le premier scénario intitulé « cercles concentriques » correspond à un besoin de redéfinition ou au moins de précision du positionnement et des activités clés de la nouvelle fondation sur ses territoires d'implantation. Il s'agit de définir le « cœur de métier et de prise en charge » partagé dans le contexte du rapprochement.

« L'ARS, les ateliers santé-ville définissent les souffrances psychiques comme priorité des besoins de santé et nous interrogent sans vraiment nous donner une définition claire » (qui ?, focus group, phase 

Le manque de cohérence dans la définition de la santé mentale par les pouvoirs publics a contribué à l'orientation de ce scénario. Les réflexions sont d'abord allées dans le sens d'une redéfinition plus claire des missions qui représentent le « noyau dur » de leur travail et des compétences requises.

« On doit d'abord construire une carte des besoins en travaillant avec les différents partenaires sur les définitions ». (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?) 

Article de recherche : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

Plus précisément, il s'agit de se focaliser sur le centre des cercles concentriques, c'est à dire sur ce que la nouvelle structure maîtrise dans le champ de la psychiatrie lourde, et sur ce qu'elle peut aider à améliorer hors du champ de la psychiatrie, comme l'amélioration du bien-être des usagers, la prévention et l'accompagnement des problématiques psychologiques sur l'ensemble du territoire. En d'autres termes, il s'agit des cercles environnants où les acteurs de la fondation peuvent avoir la capacité de s'inscrire dans une dynamique de territoire : Politique globale de prévention sur le territoire ; Travail avec les politiques de la ville ; Coopération avec les acteurs locaux (médecine de ville, médecine du travail) ; Participation à des recherches ou expérimentations en santé mentale.

« Mieux définir les compétences et les missions de chacun sur le territoire est essentiel. Ça va de pair avec l'articulation à développer avec le niveau régional, ils ont des expertises dans des domaines spécialisés ». (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

Ce scénario s'inscrit dans une logique de définition collégiale de ce que les acteurs de la nouvelle structure souhaitent mettre derrière l'idée d'un accompagnement renouvelé des souffrances psychiques. Il a pour ambition de délimiter et de définir, dans le contexte actuel et à venir, l'objet même de l'intervention et du positionnement de la nouvelle structure. Il peut être considéré comme un macro-scénario qui précède les suivants.

3.2. Le scénario du développement d'activités exogènes

Si le scénario des « cercles concentriques » délimite ce que les deux fondations savaient faire et mieux faire que les autres, ce deuxième scénario issu de notre recherche-intervention correspond au développement d'activités exogènes. Il vise d'autres niches qui semblent encore aujourd'hui peu explorées en France. L'idée serait ainsi de devenir un acteur et un partenaire incontournable en contribuant au développement d'activités ou de prises en charge innovantes. En effet, l'évolution des pathologies et des publics concernés par les questions de santé mentale ouvre la voie à la prise en charge d'une population de plus en plus démunie et précaire.

« Nous devons être inventifs face à de nouveaux défis qui se posent d'ores et déjà » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

« La prise en charge de la personne handicapée vieillissante ne trouve pas sa place dans une « case » officielle et commence à perturber les structures actuelles » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

« ces nouvelles situations nous confrontent à du « bricolage ». Il faut une nouvelle façon de travailler pour les soignants qui doivent faire face à ces situations complexes » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

Ainsi, les acteurs proposent d'innover au niveau des modalités de prise en charge, de la communication, en développant des outils internet interactifs. Ces derniers viendraient

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

à la fois au soutien des intervenants via des forums ou des consultations à distance, mais aussi en soutien apporté aux familles via de nouveaux outils.

