

Management et santé mentale : de prometteuses interrelations

Annie Bartoli, Philippe Hermel

Dans les domaines relevant directement ou indirectement de l'action publique, la question de la fluidité des processus et des risques de bureaucratisation excessive finit par se poser à un moment ou à un autre. Une telle problématique a été analysée et traitée par des chercheurs en sciences humaines et sociales depuis plusieurs décennies (Crozier, 1963 ; Bartoli & Blatrix, 2015), et s'est trouvée encore mise en exergue à la lumière de la crise sanitaire mondiale récente : « Les processus et les procédures tendent vite à se bureaucratiser, s'ossifier, se fossiliser, à se prendre pour des fins en soi, oubliant les objectifs ou les missions qui les ont justifiés » (Serieyx, 2020).

Le champ de la santé n'y échappe pas, et se trouve régulièrement confronté à des problèmes organisationnels susceptibles d'amoin-drir l'efficacité et la qualité de ses effets (Mintzberg, 2017). C'est notamment de ce point de vue que la logique managériale peut entrer en scène dans la sphère sanitaire, tant en termes d'analyse des phénomènes observés que pour tenter de contribuer à l'amélioration des processus. Les activités relevant de la santé mentale semblent d'autant plus concernées par de tels enjeux socio-organisationnels qu'elles concernent des problématiques généralement complexes, souvent chroniques, avec un besoin particulièrement marqué de personnalisation des prises en charge. Le fait que des dispositifs dits « de *case management* » soient d'ailleurs en émergence ou en développement dans ce secteur (Bachrach, 1989) en est sans doute l'une des manifestations les plus significatives.

Le management et la santé mentale, domaines que l'on pourrait penser bien éloignés l'un de l'autre, seraient-ils donc davantage interreliés

qu'il n'y paraît au premier abord ? Si tel est le cas, comme nous le verrons, quels sont le sens, les enjeux et les implications tant scientifiques qu'opératoires de telles interrelations ?

Il sera tout d'abord nécessaire d'apporter quelques clarifications sémantiques. En effet, bien que d'origine latine et entré depuis près d'un demi-siècle dans le vocabulaire estampillé par l'Académie française (Hermel, 1988), le terme « management » continue à susciter autant d'engouements que de réserves et provoque de multiples malentendus... Lorsqu'il est en outre associé à d'autres vocables dans un contexte anglophone comme c'est le cas pour « *case management* », les confusions risquent de n'en être que plus grandes. Des explicitations préalables s'imposent donc, et cela semble d'autant plus nécessaire que la combinaison entre la discipline du management et celle de la psychiatrie peut finalement s'avérer particulièrement féconde.

Si le *case management* semble avoir du mal à trouver une traduction considérée comme appropriée par une majorité de ses utilisateurs, c'est en particulier parce que le terme « cas », dans le sens français, n'apporte généralement pas toute la signification véhiculée par le mot *case* en anglais, lequel touche à la situation dans sa globalité ou à l'affaire prise dans son ensemble. Dès lors, « management de cas » paraîtrait par trop réducteur, et « gestion de cas » le serait encore davantage... Qu'en est-il en effet du sens que l'on peut donner à « management », surtout lorsqu'on convoque ce terme en dehors du monde marchand ? Les théoriciens de la discipline s'accordent généralement à remonter aux travaux du début du xx^e siècle pour définir les bases conceptuelles et

opérationnelles du management, tel qu'on peut l'entendre dans le monde des organisations au sens large, qu'il s'agisse d'entreprise, d'institution ou de toute autre forme d'entité orientée par des finalités particulières.

Ce chapitre s'attache donc à revenir sur quelques fondamentaux théoriques et opérationnels du management, afin de les mettre en perspective au regard des enjeux actuels de la prise en charge en santé mentale. Il s'agira de clarifier les termes et les paradigmes qu'ils véhiculent, parfois de façon sous-jacente, pour voir en quoi et sous quelles conditions leur utilisation peut se révéler fructueuse et contribuer à répondre à certains des besoins majeurs de transformation des systèmes de santé, plus particulièrement dans le champ large de la psychiatrie.

