

LE PROMOTEUR DE PARCOURS INCLUSIF : COORDONNER LA LOGIQUE DE PARCOURS DANS LE MÉDICO-SOCIAL SUR UN TERRITOIRE

[Nadine Dubruc](#), [Laurent Vialette](#)

Management Prospective Ed. | « [Management & Avenir Santé](#) »

2019/1 N° 5 | pages 53 à 80

DOI 10.3917/mavs.005.0053

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-sante-2019-1-page-53.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Management Prospective Ed..

© Management Prospective Ed.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Le promoteur de parcours inclusif : coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire

Nadine DUBRUC¹

Laurent VIALETTE²

Résumé

La logique de parcours instituée par les lois de 2002 et 2005 vise à changer l'accompagnement des personnes en situation de handicap pour favoriser leur pouvoir d'agir et l'inclusion (Bauduret, 2017). Et, cela passe nécessairement par un travail de coopération entre professionnels à l'échelle d'un territoire. (Loubat, 2017 ; Bloch et Hénaut, 2014). Dans cet article, après avoir interrogé les notions de coordination et coopération, (Moine, 2006 ; Paquot, 2011 ; Bartoli et Gozlan, 2014 ; Jaeger, 2010 ; Dollet, 2014), nous proposons la définition d'un nouveau métier « le promoteur de parcours inclusif » (PPI) issue d'une immersion auprès de professionnels du secteur sur plus d'un an et demi d'accompagnement autour de la logique de parcours. Cette recherche met en évidence l'importance d'un acteur interface sur un territoire. Le PPI est celui qui va assurer une relation pertinente et adaptée avec le public accompagné, mettre en place la réponse accompagnée, suivre et accompagner le parcours et concevoir l'accompagnement en complémentarité avec les partenaires du territoire et travailler en réseau. À l'interface de différentes structures, au service de la réalisation

1 **Nadine DUBRUC** : Maître de conférences en Sciences Humaines et Sociales, Mines Saint-Etienne, Univ Lyon, Univ Lumière, Univ Jean Monnet, EA 4161 COACTIS, Institut Henri Fayol – dubruc@emse.fr

2 **Laurent VIALETTE** : Responsable du département Management, Membre de la chaire Economie Sociale et Solidaire Université Paris Est Marne la Vallée, IRUP – laurent.vialette75@gmail.com

du projet de vie de la personne en situation de handicap, le PPI sera un acteur-clé de l'inclusion et de la continuité du parcours de vie.

Abstract

The care pathway logic instituted by the laws of 2002 and 2005 aims to change the support of people with disabilities in order to promote their empowerment and inclusion (Bauduret, 2017). This necessarily requires cooperation between professionals on a territorial scale. (Loubat, 2017; Bloch et Hénaut, 2014). In this article, after regarding the notions of coordination and cooperation, (Moine, 2006; Paquot, 2011; Bartoli et GOzlan, 2014; Jaeger, 2010; Dollet, 2014), we propose the definition of a new profession “the promoter of inclusive care pathways “ resulting from an immersion in the sector over more than a year and a half. This research highlights the importance of an interface actor in a territory. The promoter of inclusive care pathways will ensure a relevant and adapted relationship with disabled persons, follow and accompany in the coordinated healthcare program and design the accompaniment in complementarity with the partners of the territory and work in a network. At the interface of different structures, at the service of the realization of the life project of the person with a disability, it will be a key actor in the inclusion and continuity of the life course.

Introduction

Les lois de 2002 et 2005 visent à changer l'accompagnement des personnes en situation de handicap pour favoriser leur pouvoir d'agir, l'inclusion (Loubat *et al.*, 2016; Bauduret, 2017). « Nous nous dirigeons donc vers le dépassement historique du concept d'établissement comme entité et interlocuteur privilégiés » dans le secteur médico-social (Loubat, 2017. p. 28). D'une logique de place en établissement, l'accompagnement des personnes en situation de handicap bascule vers une logique de parcours sur un territoire qui s'organise autour de services proposés en fonction des besoins de la personne en situation de handicap. Et cela passe nécessairement par un travail de coopération entre professionnels à l'échelle d'un territoire. (Loubat, 2017; Bloch et Hénaut, 2014). D'une offre d'accompagnement basée sur ce qui existe dans une structure, il s'agit désormais d'organiser les services nécessaires à une personne en fonction de ses besoins et selon les différents temps de vie (scolarité, loisirs, famille, soin, travail, logement...). Ces services peuvent ainsi être proposés par des acteurs différents qui ne sont pas concentrés dans un seul lieu mais répartis sur un territoire. Cela suppose l'existence d'une coordination médico-sociale sur un territoire autour et pour la personne en situation de handicap. Passer d'une logique d'établis-

sement à une logique de parcours implique une coordination d'acteurs sur un territoire. Tous les différents professionnels qui réalisent les accompagnements en fonction des besoins sont concernés par ces évolutions : psychomotriciens, psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, kinésithérapeutes... pour le champ du soin ; instituteurs, AVS, éducateurs en SESSAD ou IME pour la scolarité, éducateurs, aides-soignantes, auxiliaires de vie, maitresses de maison dans les foyers de vie... Positionner la personne en situation de handicap avec le pouvoir d'agir au cœur de l'accompagnement implique de revoir le cloisonnement des services proposés pour aller vers un décloisonnement et une possibilité d'accès en fonction de ce qui est nécessaire et disponible sur un territoire et non plus à l'échelle d'une structure. Alors, réaliser un accompagnement pour chaque personne en situation de handicap dans la logique de parcours inclusif sur un territoire suppose une coordination. Comment, sur un territoire, envisager la coordination de ces parcours inclusifs, de ces différents temps d'accompagnement et des différents professionnels ? Si coordonner les parcours inclusifs sur un territoire nécessite de nouvelles compétences, cela conduit à envisager la définition d'un nouveau métier. Mais quels en seraient les contours ? Nous proposons un retour d'expérience sur l'identification d'un nouveau métier, appelé Promoteur de Parcours Inclusif (PPI) qui serait l'acteur de la coordination de la logique de parcours dans le médico-social au niveau d'un territoire.

Dans une première partie, nous montrons comment a évolué la prise en charge et en quoi elle nécessite une coordination sur un territoire. Dans la deuxième partie, nous présentons la méthodologie utilisée pour parvenir à définir la coordination de parcours sur un territoire par « le promoteur de parcours inclusif ». La logique de ce nouveau métier sera présentée dans la troisième partie. Enfin, une quatrième partie propose une discussion autour de la légitimité de ce nouveau métier.

1. Vers un territoire coordonné ?

1.1. Evolution des lois vers de nouvelles pratiques d'accompagnement

Les politiques publiques, mises en œuvre par les Agences Régionales de la Santé (ARS) incitent les structures médico-sociales à repenser leur mode de fonctionnement interne pour entrer dans une logique de parcours de santé. Cette logique a succédé au parcours de soin pour devenir une prise en charge qui s'inscrit dans un parcours de vie (Bloch et Hénaut, 2014). Ainsi, nous passons d'une place offerte à une personne dans une institution à une ouverture sur la personne et son « temps » de vie. La circulaire n° DGCS/3B/2017/148 précise la dynamique de transformation de l'offre mise en œuvre dans le secteur. Il est proposé la construction de nouveaux outils avec l'implication des différents acteurs d'un territoire. Le rapport Piveteau « Zéro sans solution » (2014) fait référence pour avoir exprimé le devoir collectif de permettre un parcours de

vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. La feuille de route « une réponse accompagnée pour tous » s'organise autour de quatre axes complémentaires pour viser « une meilleure réponse territorialisée » (CNSA, EY, Groupe ENEIS, 2017). Le Plan d'Accompagnement Global (PAG) significatif de cette évolution propose davantage de modularité et de coopération entre les différentes parties prenantes au projet (axe 1). L'axe 2 de la démarche vise un déploiement territorialisé pour permettre d'obtenir une réponse adaptée aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes handicapées. Son titre, « Renforcer le partenariat sur le territoire », implique une grande souplesse dans les dispositifs proposés, un maillage territorial fort entre les différents partenaires institutionnels, une articulation avec les dispositifs de droit commun, un échange et partage d'informations... Les axes 3 et 4 ambitionnent un changement profond des pratiques en impliquant davantage les usagers et les pairs dans les instances décisionnelles, l'accompagnement... et en soutenant les professionnels dans ces évolutions réglementaires rapides vers davantage d'individualisation, d'inclusion, de parcours. Plus généralement, la multiplication des textes législatifs et réglementaires depuis le début des années 2000 pousse les établissements vers de nouvelles pratiques mais « le volontarisme des pouvoirs publics se heurte souvent à des inerties, des effets retards, voir des résistances de la part du « terrain » ». (Bauduret, 2017, p. 260).

Ainsi, ces évolutions sont à intégrer par les structures médico-sociales existantes et fonctionnant selon un mode complètement différent. Cela implique de réinterroger les pratiques d'accompagnement et le rapport au territoire pour positionner les établissements et services dans une dynamique d'ajustement et/ou de spécialisation.

1.2. Logique de parcours sur un territoire

La dimension territoriale est réaffirmée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) en créant les Agences Régionales de Santé (ARS). Une de leur mission est de définir « les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier secours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux » (article L. 1434-16). Si le territoire se définit ici dans une acception géographique (Moine, 2006), la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé institue des territoires de démocratie sanitaire qui doivent permettre de favoriser l'expression de l'ensemble des acteurs de la santé (usagers, professionnels de santé, collectivités locales), et garantir une cohérence globale pour répondre aux besoins de santé de la population. Ainsi, le territoire est « un espace politique, gouverné ou institutionnalisé, au sein duquel on reconnaît l'existence d'un ensemble d'actions ou de pratiques organisées de façon stable et reconnues par tous, comme un champ de relations sociales convergentes et légitimées ». (Moine, 2006, p. 123). La territorialisa-

tion peut s'exprimer dans le cas du secteur médico-social, au niveau national avec le cadre des politiques publiques, au niveau régional avec le programme régional de santé et au niveau infrarégional avec la mise en place des conseils territoriaux de santé.