« On peut imaginer une plateforme « interface » avec d'autres institutions pour gérer les urgences sociales » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)
« Il faut mieux accompagner l'entourage de 1ère ligne en mettant en œuvre du "e-soutien", et plus généralement leur proposer des formations » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

Au travers de ce ressenti, la nécessité du développement de la prévention et de l'éducation à la santé pour intervenir au maximum en amont est ressortie (de quoi : les entretiens, le questionnaire, les focus groupe ?). Ce scénario d'activités exogènes préconise également d'attirer de nouvelles compétences médicales, de repositionner des métiers actuels et d'envisager de nouveaux métiers. Il est d'une piste potentielle à creuser qui permettrait à la nouvelle structure de se distinguer et de devenir un acteur et un partenaire incontournable.

3.3. Le scénario d'une meilleure coordination des parcours

Le troisième scénario identifié porte sur une meilleure coordination des parcours des personnes. Il complète le précédent et rejoint le constat d'un besoin renouvelé de coordination des parcours et d'une nécessité de développer plus de transversalité dans la prise en charge et de limiter la verticalité. Il correspond également à l'idée de prise en charge de la personne dans toute sa diversité. Le patient est placé au centre de la réflexion et devient acteur de son parcours. Ce scénario pose, selon les acteurs (qui ? quand ?), une double question : Qu'entend-on par parcours ? Qu'entend-on par coordination et meilleure coordination ?

« [la logique du parcours patient consiste à] assurer une prise en charge sans rupture... de la crise au retour à la vie « normale », de la naissance à la fin de vie » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)
« [Etablir une meilleure coordination] nécessite] de remédier à la complexité générée par l'inadéquation entre politique, programme et terrain » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)
« [Il s'agit de] développer des stratégies pour être en capacité d'aller sur le terrain afin de rencontrer les acteurs de première ligne (médecins généralistes, travailleurs sociaux, services éducatifs, ...) » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

Il s'agit également de poser collectivement des questions communes et définir qui est le mieux placé pour apporter une aide efficace dans la connaissance des compétences de chacun et la construction de réflexions transversales et de réseaux.

« Il faut pouvoir accueillir toutes sortes de demandes, l'enjeu reste de développer toujours plus des réponses de terrain en articulation avec d'autres dispositifs » (qui ?, entretien,

Article de recherche : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

questionnaire, focus group, phase ?

« [Il faut] redéfinir des outils tout en prioritant des temps d'échanges et de partage. Nous devons pouvoir élaborer des pratiques et outils communs qui seraient régulièrement réévalués » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

La nouvelle structure, en suivant ce scénario, aurait à réfléchir à la délimitation de ses frontières internes et externes et à l'instauration d'une dynamique collective de travail.

« Comment faire travailler encore plus ensemble des spécialistes qui hier ne le faisaient peut-être pas assez ? » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

Ce scénario soulève ainsi la question de la fin d'un fonctionnement hospitalo-centré, des organisations en silo et de l'accompagnement séquentiel du patient.

3.4. Le scénario de la fin du patient muet

Fil conducteur des trois premiers scénarii, celui-ci vise à donner toute sa place à l'usager. Il part du principe qu'il conviendrait d'associer les associations d'usagers aux évolutions des pratiques sanitaires ou aux évolutions stratégiques du secteur. La nouvelle structure pourrait ainsi se distinguer en apportant un soutien institutionnel et familial, autrement dit en développant un dispositif d'intervention institutionnel permettant d'intégrer les familles afin d'améliorer les prises en charge et de réduire les ruptures de parcours. Si les usagers et associations d'usagers prennent de plus en plus une place prépondérante, certaines limites aux processus actuels sont signalées.

« Les familles deviennent de plus en plus exigeantes et s'imposent légitimement dans les structures hospitalières » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

« La difficulté pour les familles à trouver la bonne porte d'entrée, des retards dans les prises en charge, des difficultés de diagnostic et des manques de place en institution » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

Des pistes opérationnelles sont proposées permettant de solliciter des aidants, comme les retraités par exemple, ou d'utiliser les locaux libres comme passerelles de coordination. L'idée serait de créer une interface régulière entre l'usager et les acteurs concernés. Dans ce cadre, le patient ne serait plus muet, il serait associé, ainsi que ses représentants ou sa famille à l'accompagnement proposé.

