

La coordination : un processus, une procédure

Yvon Schléret, Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine (ORSAS)

Journée du Forum Lorraine Alzheimer 6 novembre 2004

L'intervention que je vous propose va s'articuler sur trois points en traitant de la coordination :

- Dans un premier temps, je tenterai de rappeler comment et pourquoi cette notion, avec d'autres qui lui sont voisines, structure aujourd'hui la réflexion sur la mise en œuvre d'actions collectives ou de politiques publiques.
- Je distinguerai ensuite ce qui, dans la coordination, relève du processus et ce qui appartient à la procédure. Cette distinction peut permettre de mieux comprendre ce qui est à l'œuvre dans une action de coordination.
- Enfin, j'évoquerai quelques freins à tout projet qui vise à coordonner les acteurs.

Il existe au moins deux niveaux de coordination, entre lesquels un lien indispensable doit être tissé. Le niveau de proximité, autour de la personne, est une coordination opérée par les professionnels de terrain. Le niveau territorial vise à la mise en cohérence, à un échelon territorial donné, de toutes les réponses apportées. Ce second niveau de coordination est le fait des directeurs des établissements ou de leurs représentants, c'est-à-dire ceux qui ont en charge les intérêts stratégiques de l'institution.

I – Comment et pourquoi la coordination : Un nouveau modèle d'intervention

La coordination est une notion relativement ancienne, évoquée dès les années 1960. Pierre Laroque¹ en avait posé le principe et défini les modalités dans le "Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse" plus connu sous le nom de Rapport Laroque. La réalisation des recommandations préconisées par ce rapport a commencé à la fin des années 1970, dans le cadre des programmes d'actions prioritaires du VII^{ème} plan.

La notion de coordination s'inscrit dans un champ sémantique où plusieurs termes voisins sont utilisés pour évoquer de mêmes principes d'organisation du travail ensemble. Au gré des années, peut-être des modes, l'un ou l'autre de ces termes est plus prégnant. De nouveaux concepts apparaissent aussi pour évoquer des aspects similaires. Quels sont ces termes qui côtoient celui de coordination : partenariat, réseau et, plus récemment, gouvernance. Certes chacun peut avoir sa spécificité ou ses nuances d'application, mais ils se réfèrent tous à un modèle d'intervention qui s'est progressivement développé depuis une bonne vingtaine d'année et qui tend à devenir aujourd'hui une norme d'évaluation par les pouvoirs publics.

Intégration, négociation et contractualisation

Le principe de base est celui de **l'intégration des différents moyens et acteurs autour d'un projet ou d'un objectif**. Cette intégration est rendue nécessaire par la division sociale du travail qui a conduit à la multiplication des professionnels, des organismes, des spécialisations, etc. Or aucun acteur ne dispose des connaissances et des moyens nécessaires pour résoudre les problèmes qui se posent à lui. La qualité de la réponse apportée aux besoins des personnes dépend de cette capacité à intégrer dans un ensemble cohérent les différents intervenants, voire à solliciter ceux qui ont les compétences requises mais qui sont encore partiellement écartés de la réponse commune. C'est pourquoi la coordination se présente comme une initiative des professionnels pour améliorer l'exercice de leur activité.

¹ Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque (publié en 1962)

Ce modèle de l'intégration des différents moyens autour d'un projet implique la **participation** d'un ensemble diversifié d'acteurs publics et privés sur la base de **logiques négociées et contractualisées**. Ces deux mots sont importants car la coordination n'est pas un marché ouvert où chaque opérateur se positionne comme il le veut, quand il le veut et vient chercher ce dont il a besoin pour ses intérêts stratégiques. La coordination c'est souvent même accepter d'abandonner une partie de sa souveraineté dans la prise de décision pour répondre à l'intérêt supérieur des personnes prises en charge.