Pour autant, les territoires de démocratie sanitaire définis par les ARS restent souvent calqués sur l'échelon départemental et mettent en cause l'existence même d'un territoire du social (Paquot, 2011). Les professionnels doivent alors concilier le projet des personnes avec des logiques territoriales d'intervention qui ne sont pas nécessairement évidentes. Cela suppose d'être capable d'inscrire leurs interventions dans des jeux institutionnels complexes et de mobiliser des compétences nouvelles. Ainsi, pour les directions des structures médico-sociales, le challenge des prochaines années est d'intégrer les nouvelles directives de leur financeur et autorité supérieure pour l'incarner dans le quotidien de l'activité.

1.3. Vers la coordination et la coopération

L'accompagnement des personnes en situation de handicap sur un territoire implique des collaborations, un travail en réseau. Nous pouvons alors parler d'une remise en cause des normes professionnelles, pour passer d'une logique d'établissement à une logique de dispositif qui suppose de la coopération (Loubat, 2017). « Cette nouvelle configuration des opérateurs en réseaux de plus en plus évolutifs et diversifiés et la primauté du recours aux services externalisés de droit commun entraînent la nécessité d'une véritable coordination des parcours et des projets personnalisés des bénéficiaires. » (Loubat, 2017, p. 31). Le secteur médico-social semble entrer dans la post-modernité territoriale (Giraut, 2013) avec une mutation des pratiques de relations sur un territoire économique et social avec des frontières qui deviennent floues, une mise en réseau nécessaire pour mener un véritable projet de territoire pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Peut-être même allons-nous vers une territorialité multisituée (Giraut, 2013) avec un assemblage fonctionnel des différents lieux pertinents pour l'accompagnement.

Dans cette nouvelle territorialité, la coordination peut se définir 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 et de dispositifs agissant séparément ne pourrait pas obtenir ». (Bartoli et Gozlan, 2014, p. 114). La coordination peut apparaître comme une conséquence de la coopération (Jaeger, 2010). « La coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures ». (Jaeger, 2010, p. 16). Ainsi, différents types d'accords sont à inventer pour réguler les relations et les coopérations. (Sebai, 2016). Coordonner consiste à rendre cohérentes les actions de plusieurs acteurs dans un temps donné mais cela n'oblige pas ceux-ci

à coopérer. La coopération viendrait donc compléter la coordination (Bloch et Hénaut, 2014). De plus, la coordination correspond à une « recherche de cohérence dans le travail accompli par un ensemble d'individus ». (Alsène et Pichault, 2007, p. 66). Ainsi, la réalisation de la logique de parcours sur un territoire passe par la coordination. Et, l'enjeu de la coordination dans la logique de parcours est la recherche de coopération, processus de répartition (allocation) des ressources et des tâches reposant sur un apprentissage individuel et collectif. L'apprentissage qui en résulte est considéré comme source de réduction de l'incertitude et par ailleurs est analysé comme facteur déterminant de développement voire même de création de nouveaux savoirs spécifiques et de compétences collectives et cumulatives.

Pour permettre à la coordination d'être « un processus foisonnant d'interactions sans cesse développées et permettant de cristalliser les énergies autour de débats et d'enjeux différenciés » (Beaucourt *et al.*, 2014, p. 77), les espaces de discussion semblent être nécessaires pour analyser les besoins et trouver les manières d'y répondre. Mettre en œuvre la logique de parcours implique une ouverture sur le territoire avec un maillage des compétences afin de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et non plus seulement proposer un service dans un cadre donné au sein d'une structure.

1.4. La coordination, de nouveaux métiers pour coopérer à l'échelle d'un territoire ?

Une coordination professionnelle sur un territoire est liée aux normes professionnelles en vigueur. Les normes professionnelles sur le travail participent aux identités professionnelles qui proposent des manières de faire qui s'institutionnalisent et qui deviennent progressivement des règles d'action. (Dubar, 1991 ; Sainseaulieu, 1997). Au cours du temps, les pratiques sont rationalisées en acte, puis légitimées et transmises à chacun. « Outre l'identité formelle qu'il permet d'affirmer et un positionnement au sein d'une échelle de prestige, le métier désigne aujourd'hui, dans son sens commun, l'emploi que l'on occupe et qui relie l'individu à la société des actifs (...). Le métier est ici synonyme d'une qualification décontextualisée de l'entreprise. » (Piotet, 2015). Les métiers évoluent en fonction des contextes professionnels dans lesquels ils sont exercés (Piotet, 2015). Certains apparaissent et disparaissent avec les évolutions technologiques (sabotiers, perfo-vérificateurs) et d'autres apparaissent (webmaster, data-analyste)... « Le métier est identifié par les activités qu'il recouvre et les compétences nécessaires pour l'exercer. » (Tissioui, 2008, p. 237). Un nouveau métier se crée suite aux transformations des activités vers de nouvelles finalités ou émerge d'activités nécessitées par de nouvelles finalités (Tissioui, 2008).

Dans la santé, les questions sur de nouveaux métiers de la santé se posent depuis 2002. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a poussé la réflexion sur la coordination des métiers de la santé (Noguera et Lartigau, 2009 ; Berland et Bourgueil, 2010). Dominique Le Bœuf, Présidente du Conseil national de l'Ordre

Le promoteur de parcours inclusif: coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire

des Infirmiers, insistait alors sur les dangers d'une prise en charge des patients qui serait taylorisée, selon un inventaire de protocoles des activités de chaque professionnel, en « saucissonnant » la prise en charge du patient. Elle invitait à repenser un métier d'infirmière pour pallier « le manque de coordination » et « remédier à des insuffisances (alléguées mais encore à démontrer) des coopérations entre les différentes professions, sans jamais mettre à profit l'ensemble des compétences ». (Le Bœuf, 2010, p. 62). Nous pensons donc important de tirer les leçons des évolutions dans la santé pour identifier les leviers de la logique de parcours dans le secteur médico-social.

Comme Beaucourt *et al.* (2014) et Giraut (2013), nous proposons de considérer la coordination à l'échelle d'un territoire comme un processus continu et situé qui se fait dans l'action entre acteurs. Dans cette perspective, les ressorts des processus de la coordination sont le dialogue et le débat contradictoire. Basée sur les protocoles qui aident à définir les expertises et spécialisations des professionnels dans les situations les plus courantes, la coordination permet de faire face aux situations inattendues qui peuvent fragiliser les règles et cadres définis.

Calquée sur le secteur de la santé, la logique de parcours induit de travailler en réseau. « Cela entraîne un nouveau mode d'intervention auprès des bénéficiaires, reposant sur une réponse à la carte en termes de prestations et s'articulant autour de leur projet de vie et de leur plan personnalisé de compensation ». (Loubat, 2017, p. 34). Il s'agit donc pour différents acteurs du secteur médico-social de coopérer sur différents champs d'un territoire pour réaliser un but commun : l'accompagnement des personnes pour la réalisation de leur projet de vie. C'est être dans un travail en réseau sur un territoire, qui fait appel à des partenariats. « Pour coopérer, il est nécessaire de partager des informations, ce qui implique des espaces d'échanges et de communication qui peuvent être matérialisés par du temps commun, un espace commun ou des outils de communication (évaluation, fiche navette...) ». (Dollet, 2014, p. 64). La coopération ne se décrète pas, elle se réalise lorsque le travail le permet à travers un but commun, des outils communs, une culture partagée, une implication et une reconnaissance par la hiérarchie de ce temps de coopération. « Plus le partenariat est organisé, plus le réseau est pérenne et peut vivre indépendamment des personnes qui en font partie ». (Dollet, 2014, p. 65)

Il serait alors possible d'identifier trois niveaux de coordination : le niveau opérationnel où sont accomplis tous les actes de soins et d'accompagnement des malades et de leur entourage (niveau micro), le niveau « structurel » où sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer une prise en charge globale et continue (niveau méso) et le niveau institutionnel qui est représenté par les financeurs (niveau macro). Cette coordination renvoie à une pluralité de localisations, d'espaces et de contextes de références, donc à la notion de territoire multisitué (Giraut, 2013).

Bartoli et Gozlan (2014) montrent l'évolution d'un service spécifique au secteur du handicap psychique. Dans une première configuration, le dispositif a été agréé

par l'ARS « sur un territoire urbain à forte densité de services et de professionnels, il se positionnait en tant qu'équipe coordonnatrice pour aider la prise en charge globale du patient, et à l'intervention des différents acteurs externes, que ceux-ci soit médicaux, soignants, éducatifs, professionnels ou sociaux ». (Bartoli et Gozlan, 2014, p. 123). La deuxième configuration a été le rattachement à un SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) pour bénéficier d'un financement pérenne. Ce service fonctionne dans une logique compétences en continuant à mobiliser des partenaires externes, mais en intégrant une vingtaine d'emplois-clés. Les compétences internalisées sont celles qui sont considérées comme rares sur le territoire, et fréquemment sollicitées pour répondre aux besoins d'accompagnement et si elles sont dans le cœur de l'activité. Quatre freins majeurs ont été identifiés dans ce dispositif : les inerties structurelles des dispositifs existants, les perceptions négatives des enjeux de ce type de dispositif. De plus, le travail en réseau se heurte parfois aux difficultés d'obtention du consensus, et à la pénurie de ressources (humaines et financières).