« En santé mentale, tout n'est pas affaire de professionnels, il faut définir le rôle et la place de chacun dans le parcours du patient, en favorisant les échanges entre professionnels, aidants et familles et en réfléchissant à ce que chacun peut apporter » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

Plus précisément encore, le parcours de soins implique de disposer d'informations précises et fiables sur les besoins de l'usager pris en charge.

« Dans la notion de parcours, il s'agit à chaque état du patient de pouvoir lui trouver des solutions adaptées » (qui ?, entretien, questionnaire, focus group, phase ?)

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

Ce scénario réaffirme la place centrale de l'utilisateur et la nécessité pour les professionnels de s'ajuster régulièrement dans l'intervention quotidienne. Il constitue un changement de perspective dans la philosophie d'accompagnement et s'intègre dans la logique des trois scénarii précédents

4. Discussion : la prospective des métiers comme instrument de développement d'une stratégie alternative de coordination

La lecture transverse des différents scénarii émergents de notre recherche-intervention a permis aux acteurs des deux fondations de clarifier leur vision commune et d'identifier les principes de leur future stratégie de coordination et des pratiques de management à déployer. La prospective des métiers mobilisée dans notre recherche-intervention ressort à la fois comme un instrument pertinent pour mener la recherche et comme un instrument de gestion pour accompagner le rapprochement des deux structures de l'étude.

4.1. La prospective des métiers comme instrument de recherche et de gestion

La mobilisation de la démarche PM dans la recherche-intervention mise en œuvre a permis d'identifier l'impact de l'évolution des facteurs externes en termes de santé mentale, de logique territoire et leurs conséquences sur la coordination. Elle a conduit les acteurs à imaginer les scénarii possibles auxquels doivent faire face les deux fondations en cours de rapprochement. Une lecture transversale des quatre scénarii a montré la nécessité de prolonger la réflexion dans le sens d'une voie alternative, celle de sortir d'une vision hospitalo-centrée du système de soins. Cela consiste à placer l'utilisateur au cœur de la réflexion par un raisonnement inclusif qui commence par son cercle de besoin. En effet, actuellement, coexistent des portes d'entrée multiples sans véritable coordination globale du parcours de soins avec des acteurs publics (hospitaliers principalement), privés non lucratifs (services de la fondation) et des libéraux (médecins). Cela contribue à accentuer le recours à l'hospitalisation, en particulier en situation d'urgence, privilégiant une logique de placement des patients à l'hôpital, au détriment d'une prise en charge « hors les murs ». La prospective des métiers ressort ainsi de notre étude comme un instrument de développement d'une stratégie alternative de coordination pour la structure émergente du rapprochement des fondations A et B.

Il manque quelques lignes sur les limites de la démarche PM et de l'étude menée



***Article de recherche* : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

4.2. Une démarche contribuant à l'émergence d'une vision commune : la prise en charge renouvelée du handicap psychique et de la maladie mentale