L'opportune rencontre de deux champs originellement distincts

Le management : mythes et réalités

Contrairement à certaines idées préconçues qui auraient aisément tendance à qualifier le terme soit d'anglicisme, soit de néologisme, il est désormais régulièrement rappelé que « management » est issu d'un mot ancien d'origine latine, venant de *manus*, qui signifie « main » (Amiel, Bonnet, & Jacob, 1993). Dans son contenu actuel, il trouve formellement ses racines au début du xx^e siècle, notamment dans le cadre des travaux du Français Henri Fayol (1916), qui énonça une structuration de la fonction de direction en cinq composants dits « POCCC » (planifier, organiser, commander, coordonner et contrôler).

Ces apports ont contribué à la naissance d'une science de l'administration des entreprises et des organisations, qui s'est développée au-delà des frontières hexagonales et dans des sphères variées, tant privées que non marchandes. Il est en effet utile de noter que les travaux des premiers théoriciens des organisations (Fayol, 1916 ; Simon, 1947) ont souvent porté sur des organismes publics (grandes manufactures royales, systèmes militaires, administration de la poste, etc.). Ces éléments conduisent à « remettre en cause l'idée selon laquelle le management serait, étant donné

sa vocation, un instrument de profit propre aux entreprises... » (Bartoli & Blatrix, 2015).

Il existe donc de multiples connotations autour du sens, du champ et des implications du management, qui en ont rendu souvent son utilisation délicate. Pour autant, sur la base de clarifications et actualisations apportées aux diverses approches (Hermel, 1988), il est d'usage de considérer aujourd'hui le management comme une fonction de pilotage transversal qui s'appuie sur des processus de planification, organisation, animation, et contrôle. Comme explicité par Thiéart (2017), deux principes doivent accompagner cette définition : d'une part la cohérence entre management et contexte (ce qui exclut les recettes universelles et les transpositions hâtives d'une organisation à une autre), et d'autre part l'interaction entre les quatre grands processus consistant à planifier, organiser, animer et contrôler (ce qui conduit à rejeter les démarches linéaires ou séquentielles). Ainsi par exemple, la planification ne consiste pas à définir des orientations à long terme et des plans rigides à appliquer strictement, mais correspond à une approche de finalisation et de définition d'objectifs qui s'ajuste en fonction notamment de caractéristiques organisationnelles, de dynamiques d'animation, et de contrôles intermédiaires. En ce sens, les conceptions contemporaines du management se distinguent des approches originelles par leur flexibilité et leur principe d'adaptation au contexte.

Ceci étant posé, il en ressort que le management, en tant qu'ensemble de processus flexibles (ou agiles, pour reprendre un vocabulaire fréquent aujourd'hui), ne saurait préjuger du type de finalité recherché par l'organisation concernée. Il peut être mis au service de la réalisation de biens collectifs ou de poursuite d'un intérêt général, dans un souci de pilotage cohérent pour atteindre des objectifs spécifiques. Le contexte des activités au service du bien public, comme l'est la santé, ne saurait donc en être exclu.

Enjeux managériaux dans le champ de la santé

Si le management est donc vu comme un ensemble de processus de pilotage, le champ de la santé est potentiellement concerné. Comme tous les autres secteurs, et peut-être plus encore que d'autres compte tenu des enjeux sociétaux qu'il porte,

la santé est un domaine qui soulève des besoins de planification (explicitation d'objectifs et plans d'action), d'organisation des activités, d'animation des structures et parties prenantes, et bien entendu de contrôle, lequel peut se réaliser *a priori, in itinere, et a posteriori*. En d'autres termes, le champ de la santé nécessite des processus de management, que le terme soit convoqué explicitement ou pas...