Avoir un coordonnateur semble être le rouage nécessaire pour ce type de dispositif mais le contour de cette fonction ne semble pas aller de soi. Robelet *et al.* (2005) montrent que « quelle que soit leur profession d'origine, les coordonnateurs ont en commun un statut « bricolé », entre exercice libéral, salarié, et bénévole, et des modes de rémunération parfois précaires » (p. 251). Ainsi, les infirmières coordinatrices qui travaillent dans les réseaux « sont à la fois des adjointes des médecins promoteur de réseau et des VRP du réseau ». (Robelet *et al.*, 2005, p. 253). Si les « *case managers* » existent depuis plus de trois décennies dans les pays anglo-saxons, leurs fonctions sont articulées sur un temps donné pour la coordination de nombreux acteurs à partir des activités à réaliser : le repérage (screening), l'évaluation des besoins (assessment), l'élaboration d'un plan de soins (care planning), l'intervention directe ou indirecte, le suivi ou la veille (monitoring), et la réévaluation de la situation (Challis *et al.*, 2010 ; Loubat, 2017). Les gestionnaires de cas, relativement récents en France, doivent être indépendants et disposer d'un fort degré de responsabilité pour mener à bien leur mission. Leur introduction sur un territoire ne va pas de soi et peut être à l'origine de tensions avec les professionnels en place (Bloch et Hénaut, 2014). Faut-il comme au Japon imposer des « *care managers* » à l'échelle du pays ?

1.5. Prémisses de la coordination de parcours inclusif sur un territoire

De nombreuses structures du secteur médico-social se sont essayées à mettre en place des activités de coordination. En l'absence d'une identité professionnelle définie, chacune a proposé un dispositif original en qualifiant le dispositif mis en place et parfois en dénommant ce nouveau métier dans la structure. Le dispositif « Palette Ressources pour l'Inclusion Socio-MédicalE » (PRISME) porté par l'association Trisomie 21 Loire repose sur une triple expertise : une expertise d'usage pour construire des réponses adaptées à la perception de leur

propre vie, une expertise domestique pour intégrer l'expertise des personnes partageant un parcours de vie avec les personnes en situation de handicap, une expertise technique, clinique, méthodologique qui vise à croiser les regards des professionnels, leurs évaluations. Ainsi, ce dispositif, porté dans le cadre d'un Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), vise à soutenir et augmenter la capacité des personnes et des familles à être acteurs de leurs projets et rendre l'environnement accessible et la société inclusive par le biais de différentes actions. PRISME soutient la personne dans sa recherche de solutions, de ressources, et l'appui, si nécessaire, dans la contractualisation et la coordination des partenaires de son projet et propose donc aux personnes le renfort d'un Médiateur de Parcours Inclusif (MPI). Ce nouveau professionnel est présenté dans la plaquette du dispositif comme « positionné du côté de l'élaboration, de la recherche de ressources et du soutien au pilotage au projet par la personne et la famille ; il n'accompagne pas directement la personne ». Il a également pour mission la contractualisation et la coordination des réponses, l'organisation du contrôle de leur mise en œuvre, l'évaluation des résultats et la coopération entre les acteurs. D'autres intitulés de fonction existent comme gestionnaire de cas, coordonnateur de parcours...

Les différentes pratiques mises en place démontrent que les structures accordent une forte importance à l'éthique professionnelle, à la confiance, aux règles partagées... Ainsi, les professionnels sont « plutôt à la recherche d'un résultat optimum qu'un optimum de contrat ». (Sebai, 2016, p 229). Selon les théories des conventions, la cohérence collective entre agents prime sur la divergence d'intérêt et l'asymétrie d'information ; la confiance et les engagements réciproques dépassent la simple contractualisation ; la motivation est le sentiment d'appartenance et non l'intéressement financier.

Ainsi, l'évolution de la législation impose aux structures médico-sociales un accompagnement qui s'intègre dans une logique de parcours sur un territoire qui implique un déploiement de coopérations interinstitutionnelles donc une coordination. Ces différents éléments questionnent la définition d'un nouveau métier : coordonner les parcours sur un territoire nécessite de nouvelles compétences et ces nouvelles compétences entraînent l'identification d'un nouveau métier. Nous proposons un retour d'expérience sur l'identification d'un nouveau métier, appelé dans notre recherche, promoteur de parcours inclusif.

2. Méthodologie

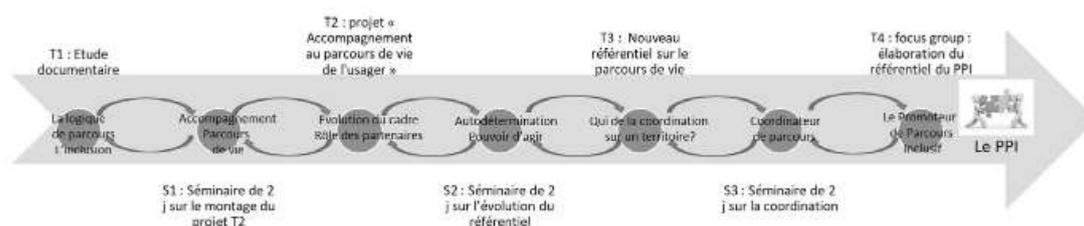
2.1. Recherche action et étude de cas

C'est dans l'action avec les professionnels du secteur que nous avons pu étudier les évolutions organisationnelles liées au changement de paradigme du secteur médico-social avec le passage d'une logique d'établissement à une logique de parcours sur un territoire (Allard-Poesi et Perret, 2003). Et ainsi s'est dessinée

la question de la coordination dans cette logique de parcours et la volonté de pouvoir apporter des éléments sur une meilleure définition de ce que recouvre ce besoin de coordination à l'échelle d'un territoire.

La frise suivante reprend les différents temps (T1 à T4) de recueil d'interventions et de séminaires (S1 à S3) de notre recherche.

Schéma 1 – Evolution de notre connaissance sur la notion de coordination de l'accompagnement sur un territoire



Notre approche est inductive avec une immersion dans nos données empiriques. Notre point de départ se situe pour l'un des auteurs dans son expérience professionnelle d'enseignant-chercheur impliqué dans des projets de recherche d'accompagnement de structures médico-sociales et pour l'autre auteur, en tant que responsable de formations dans le secteur médico-social, qui mène une veille sur l'évolution du secteur et de ses besoins en formation. Nous avons réalisé des allers-retours entre les observations du terrain et nos réflexions appuyées sur des cadres théoriques pour éclairer chemin faisant les évolutions organisationnelles du secteur médico-social. Notre objet de recherche a donc été affiné au fur et à mesure de notre avancée dans le projet de recherche.

Notre recherche empirique correspond à un cas lié à une réalité qui s'inscrit dans une approche itérative pour analyser un phénomène contemporain, la coordination des parcours inclusifs, peu connue, dans son contexte réel (Yin, 2009). Le phénomène de la coordination dans le secteur médico-social et le contexte opérationnel de la logique de parcours sur un territoire n'est ni stabilisé sur le plan scientifique, ni sur le plan managérial. Dans cette étude longitudinale, nous avons étudié la question de la coordination tout au long d'un dispositif d'accompagnements de 6 structures médico-sociales commencé en juillet 2017 et qui se termine sur le premier trimestre 2019. Puis deux focus group ont été réalisés en octobre 2018 et en février 2019.

Ce travail empirique sur une étude de cas permet d'être au plus proche des réalités complexes tout en ne permettant pas une généralisation de nos résultats (Eisenhardt, 1989).

2.2. Matériaux utilisés

Le recueil de données repose sur plusieurs sources qui ont permis une triangulation.

Nous avons pour notre étude documentaire utilisé différents sources : les textes et lois réglementant le secteur médico-social ; le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité (PRAPS) 2018-2023 de la région Auvergne Rhône Alpes (AURA) ; le Cadre d'orientation stratégique de l'ARS AURA 2018-2028 ; le Schéma régional de santé 2018-2023 de l'ARS AURA et un référentiel de compétences : « Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique ». Il a été publié par l'ARS et UNIFAF en 2016, et mis à jour en janvier 2019 suite à nos suggestions.

Ensuite de juillet 2017 à mars 2019, nous avons participé à un projet plus global d'accompagnement de 6 structures médico-sociales sur le département de la Loire (42). Chaque intervention était réalisée à partir d'entretiens semi-directifs avec la direction, le président, les chefs de service et les représentants du personnel. Suite à ces entretiens, nous avons animé trois jours autour du référentiel « Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur » avec des personnels pluridisciplinaires (Aides-soignantes, éducateurs, infirmiers, éducateurs techniques, secrétaires...). Dans le temps 2 d'intervention en structures médicosociales, la logique de parcours était débattue et questionnée au regard des pratiques existantes afin de les faire évoluer. La question d'une logique de coordination de parcours sur un territoire est issue de ces temps en structures. Enfin, nous avons constitué deux focus group pour confirmer l'existence d'un besoin de compétences autour de la coordination de parcours inclusif sur un territoire et valider les activités et compétences de ce métier émergent. La démarche retenue était d'animer un groupe d'experts pour leur faire définir les activités spécifiques liées aux besoins de coordination sur un territoire. Les auteurs étaient des animateurs de la réflexion à partir du référentiel de la logique de parcours de l'ARS et des problématiques issues du terrain identifiées dans les structures médico-sociales du T2. Les activités définies sont l'aboutissement d'échanges pour arriver à un consensus. Le premier focus group a eu lieu en octobre 2017 et le deuxième en février 2019. L'analyse des différents temps de cette recherche s'est réalisée à travers des réunions de travail entre les deux auteurs de cet article et deux autres collègues sur des séminaires d'une à deux journées. Nous proposons en annexe n°1 le détail de ces différents temps.

