



HAL
open science

Les nouvelles professionnalités au service de la territorialisation des politiques publiques sanitaires : l'exemple des chefs de projet e-parcours

Isabelle Aubert, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas

► To cite this version:

Isabelle Aubert, Frédéric Kletz, Jean-Claude Sardas. Les nouvelles professionnalités au service de la territorialisation des politiques publiques sanitaires : l'exemple des chefs de projet e-parcours. 9ème colloque de l'Association Internationale de Recherche en Management - 26 et 27 octobre 2020, Oct 2020, Montpellier, France. hal-03010215

HAL Id: hal-03010215

<https://hal.science/hal-03010215v1>

Submitted on 17 Nov 2020

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

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

Les nouvelles professionnalités au service de la territorialisation des politiques publiques sanitaires : l'exemple des chefs de projet e-parcours

Auteurs :

- Isabelle AUBERT, doctorante, isabelle.aubert@mines-paristech.fr
- Frédéric KLETZ, enseignant-chercheur, frederic.kletz@mines-paristech.fr
- Jean-Claude SARDAS, enseignant-chercheur, jean-claude.sardas@mines-paristech.fr.

Centre de Gestion Scientifique - Mines ParisTech
60 boulevard Saint-Michel 75 006 PARIS
Tél : 01-40-51-91-08

Personne à contacter : Frédéric KLETZ

Mots-clé : parcours – politique publique – santé – intégration – territoire.

RESUME :

Les réformes conduites actuellement dans le champ de la santé, sous l'égide du paradigme du parcours, sont propices à l'émergence de nouvelles professionnalités (Bloch et Hénaut, 2014), qui se constituent autour du déploiement de dispositifs organisationnels et managériaux innovants. La présente communication vise à mieux comprendre comment ces métiers émergeant à la faveur de la mise en œuvre d'un nouveau régime de gouvernementalité de la santé dit de « stimulation de l'exploration collective » (Cazin, 2017), contribuent effectivement à opérationnaliser les politiques publiques sanitaires. L'analyse est illustrée par l'étude de la fonction de chef de projet e-parcours, qui est consacrée à l'accompagnement des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social dans la mise en œuvre de projets d'amélioration des parcours, appuyés par des services numériques de partage d'informations, dont le déploiement est piloté par le ministère de la santé.

A partir d'une étude longitudinale d'accompagnement et d'évaluation de la déclinaison de ce programme au niveau régional, notre recherche permet de caractériser l'émergence d'une nouvelle figure de « coordonnateur d'innovations » (Bloch et Hénaut, 2014) incarnée par les chefs de projet e-parcours, et nous conduit à préconiser de conforter l'exploration collective autour des parcours, en organisant une gouvernance territoriale unifiée sur cet objet et en renforçant la territorialisation des politiques publiques, notamment le rôle des directions départementales des Agences Régionales de Santé.

Mots-clé : parcours – politique publique – santé – intégration – territoire.

ABSTRACT :

The actual reforms carried out in the field of health, grounded on the pathway's paradigm, have led to the emergence of new professionalities (Bloch and Hénaut, 2014), who arise around the implementation of innovative organizational and managerial devices. This communication aims to better understand how these professions emerging as a result of the development of a new health governance system, named "stimulation of collective exploration" (Cazin, 2017), effectively contributes to shape public health policies. The analysis is illustrated by the study of the function of e-course project manager, responsible for helping professionals in the health, social and medico-social sectors to develop projects who aim to improve pathways and are grounded on digital information tools, which deployment is driven by the Health Ministry.

Based on a support and evaluation mission of the e-course program at the regional level, our longitudinal study shows that the e-course project managers embody a new figure of "innovation coordinator" (Bloch and

Hénaut, 2014), and leads us to recommend to consolidate collective exploration around the pathways, by organizing unified territorial governance on this subject and by strengthening the territorialization of public policies, in particular the role of the departmental directions of the Regional Health Agencies.

Key words : pathway – public policy – health – integration – territory.

INTRODUCTION

Depuis une quinzaine d'années, la notion de parcours s'est progressivement diffusée dans le vocabulaire des acteurs du champ de la santé en France, jusqu'à en devenir un leitmotiv (Bouquet et Dubéchet, 2017). Particulièrement promu dans les réformes récentes du système de santé, comme l'illustrent les réflexions actuelles sur de nouvelles modalités de paiement à la coordination, le parcours fait écho à une ambition ancienne des politiques publiques sanitaires d'améliorer la continuité et la cohérence des prises en charge (Bloch et al., 2014). Son opérationnalisation nécessite de développer la coordination entre les professionnels et de lutter contre la fragmentation historique des secteurs sanitaire, médico-social et social, réputée à l'origine d'une perte de qualité et de surcoûts (Minvielle, 2018). Sur le plan de la méthode, le parcours, par son caractère flou et polysémique (Bourgueil, 2014), est typique des nouveaux objets des politiques publiques, dont le traitement repose sur une mobilisation des acteurs de terrain, seuls en capacité de donner une consistance à cette nouvelle logique, à travers l'expérimentation de modes de prise en charge plus intégrés. Raisonner en termes de parcours invite ainsi à privilégier une approche territorialisée et négociée des politiques publiques sanitaires, déjà à l'œuvre dans d'autres politiques, économique (Aggeri et Pallez, 2005) ou urbaine (Epstein, 2015).

Selon Bloch et Hénaut (2014), cette nouvelle approche, soutenue par le foisonnement actuel d'un grand nombre d'expérimentations organisationnelles et financières, serait révélatrice d'un « changement de paradigme », « au sens d'une remise en cause des catégories de l'action publique et du fonctionnement du système d'aides et de soins ». Suivant Foucault (1978), d'autres auteurs (Lenay, 2001, Cazin, 2017, Baly, 2019) mobilisent le concept de « gouvernementalité » (contraction des notions de gouvernement et de rationalité), pour évoquer le parcours comme l'objet d'une nouvelle forme de gouvernementalité sanitaire, que Cazin (2017) nomme « stimulation de l'exploration collective » : celle-ci vise les politiques portant sur des sujets effectivement encore flous, sur lesquels l'Etat tente d'organiser une réflexion collective destinée à mieux définir les problèmes à gérer, et à co-construire, avec les acteurs de terrain, des solutions partenariales. Cette approche décline dans le champ de la santé

la théorie de « l'institutionnalisation de l'action collective » proposée par Duran et Thoenig (1996), qui souligne que face à la complexité et la transversalité des problèmes auxquels il est désormais confronté, l'Etat a re-défini son rôle de régulateur, passant d'un modèle centralisé de déclinaison locale de solutions édictées au plan national, à un modèle « a-centrique », relevant d'un « système d'ordre négocié » (Lascoumes et Le Galès, 2012), dans lequel l'Etat institue des capacités de discussion entre une grande variété d'acteurs, au service de la conceptualisation conjointe des problèmes et des actions à mener.