Ce besoin semble aujourd'hui d'autant plus aigu que les systèmes de santé traditionnels se révèlent insuffisamment adaptés pour faire face aux transformations de la société. Parmi les constats mis en exergue par les institutions gouvernementales françaises elles-mêmes ([Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018a](#)), il apparaît que si le système en place présente de nombreux points forts au regard d'autres pays, notamment en termes de qualité de ses résultats et d'appui sur un principe de solidarité, il souffre aussi de faiblesses, parmi lesquelles la complexité organisationnelle et le cloisonnement important entre les différentes structures et acteurs. C'est d'ailleurs ce constat partagé des lacunes des organisations compartimentées et des services cloisonnés dans le système de santé traditionnel qui a orienté les réflexions législatives et réglementaires et les préoccupations politiques au cours des périodes passées.

En outre, les systèmes de santé ne se résument pas au milieu hospitalier, qui attire généralement le plus de regards compte tenu de son rôle crucial, notamment en situation critique. Or, si l'hôpital connaît certainement des défis particuliers en termes d'organisation, de valorisation, et de capacités (comme la crise sanitaire de 2020 a pu le mettre en lumière), il ne couvre pas à lui seul l'ensemble des besoins et de l'offre de soins sur le territoire. Outre l'enjeu majeur de l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital, la présence de multiples entités, structures, services de statuts divers et caractéristiques variées selon les zones géographiques et socio-économiques concernées reste souvent trop peu considérée à sa juste valeur.

Cette situation renforce les difficultés en termes de visibilité, de cohérence, d'adéquation et de facilité d'accès pour le patient, dont le parcours de soins peut être chaotique. À cela vient s'ajouter un enjeu lié aux progrès médicaux et à l'allongement de l'espérance de vie, qui ont notamment pour corollaire l'augmentation des maladies chroniques,

lesquelles nécessitent des formes de prise en charge plus globales et multidimensionnelles ([Sebai & Yatim, 2018](#)), différentes de celles liées à la médecine des maladies aiguës. De telles transformations constituent donc un enjeu majeur en termes de santé publique et d'impact économique, et obligent à ouvrir les logiques antérieures fortement hospitalo-centrées, tout en conduisant à une interpellation du fonctionnement et de l'articulation des organisations en place.

Les processus managériaux apparaissent ici au centre de la réflexion, dès lors que de nouveaux modèles organisationnels, plus souples et favorisant des formes de prises en charge mieux coordonnées, deviennent des objectifs à atteindre. Il convient alors de ne pas raisonner au sens étroit et réducteur que certains veulent parfois donner à l'approche managériale, à savoir qu'elle serait focalisée sur l'économie de moyens, car cela conduirait à passer à côté de l'essentiel. En effet, la recherche de pilotage et de cohérence ne préjuge nullement d'objectifs qui se limiteraient à l'efficacité ou à la rentabilité. À l'inverse, on peut considérer que toute conception du management qui serait purement instrumentale et techniciste s'avérerait incompatible avec la logique et les valeurs de l'action au service du public, comme l'est l'offre de santé. Ce dont il est question ici consiste alors davantage à développer des formes de management « par le sens » ([Trosa & Bartoli, 2016](#)).

Vers un management par le sens en santé mentale

Dans ce contexte, la santé mentale se trouve être un secteur à enjeu particulièrement fort pour la société. Selon l'Organisation mondiale de la santé, « *La charge des troubles mentaux continue de croître et d'avoir une forte incidence sur la santé ainsi que des conséquences majeures sur le plan social, économique et des droits de l'homme dans tous les pays du monde* » ([OMS, 2019](#)). Or il s'agit d'un domaine particulier de la santé, pour lequel il existe d'importants besoins de proximité, de personnalisation, et de coordination entre les dimensions sociales, sanitaires, médicales. En outre, la prise en charge des troubles psychiatriques suppose souvent l'intervention de multiples acteurs et parties prenantes, non seulement au plan médical mais aussi aux plans social, familial, professionnel, scolaire, économique

ou institutionnel. Il en ressort des défis d'ordres organisationnels et managériaux souvent mal analysés ou difficiles à appréhender, ce qui amène aujourd'hui à mettre en évidence le besoin de repenser les approches traditionnelles de prise en charge des patients en santé mentale et d'ouvrir la recherche des réponses sur d'autres logiques.