Le traitement des données a été réalisé selon des thèmes enrichis tout au long de la recherche. Ainsi, les thèmes de la coordination de parcours inclusif sur un territoire se sont affinés. La logique de parcours sous la forme de plateforme pour favoriser l'inclusion et l'inscription dans un parcours de vie s'est dégagée dès les premiers éléments. Les partenaires et les questions de coordination et de territorialité sont intégrés dans des documents plus opérationnels adressés au secteur médico-social tout comme le pouvoir d'agir. La notion de coordination

de parcours a été abordée lors des focus group, mis en place pour questionner la coordination dans la logique de parcours sur un territoire. C'est également dans les focus group que la question de l'appellation de ce nouveau métier a été abordée.

Tableau 1 – Place des données dans le dispositif de la recherche

Catégories	Logique de parcours			Partenaires		Pouvoir d'agir		Coordination de parcours		Appellations
	Plateforme	Inclusion	Parcours de vie	Coordination	Territoire	Auto-détermination	Aidants	Coopération	Confiance	
Documents : lois et textes	X	X	X							
Documents cadres de l'ARS sur AURA	X	X	X	X	X					
Référentiel de compétences ARS : «Activités et compétences autour du parcours de vie de l'usager ; personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique»	X	X	X	X	X	X	X			
T2 : Diagnostic de 6 structures	X	X	X	X	X	X	X			
T2 : Phases d'accompagnement de 6 structures	X	X	X	X	X	X	X			
T3 : nouveau référentiel sur la logique de parcours	X	X	X	X	X	X	X			
T4 : Focus Group N° 1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Gestionnaire de cas Référént de parcours
T4 : Focus Group N° 2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Coordinateur Médiateur Promoteur

De nos observations, nous avons fait une première proposition de définition de métier à un focus group de professionnels du secteur médico-social (en octobre 2018). La poursuite de nos observations a permis de proposer une V2 d'un référentiel sur le métier de coordination qui a alors été appelé « promoteur de parcours inclusif » validé par un deuxième focus group en février 2019. Ce double travail de mise à distance de nos données a permis une lecture distanciée et revisitée. Les catégories du référentiel ont été tirées de « l'écoute » de nos données (Glaser et Strauss, 1967). Nous avons enrichi notre codage par de nouvelles données empiriques. Nous pensons avoir atteint la saturation de l'analyse théorisante car des dernières données, il ne ressortait pas d'information nouvelle.

3. Le PPI : une solution pour la coordination sur un territoire

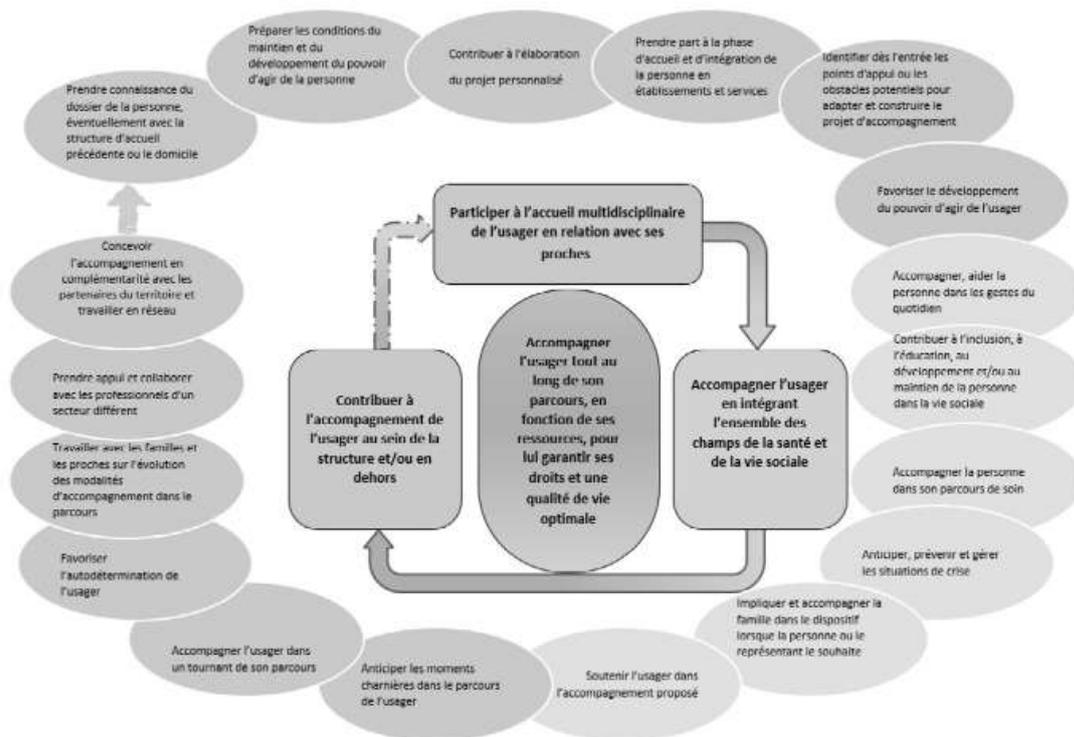
3.1. Préciser la logique de parcours inclusif

En tout premier lieu, la clarification de ce que recouvre la notion de logique de parcours inclusif a été réalisée. La logique de parcours a été définie dans un référentiel de compétences proposé par l'ARS à l'aide de trois grands domaines d'activités identifiés selon la spécificité des prestations du secteur médico-social. Ces domaines sont constitués d'un socle d'activités et sous-activités sur lequel reposent l'ensemble des prestations qui assurent la logique de parcours.

Le promoteur de parcours inclusif: coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire

Les temps d'intervention dans les structures médico-sociales nous ont conduits à proposer une évolution du référentiel de compétences sur la logique de parcours pour le rendre plus inclusif avec la mise en avant du pouvoir d'agir et la nécessité d'une coopération entre partenaires du territoire.

Schéma 2 – Référentiel complété de l'accompagnement dans une logique de parcours inclusif

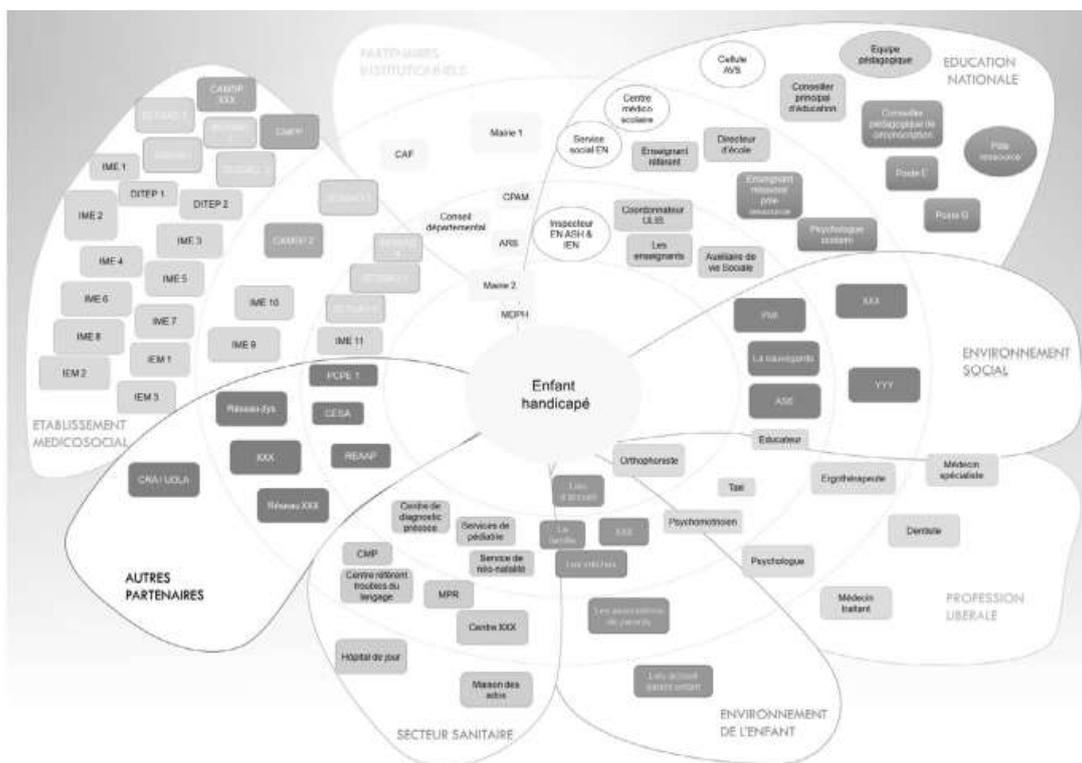


Concernant le premier socle d'activités, « participer à l'accueil multidisciplinaire de l'utilisateur en relation avec ses proches », nous avons fait évoluer le référentiel en proposant les sous-activités « préparer les conditions du maintien et du développement du pouvoir d'agir de la personne » et « favoriser le développement du pouvoir d'agir de l'utilisateur ». Concernant le deuxième socle d'activités, « accompagner l'utilisateur en intégrant l'ensemble des champs de la santé et de la vie sociale, nous avons complété en intégrant « soutenir l'utilisateur dans l'accompagnement proposé ». Enfin, dans le troisième socle d'activités, nous avons ajouté « favoriser l'autodétermination de l'utilisateur » et « concevoir l'accompagnement en complémentarité avec les partenaires du territoire et travailler en réseau ». Ces différents ajouts permettent d'interroger les professionnels sur leur posture professionnelle, leur relation à la personne accompagnée, leur relation aux partenaires du territoire qui seront des éléments retenus dans le cadre du promoteur de parcours inclusif.