Si le cadre général ainsi posé nous semble rendre compte de l'évolution actuelle des politiques de santé, il ne permet pas d'appréhender les modalités opérationnelles de déploiement de ces nouvelles politiques. Quels sont les dispositifs permettant à l'Etat d'assurer ce pilotage à distance, et comment l'Etat adapte-t-il son appareil pour accompagner les acteurs locaux et préserver une certaine équité de traitement entre les territoires ? Comme l'ont montré d'autres auteurs avant nous (Bézès et al., 2011, Bloch et Hénaut, 2014), les réformes actuelles sont propices à l'ouverture de nouveaux espaces d'engagement, et s'accompagnent de l'émergence de nouvelles professionnalités, aptes à accompagner les acteurs locaux dans l'évolution de leurs pratiques professionnelles, tout en assurant le respect des orientations des politiques publiques nationales. Dans le cadre de la présente communication, nous nous intéressons à ces nouveaux métiers, que nous appréhendons à travers la figure des chefs de projet « e-parcours ». Recrutés sous l'égide des Agences Régionales de Santé, dans le cadre du programme national « e-parcours », les chefs de projet sont mandatés pour soutenir des collectifs d'acteurs prêts à s'engager dans l'amélioration des parcours sur leur territoire, en mobilisant si besoin des outils numériques de partage d'informations. Quelles sont les caractéristiques de leur fonction, et comment contribuent-ils effectivement à opérationnaliser les politiques publiques sanitaires ? Comment l'Etat assure-t-il leur accompagnement et celui des territoires ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude qualitative, nourrie du matériau collecté à l'occasion d'une mission d'accompagnement et d'évaluation du programme e-parcours, qui nous a été confiée par une Agence Régionale de Santé (ARS). Nous avons mené une analyse longitudinale des activités assurées par le chef de projet d'un territoire sur une durée de 20 mois, fondée sur notre participation à des réunions consacrées au déploiement d'une plateforme numérique régionale de partage et d'échanges d'informations, et la réalisation d'entretiens avec les acteurs du projet sur le territoire, qui ont permis de cerner leurs attentes sur la fonction de chef de projet. Quatre entretiens approfondis ont par ailleurs été réalisés avec les deux chefs de projet ayant exercé leur rôle pendant une période significative de trois années, et dans deux autres

territoires, complétés par un entretien avec un délégué territorial de l'organisme en charge d'assurer la formation des acteurs à l'outil. Nous avons eu également accès à des sources documentaires sur le projet e-parcours, définissant les attendus de la fonction de chef de projet.

Notre étude tente de mieux cerner l'activité et les compétences déployées par les chefs de projet e-parcours et d'interroger cette nouvelle figure de « coordonnateur d'innovations » en tant que métier dont nous définissons les caractéristiques, en amendant la typologie proposée par Bloch et Hénaut (2014). Nous questionnons également le régime de la stimulation de l'exploration collective auquel ce groupe professionnel participe, et avançons des pistes de réflexion visant à organiser une gouvernance territoriale unifiée autour des parcours et à renforcer la territorialisation des politiques publiques menées sur ce sujet.

CADRE THEORIQUE

Dans un premier temps, nous présentons le cadre et les formes de l'action publique dans le champ de la santé (section 1), puis nous proposons une lecture des dispositifs déployés autour de l'organisation des parcours, selon les théories des acteurs et objets-frontière (section 2).

Section 1 : le cadre et les formes de l'action publique dans le champ de la santé

- **Le cadre général : territorialisation et co-construction des politiques publiques**

Le gouvernement du système de santé français a connu depuis le début des années 2000 des mutations profondes, illustratives d'un nouveau modèle d'action publique théorisé par Thoenig et Duran (1996) sous l'appellation de modèle de « l'institutionnalisation de l'action collective ». Il succède au modèle dit de la « régulation croisée » (Crozier et Thoenig, 1975), en vigueur dans les années 1960, décrivant une gestion centralisée et bureaucratique de l'action publique, dans lequel l'Etat définit et pilote des politiques qui sont ensuite déclinées localement par ses services déconcentrés, dans le cadre d'arrangements locaux avec les élus des territoires. L'enjeu essentiel est alors, comme le rappellent Thoenig et Duran (1996), « celui de la mise en œuvre, de l'adaptation des politiques nationales à des réalités locales », assurées par ces phénomènes de collusion entre les fonctionnaires et les élus, qui tempèrent à la marge le caractère « descendant » des politiques publiques, tout en assurant l'intégration des territoires dans le cadre national.

Ce modèle ne rend plus compte des réalités observées à partir des années 1990, période à partir de laquelle les problèmes à gérer deviennent plus

complexes, plus diffus et plus collectifs. Dans un univers devenu « a-centrique », caractérisé par une multitude de parties prenantes et dans lequel l'Etat a perdu sa place prééminente, le rôle des pouvoirs publics se transforme. Même s'il connaît de nombreuses variantes et des difficultés de mise en place, un nouveau modèle émerge, fondé sur la co-construction de l'action publique, qui consiste pour l'Etat à poser le cadre général d'une discussion dont le contenu est délégué entièrement aux acteurs locaux. L'Etat formule ainsi des « politiques constitutives », sous la forme de l'édiction de règles sur les règles et de procédures organisationnelles, qui structurent les échanges et contribuent à articuler des positions « dans un contexte d'interdépendance entre des problèmes, des acteurs et des intérêts ». L'objectif des politiques publiques est désormais double : assurer la définition même ou la priorisation des problèmes à gérer, qui ne va plus de soi en raison de leur complexité, et mobiliser les acteurs pertinents pour leur traitement, en fournissant aux acteurs un cadre d'ajustement mutuel.

Thoenig et Duran (1996) soulignent que dans ce nouveau cadre, l'autorité étatique ne peut plus se prévaloir de sa seule légitimité, de son autorité ou de ses ressources matérielles pour impulser de la coordination au plan local ; un « apprentissage collectif de la conceptualisation conjointe », qui repose sur la création de cadres de référence communs, est désormais nécessaire. Ils insistent par ailleurs sur le caractère fragile de la régulation ainsi instituée : les nouvelles modalités de l'action publique ne garantissent pas toujours la réussite des ajustements et la mise en compatibilité des représentations et des intérêts des acteurs, comme en témoignent dans le cas des politiques de santé, les demandes de plus en plus pressantes formulées par les régions en faveur d'une plus forte implication des collectivités locales dans la définition des politiques de santé, et d'un plus grand relâchement de l'Etat.

- **Le secteur de la santé : le parcours comme nouvel objet de gouvernementalité**

Plusieurs auteurs issus du Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines (Lenay, 2001, Cazin, 2017, Baly, 2019) ont précisé les modalités d'inscription du champ de la santé dans le cadre général de l'institutionnalisation de l'action collective, même s'ils ne se réfèrent pas explicitement à ce cadre théorique. Suivant Foucault (2004), l'action publique dans le champ de la santé est abordée dans leurs travaux sous l'angle de la « gouvernementalité », définie comme la « conduite des conduites », qui « renvoie à tous les efforts destinés à donner forme, guider ou diriger la conduite de soi et celles des autres » (Aggeri, 2005). La gouvernementalité est ainsi une grille d'analyse des relations de pouvoir entre gouvernant et gouvernés, dont les différentes formes expriment un

rapport pouvoir-savoir au service d'une rationalité spécifique (Smits et al., 2016).

Sur cette base, Lenay (2001) et Cazin (2017) ont proposé de caractériser la gouvernementalité de la santé selon trois régimes : la planification, la régulation et l'organisation, que Cazin (2017) a requalifié en « stimulation de l'exploration collective ». Ce dernier régime correspond à la prise en compte d'objets de gouvernement relativement nouveaux et flous, tels que les parcours, le territoire, ou les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), dont l'opérationnalisation est laissée à l'initiative des acteurs. Comme le modèle de la « coopération exploratoire » décrit par Aggeri (2005) pour caractériser les nouvelles politiques publiques en matière d'environnement, cette approche est adaptée à des situations d'exploration de problèmes encore mal définis, pour lesquelles une formulation collective des problèmes et une co-construction des politiques à mener sont nécessaires.

La stimulation de l'exploration collective autour des parcours a donné lieu à la diffusion d'une instrumentation foisonnante, à l'initiative des pouvoirs publics. Le plus souvent incitatifs et recherchant l'engagement direct des professionnels, ces instruments peuvent aussi imposer des réorganisations, matérialisant ainsi simultanément les figures de l'Etat mobilisateur et de l'Etat tuteur du social, proposées dans la typologie de Lascoumes et Le Galès (2005). A titre d'exemple du premier type d'instruments, l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018 ouvre le champ à des expérimentations de prises en charge innovantes, autorisées à déroger aux règles de financement et d'organisation du système de santé de droit commun, portées par les acteurs locaux. Ces dispositifs expérimentaux et facultatifs coexistent avec une instrumentation coercitive, dont un exemple récent est l'intégration des dispositifs d'appui à la coordination (réseaux de soins, MAÏA¹ et s'ils le souhaitent, CLIC²), prévue par la loi du 26 juillet 2019.