Le mouvement de modernisation de l'intervention de l'Etat

Ce modèle d'intervention a été ensuite valorisé, conforté, voire érigé en norme, par les pouvoirs publics. Et ce d'autant plus facilement qu'il rompt avec le fonctionnement administratif classique qui pouvait se limiter à une simple mise en œuvre de contraintes réglementaires souvent définies à l'échelon central ou de mise à disposition de moyens. Aujourd'hui c'est davantage la logique de projet qui prévaut. Cette logique s'est mise en place progressivement et de manière concomitante avec la décentralisation et la déconcentration des services de l'Etat. Cette logique vient d'ailleurs d'être renforcée par une modification importante de la gestion des services de l'Etat. Je pense plus particulièrement, et par exemple, à la Loi organique relative aux lois de finances qui va entrer incessamment en application et qui va bouleverser le champ des interventions publiques. Avec cette loi organique, on passe d'une logique de moyens à une logique de projets et de résultats soutenue par la fongibilité des ressources financières. Or la mise en œuvre de cette logique de projet et de résultat va nécessiter la mise en cohérence des différentes interventions à financement public et impliquer les principes de coordination telles qu'ils ont été définis précédemment.

Dans le même ordre d'idée, on peut rappeler qu'en terme d'aménagement du territoire, certains experts de la question préconisent de limiter ou de ne plus se contenter d'une planification des infrastructures pour valoriser la synergie entre les différents acteurs.

La fin des rapports hiérarchiques

Dans sa modélisation idéale, la référence à des pratiques intégrées, négociées et contractualisées entre les différents acteurs rompt également, faut-il le rappeler, avec les logiques de type notabiliaires qui peuvent encore exister et qui reposent alors sur des relations d'allégeance et des rapports personnalisés d'échange ou de dépendance.

La notion de gouvernance ou de nouvelle gouvernance qui commence à connaître un certain succès renvoie aux mêmes principes en élargissant toutefois le champ des acteurs puisqu'elle inclue plus largement la société civile. Mais les principes restent les mêmes que ceux déclinés pour la coordination.

« Dans la nouvelle gouvernance, les acteurs de toute nature et les institutions publiques s'accordent, mettent en commun leurs ressources, leurs expertises, leurs capacités et leurs projets et créent une nouvelle coalition d'action fondée sur le partage des responsabilités »¹.

L'évolution des pratiques professionnelles

Ce sont aussi les pratiques professionnelles qui ont évolué et qui plaident aujourd'hui pour la nécessité de la coordination. Je pense ici plus particulièrement à ce que l'on peut appeler à la coordination des acteurs autour de la personne ou du patient. Je pense notamment à la manière d'aborder ce que l'on appelle l'approche globale. Elle était d'abord définie comme la prise en charge concomitante de toutes les dimensions d'une personne : santé, médical, psycho-sociale, etc. **Or la référence à la globalité s'est progressivement étendue de la personne vers l'intervention qui doit aussi être globale.** C'est-à-dire qu'elle doit couvrir un ensemble d'étapes allant, sans rupture, du diagnostic

¹ François-Xavier MERRIEN in Revue internationale des sciences sociales N°155

jusqu'à la mise en œuvre effective de la réponse la plus adaptée aux besoins de la personne. Ce qui suppose d'intégrer dans la réponse toutes les étapes de production ou de recherche de l'offre de prise en charge adaptée et d'accès à cette offre. Autrement dit la garantie de la continuité des soins ou de la prise en charge. Et c'est là, également, que l'intégration des différents acteurs et des différents organismes concernés devient indispensable. Non seulement pour trouver la bonne réponse immédiate à la situation d'une personne mais aussi pour faire en sorte qu'une diversité des réponses puisse exister sur le territoire où l'on intervient, ce qui n'est pas encore toujours le cas.

On voit par là que le champ sémantique de départ s'élargit pour concerner une autre notion qui structure les politiques publiques aujourd'hui, la notion de territoire. Pour la coordination de proximité, les pratiques et les relations s'inscrivent nécessairement dans un territoire donné. Et les politiques territoriales supposent une mise en cohérence des acteurs.

Ce modèle avec ses mots clés (un territoire, un projet, une intégration des différents acteurs avec des logiques concertées et contractualisées, des valeurs partagées) n'est pas propre au secteur médical ou médico-social. Il traverse toutes les politiques publiques : Education nationale, Politique de la ville, action sociale, environnement, etc.

II – La mise en œuvre du modèle : entre processus et procédure

Si ce modèle d'intervention est séduisant d'un point de vue rationnel, il faut reconnaître qu'il n'est pas facile à mettre en œuvre. La coordination entre les partenaires pour un projet global territorialisé ou pour ce qu'on appelle la coordination de proximité n'est pas spontanée. Il ne suffit pas de les rassembler, ou de les convoquer, pour que cela marche. Trop de logiques s'opposent ou freinent l'intégration des acteurs autour d'un objectif commun : les logiques institutionnelles, les logiques financières, les logiques de clientèle, les cultures différentes ou les manières d'appréhender les réalités sur lesquelles on veut intervenir, etc.