3.2. Les partenaires du territoires, acteurs de la logique de parcours inclusif

Lors des accompagnements, le besoin d'une réflexion sur les partenaires est ressorti pour toutes les structures qui ont alors réalisé des cartographies mettant en évidence le nombre important de partenaires possibles à l'échelle d'un territoire.

Schéma 3 – Exemple de cartographie des partenaires sur un territoire réalisée par une structure au temps T2



Comme l'exprime le directeur d'une structure, identifier ses partenaires devient une nécessité afin de mieux les connaître pour pouvoir monter des projets et répondre aux nouvelles politiques des financeurs pour assurer la logique de parcours inclusif. « Aujourd'hui, il me semble que le discours est un peu différent de ce que j'en entends et j'en comprends. C'est de dire il y a des objectifs, des nouvelles politiques, des nouvelles orientations, quelle est la meilleure façon de coopérer, donc éventuellement de se regrouper, pour les atteindre ? Il me semble que la logique est un petit peu inversée : on ne se regroupe pas et ensuite on fait les projets, on fait des projets et en fonction de ces projets, on regarde quelle est la meilleure coopération, quel est le meilleur partenaire possible ? » (DG CAMPS/CMPP, octobre 2017. Extrait 1).

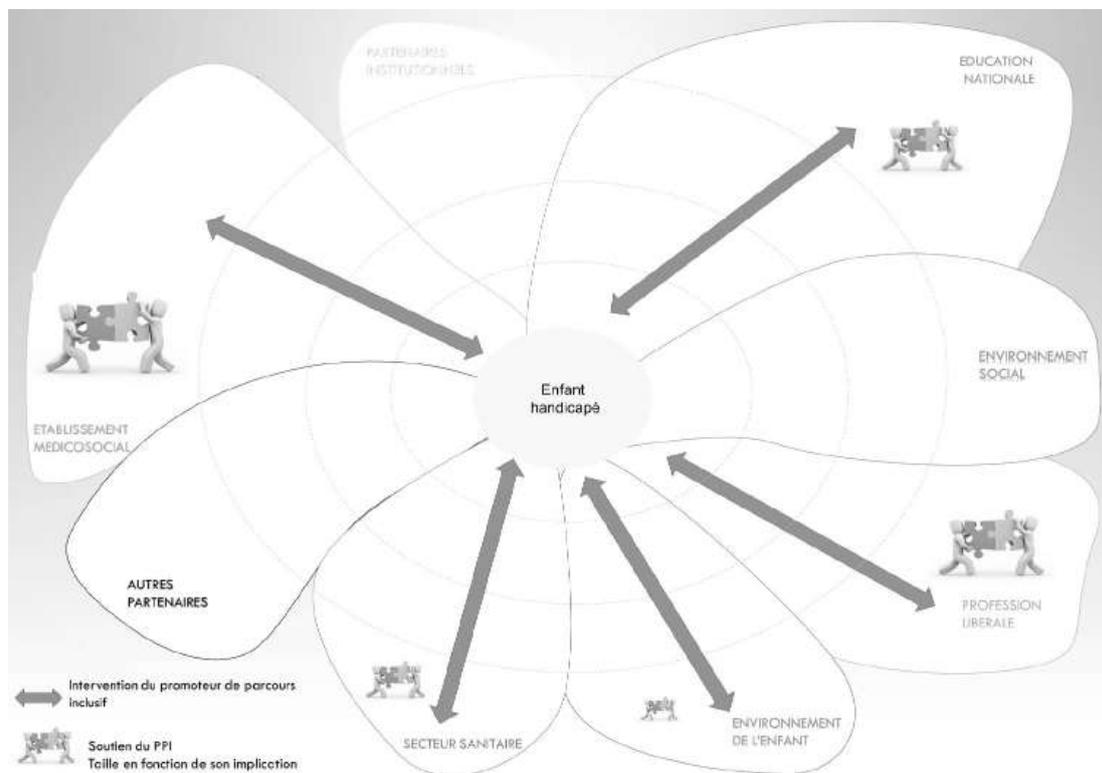
Les financeurs identifient la coopération comme un levier de la logique de parcours au niveau d'un territoire. « Nous, ARS, on doit favoriser le côté coopération d'acteurs, y a aussi des questions structurelles qui ne sont pas réglées et qui

Le promoteur de parcours inclusif: coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire

relèvent bien des institutions aussi. C'est pas qu'une injonction à coopérer. Après, il y a aussi le fait qu'on va essayer de favoriser le côté dynamique territorial de la coopération. » (Directrice Handicap, ARS, Entretien novembre 2017. Extrait 3).

Et de cette logique de projets menés à plusieurs qui permet de financer de nouvelles activités induites par la logique de parcours inclusif, le besoin de coordination sur un territoire émerge. En fonction de la personne accompagnée, les partenaires seront mobilisés pour leur pertinence et leur importance.

Schéma 4 – Proposition d'un schéma du lien entre PPI et la personne en situation de handicap sur un territoire



Les différents acteurs rencontrés dans notre recherche ont fait ressortir le besoin d'une réflexion et la clarification de l'incarnation de la coordination dans les organisations. « Alors, c'est là où on doit s'articuler avec les partenaires, et c'est pour ça que je parlais de la notion de référent de parcours parce qu'on s'est quand même beaucoup rendu compte cette année, qu'il y a l'émergence. Alors je dis émergence, c'est pas un nouveau métier tellement, parce que ça existe la coordination, tout le monde en fait et moi, il me semble c'est un métier essentiel des établissements médico-sociaux, mais, peut-être qu'il va falloir le faire différemment aujourd'hui, au vu des nouveaux textes ». (Directrice de la MDPH, avril 2017. Extrait 1).

À partir des éléments recueillis, nous avons coordonné la création d'un référentiel de compétences de la coordination du parcours inclusif avec des professionnels

réunis notamment dans deux focus groups. Ce référentiel définit un nouveau métier qui assurerait la coordination dans la logique de parcours des structures médico-sociales : le Promoteur de Parcours Inclusif.

3.3. Le PPI, un besoin pour la coordination sur un territoire

Des focus group, il est ressorti la définition suivante : le PPI est l'interlocuteur unique de la personne en situation de handicap et de la famille dans l'élaboration du projet individualisé. « Ce sera une personne de confiance » (Dir 2, FG2, extrait 1). Il soutient la personne dans la mise en œuvre du projet mais ne l'accompagne pas directement. Il est amené à prospecter pour mobiliser les ressources nécessaires et à promouvoir les nouveaux dispositifs de prise en charge. « Il va favoriser de nouvelles réponses sur un territoire » (Dir 1, FG1, extrait 1). Il formalise, coordonne les réponses et organise le contrôle de la mise en œuvre. « C'est un assistant du parcours de vie » (Dir 6, FG2, extrait 4). Il évalue l'atteinte des objectifs et la coopération entre les acteurs mobilisés dans les réponses.

Mais quel est le profil du PPI ?

Les structures médico-sociales proposent ces missions en complémentarité des postes exercés. Un moniteur d'atelier pourra être référent du parcours de l'usager dans un ESAT, un moniteur éducateur pourra suivre plus précisément des jeunes en IME, un éducateur spécialisé pourra exercer ces missions dans le cadre d'un SESSAD... Il nous semble toutefois que ces missions nécessitent des compétences différentes de celles détenues par ces salariés que ce soit dans leur cadre professionnel ou dans leur parcours de formation initiale. Pour favoriser le changement de paradigme que connaît le secteur médico-social, il est nécessaire d'en faire un métier nouveau en accompagnant ces salariés dans une montée en compétences sur des activités nouvelles et sur une nouvelle posture professionnelle (accompagnant vs soutien), en développant leur capacité de négociation auprès des différents partenaires. « C'est un coordonnateur de projet qui évite les ruptures, rassemble les personnes sur une plateforme de services. » (Dir 2, FG1, extrait 3). Nous pensons que les missions effectuées par le PPI ne sont pas complémentaires d'un métier existant mais nécessitent d'être valorisées à part entière dans les organisations de demain.

3.4. Mais que ferait le Promoteur de Parcours Inclusif ?

À partir du 1^{er} focus group et des interventions en structures, nous avons validé la description de blocs de compétences par le deuxième focus group. Les quatre blocs de compétences caractérisent la spécificité de ce nouveau métier du secteur médico-social dans une démarche chronologique proche du référentiel de l'ARS sur la logique de parcours. Chaque bloc de compétences est composé de six actions / activités pour représenter l'ensemble des prestations individualisées au sein des structures et des territoires.