Si cette instrumentation semble cohérente avec la promotion de la coordination des soins comme nouveau paradigme de l'action sanitaire publique, l'opérationnalisation de cette exploration collective autour des parcours peut être interrogée : comment ces nouvelles manières de penser et d'organiser la prise en charge des patients, promues au niveau national, se déploient-elles localement ? Par quels intermédiaires et avec quel accompagnement l'Etat assure-t-il la territorialisation effective de ses politiques ? Ce questionnement nous conduit à intégrer dans notre cadre

¹ Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

² Centre Local d'Information et de Coordination

théorique l'analyse des acteurs en charge du déploiement de politiques publiques innovantes.

Section 2 : les acteurs au service du déploiement de politiques publiques innovantes

- **La figure des coordonnateurs d'innovations : présentation d'une typologie**

Dans leur étude sur des expérimentations menées dans le secteur de la santé, Bloch et Hénaut (2014) constatent l'essor d'une nouvelle figure d'acteurs qu'elles qualifient de « promoteurs professionnels », « au sens où ils ont été formés et recrutés pour jouer le rôle de promoteur dans un cadre donné » de nouveaux dispositifs. A ce titre, ils font le lien entre les acteurs de terrain et les représentants des directions ou des pouvoirs publics, autour d'une politique publique et de sa déclinaison locale. Bloch et Hénaut (2014) en propose une typologie, sous la forme de trois idéaux-type, étudiés selon trois dimensions : l'orientation de leur fonction de coordination, l'origine de la pression qui s'exerce principalement sur eux en termes de redevabilité, et la principale finalité de leur mission. Le tableau ci-dessous présente ces trois idéaux-type, illustrés par un exemple.

Classification des coordonnateurs d'innovations

	Relais-traducteur	Entrepreneur de réforme	Champion organisationnel
Orientation de la fonction de coordination par rapport à l'organisation d'appartenance	Externe	Interne et externe	Interne
Niveau de redevabilité	National	National et local	Local
Finalité principale de la mission	Mise en œuvre d'une politique publique	Usagers	Organisation
Cas étudiés	Référent Alzheimer au sein des ARS	Coordonnateur d'équipe pluri-disciplinaire de MDPH ³	Directeur de soins à l'hôpital

Source : Bloch et Hénaut (2014)

³ Maison Départementale des Personnes Handicapées

Le relais-traducteur, dont la fonction est souvent intitulée « chargé de projet » ou « chargé de mission », a pour mission d'assurer le déploiement territorial des politiques publiques, en assurant la coordination horizontale des organismes et administrations susceptibles d'y contribuer, tout en relayant et accompagnant sur le terrain les acteurs du système sanitaire chargés de déployer les dispositifs prévus par la réglementation. L'entrepreneur de réforme est en général positionné dans un dispositif en cours d'expérimentation ou d'implantation, et il assure une double mission de management d'équipe en interne et de promotion et animation de réseau à l'extérieur de l'organisation. L'activité du champion organisationnel est tournée principalement vers l'intérieur de son organisation, il est chargé de créer de nouveaux dispositifs et de nouveaux modes de management, en phase avec les exigences des politiques publiques. L'étude du déploiement du programme e-parcours nous a conduit à nous interroger sur l'existence et les caractéristiques d'une nouvelle figure de coordonnateur d'innovations, qui assurerait le déploiement et la mise en cohérence des nombreux dispositifs promus par les pouvoirs publics dans le cadre de l'organisation des parcours de santé.

- **L'analyse des modalités d'action des coordonnateurs d'innovations**

Afin de caractériser cette nouvelle figure, nous proposons d'analyser une dimension supplémentaire de son activité, qui est celle de ses modalités d'action. L'objectif des réformes actuelles étant de promouvoir des innovations organisationnelles, qui traversent les frontières des professions et des organisations, nous mobilisons pour cette étude l'apport du cadre théorique des « acteurs-frontière », définis par leur positionnement aux frontières des connaissances et des actions de plusieurs mondes sociaux, et par leur capacité à faire vivre des projets de coopération impliquant les acteurs de ces différents univers. Latour (2007) distingue deux types d'acteurs-frontière : les intermédiaires et les médiateurs. Les premiers font passer des idées et des pratiques d'une frontière à l'autre, sans en modifier le contenu, la forme ou le sens. Les médiateurs au contraire traduisent et transforment le sens ou le contenu des éléments qu'ils transportent. Selon Routelous et al. (2014), cette opération de traduction consiste à redéfinir les caractéristiques des entités transférées des deux côtés de la frontière, pour les adapter au contexte culturel et institutionnel propre à l'espace social d'arrivée. Dans certains cas, le passeur de frontière peut être amené à recombinaison des ressources présentes dans les différents univers pour produire de nouveaux objets ou de nouvelles logiques.

S'inspirant du concept d'objet-frontière (Star et Griesemer, 1989), Bergeron et al. (2013) propose de considérer une troisième figure, celle de l'« entrepreneur-frontière », « caractérisé par sa position à la frontière de multiples univers en tension, par sa capacité à reproduire et à renforcer de

nombreuses frontières et par son rôle d'« objet-frontière » ouvert aux projections et aux manipulations des différents acteurs participant de ces univers ». S'appuyant sur l'exemple d'un programme de lutte contre l'obésité des enfants (EPODE), les auteurs montrent que celui-ci se présente comme un point de passage obligé (Callon, 1986) pour toutes les parties prenantes, mais sans induire de traduction associée : chaque acteur projette dans le programme les représentations qui sont les siennes, et sans que son identité et ses intérêts s'en trouvent significativement modifiés. Ce résultat est obtenu par la capacité de l'entrepreneur-frontière à proposer de multiples représentations de lui-même, susceptibles d'épouser toutes les logiques des acteurs en présence.

Dans la suite de notre article, nous nous interrogerons sur les modalités d'action utilisées par les chefs de projet e-parcours. Sont-ils de simples passeurs, des traducteurs ou des entrepreneurs-frontière et comment assument-ils leur rôle de déclinaison et de traduction des politiques publiques ? Quelles conséquences ce positionnement a-t-il sur le déploiement des innovations ? Comment l'Etat accompagne-t-il leur action ?

METHODOLOGIE

Notre analyse mobilise une méthode qualitative, centrée sur l'étude de la fonction de chef de projet e-parcours, déployée à l'initiative d'une ARS, dans le cadre de la déclinaison régionale du programme e-parcours.

Section 1 : Une étude de cas : l'analyse du déploiement du projet e-parcours et de la fonction de chef de projet sur un territoire parisien

- **Le choix d'une étude de cas sur un territoire**

Notre recherche s'inscrit dans le cadre d'un partenariat avec l'ARS d'Ile-de-France, qui a pour objet l'accompagnement et l'évaluation du projet e-parcours. La déclinaison régionale du programme national e-parcours consiste à promouvoir le développement de la coordination entre les professionnels de santé, en mettant à leur disposition une plateforme numérique d'échanges et de partage d'informations, Terr-esanté. Quinze territoires expérimentateurs ont été choisis par l'ARS lors d'appels à projets lancés en 2017 et 2018. Nous suivons depuis le mois d'octobre 2018 l'un d'entre eux, dans le cadre d'une recherche-intervention, et mobilisons dans ce cadre une étude de cas afin de caractériser, comme présenté ci-dessus, l'émergence d'une nouvelle « professionnalité » incarnée par les chefs de projet e-parcours. Cette fonction a été implantée dans chaque territoire pour soutenir le déploiement de Terr-esanté, et plus généralement de la démarche e-parcours, en tant que réflexion collective

sur l'organisation territoriale des parcours et son amélioration. Conformément à la définition de l'étude de cas proposée par Yin (2014), notre approche est empirique, centrée sur l'investigation d'un phénomène contemporain observé en vie réelle, ici la structuration d'une fonction émergeant dans le cadre d'une nouvelle politique publique, et dont les frontières avec le contexte ne sont pas évidentes, la contextualisation territoriale de la fonction de chef de projet apparaissant effectivement comme l'un des points à investiguer.