La mise en œuvre de la démarche a dans un premier temps permis aux deux fondations de définir précisément leurs champs d'intervention en termes de santé mentale et de prises en charge des adultes souffrant de troubles psychiques. Elles ont pu ainsi délimiter les activités et les prises en charge situées dans leur « cœur de métier » afin de pouvoir identifier leurs forces et leurs compétences stratégiques, mais aussi les métiers « d'avenir ». Elles ont pu ainsi définir l'objectif de la nouvelle structure qui est de répondre à des problématiques précises sur ses différents territoires d'implantation, cela dans une optique de maintien de la qualité et de l'efficacité des prises en charge des personnes tout en définissant et en pilotant des projets mobilisant différents partenaires. Elle devra pouvoir construire des dispositifs de prise en charge des patients, en complémentarité des établissements, en fonction des cas rencontrés et des demandes des personnes et de leur entourage. Dans ce cadre, comme le soulignent Claveranne et ses coauteurs (2013), l'hospitalisation devrait devenir à terme l'exception, compte-tenu des contraintes budgétaires à venir notamment tout en garantissant l'accessibilité des soins. De fait, la prescription faite dans le deuxième scénario d'une meilleure coordination des parcours de soins nécessitera de modifier la place de l'hôpital et des unités d'hospitalisation. La majorité des acteurs de la nouvelle structure a proposé de faire des Centres Médico-Psychologiques (CMP) la véritable porte d'entrée des patients dans le système de soins territorial en santé mentale et de leur attribuer à ce titre le rôle central de la coordination et d'orientation des personnes, ce qui rejoint les conclusions de Buthion et Godé (2014). Cela demandera, toutefois, de décloisonner les services et les établissements de soins pour favoriser l'interdisciplinarité mais aussi pour développer les coopérations et les délégations entre les différents métiers en raison de la démographie médicale déclinante. Certains CMP pourraient dès lors devenir des CMP dit « pivots », c'est à dire qu'ils deviendraient des lieux de référence et de ressources pour l'ensemble des professionnels sur le territoire de la fondation concernant des pratiques professionnelles spécifiques vis à vis d'une population ou d'une prise en charge donnée, comme c'est le cas pour la gériatrie-psychiatrie.

A cette évolution d'organisation du parcours de soins en santé mentale, s'ajoute le scénario du développement d'activités exogènes qui met en avant la nécessité de développer des actions et des coopérations innovantes au-delà du « cœur de métier » de la nouvelle structure en s'appuyant sur l'expérimentation. Elle pourrait, dans cette perspective, à moyen terme élargir ses domaines de compétence en s'adaptant aux nouvelles pathologies ou à leur évolution chronique, aux troubles psychologiques, ou encore en jouant un rôle « d'expérimentateur-précurseur », voire de conseil auprès des

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

pouvoirs publics, de différents acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire et surtout des professionnels de santé et des médecins de ville. Cela suppose de passer d'une organisation en silo ou par pôle à une structure par projets pour coconstruire des dispositifs originaux, en convergence avec le scénario de la fin du patient muet. Pour aller au-delà, la structure issue du rapprochement des deux fondations pourra adopter une nouvelle démarche plus proactive quant à la prise en charge des patients afin de les accompagner dans la formulation de leurs besoins plutôt que d'attendre leur orientation par les seuls médecins de ville ou les services d'hospitalisation. Cela suppose de « sortir des établissements » pour se rendre auprès des populations à risque mais aussi des professionnels de proximité pour tisser des relations et réaliser une veille sanitaire en santé mentale.

Cette prise en charge renouvelée du handicap psychique et de la maladie mentale est ressortie comme une vision commune aux deux fondations favorisant l'harmonisation du fonctionnement et des pratiques managériales de la nouvelle structure issue de leur rapprochement.

4.3. Une démarche pour une alternative managériale de la nouvelle structure

La prospective des métiers n'a pas seulement favorisé l'émergence d'une vision commune entre les deux fondations. Elle a permis de définir une alternative concernant les pratiques de management de la nouvelle structure issue de leur rapprochement. La mise en œuvre des scénarii suppose, en effet, de professionnaliser son management et son encadrement. Or, une difficulté est ressortie, celle consistant à harmoniser les pratiques managériales tout en conservant les spécificités de chaque établissement et de ses métiers. L'organisation et l'encadrement sont à redéfinir au sein de la structure émergente ainsi que les modalités du déploiement des équipes sur les territoires. Il s'agit d'intégrer une culture managériale et de développer de nouvelles pratiques à tous les niveaux dans une nouvelle structure dont la culture professionnelle est marquée par une forte culture métier et la vocation du soin.