En effet, si le diagnostic sur les problèmes est aujourd'hui assez largement partagé, il semble moins aisé de savoir comment faire, comment piloter les changements, quels processus mettre en œuvre, comment repenser les organisations et les institutions sans en perdre les acquis et nombreux atouts, et c'est là que le dialogue entre la psychiatrie et le management peut avoir tout son sens. En effet, les apports des sciences du management conduisent à prendre en compte notamment les deux conditions clés suivantes lorsqu'il s'agit de piloter une transformation (Pettigrew, 1987) : (a) le processus du changement s'avère au moins aussi important que son contenu, ou en d'autres termes le « comment faire » et le « quoi faire » sont très imbriqués ; (b) le contexte dans lequel l'action est mise en œuvre est déterminant et influence tant le contenu que le processus de transformation.

Pour que la liaison entre management et santé mentale soit véritablement porteuse de sens et de réponses appropriées aux besoins, il apparaît ainsi nécessaire qu'elle s'appuie sur des démarches à la fois stratégiques et participatives, où l'implication des acteurs et parties prenantes est considérée tant dans la conception et la définition des objectifs poursuivis que dans la mise en œuvre des changements à conduire. Cela commence par une explicitation des principaux enjeux et des voies d'amélioration en termes organisationnels.

Défis et enjeux organisationnels

Un impératif organisationnel : la coordination entre les structures et les acteurs

Au sens usuel, « organiser » signifie avant tout diviser et répartir les tâches ou missions d'un ensemble. Le mode premier de l'organisation est donc basé sur la parcellisation, et présente le risque intrinsèque d'engendrer des cloisonnements si aucune démarche volontariste n'est engagée

parallèlement, pour compenser les effets directs ou indirects du découpage. C'était d'ailleurs la raison pour laquelle depuis plus d'un siècle, de nombreux théoriciens du management ont évoqué le sujet de la coordination dans de multiples contextes. Ainsi, au-delà de Fayol (évoqué ci-avant) qui en faisait déjà une des fonctions clés de l'administration des organisations au même titre que la planification ou le contrôle, d'autres chercheurs ont développé ce concept (Follett, 1924), et mis en avant un certain impact de la capacité de travailler en commun sur l'efficacité des organisations. Pour autant, l'acte de coordonner est moins évident qu'on ne pourrait le penser et mérite une attention particulière.

Nous avons pour notre part proposé de définir la coordination, notamment dans le champ de la santé, comme « un processus organisationnel, social et matériel de pilotage des interactions d'activités variées dans le but d'atteindre un résultat qu'un ensemble d'acteurs ou de dispositifs agissant séparément ne pourrait pas obtenir » (Bartoli & Gozlan, 2014). Cette définition s'appuie sur le principe selon lequel la coordination concerne tous types d'activités, y compris non marchandes, dès lors que celles-ci visent une finalité donnée.

Les études et recherches sur la coordination n'ont d'ailleurs pas écarté le champ de la santé. Ainsi, pour Mintzberg (1979), l'hôpital est une « bureaucratie professionnelle » pouvant s'appuyer sur différentes formes de coordination, telles que la standardisation des procédés (ou des méthodes) et des qualifications. Pour autant, le milieu de la santé peut être décrit comme un lieu paradoxal du point de vue de la coordination, car elle y est à la fois une pratique de base pour les professionnels, et un manque du point de vue de l'usager tant existent des formes de compartimentation en groupes de professionnels spécialisés, et des structures diverses aux statuts, rôles et fonctionnements distincts.

Ainsi, même si cela est parfois perçu aujourd'hui comme une sorte de leitmotiv par trop banal, la coordination reste un impératif et un défi permanent dans le domaine de la santé. En particulier, il s'agit de « coordonner les interdépendances » (Contandriopoulos & Denis, 2001) pour la réalisation de missions nécessairement collectives. Sous un autre angle, c'est aussi le sens de l'analyse de Minvielle (2018) qui prône pour les systèmes de santé une gestion de la singularité à grande

échelle, basée sur de nouvelles formes d'organisation prenant appui sur la richesse de l'aléa et l'importance de l'agencement entre les activités.