Notre analyse de la fonction de chef de projet e-parcours repose sur une approche longitudinale, conforme aux orientations des études processuelles (Langley et al., 2013), destinée à saisir la dynamique de construction de cette fonction et sa maturation au cours du temps, en interaction avec tous les acteurs du projet.

- **Brève présentation du territoire cadre de l'étude de cas et de son implication dans le programme e-parcours**

Le territoire que nous accompagnons recouvre deux arrondissements parisiens. Il est caractérisé par des collaborations étoffées entre les professionnels, qui se traduisent par un investissement dans des projets communs visant à améliorer la coordination entre eux, et ainsi à mieux organiser les parcours des patients. En témoignent diverses réalisations récentes comme la création de deux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), la participation à plusieurs expérimentations de l'article 51 (un projet d'Initiative de Prise en charge Partagée portant sur l'amélioration des parcours des personnes âgées de plus de 75 ans, et deux projets d'expérimentation d'un financement à l'épisode de soins), et enfin la participation au programme national e-parcours. Une M2A (Maison des Aidés et des Aidants), regroupant un réseau de soins, le CLIC et la MAÏA du territoire, a par ailleurs été créée.

Le projet e-parcours élaboré en juillet 2017 par les acteurs du territoire a pour motivation générale, selon les termes de leur réponse à l'appel à projets, « *le besoin de se doter d'outils facilitant la coordination et sécurisant le partage d'informations, dans un contexte d'accélération des projets collaboratifs* ». L'objectif est de « *consolider le réseau relationnel en le doublant d'un réseau informationnel* ». La réponse à l'appel à projets rassemble des représentants des principaux acteurs du territoire : la médecine générale de ville, le dispositif d'appui à la coordination, deux hôpitaux publics, un établissement privé à but non lucratif, et un EHPAD.

Validé en septembre 2017, le projet est passé depuis lors dans une phase opérationnelle, visant à déployer l'outil sur le territoire, sous l'égide d'un comité de projet constitué des acteurs ayant répondu à l'appel à projet, de représentants de l'ARS et de l'organisme en charge de la formation des

utilisateurs de Terr-esanté. Ce comité se réunit encore aujourd'hui, et il est animé par un chef de projet exerçant sa fonction à mi-temps.

Section 2 : collecte et analyse des données

- **La collecte des données**

Nous avons tout d'abord observé l'exercice de la fonction de chef de projet e-parcours « en situation », en participant à des réunions organisées par le chef de projet ou dans lesquelles il était présent. Au total, entre novembre 2018 et juin 2020, nous avons été associés à 43 réunions, 22 organisées sur le territoire au titre du déploiement de la plateforme Terr-esanté et 21 organisées à l'initiative de l'ARS dans le cadre du suivi du projet. Sur les 22 réunions organisées sur le territoire, 13 étaient des comités de projet animés par le chef de projet, et 9 avaient pour objet la présentation de l'outil auprès de professionnels du territoire ou une réflexion autour de la stratégie de déploiement. Nous avons ainsi pu observer les nombreuses interactions développées par le chef de projet dans le cadre de sa fonction sur le terrain, et à l'interface entre celui-ci et l'ARS.

Nous avons croisé cette première approche avec la vision sur la fonction émanant des membres du comité de projet-parcours territorial. 13 entretiens semi-directifs ont été réalisés entre novembre 2018 et juin 2019, auprès des acteurs suivants du comité de projet : médecins généralistes (3), représentants de directions hospitalières (4), représentants des M2A Paris Sud et Paris Centre (4), directrice d'EHPAD (1), représentant de la direction départementale (DD) de l'ARS à Paris (1). Un entretien supplémentaire, avec un référent territorial de l'organisme en charge de la formation à Terr-esanté, a eu lieu en juin 2020.

Nous avons parallèlement mené des entretiens approfondis avec quatre chefs de projet, les deux qui se sont succédé sur notre territoire d'étude, et les chefs de projet de deux autres territoires franciliens, afin de recueillir leur approche de la fonction, de ses difficultés et de son évolution. Notre objectif était d'évaluer l'impact du temps et du contexte territorial sur le contenu et les modalités d'exercice de la fonction. Les entretiens ont eu lieu entre février 2019 et juin 2020.

Nous avons eu enfin accès à différentes sources documentaires, au niveau régional et des territoires : réponses aux appels à projet e-parcours régionaux, synthèses rédigées par l'ARS sur ces projets et sur la philosophie du projet e-parcours, fiches de poste des chefs de projet sur les différents territoires, compte-rendus des réunions du comité de projet sur la première année de fonctionnement (avant le démarrage de notre étude), et documents élaborés par les chefs de projet (feuille de route et analyse du déroulement du projet e-parcours sur leur territoire).

- **Le traitement et l'analyse des données**

Les réunions et les entretiens ont fait l'objet d'une prise de notes détaillée et s'agissant des entretiens, d'une retranscription complète ou synthétique des échanges. Notre analyse a cherché à répondre à trois questions : comment caractériser la fonction de chef de projet e-parcours et son articulation avec d'autres fonctions d'animation territoriale, telle que celle des pilotes MAÏA ? En quoi cette nouvelle fonction constitue-t-elle une figure d'acteurs portant une nouvelle conception du mode de déploiement d'une action publique ? Quel cadrage et quel accompagnement l'ARS assure-t-elle pour asseoir cette nouvelle fonction et garantir une certaine homogénéité dans la conduite territorialisée du projet ? Afin de répondre à la première question, nous avons tenté de saisir les aspects communs et les spécificités de l'exercice de la fonction, à partir de l'expérience des chefs de projet, de la vision de leurs interlocuteurs locaux et régionaux et de nos propres observations. La réponse aux deux autres questions s'est fondée sur l'observation des réunions organisées par l'ARS, mais aussi de l'analyse des chefs de projet eux-mêmes, relatives aux demandes adressées par l'Agence et à l'appui dont ils bénéficient de sa part.

RESULTATS

Dans un premier temps, nous caractérisons la fonction de chef de projet e-parcours (section 1), puis nous proposons une analyse du « cadrage » régional autour du projet e-parcours (section 2).

Section 1 : La fonction de chef de projet e-parcours : des missions peu cadrées et évolutives, au service d'une mise en cohérence des projets territoriaux.

- **Des fiches de poste floues**

A l'image des pilotes MAÏA, qui exercent un « métier flou » typique des politiques partenariales territorialisées (Bertillot, 2017), les chefs de projet e-parcours ne bénéficient pas d'un cadre d'exercice clair et partagé, définissant leurs missions et leur positionnement. Les quatre fiches de poste auxquelles nous avons eu accès (une par territoire) sont hétérogènes dans leur contenu et ne s'inscrivent pas complètement dans les orientations définies officiellement par l'ARS sur le projet.