Tableau 2 – Référentiel d’activités du « promoteur de parcours inclusif »

Le promoteur de parcours inclusif				
Bloc de compétences	Assurer une relation pertinente et adaptée avec le public accompagné	Mettre en place la réponse accompagnée	Suivre et accompagner le parcours	Concevoir l'accompagnement en complémentarité avec les partenaires du territoire et travailler en réseau
Activités	1.1 Avoir une vision globale du champ médico-social 1.2 Assurer une actualisation des politiques publiques 1.3 Identifier et connaître les partenaires du territoire et leurs actions 1.4 Informer sur les valeurs des structures du territoire 1.5 Adopter une posture favorisant le développement du pouvoir d’agir des personnes accompagnées. 1.6 Être capable d’analyser les situations rencontrées	2.1 Écouter et questionner pour favoriser l’émergence des besoins des publics 2.2 Formuler et proposer une ou des réponses adaptées aux besoins des publics mêmes le plus complexes 2.3 Mobiliser le droit commun dans une logique de parcours 2.4 Évaluer avec la personne la prestation ou le service proposé 2.5 Définir le coût de la prestation proposée 2.6 Négocier la prestation auprès des différents partenaires du parcours	3.1 Soutenir le bénéficiaire dans la relation avec ses prestataires 3.2 S’assurer de la bonne mise en œuvre de qualité de la prestation par rapport au projet de la personne 3.3 Anticiper les moments charnières dans le parcours de l’usager 3.4 Évaluer avec la personne l’opportunité d’une réorientation du projet d’accompagnement proposé 3.5 Favoriser l’autodétermination de la personne 3.6 Accompagner l’usager dans un tournant de son parcours	4.1 S’informer de l’évolution des connaissances et des spécificités concernant les pathologies, les technologies et les bonnes pratiques (...) auprès des professionnels compétents et experts (équipes mobiles, centre de références...) 4.2 S’appuyer sur les ressources et les compétences auprès des différents partenaires sur le territoire 4.3 Contribuer à la coordination des intervenants sur le territoire avec l’objectif d’articuler les interventions 4.5 S’assurer de la continuité des accompagnements et faciliter le travail des partenaires et autres professionnels intervenant, ponctuellement ou dans la durée, auprès des personnes 4.6 Collaborer avec d’autres professionnels, travailler en réseau

Un premier bloc de compétences consiste à « assurer une relation pertinente et adaptée avec le public accompagné ». Il convient aujourd’hui de davantage promouvoir les capacités et la participation des publics accueillis. Le pouvoir d’agir permet de considérer tout individu comme un “sujet capable”, responsable, autant que faire se peut, de ses décisions et de ses actions. Cet individu dispose de ressources qui constituent tout à la fois ses capacités d’agir (ce qu’il est capable de faire concrètement dans son quotidien) et de son pouvoir d’agir (ce qui lui est possible de faire réellement en tenant compte des caractéristiques concrètes des situations auxquelles il est confronté et dans lesquelles il réalise ses activités). Le pouvoir d’agir dépend des conditions internes et externes dans lesquelles agit l’individu, conditions évolutives par nature, en fonction de son état fonctionnel, de ses ressources effectivement disponibles, des occasions d’agir qui se présentent à lui (Clot, 2008). Maintenir et développer le *pouvoir d’agir* des personnes handicapées doivent être considérés comme la mission centrale des institutions qui les accompagnent.

Un deuxième bloc de compétences reprend les préconisations du rapport Piveteau et les obligations des financeurs de « mettre en place la réponse accompagnée » (Piveteau, 2014). Les professionnels des structures médico-sociales ont bien compris la nécessité d’être dans cette logique afin d’apporter à chacun une réponse à ses besoins. Le professionnel doit être capable de répondre à des besoins spécifiques et parfois complexes. Dans cette logique d’offre, il convient de partir des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs aidants. Comme le précisait un directeur d’une MAS (dir MAS, entretien 1), « Ça serait de se dire, effectivement, on héberge dans un premier temps, parce qu’il y a une place, mais le projet de vie veut un rapprochement au niveau du bassin géographique de la famille et il faut qu’on travaille cette notion de parcours et là,

on est vraiment sur cette notion de parcours, en disant, il y a une solution à un moment précis, et après, du coup, il y aura une autre étape.» C'est un véritable changement de paradigme qui est en jeu dans le secteur médico-social. Enfin, le milieu ordinaire doit être favorisé pour toute action, lorsque cela est possible et conforme aux souhaits des personnes (Bloch et Hénaut, 2014).

Le troisième bloc consiste à « *suivre et accompagner le parcours* ». Si le professionnel doit pouvoir anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours, ce bloc de compétences vise avant tout à travailler la posture du professionnel. Le professionnel doit « réellement « faire avec » les personnes » (Jouffray et Etienne, 2017, p 124) tout en gardant la juste distance. D'une logique d'évaluation de l'action par le professionnel, il convient désormais à la personne en situation de handicap de prendre conscience de ce qui a changé pour elle.

Le quatrième bloc de compétences vise à « *concevoir l'accompagnement en complémentarité avec les partenaires du territoire et travailler en réseau* ». Le professionnel doit être capable de répondre à la logique d'un « parcours » global alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale. « C'est de leur part tout un savoir-faire et un savoir-être à mettre en œuvre : avec beaucoup de délicatesse, car il faut parfois marcher sur des œufs vis à vis des autres professionnels, avoir une belle qualité de relation avec la personne en premier lieu, mais aussi avec l'entourage et les autres professionnels ; faire preuve d'agilité et d'adaptabilité. C'est aussi favoriser une démarche active de l'utilisateur. » (Bloch, 2017) Cela nécessite de sa part de connaître l'offre des partenaires du territoire, de se mettre à jour, de sortir d'une logique interne pour répondre collectivement à l'échelle d'un territoire.

Dans cette ébauche de référentiel, il n'y a pas de référence à la connaissance ou à la maîtrise des pathologies liées aux différentes formes de handicap (psychiques, moteurs...). Cela s'explique en partie parce que le cœur du métier consiste à soutenir les demandes et les besoins de la personne en situation de handicap pour faire le lien avec les acteurs du territoire, professionnels/experts capables d'y répondre. La connaissance approfondie des différents handicaps n'est pas, selon nous, un prérequis mais une connaissance qui pourra se faire en formations courtes et surtout par la pratique.

4. Discussion

Ce référentiel laisse ouvertes certaines discussions autour de la légitimité de ce nouveau professionnel et de son rattachement institutionnel.

4.1. Promoteur VS Coordinateur du parcours sur un territoire

Plusieurs intitulés existent déjà : gestionnaire de cas, référent de parcours de santé, médiateur de parcours inclusif... Un des objectifs du deuxième focus group était de définir l'intitulé de ce nouveau métier. Sous forme de brainstorming,

l'idée a été de proposer des noms... Dans la construction du référentiel, les professionnels avaient fait un parallèle dans l'évolution de ce métier entre la maîtrise d'ouvrage (la personne en situation de handicap) pour qui le projet est réalisé et le maître d'œuvre (le professionnel) qui suit la réalisation du projet, il est à la fois le pilote et le propriétaire de l'ouvrage. Le promoteur est ainsi le professionnel qui fédère d'autres professionnels sur un territoire afin de réaliser un ouvrage (la logique de parcours) s'inscrivant lui-même dans un territoire. C'est ainsi que le nom de « promoteur de parcours » a été proposé car il mettait en avant ces différentes dimensions, mais aussi l'idée de promotion nécessaire pour faire connaître ces nouveaux dispositifs aux différentes parties prenantes du projet présentes sur un territoire.

Selon le Larousse, le terme promoteur vient du latin *promovere*, faire avancer, « c'est une personne qui donne la première impulsion à quelque chose, qui cherche à faire admettre une conception nouvelle ». La notion de parcours a fait l'unanimité car elle caractérise bien les orientations actuelles.

Pour caractériser le type de parcours, un professionnel a proposé « parcours accompagné » pour faire écho à l'intitulé du rapport Piveteau. Si cette désignation était pertinente, elle risquait de brouiller le positionnement du métier car l'accompagnement est le cœur de métier des professionnels du secteur médico-social. Finalement, le « parcours inclusif » a été retenu car il met l'accent sur l'idée que ce parcours « contient en soi quelque chose d'autre » (définition du Larousse). C'est ainsi qu'est né le promoteur de parcours inclusif.

La question de l'appellation d'un métier n'est pas neutre. L'évolution des noms de certains métiers, comme l'éboueur qui devient ripeur, correspond souvent à une évolution du contexte des entreprises, des tâches, et de la formation. (Dubernet in Piotet, 2015). Le nom d'un métier permet de le rendre légitime, de le valoriser, et de le rendre acceptable dans un secteur donné, au sein des organisations qui vont proposer ce métier, auprès des personnes qui vont le choisir. La reconnaissance d'un nouveau métier passe par la constitution d'une communauté qui le légitime en lui assurant le statut de profession (Osty, 2003)

4.2. Quelle organisation pour soutenir ce PPI sur un territoire ?

Une question posée par les professionnels présents lors des focus groups est le rattachement de ce professionnel. Doit-il être salarié d'un établissement du territoire ? Dans ce cas, quelle est sa légitimité auprès des autres établissements ? Doit-il être rattaché à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ? Peut-il être créé ex nihilo ? La reconnaissance de ce nouveau métier se heurte aux éléments de GRH identifiés par Noguera et Lartigau (2009) : les contraintes des conventions collectives en cours dans le secteur (CC51 et CC66) ; un secteur avec des codes de diplômes spécifiques dans le sanitaire et social (éducateur spécialisé, aide-soignante...), des logiques de GPEC émergentes.

Dans un contexte de restriction budgétaire affirmé, il est intéressant d'illustrer ce nouveau métier à la lumière des travaux sur la coordination. Williamson (1985) analyse les structures de gouvernance pour minimiser les coûts de transaction et montre l'existence de formes d'organisation « hybrides ». Si l'on distingue ces trois configurations types, « Marché, Hiérarchie, Forme Hybride », nous pourrions imaginer trois formes d'organisation qui supporteraient la coordination :

- Le marché ou quasi-marché : la personne en situation de handicap et/ou son représentant légal réalise(nt) elle-même la coordination des différents intervenants,
- La hiérarchie : un établissement médico-social organise la prise en charge en intégrant les compétences, c'est le fonctionnement actuel,
- Forme hybride : un nouveau service est créé, indépendant des autres services de l'établissement, dont le PPI serait le principal acteur.