L'existence d'initiatives et innovations organisationnelles

En santé mentale, le besoin d'organisation innovante et de coordination est ainsi particulièrement criant, comme les analyses institutionnelles réalisées en France le soulignent régulièrement. Ainsi, dès 2009, le rapport Couty (Rapport à la ministre de la santé et des sports, 2009) évoquait le besoin d'une « coordination effective des différents acteurs concernés notamment : élus, soignants, travailleurs sociaux, responsables des secteurs du logement et de l'emploi ». L'auteur y signalait que la nécessaire coordination des activités se heurtait à des réflexes professionnels et institutionnels parfois contraires, d'où son encouragement des initiatives visant à les combattre. Depuis lors, les orientations et politiques publiques allant dans le même sens se sont encore développées (Laforcade, 2016 ; Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018b), avec une mise en exergue de plus en plus marquée des besoins de différenciation territoriale pour tenir compte des spécificités locales dans les démarches de coordination.

Si le constat des enjeux organisationnels et des défis de coordination est partagé, pourquoi donc perdure-t-il si longtemps ? Il serait erroné de conclure hâtivement que rien n'est fait en la matière. En effet, des états des lieux, études et recherches portant sur les innovations dans le champ de la santé mentale¹ révèlent que de nombreuses initiatives locales existent sur les différents territoires locaux, nationaux et internationaux, même si elles sont insuffisamment connues ou valorisées. Ces travaux et expérimentations permettent tout d'abord de confirmer le besoin de transformer les systèmes et paradigmes traditionnels dans le domaine de la psychiatrie, en France et dans le monde. Ils conduisent également à repérer un certain nombre d'innovations visant à répondre à ces besoins dans différents pays ou régions, et des leviers d'amélioration sont identi-

fiés et commencent à être partagés : coordination des soins et services, démarches d'*empowerment* du patient, intégration entre les dimensions sociales, sanitaires et médicales, processus visant le rétablissement et l'employabilité, cohérence des parcours, instauration et développement du *case management*...

L'analyse de la situation de la santé mentale en France révèle donc des besoins importants de transformation organisationnelle et managériale, parmi lesquels ceux de coordination et de coopération sont largement identifiés, parfois expérimentés mais encore peu valorisés ou développés. Ils incluent une prise en charge très en amont selon une logique d'intervention précoce (McGorry & Purcell, 2009) ainsi qu'un meilleur suivi en aval, et supposent une articulation appropriée entre les objectifs et les moyens, entre les soins et les services, ou entre le médical et le social. Désormais, la principale difficulté reste donc celle du pilotage du changement, qui représente un défi majeur pour l'évolution appropriée des systèmes de santé mentale.

Quel pilotage du changement pour améliorer la prise en charge en santé mentale ?

Raisons et finalités du changement

Pour donner du sens au changement, la première étape est d'en clarifier les raisons et finalités. Ici interviennent le « pourquoi » en un mot (*why* en anglais) concernant les causes qui engendrent un besoin d'évoluer, et le « pour quoi » en deux mots (*what for* en anglais) qui touche au résultat attendu. Parmi les raisons, la fragmentation et les cloisonnements du système de santé actuel ont déjà été évoqués ci-avant. Ils conduisent à des parcours de patients souvent difficiles, voire chaotiques (Laforcade, 2016), qui peuvent influencer négativement leur développement social, académique et professionnel par des incapacités cumulées, et augmenter le risque suicidaire ou celui de handicap psychique. Or, les spécialistes considèrent que les premiers épisodes psychotiques sont déterminants et que la situation de

1 Voir en particulier les symposiums MAPS (Management et Psychiatrie) organisés par le laboratoire LAREQUOI de l'université UVSQ/Paris-Saclay et le SAMSAH Prépsy.

fragmentation risque d'entraîner d'autant plus de retards de diagnostic et des interventions tardives préjudiciables.