L'intitulé même des fiches de poste varie, entre « chef de projet e-parcours » pour deux d'entre elles, « chef de projet territorial » pour la troisième et un mixte pour la quatrième, « chargé de projet : mission animation territoriale e-parcours ». Cette hésitation entre la gestion d'un projet et une mission plus large d'animation territoriale rend compte d'une ambiguïté sur l'objet-même de la politique de santé que les fiches de poste

sont censées présenter. En effet, si dans leur contenu, les fiches privilégient la mise en œuvre du projet e-parcours, celui-ci ne fait pas l'objet d'une définition partagée. Certaines fiches reprennent comme approche celle proposée par l'ARS, à savoir « *l'amélioration des parcours de santé des franciliens* »⁴, qui comprend un volet organisationnel, centré sur l'analyse des ruptures de parcours, la mise en cohérence des différents projets menés sur un même territoire et la recherche de solutions organisationnelles innovantes, et un volet numérique, qui renvoie au déploiement de services numériques favorisant la coordination. Ce descriptif du projet n'est cependant pas complètement décliné dans les missions décrites par les fiches de poste, qui se concentrent globalement sur le volet numérique. L'un des territoires propose une autre lecture du projet, à la fois très large et très précise dans ses objectifs : « *faciliter la prise en charge globale, structurée et continue de la population générale* » et « *privilégier le maintien à domicile avec le développement de l'ambulatoire et le recours pertinent à l'expertise hospitalière* » -, mais là encore sans déclinaison explicite dans les missions. Enfin, l'une des fiches fait l'impasse sur la présentation du projet.

Le descriptif détaillé des missions ne permet pas de trancher complètement sur l'orientation de la fonction. Deux fiches priorisent clairement le déploiement de l'outil (la plateforme Terr-esanté), le projet e-parcours étant assimilé à sa diffusion auprès des professionnels du territoire, une autre articule une fonction d'« animation des professionnels » avec la mission principale de déploiement de l'outil, et la dernière propose un mixte entre le travail autour de l'outil numérique et des fonctions à caractère plus stratégique, situées en-dehors du champ du projet e-parcours : participation à la préparation de la stratégie dans le déploiement du Programme Régional de Santé (PRS) et accompagnement de la convergence des dispositifs d'appui.

- **Un fort centrage de l'activité des chefs de projet sur le déploiement de l'outil...**

Au-delà de ces ambiguïtés, l'activité effective des chefs de projet est fortement centrée sur le déploiement de la plateforme Terr-esanté, reflétant une réduction du projet e-parcours à ses aspects techniques et informatiques. Même si elle apparaît en décalage avec les orientations définies par l'ARS, elle fait l'objet d'une validation, et même d'une demande expresse de celle-ci : le développement de l'usage de la plateforme est une priorité répétée lors des nombreux échanges entre l'Agence et les chefs de projet, et peut s'expliquer par le financement « à l'usage » du projet e-parcours par le ministère. De ce fait, des objectifs quantifiés d'ouverture de dossiers patients et de comptes professionnels

⁴ Document interne à l'ARS Ile-de-France

sont fixés dans certains territoires. Comme le souligne l'un des chefs de projet :

« Quand je suis arrivé, je me suis bien rendu compte que j'étais chef de projet Terr-esanté, et pas e-parcours ».

Dans un territoire qui a fait le choix méthodologique de partir de l'analyse de parcours réels et de leurs ruptures pour initier le projet, la sélection des parcours à travailler a privilégié ceux pour lesquels des problématiques de partage d'informations étaient repérées (en l'occurrence ceux des personnes âgées), afin de cibler le déploiement de l'outil de coordination sur les services hospitaliers et les professionnels prenant en charge ces personnes. Si cette stratégie, promue par la direction départementale de l'ARS, est cohérente par rapport à une partie des besoins, elle laisse de côté les autres problématiques de ces parcours, et elle conduit également à ne pas inclure dans la réflexion des parcours pour lesquels les ruptures ne peuvent être résolues par le déploiement d'un outil de partage d'informations. Le chef de projet résume ainsi le choix stratégique opéré en 2019 :

« Le comité de projet e-parcours est un comité décisionnaire de déploiement de Terr-esanté. Le type de questions abordées est : qui avez-vous rencontré pour présenter Terr-esanté ? Combien de comptes Terr-esanté ont-ils été créés ? Comment continue-t-on à déployer ? »

De fait, une part importante de l'activité des chefs de projet est consacrée à la présentation et à la promotion de la plateforme numérique auprès des professionnels de santé. Cette focalisation sur le déploiement de l'outil a pu dans certains cas donner le sentiment d'une redondance des missions des chefs de projet et des référents territoriaux de l'organisme chargé de former les utilisateurs et de soutenir la politique de déploiement, comme en témoigne l'un des chefs de projet :

« T'as un interlocuteur au GCS⁵ qui est censé porter le projet localement (...) Il y a énormément de missions qui se superposent [avec celles du chef de projet], et je pense que ça, ça a été le plus compliqué (...). On ne sait pas qui devait faire quoi, et souvent on n'était pas d'accord (...) Par exemple, quand on a des réunions avec les acteurs, savoir qui les relance, qui envoie les mails, qui fait le compte-rendu, c'est jamais simple. Au final, parfois, les acteurs recevaient deux compte-rendus, le mien et le sien, ça montre qu'il n'y avait pas beaucoup de cohésion ».

⁵ Groupement de Coopération Sanitaire

- **... Mais une tendance à l'extension de leur champ d'intervention, au service d'une mise en cohérence des projets territoriaux**

Il serait pourtant réducteur de considérer les chefs de projet comme de simples promoteurs d'un outil numérique. Certains d'entre eux se sont montrés actifs dans la mise en cohérence des projets territoriaux, utilisant Terr-esanté comme un levier au service des orientations stratégiques définies dans d'autres projets. Ainsi, sur le territoire étudié, le chef de projet a proposé une stratégie de déploiement de Terr-esanté, centrée sur les parcours des personnes âgées, faisant clairement le lien avec d'autres projets locaux, tels que le projet IPEP ou un projet porté par un EHPAD de mise en place d'un dispositif renforcé d'accompagnement à domicile, impliquant une coordination étroite avec les autres intervenants. Ce choix rompt avec les modalités retenues jusqu'alors, alliant des actions de déploiement de masse, sans ciblage d'une patientèle particulière, et des actions plus ponctuelles, concernant un nombre limité de patients, qui reposaient sur la bonne volonté de professionnels acceptant de s'initier à l'outil, souvent à partir de la sollicitation de membres du comité de projet.

La crise sanitaire provoquée par l'épidémie à Covid 19 a également conduit à une extension du périmètre d'action des chefs de projet. Grâce à la visibilité acquise du fait de leur implication dans le déploiement de Terr-esanté et leur bonne connaissance des structures et professionnels de leur territoire, certains d'entre eux ont joué un rôle actif dans l'ouverture de centres dédiés au dépistage et à la prise en charge de patients atteints de Covid 19. Sur notre territoire d'étude, le chef de projet s'est impliqué dans plusieurs projets portés par les CPTS, par exemple la mise en place d'une plateforme téléphonique de conseil et d'orientation pour des patients pré-régulés par le SAMU, et de conseil pour les professionnels de ville. Il est à noter que le fonctionnement de cette plateforme perdure, et s'élargit à d'autres objectifs, dont celui de sécuriser les retours à domicile de patients âgés hospitalisés, auxquels la création d'un dossier dans Terr-esanté sera proposée. Ainsi, à la faveur de cette extension des activités des chefs de projet, la mise en lien des différents projets (ici le déploiement de e-parcours et l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées), se poursuit.

Section 2 : Le soutien des pouvoirs publics : un cadrage régional en cours de construction

- **Les limites de la territorialisation : la coordination difficile du chef de projet e-parcours avec les autres acteurs du projet**

La gestion territoriale du projet e-parcours fait intervenir trois acteurs : le chef de projet, le GCS et la direction départementale (DD) de l'ARS.

Comme on l'a vu précédemment, leur articulation ne va pas de soi. Aussi, le siège de l'ARS a structuré des temps d'échanges, autour d'une réunion bimensuelle de « synchronisation » par département, réunissant les chefs de projet, un représentant de la DD et le représentant territorial du GCS, sous l'égide d'un ou plusieurs membres de l'ARS siège. En ce qui concerne notre territoire d'étude, ces réunions, bien que quadripartites, sont surtout animées par le chef de projet et le référent du GCS, en réponse aux questions du siège de l'ARS. La DD intervient peu dans les échanges et a souligné lors d'une réunion avec le siège les difficultés de son positionnement au sein du projet :

« Le comité de projet est très orienté sur le système d'informations. J'ai eu du mal à comprendre le projet. Les discours sont différents entre la Direction Départementale, qui me demande de suivre le projet « pour information », et le siège qui parle d'un projet stratégique. Mais j'ai du mal à prendre ma place car je ne connais pas mon rôle ».