Les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) pourraient être assimilés à ces formes hybrides d'organisation, leur création devant s'appuyer sur un partenariat avec un établissement médico-social existant. Il « s'agit de dispositifs pérennes, souples et modulaires qui peuvent être mobilisés pour répondre à un besoin pérenne ou non de toute personne en situation de handicap dans un objectif inclusif afin de soutenir un projet de vie en milieu ordinaire ». (Instruction n° DGCS/SD3B/2016/119). Le déploiement des PCPE est décidé par l'ARS qui définit les territoires cibles et les publics visés par la mise en place d'appels à projet. Une étude du CREAL, « premiers retours d'expériences concernant les PCPE en région Auvergne – Rhône-Alpes » publiée en août 2018, pointe le rôle central de la proximité du service avec le lieu de vie de la personne, la question des territoires ruraux et leur nécessaire développement.

Un dispositif hybride d'internalisation de compétences-clés et d'externalisation d'un partage de compétences pourrait être la solution (Bartoli et Gozlan, 2014). La contractualisation plus ou moins formelle, la mise en commun de ressources pour l'activité et un contexte de possibles compétitions entre ces partenaires constitueraient les bases de ce dispositif hybride. Le PPI pourrait intégrer une telle structure car il favoriserait la mise en commun de compétences dans la prise en charge des personnes en situation de handicap, certainement sur une régularité transactionnelle entre des acteurs professionnels libéraux et des structures associatives, dans un contexte où une possible rivalité existe entre les différentes expertises. Selon Nalebuff et Brandenburger (1996), une logique de « co-opétition » (combinaison de coopération et de compétition) peut apparaître.

Ainsi, parce que les PCPE sont autorisés par l'ARS, le PPI serait légitime sur son territoire. Le secteur médico-social étant pour l'essentiel porté par des structures de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS), nous pensons que nous pouvons mobiliser l'ESS comme « mode d'entreprendre et de développement économique adapté à tous les domaines de l'activité humaine » (LOI n° 2014-856 du 31 juillet 2014) pour accélérer son déploiement. Ce mode de développement économique

pourrait être associé aux « communs sociaux » (Defalvard, 2017). Comme tout commun, ils se définissent par une construction autogouvernée, des ressources communes avec des droits distribués aux « commoneurs » mais qui se caractérisent « par la conversion démocratique de ressources sociales dotées de droits universels en des libertés réelles pour les individus » (Defalvard, 2017, p. 46). Les différents intervenants qui participent au projet de vie d'une personne en situation de handicap et la personne elle-même seraient les « commoneurs », et chacun pourrait être le PPI en fonction du besoin et dans l'intérêt de la personne en situation de handicap.

4.3. La logique de parcours sur un territoire multisitué de l'accompagnement

Nous pouvons donc affirmer qu'il y a une évolution du territoire de l'accompagnement avec la logique de parcours et les politiques publiques qui favorisent l'inclusion des personnes en situation de handicap. Dans cette évolution de l'accompagnement, nous proposons de considérer l'accompagnement sur un territoire multisitué (Giraut, 2013). L'accompagnement inclusif nécessite une localisation à différents endroits, selon les besoins de la personne en situation de handicap (sociaux, sanitaires, familiaux, éducatifs...), dans différents lieux (institution, cabinet médical, hôpital...) et selon ses temps de vie : l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte ou le temps du vieillissement.

Le territoire au sens de Moine (2006) a bien évolué en faisant bouger les lignes de l'espace dans lequel les sous-systèmes et les interrelations entre acteurs sont remaniés. L'accompagnement d'une personne handicapée se réalisait et se réalise encore souvent au niveau d'une institution, d'une structure. Le territoire de l'accompagnement est alors limité de manière un peu schématique à une structure et ses professionnels. Le lieu de l'accompagnement s'organise sur une échelle limitée plutôt interne à une organisation. Les acteurs référents de ce territoire de l'accompagnement se limitent à la personne en situation de handicap, aux professionnels de la structure, et plus ou moins à la famille. Les acteurs financeurs sont extérieurs au territoire de l'accompagnement et permettent la réalisation de l'accompagnement dans une logique de prise en charge institutionnalisée.

Les dernières politiques publiques et les modes de financement qui en découlent sont une des boucles de rétroaction (Moine, 2006) qui font bouger les lignes du territoire de l'accompagnement. Pour répondre à cette évolution, certains acteurs du territoire s'organisent et se questionnent pour outiller le nouveau territoire de l'accompagnement inclusif. Finalement, le métier de promoteur de parcours inclusif pourrait être un des acteurs appartenant à plusieurs réseaux d'un nouveau territoire de l'accompagnement. Et le PPI serait une personne frontière (Star et Griesemer, 1989 ; Trompette et Vinck, 2009), qui assure un minimum de cohésion entre différents mondes pour s'adapter aux besoins et contraintes spécifiques de chacun de ces mondes. Dans ces cas-là, il y aurait

deux territoires qui s'articuleraient dans deux temps différents : le temps de l'accompagnement non inclusif et le temps de l'accompagnement inclusif.

Conclusion

Notre recherche propose une réflexion sur la coordination au niveau d'un territoire dans la logique de parcours instituée dans les structures médico-sociales. Les contours d'un nouveau métier de coordination de cette logique d'accompagnement à l'échelle d'un territoire sont dessinés. Le promoteur de parcours inclusif assure une relation pertinente et adaptée avec le public accompagné, met en place la réponse accompagnée, suit et accompagne le parcours. Il conçoit l'accompagnement en complémentarité avec les partenaires du territoire et travaille en réseau. À l'interface de différentes structures, au service de la réalisation du projet de vie de la personne en situation de handicap, il sera un acteur-clé de l'inclusion et de la continuité du parcours de vie. Cette recherche apporte d'un point de vue théorique une réflexion sur le concept de coordination dans le champ du médico-social. Elle donne des éléments de réponse à la mise en œuvre concrète de la coordination à l'échelle d'un territoire à des directions de structures médico-sociales et aux financeurs comme les Agences Régionales de la Santé. Enfin, cette réflexion sur la coordination veille à mettre au cœur du dispositif le libre-arbitre, le pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap.

La définition de ce nouveau métier n'est cependant peut-être pas l'étape la plus difficile. Proposer un nouveau métier ne présuppose pas l'acceptation facile de celui-ci. Malherbe (2018) montre la lente et difficile construction identitaire d'un métier dans le secteur médico-social. Selon le positionnement institutionnel et le contexte de chaque structure, un métier peut prendre des figures différentes. Il nous reste donc à suivre l'évolution de cette coordination qui s'avère nécessaire. Notre recherche se limite à l'étude d'un métier, aux activités de celui-ci et ne se veut en aucun cas la solution à tous les enjeux de coordination qui se jouent actuellement dans le médico-social.

Certains aspects de ce métier n'ont pas été encore posés. Comment celui-ci se rattache-t-il dans une structure en termes de qualification, de rémunération ? Quel serait le niveau de qualification requis ?

Bibliographie

ALLARD-POESI F., PERRET V. (2003), « La recherche-action », in Y. Giordano (coord.), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Editions EMS, Paris, pp. 85-132.

ALSENE E., PICHAULT F. (2007), « La coordination au sein des organisations : éléments de recadrage conceptuel », *Gérer et comprendre*, mars 2007. N° 87. pp. 61-77.

Le promoteur de parcours inclusif: coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire

BARTOLI A., GOZLAN G. (2014), « Vers de nouvelles formes hybrides de coordination en santé mentale : entre conformité et innovation », *Revue Management & Avenir*, 2014/2 N°68. pp. 112 à 133.

BAUDURET J.-F. (2017), *De l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Institutions sociales et médico-sociales, Dunod, Paris, 2e édition.

BEAUCOURT C., KUSTOSZ I., MASINGUE A., ROUX L. (2014), « La coordination au sein des maisons de santé : d'une mise en cohérence à l'animation d'interactions », *AIRMAP*, « *Gestion et management public* », 2014/2 Volume 2/ n°4 | pp. 61 à 79.

BERLAND Y., BOURGUEIL Y. (2010), « Évolution des métiers de la santé. Coopérations entre professionnels », *Revue ADSP*, N° 70, Mars 2010. pp. 13-66.

BLOCH M.-A., HENAUT L. (2014), *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris, 316 p.

BLOCH M.-A. (2017), « Une réponse accompagnée pour tous : Quel rôle pour les différents types de coordinateurs ? », « *Une réponse accompagnée pour tous. Coordination et parcours : Nouvelles pratiques, nouveaux métiers ?* », Journée RAPT du 11 octobre 2017. Saint-Etienne

CHALLIS D., HUGUES J., BERZINS K., REILLY S., ABELL J., STEWART K. (2010), "Self care and case management in long term conditions : the effective management of critical interfaces", *Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme*. Southampton. NIHR. Discussion Paper M245-3. Disponible sur internet. Dernière consultation le 24/02/2019 https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/Dementia_and_domiciliary_care_-_PSSRU_full_report.pdf

CLOT Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, PUF, Coll. Le travail humain.

CNSA E.-Y., GROUPE ENEIS (2017), « Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », premiers enseignements et retours d'expérience », *Rapport de capitalisation*. Juillet 2017.

CREAI (2017), « Premiers retours d'expériences concernant les PCPE en région Auvergne – Rhône-Alpes. Analyse qualitative auprès d'un échantillon de PCPE », *Rapport pour l'ARS AURA*. Disponible sur internet. Dernière consultation le 24/02/2019. http://www.creai-ara.org/wp-content/uploads/2018/09/Retours_qualitatifs_PCPE_CREAIARA_092018.pdf

DEFALVARD H. (2017), « Des communs sociaux à la société du commun », *RECMA*, 2017/3 (N° 345), pages 42 à 56.