C'est pourquoi la mise en œuvre d'une coordination est d'abord un long processus d'apprentissage progressif du travailler ensemble avec, peut-être, au départ des objectifs limités. Cette démarche ascendante s'oppose à une autre qui vise à décréter la coordination, l'imposer directement ou indirectement. Or, l'histoire sanitaire et sociale française connaît quelques échecs en ce domaine. Je ne citerai qu'un exemple déjà ancien, car il y a prescription par rapport à cette dénonciation.

La circulaire du 7 avril 1982 créait des postes de coordonnateurs gérontologiques avec une aide incitative de démarrage importante pour le financement des postes. C'était bien une démarche imposée par le haut qui a fait long feu. Il est vrai que dans l'esprit du ministère il y avait deux objectifs à la fois : créer de l'emploi et assurer une coordination. Les cas où le bilan était plutôt positif concernaient les endroits où le processus de coordination existait déjà depuis longtemps, sans pour autant qu'il se nomme ainsi et que l'aide financière de l'Etat est venu stabiliser ou renforcer.

La mise en place d'une procédure de coordination en application d'un texte a souvent des effets contraires à ce qui est recherché ou souhaité. L'évaluation réalisée, en 2002, par l'INSERM auprès de cinq CLIC (Centres locaux d'information et de coordination) le confirme pour certains d'entre eux. Dans ce cas, les conditions dans lesquelles les C.L.I.C. avaient été créés et autorisés, avaient produit des effets négatifs. Et les auteurs de ce rapport de souligner les dangers d'un « placage » par un opérateur. Les arguments développés par l'opérateur sont certes fondés sur le principe de la nécessité de coordination, mais la mise en œuvre fait fi des logiques à l'œuvre dans un processus aussi complexe. Cela a pour effet de générer des résistances de la part des acteurs concernés.

L'évaluation par l'équipe de l'INSERM montre également que les CLIC observés qui ont le mieux réussi leurs objectifs sont ceux qui ont hérité d'une histoire locale en matière de coordination gérontologique, c'est-à-dire là où le processus était déjà à l'œuvre depuis longtemps. En insistant toutefois qu'il est nécessaire pour eux qu'ils sachent ensuite s'en démarquer pour gagner en crédibilité.

Certes, dans cette perspective, la qualité du processus mis en œuvre doit pouvoir s'institutionnaliser et se professionnaliser pour assurer la pérennité de l'action. Il rejoint alors la démarche de procédure, entendue dans un autre sens, pour se doter de conventions, d'outils communs négociés. Dans ce passage d'une étape vers l'autre, le chef de projet ou le coordonnateur a un rôle important à tenir à condition qu'il ne se limite pas à une approche technique du traitement de la coopération comme un ajustement des compétences et des moyens. Il doit aussi pouvoir tenir un rôle de médiateur, c'est-à-dire le rôle de celui qui s'entremet pour effectuer un accord entre plusieurs acteurs. Il inscrit alors l'action en tant qu'élaboration d'un compromis, ce qui signifie qu'il amène les différents acteurs à construire ensemble l'action envisagée dans sa dimension politique et technique. Or il faut reconnaître que, bien souvent, notre formation initiale ne nous a pas préparés à ce travailler ensemble qui suppose des capacités de négociation, de contractualisation, d'écoute, de gestion de projet.

Dans le même ordre d'idée, je peux citer un exemple lié à ma pratique professionnelle, celui de l'observation ou de la réalisation de diagnostics. Les diagnostics élaborés par des techniciens sans associer les autres acteurs ont une utilité limitée quelque soit leur qualité, car ils n'intègrent pas les capacités d'action des différents partenaires, leurs logiques et leurs intérêts. C'est pourquoi la notion d'observation partagée connaît aujourd'hui un certain succès. Car, dans les faits, il s'agit beaucoup plus qu'une simple production de connaissances, c'est aussi un outil d'intervention. L'observation partagée est en effet un des supports privilégié pour engager une coopération entre les différents acteurs, confronter leurs points de vue, travailler sur leurs représentations communes, ajuster leurs logiques d'intervention et construire à partir de là une compréhension partagée.