De ce fait, ce qui est visé en termes de résultat du changement relève d'une meilleure articulation entre les actions sociales, sanitaires et médicales, ainsi que de nouveaux modèles organisationnels d'intervention qui puissent être plus précoces, plus globaux et mieux coordonnés. Il s'agit d'une part de s'appuyer sur une continuité des soins et des services et sur une prévention des crises et des hospitalisations, et d'autre part de viser l'amélioration des capacités d'adaptation des patients à la vie quotidienne par des formes d'autonomie appropriées lorsque cette question est en jeu.

Le contenu du changement : identification des axes prioritaires

Le contenu du changement (« quoi changer ») est aujourd'hui assez largement partagé sur le plan international, comme le montrent en particulier les communications spécialisées en santé mentale. En termes organisationnels et managériaux, on peut le résumer en trois axes clés : (a) une intervention précoce et une rapidité de mise en place de la prise en charge du patient ; (b) une approche globale de cette prise en charge, qui intègre les dimensions médicale, sanitaire, sociale, académique et professionnelle ; (c) une personnalisation de la prise en charge, d'autant plus importante qu'il y a complexité et multiplicité des situations dans le champ de la santé mentale.

À ces trois axes prioritaires peuvent en être ajoutés deux autres : tout d'abord la question du *staging*, approche utilisée plus souvent pour les maladies somatiques mais moins en santé mentale (Conus, 2018), et qui permet de caractériser les troubles en fonction de leur gravité et leur degré d'extension. Cela peut conduire à différencier les modes d'intervention selon les étapes ou caractéristiques des besoins du patient (en distinguant en particulier l'enjeu des premières années, et le suivi et l'accompagnement ultérieur, notamment en phase chronique). Par ailleurs, certains chercheurs (McGorry & Purcell, 2009) mettent aussi en avant le principe d'adaptation des modalités aux populations concernées, en particulier à la population des jeunes, l'une des plus directement

concernées par certains des problèmes dans le champ de la psychiatrie.

Ces grands axes d'amélioration de la prise en charge en santé mentale mettent ainsi en exergue des facteurs clés touchant à la gestion du temps et des processus, la coordination entre les parties prenantes, la personnalisation des interventions, la flexibilité des démarches et l'approche globale.

Ce sont donc directement ou indirectement des questions d'essence managériale.

Niveau et approche du changement

Pour transformer les systèmes de santé mentale afin de les améliorer, plusieurs niveaux d'action peuvent s'avérer opportuns : d'une part un niveau « macro » qui est celui des politiques publiques et des incitations institutionnelles ou réglementaires, et d'autre part un niveau « micro » qui est celui de l'action de terrain, portée en fonction des besoins locaux autour d'acteurs et de dispositifs *ad hoc*. L'observation des démarches engagées selon les pays conduit généralement à repérer ces deux niveaux, avec plus ou moins d'intensité et de cohérence, selon les choix politiques et les réalités socio-économiques. Il est intéressant de noter que chacun des deux niveaux est susceptible de stimuler l'autre, par la création de dynamiques plus ou moins explicites.

Par ailleurs, deux voies de changement existent et peuvent se compléter de façon opportune : la première s'attache à transformer les pratiques actuelles, au sein des systèmes de santé en place, tandis que la seconde vise à créer des structures et dispositifs *ex nihilo*, à visée souvent expérimentale avant d'éventuelles généralisations. Pour illustrer la première voie, on peut citer ainsi des évolutions organisationnelles au sein d'établissements hospitaliers visant à expérimenter et parfois généraliser des formes de prises en charge basées sur une meilleure coordination entre les interventions des professionnels, l'instauration de dispositifs de *case management* et un développement des capacités d'autonomie des patients. La seconde voie est illustrée quant à elle par la création de nouvelles entités ou réseaux, qui sont initiés et développés en dehors des structures hospitalières en place, et qui reposent sur une volonté d'organisation flexible et personnalisée des prises en charge.