DOLLET A. (2014), « Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé », *Association de recherche en soins infirmiers*. « *Recherche en soins infirmiers* », 2014/3 N° 118. pp. 62 à 74.

DUBAR C. (1991), *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Armand Colin. Coll. U. Sociologie. 278 p. Paris.

EISENHARDT K.M. (1989), "Building Theories from Case Study Research", *Academy of Management Review*, Vol. 14 N°4, p. 532-550.

GIRAUT F. (2013) « Territoire multisitué, complexité territoriale et postmodernité territoriale : des concepts opératoires pour rendre compte des territorialités contemporaines ? », *L'Espace géographique* 2013/4 (Tome 42), p. 293-305.

GLASER B., STRAUSS A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory. Strategies of Qualitative Research*, London Wiedenfeld and Nicholson.

JAEGER M. (2010), « L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs », *ERES, « Vie sociale »*, 2010/1 N° 1. pp. 13 à 23.

JOUFFRAY C., ÉTIENNE C. (2017), « Vous avez dit participation ? Apports de l'approche centrée sur le dpa-pc sur cette question », *ERES, « Vie sociale »*. 2017/3 n° 19. pp. 107 à 125.

LE BŒUF D. (2010), « À l'heure de la réorganisation des soins dans les territoires », *Tribune, Revue ADSP*, N° 70, Mars 2010. p. 61-62.

LOUBAT J.-R., HARDY J.-P., BLOCH M.-A. (2016), *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Collection : Santé Social, Dunod. Paris. 384 p.

LOUBAT J.-R. (2017), *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale* – 2e édition. Collection : Santé Social, Dunod. Paris. 252 p.

MALHERBE D. (2018), « L'incertaine construction d'une identité professionnelle : les directeurs et cadres d'ESMS associatifs dans le secteur gérontologique », *Management Prospective Ed. | « Management & Avenir Santé »*. 2018/2 N° 4 | pp. 13 à 33.

MOINE A. (2006), « Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie », *L'Espace géographique*, 2006/2 Tome 35, pp. 115-132.

NALEBUFF B., BRANDENBURGER A. (1996), *La co-opétition, une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération*, Village Mondial, Paris.

NOGUERA F., LARTIGAU J. (2009), « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Management & Avenir*, 25(5), 290-314.

OSTY F. (2003), *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Editions Presses Universitaires de Rennes, Collection « des Sociétés ». Rennes, 245 p.

PAQUOT T. (2011), « Qu'est-ce qu'un « territoire » ? » *ERES, « Vie sociale »*, 2011/2 N° 2. pp. 23 à 32.

Le promoteur de parcours inclusif: coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire

PIVETEAU D., ACEF S., DEBRABANT F.-X., JAFFRE D., PERRIN A. (2014), « « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Tome 1, *Rapport, Ministère des affaires sociales et de la santé*, FRANCE. 151 p.

PIOTET F. (2015), *La révolution des métiers*, PUF, Le lien social. Paris.

ROBELET M., SERRE M., BOURGUEIL Y. (2005), « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*. 2005/1, pages 231 à 260.

SAINSAULIEU R. (1997), *Sociologie de l'entreprise*, Presses de la FNSP et Dalloz, Paris.

SEBAI J. (2016), « Une analyse théorique de la coordination dans le. Domaine des soins : application aux systèmes de soins », Coordonnés. *S.F.S.P. « Santé Publique »*. 2016/2 Vol. 28. pp 223 à 234.

STAR S., GRIESEMER J. (1989), "Institutional ecology : translations and boundary objects : amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939", *Social Studies of Science*, vol. 19, p 387-420.

TISSIOUI M. (2008), « Essai de modélisation du processus de naissance des métiers : cas des métiers de soins », *Management & Avenir*, 2008/3 (n° 17), pages 234 à 258.

TROMPETTE P., VINCK D. (2009), « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2009/1, Vol. 3, n° 1, p. 5-27.

WILLIAMSON O.E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*, New York, NY, The Free Press.

YIN R.K. (2009), *Case Study Research. Design and Methods*, 4th Edition, Sage Publications.

Annexe n°1 : Détail des temps de la recherche

Les temps de recueil se distinguent de la façon suivante :

Temps 1 : étude documentaire à partir de différents documents :

Différents documents étudiés
Les textes et loi réglementant le secteur médico-social
Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité (PRAPS). 2018-2023 de la région Auvergne-Rhône-Alpes (AURA)
Le Cadre d'orientation stratégique de l'ARS AURA 2018-2028
Le Schéma régional de santé 2018-2023 de l'ARS AURA
Un référentiel de compétences : « Activités et compétences autour du parcours de vie de l'usager : personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladie chronique ». Publié par l'ARS et UNIFAF en 2016, et mis à jour en janvier 2019 suite à nos suggestions.

Temps 2 : projet « Accompagnement au parcours de vie de l'usager » : de juillet 2017 à mars 2019, nous avons participé à un projet d'accompagnement de 6 structures médico-sociales sur le département de la Loire (42). L'organisation du recueil des données s'est effectuée de la façon suivante : chaque intervention était réalisée à partir d'entretiens semi-directifs avec la direction, le président, les chefs de service et les représentants du personnel. Pour la majorité des structures, nous avons également eu accès à des documents internes : le projet associatif, le dernier rapport d'évaluation externe, le dernier rapport d'activités, un exemple de projet personnalisé, les organigrammes. Ensuite, nous avons animé trois jours autour du référentiel « Activités et compétences autour du parcours de vie de l'usager » avec des personnels pluridisciplinaires (Aides-soignantes, éducateurs, infirmiers, éducateurs techniques, secrétaires...).

Tableau 1 – Récapitulatif des interventions dans le temps 2

	Entretiens De 30' à 1h30 De juillet 2017 à janvier 2018	Diagnostic De septembre 2017 à mars 2018	Accompagnement De juillet 2018 à mars 2019
Directrice de l'ARS AURA	Un entretien d'1h30		
Directrice de la MDPH 42	Un entretien d'1h35		
Insp. Aca. Handicap Loire	Un entretien d'1h25		
ESAT 1	Directeur général + DRH Responsable de l'accompagnement Représentants des usagers	6 1/2 journées	6 journées 3 1/2 journées
FAM 1 Adapei 42	Présidente Directeur général + DRH Directeur de territoire Directeur du site Chefs de services Représentants du personnel	6 1/2 journées	6 journées 3 1/2 journées
ESAT 2 Adapei 42	Présidente Directeur général + DRH Directeur de territoire Directeur du site Chefs de services	6 1/2 journées	6 journées 3 1/2 journées
ESAT 3 PEP 42	Président Directeur général Directeur du site Représentants du personnel	6 1/2 journées	6 journées 3 1/2 journées
IME 1 PEP 42	Président Directeur général Directeur du site Représentants du personnel	6 1/2 journées	6 journées 3 1/2 journées
CAMPS CPMPP	Président Directrice générale Directrice adjointe Représentants du personnel	6 1/2 journées	6 journées 3 1/2 journées

De ces journées de diagnostic nous faisons une proposition de journées d'accompagnement pour renforcer les compétences des structures. Les thèmes les plus proposés ont été : l'évolution du cadre réglementaire, la place de la personne dans son projet de vie, la définition du coordinateur référent.

Temps 3 : nouveau référentiel : restitution à l'ARS d'un référentiel enrichi par les observations réalisées dans les interventions du temps 2.

Ce nouveau référentiel présente trois grands domaines d'activités identifiés qui caractérisent la spécificité des prestations du secteur médico-social.

Temps 4 : focus group pour l'élaboration du référentiel du PPI : deux focus group (octobre 2018, février 2019) ont été organisés en parallèle pour mener une réflexion sur la coordination des parcours dans un accompagnement inclusif. L'objectif de ces deux focus group était de confirmer l'existence d'un besoin, de valider les activités et compétences de ce métier émergent. Ceux-ci ont été constitués de directeurs (Association Saint-Nicolas, ADPAEI 42, ADAPEI 43, A IMCP Loire, PEP01), de chefs de services (AIMCP Loire, APF, APAJH), d'une éducatrice

(AIMCP Loire), d'un consultant ancien directeur d'établissement (Trisomie 21 Loire), d'une administratrice de Trisomie 21 France, d'une représentante de la Maison Départementale des Personnes Handicapées Loire, d'un responsable de département de formation. Lors du premier regroupement, nous avons profité de l'expertise de Marie-Aline Bloch (BLOCH, 2017). Il s'agissait d'interroger les professionnels sur leur perception de ce nouveau métier présenté dans un premier temps comme coordinateur de parcours. Les questions posées étaient : Qu'est-ce qu'un coordinateur de parcours ? Que fait-il ? Comment ? Avec qui ? Quel est son degré d'autonomie ? Quel niveau de responsabilité ? Notre rôle était d'animer la séance afin de favoriser les échanges : ce qu'il est, ce qu'il n'est pas, que fait-il ? Quelle différence par rapport aux autres métiers ? Quelles contraintes ? quels risques ? N'y a-t-il pas un danger d'hyper responsabilisation des personnes en situation de handicap ?...

Lors du dernier focus group, nous avons présenté, dans un premier temps, le référentiel « Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur » pour échanger sur les besoins émergents des professionnels. Si cette présentation a permis de réaffirmer les missions réalisées par les établissements présents, elle a eu le mérite de mettre en exergue l'importance de concevoir l'accompagnement dans la complémentarité des acteurs du territoire et de travailler en réseau. Nous avons ensuite échangé sur les grandes activités et tâches à réaliser. Enfin, nous avons terminé par une réflexion sur la dénomination de ce métier.