Si le siège de l'Agence décrit de son côté le rôle des DD comme celui d'un « facilitateur » et d'un « appui aux chefs de projet », celui-ci reste insuffisamment défini et il pâtit par ailleurs de l'implication très soutenue du siège dans le pilotage du projet, au détriment d'une réelle délégation aux DD.

La mise en retrait de la DD traduit aussi des interrogations relatives à la gestion du projet, dont le rythme ne correspondrait pas au niveau de développement de l'outil, insuffisamment mature pour procurer les avantages attendus aux professionnels de terrain. Les acteurs de terrain (professionnels et DD) dénoncent de plus un manque de visibilité dû à un nombre d'intervenants important sur le déploiement de l'outil - l'éditeur, un développeur, le GCS -, sans qu'apparaisse très clairement un donneur d'ordres, apte à gérer le calendrier et les priorités. Une réunion organisée récemment par l'ARS a toutefois posé les prémices d'une capitalisation possible des expériences de déploiement vécues dans les différents territoires, et d'un partage entre les chefs de projet et le GCS sur les informations nécessaires à une conduite efficace du déploiement sur le terrain : visibilité sur les délais de réponse à leurs demandes, connaissance des bugs survenus dans d'autres territoires et des modalités de résolution ou de contournement validées,

- **La gouvernance territoriale : un cadre en cours de construction**

Nombreux sont les acteurs réputés assurer une mission de structuration des parcours et d'animation territoriale. Ainsi, l'accord conventionnel inter-professionnel signé le 20 juin 2019 confie aux CPTS plusieurs missions, dont celle d'organiser des parcours pluri-professionnels, « afin d'éviter les ruptures et favoriser le maintien à domicile des patients ». La loi du 26

juillet 2019 rappelle de son côté que le DAC, dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, « *participe à la coordination territoriale qui concourt à la structuration territoriale des parcours de santé* ». Comme on l'a vu, le projet e-parcours, dans la présentation faite par l'ARS, intègre également un volet relatif à l'amélioration de l'organisation des parcours, ce qui donne théoriquement un rôle au chef de projet dans la structuration de la réflexion sur ce sujet.

Face à un risque de redondance des instances de gouvernance territoriale et d'éparpillement, des initiatives régionales et locales tentent de proposer un schéma organisationnel cohérent. Au niveau régional, dans le « *Référentiel de missions et d'organisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) d'Ile-de-France* » (novembre 2019), l'ARS propose la création dans chaque territoire de coordination d'une « instance d'animation des acteurs » rassemblant le DAC, les acteurs des secteurs sanitaire (ville et hôpital), médico-social et social, ainsi que les usagers. Ses missions recouvrent la définition d'une feuille de route, dont les parcours prioritaires, l'organisation des parcours (diagnostic, identification des ruptures et bonnes pratiques, actions d'amélioration), le déploiement de Terr-esanté et des autres outils d'informations partagés, et enfin l'identification des problèmes d'offre. Si ce schéma est bien connu des DAC, il est difficile de savoir quelle a été sa diffusion à destination des autres acteurs des territoires, et les suites apportées.

De fait, des organisations hétérogènes se mettent en place, sur la base d'initiatives locales. Ainsi, l'un des chefs de projet e-parcours nous a fait part d'un élargissement de ses attributions vers une mission d'animation territoriale, qu'il partage avec les deux anciens pilotes MAÏA de son territoire. Si cette évolution peut constituer une étape vers le schéma cible proposé par l'Agence, les modalités retenues re-crée les divisions historiques du système de prise en charge, puisque le chef de projet e-parcours, désormais chef de projet territorial, assure la coordination des projets sanitaires, alors que l'un des anciens pilotes MAÏA est positionné sur le volet social et l'autre sur la coordination entre les psychiatres et les médecins traitants. Cette segmentation est partiellement palliée par la mise en place d'une instance d'animation territoriale commune aux différents volets, sans toutefois intégrer la dimension numérique, puisque le comité de projet e-parcours perdure de manière séparée.

D'autres initiatives témoignent d'une avancée vers des organisations territoriales plus intégrées. Ainsi, sur un autre territoire, le chef de projet e-parcours a travaillé sur un schéma de convergence des instances de concertation du territoire, qui a abouti à la création de trois « tables territoriales des parcours », rassemblant les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. Ainsi s'esquissent les bases d'une gouvernance

territoriale partiellement unifiée, puisque le comité de projet e-parcours conserve là également une existence indépendante.

DISCUSSION

Nous aborderons successivement deux points : l'émergence d'une nouvelle figure parmi les coordonnateurs d'innovations (section 1) et la consolidation du régime de stimulation de l'exploration collective (section 2).

Section 1 : l'émergence d'une nouvelle figure parmi les coordonnateurs d'innovations

- **Les chefs de projet e-parcours, une nouvelle catégorie de relais-traducteur ?**

Dans la catégorie des coordonnateurs d'innovations identifiée par Bloch et Hénaut (2014) sous le libellé « relais-traducteur », les chefs de projet e-parcours nous semblent occuper une place à part, qui nous conduit à proposer une subdivision de cette classe. En effet, tout en partageant des traits communs avec les relais-traducteurs, les chefs de projet présentent des spécificités. La finalité principale de leur mission est bien la mise en œuvre d'une politique publique, dont ils assurent le relais territorial. Comme pour les relais-traducteurs, l'orientation de la fonction est extérieure à l'organisation d'appartenance, puisque tournée vers les acteurs de terrain, et comme eux, ils doivent rendre des comptes, ici à l'ARS, sur la réalisation d'objectifs chiffrés, tout en étant à l'écoute des besoins de leur territoire et en accompagnant les acteurs locaux. De même, en l'absence d'autorité hiérarchique sur les professionnels, une partie de leur activité consiste à négocier avec le terrain les modalités de mise en œuvre du programme e-parcours et à faire accepter certains choix locaux par le siège de l'ARS. Ainsi, l'orientation proposée par le chef de projet e-parcours de notre territoire d'étude d'asseoir le déploiement de Terr-esanté sur des projets (comme celui consacré à l'amélioration de la prise en charge des parcours des personnes âgées) plutôt que des structures a nécessité une négociation avec les représentants du siège, plus enclins initialement à s'appuyer sur des structures, en leur apportant éventuellement une aide financière à la création des comptes dans Terr-esanté.

Toutefois, le périmètre de l'activité des chefs de projet nous semble plus large que celui des relais-traducteurs. Là où les référents Alzheimer (pris comme exemple de relais-traducteurs par Bloch et Hénaut) concentrent leurs efforts sur le déploiement des dispositifs prévus par le plan Alzheimer, les chefs de projet e-parcours conjuguent une activité de déploiement de dispositifs numériques, avec un travail de fond visant à

mettre en cohérence les dispositifs issus des politiques publiques autour des parcours. C'est ce qu'illustre la proposition d'établir un lien entre le déploiement de la plateforme Terr-esanté et les expérimentations de l'article 51 menées sur le territoire ou celles déployées en réponse à des appels à manifestation d'intérêt. Cette mise en cohérence traduit au plan local la tendance identifiée par Baly (2019) au niveau national d'un rapprochement de l'outillage des différentes formes de gouvernamentalité sanitaire, du fait de l'extension du paradigme de la coordination des soins à la régulation et à la planification. La fonction des chefs de projet n'est donc pas seulement de traduire localement les politiques publiques, mais d'intégrer leurs dispositifs dans un ensemble que leur intervention va contribuer à rendre plus cohérent, et qui fasse sens aux yeux des professionnels, afin d'améliorer les chances d'implantation durable et de succès des politiques publiques.