Dans cet ensemble en mouvement, dont la tendance est bien repérable depuis quelques années, un certain nombre de défis et difficultés reste fort. On peut noter tout d'abord la faible capacité à consolider et à capitaliser sur ces voies nouvelles de fonctionnement, et donc à s'inspirer de l'expérience des autres, tout en évitant de la transposer sans adaptation au contexte spécifique de chaque situation. En outre, et c'est peut-être l'aspect le plus délicat, il faut surmonter l'obstacle des réflexes culturels profondément ancrés, tant les transformations à engager sont susceptibles d'interpeller des systèmes et institutions en place, ainsi que des postures et habitudes des professionnels concernés. Ce dernier point, souvent qualifié dans le langage courant de « résistance au changement » traduit en réalité un profond besoin de changement de paradigme, et donc d'ébranlement des cultures professionnelles, et/ou des dépendances historico-institutionnelles particulièrement prégnantes.

Le modèle ICCE : une possible réponse managériale

Le besoin d'une logique systémique

Les défis et enjeux sont donc importants, et les réponses ne sauraient en aucun cas se réduire à quelques recettes miracles qui seraient transposables dans n'importe quel contexte... Comme on l'a vu, de nombreuses pratiques et expériences existent et sont reportées par la littérature ou les événements spécialisés. Elles permettent de mettre en exergue certaines conditions clés autant que des écueils à éviter.

Sur le plan organisationnel en particulier, il apparaît que la prise en charge globale et personnalisée en santé mentale ne peut pas reposer sur des standards classiques. En particulier, il ne peut pas s'agir de structures figées et cloisonnées, basées sur une offre de services type, mais il est question à l'inverse de configurations adaptables, fondées sur des réponses *ad hoc* en fonction des besoins spécifiques. L'expérience montre que les approches en réseau dans leur forme simple, avec une entité pivot et des parties prenantes qui gravitent autour, si elles peuvent faire avancer les

choses, présentent aussi des limites, notamment par leurs difficultés d'ancrage dans les systèmes institutionnels en place. On est plutôt dans ce que [Williamson \(1991\)](#) appellerait une forme d'organisation hybride, correspondant à un arrangement institutionnel alternatif, lequel peut être basé ou pas sur des structures existantes.

Afin de combattre les dysfonctionnements évoqués ci-avant, ces formes d'organisation hybride doivent ainsi s'appuyer sur une logique systématique et sur des principes directeurs, chacun étant adaptable au cas par cas. Nous avons conçu un modèle résumant les quatre principaux principes directeurs de la réponse managériale à mettre en place pour une prise en charge globale en santé mentale : il s'agit du modèle ICCE, acronyme d'« Intégration, coordination, *case management*, *empowerment* ».

Le modèle ICCE

Le modèle ICCE, présenté dans la [figure 1.1](#) ci-après, constitue une sorte de point d'orgue entre acteurs et organisations. Ce modèle rappelle tout d'abord que l'une des conditions majeures de la prise en charge globale et responsable du patient atteint de troubles psychiques repose sur la *coordination* pertinente des soins et services le concernant. Comme on l'a vu ci-avant, il s'agit de l'un des principaux objectifs des démarches d'amélioration de la prise en charge en santé mentale.

Un défi complémentaire est celui de l'*intégration*, concept utilisé ici pour traduire la nécessaire articulation entre les professionnels des actions médicale, sanitaire et sociale pour une prise en charge globale du patient. Compte tenu des spécialisations professionnelles et des découpages institutionnels, cette articulation ne va pas de soi, et sa mise en œuvre effective est devenue un enjeu majeur. Intégrer consiste donc à relier le système de santé à l'ensemble des services (y compris sociaux et/ou médico-sociaux) dans la perspective d'accroître la qualité des soins et la satisfaction des patients ([Leutz, 1999](#)). Elle consiste à mettre en place un ensemble de processus et techniques organisationnels, gestionnaires et cliniques communs, conçus pour la transmission d'informations et la coordination à l'intérieur et entre les dimensions sanitaires, médicales et sociales. L'intégration est particulièrement associée aux besoins des patients en situation thérapeutique complexe. Elle doit