Face à ces différents enjeux et ces évolutions auxquels sont confrontées les deux fondations, la démarche PM a permis de poser trois principes permettant de définir une alternative managériale pour la nouvelle structure : 1) Piloter ensemble la fusion en créant de nouveaux dispositifs d'échanges et de décision ; 2) Expérimenter et coopérer en s'appuyant sur les personnels des deux fondations ; 3) Repenser le management et développer la formation interne.

Concernant le premier principe, l'ambition est de rapprocher les pratiques managériales des deux fondations tout en conservant les spécificités de chacune et en respectant les équilibres déjà existants. Cela passe par la mise en place de dispositifs communs de pilotage et de décision. Le principe sous-jacent est celui de la coopération entre les

Article de recherche : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

différents métiers et les acteurs sur le terrain (infirmiers, assistantes sociales, psychologues, psychiatres, etc.) afin de pouvoir anticiper les difficultés et les éventuelles résistances au changement. Cette coopération vise une amélioration permanente par une veille sur les évolutions de la société et des activités de la fondation et leurs impacts sur les pratiques, les métiers et les organisations du travail. La réussite de cette démarche est conditionnée par un affichage transparent des enjeux et des changements à venir auprès des équipes.

Le deuxième point pose le principe de la confiance accordée aux différents professionnels en leur accordant une marge de manœuvre dans le projet de nouvelle structure. Sans imposer un modèle managérial préconçu, l'opportunité de le construire est au contraire laissée à l'encadrement et au management. Cela suppose le recours à des expérimentations locales qui puissent être reconduites dans d'autres services et d'autres établissements de la future fondation. Cette démarche d'expérimentations et de coopération devrait permettre une transmission progressive de l'histoire et des valeurs de chaque fondation vers une culture propre à la nouvelle structure. Comme le soulignent Detchessahar et Grévin (2009), développer des dispositifs de concertation et d'échanges afin de rapprocher les équipes et les pratiques a pour objectif de partager les connaissances et les bonnes pratiques dans les organisations en favorisant les échanges sur les pratiques professionnelles.

On retrouve dans le troisième point un principe de formation intégrée (Savall et Zardet, 2005) selon lequel les salariés et professionnels en exercice sont les plus aptes à transmettre à leurs collègues des connaissances rapidement mobilisables dans leurs activités. Cela sous-entend la constitution d'un vivier de formateurs internes, voire de référents, sur des problématiques ou des prises en charge spécifiques, mais aussi de pouvoir construire des dispositifs et des pratiques de formation qui soient partagés entre les établissements et les territoires. Plusieurs thèmes de formation peuvent être envisagés très rapidement à la fois sur des formations techniques propres à différentes pathologies, mais également sur des thématiques managériales à destination de l'ensemble des métiers et des établissements, comme, par exemple, des pratiques de gestion de projet et d'animation des réseaux, d'outils et de compétences de base en gestion, de conduite du changement ou encore de gestion des conflits. L'idée est aussi de pouvoir identifier les meilleures pratiques afin de construire un noyau dur de connaissances sur la maladie mentale et les troubles psychiatriques. Ces différents temps d'échanges ne peuvent que contribuer au rapprochement des équipes et à une meilleure compréhension des cultures et des postures professionnelles existantes, en améliorant la communication entre les différents métiers et les différentes fonctions de la nouvelle structure.

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

Conclusion

La recherche intervention mise en œuvre a permis d'accompagner le rapprochement de deux structures du secteur médico-social et sanitaire, en proposant des scénarii sur leur futur positionnement commun sur leur territoire. L'analyse de ces derniers montre l'existence d'un fil conducteur commun aux quatre scénarii qui fait état d'un changement notable de modèle économique et d'organisation de la nouvelle structure s'éloignant de l'hospitalo-centrisme. Cela suppose d'avoir une vision globale des mutations en cours et de leurs impacts sur la construction des stratégies à la fois en termes d'activités et de fonctionnement et pilotage des personnes et des organisations. Ce constat nous a permis de prolonger la réflexion sur l'évolution de la prise en charge en santé mentale et des approches managériales adaptées en interne.