- **Proposition d'approfondissement de la typologie des coordonnateurs d'innovations par l'enrichissement de la catégorie des relais-traducteurs**

Ces particularités de la fonction de chef de projet e-parcours nous semblent justifier une sous-division de la catégorie des relais-traducteurs, que nous rebaptisons à cette occasion « relais-médiateurs », selon la terminologie de Latour (2007). Cette appellation nous semble en effet conforme à l'activité assumée par les deux types d'acteurs réunis dans cette catégorie : les « relais-traducteurs », illustrés par l'exemple des référents Alzheimer, et ceux que nous nommons « relais-intégrateurs » illustrés par les chefs de projet e-parcours. Le médiateur assure en effet une activité d'adaptation des entités transportées d'un monde à l'autre, pour tenir compte des contextes locaux, ce que font les référents Alzheimer dans le cadre de leur activité de traduction, mais il peut aussi créer sur cette base des combinaisons de ressources innovantes, ce que font les chefs de projet e-parcours dans le cadre de leur activité d'intégration. Le niveau de redevabilité est national dans le premier cas, et il est national ou régional dans le second cas, selon le type de politique publique déployée.

Afin d'étayer cet approfondissement de la typologie des coordonnateurs d'innovation, nous proposons d'introduire deux nouveaux critères d'analyse de leur fonction, soit l'activité réalisée et l'outillage mobilisé. La présentation de l'activité permet de mieux cerner la part commune aux relais-traducteurs et aux relais-intégrateurs (soit l'accompagnement au déploiement de dispositifs innovants) et leurs différences (à savoir l'activité d'intégration des dispositifs relevant de la même rationalité, assumée par les seuls relais-intégrateurs). Nous introduisons ensuite le paramètre de l'outil de pilotage utilisé (« outillage de gestion »), qui nous semble également distinguer les deux catégories de relais. En effet, le relais-traducteur dispose d'armes réglementaires, telles que les

autorisations et les labellisations, tandis que l'activité du relais-intégrateur mobilise des outils non contraignants, orientés sur la mise en lien, la formation et la communication, créés par le relayeur ou détenus par d'autres acteurs que lui-même : portail numérique Maillage des MAÏA pour l'animation territoriale, actions de formation dispensées par le GCS ou le chef de projet... Pour caractériser l'activité et l'outillage mobilisé par les autres coordonnateurs, nous nous fondons sur le descriptif réalisé par Bloch et Hénaut (2014) à l'occasion de leurs études sur les coordonnateurs de MDPH et les directeurs des soins à l'hôpital.

Nous présentons dans la grille ci-dessous la classification enrichie.

Nouvelle classification des coordonnateurs d'innovations

	Relais-médiateur		Entrepreneur de réforme	Champion organisationnel
	Relais-traducteur	Relais-intégrateur		
Orientation de la fonction de coordination par rapport à l'organisation d'appartenance	Externe	Externe	Interne et externe	Interne
Niveau de redevabilité	National	National ou régional	National et local	Local
Finalité principale de la mission	Mise en œuvre d'une politique publique	Mise en œuvre d'une politique publique	Usagers	Organisation
Activité	Accompagnement au déploiement de dispositifs innovants	Accompagnement au déploiement et à la mise en cohérence de dispositifs innovants	Evaluation des besoins des usagers et pilotage de réseaux	Accompagnement des réformes managériales
Outillage de gestion	Autorisations et labellisations	Formations, informations, communication	Référentiels et procédures internes	Formations, coaching, analyse des pratiques professionnelles
Cas étudiés	Référent Alzheimer au sein des ARS	Chef de projet e-parcours	Coordonnateur d'équipe pluri-disciplinaire de MDPH	Directeur de soins à l'hôpital

Source : Bloch et Hénaut (2014), classification amendée par les auteurs

Section 2 : La stimulation de l'exploration collective : un régime de gouvernementalité à consolider

- **L'enjeu d'une gouvernance territoriale unifiée**

A l'issue de nos travaux, il apparaît que l'unification de la gouvernance territoriale des parcours, aujourd'hui éclatée, constitue un enjeu important pour donner de la lisibilité à la logique « parcours » et renforcer l'efficacité des actions menées sur les territoires selon cette nouvelle approche, en évitant les redondances et les oublis.

Le référentiel des missions et de l'organisation des DAC d'Ile-de-France fixe déjà les principes de cette gouvernance territoriale, et sa mise en œuvre pourrait limiter le risque d'une « hétérogénéité non contrôlée » (Cazin, 2017) des organisations territoriales. Comme le prévoit le référentiel, il paraît pertinent que sous réserve d'adaptations éventuelles à des spécificités locales, émerge effectivement une instance par territoire de coordination, investie d'un rôle de diagnostic territorial sur les parcours et de définition d'orientations prioritaires visant à les améliorer. L'organisation actuelle, marquée par une dispersion des responsabilités entre différentes instances (comité de projet e-parcours, table tactique des MAÏA, conseil des partenaires, conseil local de santé mentale...) participe à la fragmentation des réponses aux usagers et crée des redondances, de diagnostics et d'actions, sans garantir pour autant que toutes les problématiques de parcours soient prises en compte. La réunion de toutes ces instances, à l'image de la démarche entamée sur l'un des territoires de coordination, favoriserait à l'inverse une approche globale des problèmes et une synergie entre les professionnels. L'écueil, qui apparaît dans l'un des territoires, consistant à re-segmenter l'approche des parcours selon des logiques sanitaire, médico-sociale et sociale, serait également évité. Dans le cadre de ce schéma global, des modulations par territoire sont bien sûr envisageables, en fonction de leurs spécificités, comme l'illustre la création des trois tables territoriales des parcours déjà citée, qui correspondent à trois sous-territoires aux problématiques distinctes. Les pilotes MAÏA ou les chefs de projet e-parcours, dont la fonction évoluerait vers un rôle d'animation territoriale, pourraient assurer la coordination de cette instance unifiée.

- **Ré-organiser le rapport gouvernant/gouvernés, en renforçant la territorialisation de la politique en faveur des parcours**

En soutien à cette action sur le mode de gouvernance des parcours, une réflexion sur les rôles respectifs des échelons territoriaux de la tutelle (directions départementales versus siège de l'ARS) semble nécessaire.

Le pilotage opérationnel de la politique territoriale sur les parcours pourrait incomber entièrement aux DD. L'exemple du projet e-parcours a montré

les limites d'un pilotage par le siège, qui tend à se focaliser sur des objectifs quantitatifs au détriment de la connaissance et de l'accompagnement des changements organisationnels. Même si ce constat n'est pas valable pour tous les territoires, certaines DD se désinvestissent dès lors du sujet, alors qu'elles disposent de la connaissance du terrain et de ses problématiques. Par un effet boomerang, elles sont contournées lors des demandes d'arbitrage qui sont réglées directement par le siège, accentuant le sentiment d'une démarche très descendante. *A contrario*, notre étude nous a permis d'observer la capacité de certaines DD à influencer les modalités de déploiement d'un outil tel que Terr-esanté, en fonction d'orientations stratégiques portant sur la structuration des relations entre les établissements de santé du territoire. La mise en cohérence des dispositifs locaux, dont nous avons vu qu'elle constituait l'une des fonctions investies par les chefs de projet e-parcours, nous semble aussi pouvoir être plus facilement soutenue et supervisée à l'échelon départemental plutôt que régional.