III – Les freins à la mise en œuvre

Tout processus de coordination s'inscrit dans un contexte plus vaste qui peut induire des freins à sa réalisation.

- **Le cloisonnement des structures administratives de l'Etat et des collectivités territoriales**

La plupart de nos politiques sont co-gérées, au moins dans le domaine médico-social et social. Elles sont cogérées par le couple Etat-Département, le couple ministère-Sécurité sociale. Il peut même y avoir des situations avec trois gestionnaires. Et tout ce qui a été dit précédemment sur la coordination s'applique aussi à la mise en cohérence de leurs propres actions ou interventions. Souvent les rapports sont équilibrés, mais quelquefois ils le sont nettement moins. Ce qui a bien sûr des répercussions sur tout projet de coordination qu'il s'agisse d'une coordination de proximité ou d'une coordination à un échelon territorial. Mais l'expérience montre aussi que là où existent de tels dysfonctionnements, le partenariat de terrain est souvent fortement développé même s'il ne peut pas s'inscrire de fait dans une procédure avec un affichage visible et lisible de priorités communes.

- **Les contradictions des modes de financement**

L'incitation ou l'encouragement au partenariat des acteurs doit aussi tenir compte des modes de financement des interventions, non pas de la coordination en elle-même, mais du métier premier des acteurs appelés à coopérer. Or la mise en concurrence, explicite ou implicite, des différents acteurs devient un outil de régulation des dépenses publiques. Il ne s'agit pas, avec ces propos, de mettre en cause cet outil mais de souligner les effets pervers qu'il peut engendrer sur la coordination dans la mesure où il faut travailler ensemble tout en se sachant éventuellement concurrent. Il y a là peut-être un enjeu nouveau pour la coordination, celui d'arriver à transcender ou dépasser cet aspect.

- **Les modalités de financement de la coordination elle-même**

La situation française est telle que les bénéficiaires les plus directs, les usagers, ne considèrent généralement pas, pour des raisons historiques de notre système de protection sociale, qu'ils ont à payer pour la coordination. On recherche donc des financements auprès de l'ARH, de l'URCAM, des CRAM, des DDASS ou DRASS, des Conseils Généraux, des municipalités, d'organisations privées (Fondation de France, Fondation Médéric par exemples). Lorsque ces organismes acceptent d'apporter leur concours, c'est en général pour aider au démarrage des expériences, pas toujours pour les financer de manière pérenne.

- **L'évaluation de la coordination**

La question du financement de la coordination en appelle une autre, celle de l'évaluation des expériences, non pas tellement en terme de santé publique, mais en termes économiques, c'est-à-dire en termes de coût et d'efficacité. Celle du coût ne pose pas de problème majeur. La difficulté est plutôt d'ordre pratique et consiste à prendre en compte les coûts résultant du temps passé par les professionnels n'appartenant pas à la structure de coordination dans l'activité de celle-ci (temps de réunion, de contact), à côté des coûts (personnel et fonctionnement) identifiables propres à la structure.

Par contre, celle de l'efficacité en pose plus. Dans ce domaine, il semble que les outils des économistes soient encore mal adaptés à cette situation, la plupart de ceux qui sont disponibles ayant été forgés dans le cadre d'un modèle d'économie classique où c'est le marché et les prix qui régulent les stratégies des acteurs.

- **Une certaine confusion dans l'usage des notions**

Les mots coordination, réseau, partenariat se sont, à mon sens, très largement galvaudés ces dernières années. Tout ce qui relève de la relation interprofessionnelle n'est pas du partenariat. Il n'y a partenariat qu'à partir du moment où des objectifs communs ont été définis ensemble et lorsque les acteurs se sont choisis mutuellement pour atteindre ces objectifs. Il ne peut pas y avoir partenariat entre l'Etat ou les collectivités locales et les opérateurs, car la relation avec les financeurs est presque toujours une relation de dépendance. Il y a alors travail en commun mais pas de partenariat puisqu'il n'y a pas parité dans la négociation.

Il est donc nécessaire de bien définir au départ le modèle d'organisation auquel on se réfère et par rapport auquel on pourra juger sa propre action et être évalué.