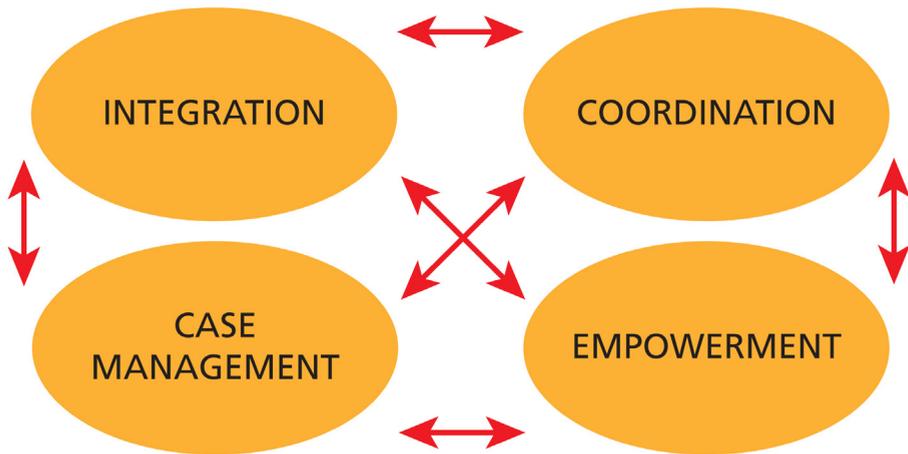


Figure 1.1. Modèle ICCE.

permettre de développer une réponse spécifique et personnalisée, dans laquelle le patient est au centre et acteur de son propre processus de soins grâce au développement de sa capacité d'agir, ce qui conduit au concept d'*empowerment*.

La logique d'*empowerment* a été initialement utilisée dans d'autres contextes, en particulier dans les années 1970, où elle était mobilisée à propos de la défense des minorités sociales, de l'éducation populaire, ou encore du développement économique des pays pauvres. On retrouve généralement dans ses évocations l'idée d'une implication active des personnes concernées, et du renforcement de leur capacité à influencer leur quotidien (Le Bossé, 2003), ou à mobiliser les ressources utiles (personnelles, relationnelles, matérielles, informationnelles...) pour se prendre en charge. Appliquée au champ de la santé mentale, il s'agit donc d'inciter et d'aider l'usager à prendre ou reprendre en main son devenir et sa capacité d'agir. Un certain dosage peut paraître alors opportun, pour que l'objectif ne risque pas de devenir une forme d'injonction contre-productive dans certaines situations cliniques spécifiques.

Un rôle complémentaire d'activation, pilotage, ou parfois régulation, doit donc être assuré, ce qui conduit au *case management*, qui apparaît ainsi dans toute sa nécessité. Les démarches de *case management* semblent avoir pris leurs racines aux États-Unis dès les années 1940, dans le contexte du travail social ou des œuvres charitables. Dans le champ de la santé mentale, le *case management* se serait ensuite développé pour compenser les

effets du vaste mouvement de « désinstitutionnalisation » entamé dans ce même pays dans les années 1950, afin de démanteler le système asilaire des hôpitaux psychiatriques, dont les effets négatifs étaient mis en exergue. Cette politique correspondait à l'époque à une volonté d'humanisation des soins dispensés à des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques, afin de les réintégrer dans la société et si possible dans leur environnement naturel. On s'est cependant rendu compte que la multiplication et la fragmentation des services, ainsi que le manque de coordination entre les différents acteurs, risquaient de contrecarrer cette réinsertion sociale, dans la mesure où les malades chroniques en psychiatrie avaient souvent du mal à fonctionner au sein des communautés sociales. C'est dans ce contexte que le *case management* en santé mentale se serait développé (Intagliata, 1982), en étant au départ conçu comme un moyen de liaison pour mettre en relation le patient avec les services nécessaires selon ses besoins particuliers. Petit à petit, une approche incluant à la fois les dimensions thérapeutiques et celles liées à l'accompagnement ou l'assistance du patient pour la résolution de ses problèmes de la vie quotidienne a été développée.

Les quatre piliers du modèle ICCE traduisent ainsi des conditions clés de la prise en charge systémique en santé mentale, permettant pour le patient un accompagnement multidimensionnel et progressif dans son milieu de vie ordinaire, avec une meilleure coordination des soins et services (Gozlan, 2016).