La méthode de prospective des métiers a contribué à la construction d'une vision alternative de la coordination territoriale. En effet, notre démarche de co-construction par les acteurs a conduit à considérer le besoin de l'usager comme point de départ au rapprochement des deux fondations. L'instrument mobilisé pour la recherche, privilégiant une lecture systémique et compréhensive de la situation a représenté un instrument de gestion favorisant l'émergence de la coordination territoriale et des pratiques de management de la nouvelle structure issue de leur rapprochement.

Références

- Bolland J. M., Wilson J.V. (1994), Three faces of integrative coordination: A model of interorganizational relations in community-based health and human services, *Health Services Research*, vol.29, n°3, p.341-366.
- Boyer L., Scouarnec A. (2009), *La prospective des métiers*, Cormelles le Royal, Editions EMS.
- Bruckner T-A., Scheffler R-M., Shen G., Yoon J., Chisholm D., Morris J., Fulton B-D., Dal Poz M-R., Saxena S. (2011), Manque de personnel de santé mentale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : une approche basée sur les besoins, *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol.89, n°3, p. 2
- Buthion V., Godé C. (2014), Les proches-aidants, d' r les rôles dans la coordination du parcours de soins des personnes malades ?, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol.32, p.501-519.
- Castañer X., Oliveira N. (2020), Collaboration, Coordination, and Cooperation Among Organizations: Establishing the Distinctive Meanings of These Terms Through a Systematic Literature Review, *Journal of Management*, n°20, p.965-1001.
- Chen A., Brown R., Archibald N., Aliotta S., Fox P.D. (2000), *Best Practices in Coordinated Care*, Princeton, Mathematica Policy Research Inc.

Article de recherche : Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

- Claveranne J.P., Pascal C., Mick S. (2013), Editorial : L'innovation ou l'apocalypse, *Management & Avenir Santé*, n°1, p.5-10.
- Constantin-Kuntz M., Pons E., Artaud B., Zoute C., Tran J. (2014), Parcours de soin en psychiatrie adulte : de l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie, *Cliniques*, n°8, p.88-105.
- Corboz A. (1983), Le territoire comme palimpseste, *Diogène*, n°121, p. ?
- David A. (2000), La recherche intervention, un cadre général pour les sciences de gestion ?, *Actes du IXème Conférence Internationale de management stratégique, AIMS*, Montpellier,.
- Detchevar M., Grévin A. (2009), Un organisme de santé... malade de « gestionnisme », *Gérer et Comprendre*, n°98, p.27-37.
- Gittell J.H. (2000), Organizing work to support relational co-ordination, *The International Journal of Human Resource Management*, vol.11, n°3, p.517-539.
- Gittell J.H., Seidner R., Wimbush J. (2010), A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work, *Organization Science*, vol.21, n°2, p.490-506.
- Gozlan G. (2015), *Améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique. Etude du cas Prépsy*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Versailles.
- Gulati R., Wohlgezogen F., Zhelyazkov P. (2012), The two facets of collaboration: Cooperation and coordination in strategic alliances, *Academy of Management Annals*, n°6, p.531-583.
- Jeannot G. (2005), *Les métiers flous : Travail et action publique*, Toulouse, Octarès éditions, coll. Travail & Activité Humaine.
- Kourtessi-Philippakis G. (2011), La notion de territoire : définitions et approches, in Kourtessi-Philippakis G., Treuil R. (eds), *Archéologie du territoire, de l'Égée au Sahara*, Paris, Publications de la Sorbonne, p. ?
- Kovess-Masfety V., Boisson M., Godot C., Serrons S. (2009), La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de la vie, *Centre d'analyse stratégique, La Documentation française*, n° ?, p. ?
- Lajarge R. (2000), Patrimoine et légitimité des territoires. De la construction d'un autre espace et d'un autre temps commun, in Gerbeaux F. (ed.), *Utopies pour le territoire : cohérence ou complexité ?*, Tour d'Aigues, Editions de l'Aube, p.79-100.
- Maffesoli M. (2014), *L'art de vivre des choses : Penser la postmodernité*, Paris, CNRS Editions.
- Martinez C., Proult E., Servant B. (2016), *Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires*, ville de NANTES.