En complément de sa mission de cadrage illustrée par la rédaction du référentiel des DAC ou au niveau de la stratégie globale, du Programme Régional de Santé, le siège de l'ARS pourrait ré-orienter son rôle sur le suivi de la politique autour des parcours et la capitalisation des expériences territoriales. Il s'agirait d'endosser l'habit de « knowledge manager » (Moison, 2013), qui semble consubstantiel aux démarches expérimentales promues par l'article 51, mais dont la concrétisation au niveau régional reste partiellement à construire. Des initiatives telles que la réunion régionale déjà citée, mobilisant les chefs de projet, les référents territoriaux du GCS et la tutelle, mériteraient d'être développées. L'organisation de séminaires régionaux dédiés spécifiquement à l'outil, rassemblant des représentants des différents territoires expérimentateurs de l'outil, envisagée puis suspendue en raison de la crise sanitaire, offrirait également un cadre pour la capitalisation des expériences réussies et le partage des difficultés rencontrées. Au total, comme pour les GHT (Cazin, 2017), la mise en place d'un dispositif structuré de suivi de la politique des parcours permettrait son évaluation mais aussi son évolution, dans une logique d'apprentissage, et non plus seulement de résolution de « problèmes », bénéficiant aux représentants de la tutelle comme aux professionnels.

CONCLUSION

Dans cette communication, nous avons souhaité comprendre comment des politiques publiques sanitaires décentralisées et co-construites entre les pouvoirs publics et les acteurs locaux se déployaient effectivement sur le terrain, en concentrant notre analyse sur un acteur archétypal de ce type de

politique, le chef de projet e-parcours. Notre étude de cette fonction et des modalités de son exercice nous permet de dégager deux contributions.

La première, théorique, affine la typologie des « coordonnateurs d'innovations » proposée par Bloch et Hénaut (2014), par l'identification d'une catégorie d'acteurs-relais des politiques publiques, que nous appelons « intégrateurs », dont le rôle, crucial, consiste à assurer non seulement le déploiement, mais aussi et surtout la mise en cohérence des nombreux dispositifs qui soutiennent le régime de l'exploration collective autour des parcours. Notre deuxième contribution est empirique : nous montrons que ce régime reste fragile du fait de la structuration partielle et éclatée de la réflexion sur l'amélioration des parcours, et que de nouveaux scénarii d'organisation et d'outillage de cette réflexion, fondés sur la mise en place d'une gouvernance territoriale unifiée et le renforcement du rôle de pilotage et d'accompagnement des acteurs locaux par les directions départementales de l'ARS, peuvent être imaginés.

Cette recherche mérite cependant d'être approfondie et complétée selon deux axes. D'une part, la connaissance de la fonction de chef de projet e-parcours peut être davantage documentée, en passant par exemple par la voie d'un questionnaire d'enquête auprès de l'ensemble des chefs de projet de la région sur leur profil, le type d'activités qu'ils déploient, leur positionnement local et vis-à-vis de l'Agence, leurs difficultés et leurs perspectives professionnelles. D'autre part, une analyse plus approfondie de l'interaction entre cet objet-frontière que constitue la plateforme Terrasanté et l'acteur-frontière en charge de le faire vivre qu'est le chef de projet e-parcours pourrait être menée : comment l'outil influence-t-il l'activité de médiation assurée par le chef de projet et réciproquement, comment le chef de projet, en promouvant certains usages, permet-il à la plateforme de jouer son rôle d'objet-frontière ? Cette approche centrée sur la dynamique acteur-outil, permettrait d'explorer sous un angle différent la fonction de chef de projet, et d'en compléter l'analyse.

BIBLIOGRAPHIE

Aggeri F. (2005) : Les régimes de gouvernementalité dans le domaine de l'environnement, in Hatchuel A., Pezet E., Starkey K. et Lenay O. : *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault*, Presses Universitaires de Laval. P. 431-464.

Aggeri F. et Pallez F. (2005) : Restructurations, délocalisations : les nouvelles formes de l'action territoriale. *La revue de l'IRES*. Vol 1, n°47, p. 235-256.

Baly O. (2019) : *Les effets de la régulation souple intermédiée : le cas du virage ambulatoire des établissements de santé français*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Mines Paris Tech.

Bergeron H., Castel P. et Nouguez E. (2013) : Eléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière : genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité. *Revue française de sociologie*, vol. 54, p. 263-302.

Bertillot H. (2017) : Intégrer les services pour rationaliser l'action publique. Les nouveaux professionnels de la transversalité dans le secteur de l'autonomie. *Terrains et travaux*, vol. n°1, n°30, p. 5-30.

Bezes P., Demaziere D., Le Bianic T., Paradeise C., Normand R., Benamouzig D., Pierru F. et Evetts J. (2011) : New Public Management et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du travail*, n°53, 2011, p. 293-348.

Bloch M.-A. et Hénaut L. (2014) : *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Edition Dunod.

Bloch M.-A., Hénaut L., Sardas J.-C. et Gand S. (2011) : *La coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles*. Etude réalisée pour la fondation Paul Benetot par le Centre de Gestion Scientifique de Mines Paris Tech.

Bouquet B. et Dubéchet P. (2017) : Parcours, bifurcations, ruptures, éléments de compréhension de la mobilisation actuelle de ces concepts. *Vie sociale*, vol 2, n°18, p. 13-23.

Bourgueil Y. (2014) : « Les parcours, promesses d'efficience et d'équité ? », in « Parcours de santé, enjeux et perspectives ». *Actualité et dossier en santé publique*, n°88, septembre.

Callon M. (1986) : Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique*, n°36, p. 169-208.

Cazin Léo (2017) : *Regrouper pour mieux gouverner ? Le cas des hôpitaux publics français*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Mines Paris Tech.

Crozier M. et Thoenig J.-C. (1975) : La régulation des systèmes organisés complexes. Le cas du système de décision politico-administratif local en France. *Revue française de sociologie*, n°16 (1), p. 3-32.

Duran P. et Thoenig J.-C. (1996) : L'Etat et la gestion publique territoriale. *Revue française de science politique*, 46^{ème} année, n°4, p. 580-623.

- Epstein R. (2015) : La gouvernance territoriale : une affaire d'Etat. La dimension verticale de la construction de l'action collective dans les territoires. *L'année sociologique*. Vol. n°65, n°2, p. 457-482.
- Foucault M. (2004) : *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Hautes Etudes. Gallimard. Seuil.
- Langley A. and al. (2013) : Process studies of change in organization and management : unveiling temporality, activity and flow. *Academy of Management Journal*, vol. n°56, n°1, p. 1-13.
- Lascoumes P. et Le Galès P. (2012) : *Sociologie de l'action publique*. Editions Armand Colin, Collection 128, 2^{ème} édition.
- Lascoumes P. et Le Galès P. (2005) : Introduction : l'action publique saisie par ses instruments, in Pierre Lascoumes et al., *Gouverner par les instruments*. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).
- Latour B. (2007) : *Changer de société, refaire de la sociologie*. Editions La Découverte.
- Lenay O. (2001) : *Régulation, planification et organisation du système hospitalier : la place des outils de gestion dans la conception des politiques publiques*. Thèse de doctorat de l'Ecole des Mines de Paris. Spécialité « Ingénierie de gestion ».
- Minvielle E. (2018) : *Le patient et le système. En quête d'une organisation sur mesure. Approches innovantes du parcours de santé*. Edition Seli Arslan.
- Moison J.-C. (2013) : De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé. *Quaderni*, vol. n°3, n°82, p. 39-54.
- Routelous C., Lapointe L. et Vedel I. (2014) : Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. n°32, n°7, p. 481-499.
- Smits P., Préval J. et Denis J.-L. (2016) : Prendre en compte la santé dans les politiques publiques. Etude d'un régime de gouvernementalité au Québec. *Sciences sociales et santé*. N°2, vol. 34, p. 45-70.
- Star S. L. et Griesemer J. R. (1989) : Institutional Ecology, « Translations » and Boundary Objects : Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39, *Social Studies of Science*, vol. n°19, n°3, p. 387-420.
- Yin R. (2014) : *Case study research. Design and methods*. Chapitre 1. Sage publications. 5th edition.