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

- Mazereau P. (2016), L'élargissement de la coopération aux usagers et professionnels non spécialisés : une nécessité dans l'accompagnement des parcours des personnes en situation de handicap, *Forum*, n°148, p.60-65.
- Merminod N. (2019), Chapitre 15 : L'approche coopérative, la quête de la co-création de savoirs actionnables entre chercheurs et praticiens, in Moriceau J.L., Soparnot R. (eds), *Recherche qualitative en sciences sociales. S'exposer, cheminer, réfléchir ou l'art de composer sa méthode*, Caen, Editions EMS, p.239-244.
- Moine A. (2006), Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie, *L'Espace Géographique*, n°35, p.115-132.
- Moisdon J. (2015), Recherche en gestion et intervention, *Revue Française de Gestion*, n° 21-39.
- Nutall P.A., Shorr G.I., Burkhalter B.R. (1981), Assessing the Performance of Medical Care Systems: A Method and Its Application, *Medical Care*, vol.19, n°3, p.281-296.
- Plane J. (2005), Chapitre 5 : Recherche-intervention et innovations managériales, in Roussel P., Wacheux F. (Dir.), *Management des ressources humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, p.139-157.
- Ring P.S., Van de Ven A.H. (1994), Developmental processes of cooperative interorganizational relationships, *Academy of Management Review*, vol.19, p.90-118.
- Roubelat F. (2000), La prospective stratégique. Des hommes et des organisations en réseaux, in Thépot J., Godet M., Roubelat F., *Décision, prospective et auto-organisation*, Dunod, Paris, p.286-305.
- Sassard P., Castro C. (2015), *Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences, ville de NAP.*
- Savall H., Zardet V. (2004), *Recherches en sciences de gestion : approche qualimétrique*, Paris, Economica.
- Savall H., Zardet V. (2005), *Ingénierie stratégique du roseau*, 2^{ème} édition, Paris, Economica.
- Savall H., Fièrè D. (2014), Etude comparative de méthodologies de recherche en médecine et en gestion. Cas de la recherche-intervention socio-économique d'ordre qualimétrique, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol., n°5-6, p.354-370.
- Scouarnec A. (2008), Plaidoyer pour un « renouveau » de la prospective, *Management & Avenir*, n°19, p.171-186.

Article de recherche : **Contribution de la prospective des métiers à la coordination territoriale et aux pratiques managériales. Le cas du rapprochement de deux structures sanitaires et médico-sociales.**
Mohamed TISSIOU, Clémence JOFFRE, Aline SCOUARNEC et Sébastien PAYRE

Annexe 1 : Profil des personnes interviewées dans la phase d'appréhension contextuelle

Présenter un tableau en distinguant externes/internes et fondations A et B

Annexe 2 : Guide d'entretien de l'étape de l'appréhension contextuelle

Annexe 3 : Questionnaire de la phase de pré-formalisation

Annexe 4 : Profil des 64 répondants au questionnaire de pré-formalisation

Annexe 5 : Profil des 45 participants au séminaire de la phase de construction

Annexe 6 : Profil des ? participants à la phase de validation

Il serait préférable de préparer un seul tableau (une annexe 1 rassemblant les annexes 1, 4, 5 et 6) présentant une comparaison du profil des répondants par phase de l'étude et permettant ainsi de repérer les profils qui ont participé à plusieurs phases.