



Projet et Recherches sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie en France

Rapport PRISMA France
Intégration des services aux personnes âgées :
La recherche au service de l'action

Sous la responsabilité de :

Dominique Somme
Olivier Saint-Jean

Auteurs (ordre alphabétique) :

Sébastien Carrier
Yves Couturier
Francis Etheridge
Dominique Gagnon
Laurence Leneveut
Catherine Périsset
Olivier Saint-Jean
Dominique Somme
Hélène Trouvé

Remerciements :

Sylvie Lemonnier
Virginie Taprest

Décembre 2008

Recherche financée par :
La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
La Direction Générale de la Santé (DGS)
Régime social des indépendants (RSI)



PRISMA FRANCE Équipe Recherche

Somme Dominique, Médecin, Ph.D.
Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Université Paris Descartes

Couturier Yves, Ph.D.
Centre de recherche sur le
vieillissement du Centre de la Santé et
des Services Sociaux (CSSS) - Institut
Universitaire de Gériatrie (IUG) de
Sherbrooke
Faculté des lettres et sciences
humaines - Université de Sherbrooke

Trouvé Hélène, Ph.D.
Unité de Recherche Clinique
Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Université Paris Panthéon Sorbonne

Gagnon Dominique, Ph.D. (candidat)
Centre de recherche sur le
vieillissement du CSSS-IUG de
Sherbrooke
Faculté des lettres et sciences
humaines - Université de Sherbrooke

Carrier Sébastien, Ph.D. (candidat)
Centre de recherche sur le
vieillissement du CSSS-IUG de
Sherbrooke
Faculté des lettres et sciences
humaines - Université de Sherbrooke

Taprest Virginie, Ph.D. (candidate)
Unité de Recherche Clinique
Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Etheridge Francis, M.S.s.
Centre de recherche sur le
vieillissement du CSSS-IUG de
Sherbrooke
Faculté des lettres et sciences
humaines - Université de Sherbrooke

Hébert Réjean, Médecin, M.Phil.
Doyen de la faculté de médecine et
des sciences de la santé de
Sherbrooke
Centre de recherche sur le
vieillissement du CSSS-IUG de
Sherbrooke

Saint-Jean Olivier, Médecin, Ph.D.
Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Université Paris Descartes

PRISMA France Équipe Projet

Périsset Catherine, Chef de projet
Assistance Publique - Hôpitaux de
Paris

Leneveut Laurence, Médecin, Pilote
de projet. Assistance Publique -
Hôpitaux de Paris

Lemonnier Sylvie, Pilote local Paris
20^{ème} arrondissement. Fondation
National de Gérontologie

PRISMA France Comité Scientifique

Ankri Joël Médecin, PhD INSERM

Chatellier Gilles Médecin, PhD
Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Université Paris Descartes

Durieux Pierre Médecin, PhD
Assistance Publique Hôpitaux de Paris
Université Paris Descartes

Remerciements

Le projet PRISMA France n'a été possible que grâce à l'investissement de plusieurs partenaires stratégiques nationaux. Cet investissement a été le premier signe d'une possibilité d'aller vers l'intégration des soins et service pour les personnes âgées.

Les auteurs souhaitent donc, bien entendu, souligner la participation financière de la DGS, de la CNSA et du RSI sans lesquelles, rien n'aurait été possible, mais au delà ils souhaitent remercier les personnes de ces organismes qui se sont mobilisées de façon fortes pour accompagner le projet tout au long de sa mise en œuvre.

Ce rapport est le fruit d'un travail commun. L'équipe dans son ensemble a réalisé le déploiement de l'innovation que représente PRISMA France. Tous les membres de cette équipe sont donc étroitement associés à ce rapport.

Bien sûr rien n'aurait été fait sans la participation très active et très intense de tous les partenaires que nous avons entraînés avec nous dans cette expérimentation. Le sens de l'innovation et la motivation d'un meilleur service à la population ont caractérisé un partenariat riche d'enseignement. Que tous soient remerciés de leur accueil et de leur participation à des entretiens de recherche dont nous rapportons ici l'analyse.

Sommaire

1. INTRODUCTION	11
1.1. Six outils et mécanismes d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie	12
1.2. Les résultats des expérimentations québécoises.....	14
2. PRESENTATION GENERALE DE L'EXPERIMENTATION PRISMA FRANCE ...	17
2.1. L'Expérimentation PRISMA France : plusieurs financeurs.....	17
2.2. Expérimentation PRISMA France : temporalité.....	17
3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	19
3.1. Axes de recherche	19
3.2. Les objets de recherche de l'axe 1	19
3.3. Une recherche qualitative	20
3.4. Cadre global d'analyse.....	20
3.5. Une méthode d'étude de cas – choix contrastés des sites étudiés.....	21
3.6. Méthode de collecte des données	22
3.6.1. Entretiens	22
3.6.2. Observations directes des réunions de concertation	23
3.6.3. Autres sources de données.....	23
3.6.4. Pratiques professionnelles des gestionnaires de cas (à venir).....	23
3.7. Triangulation	24
3.8. Saturation.....	24
3.9. Echelle temporelle.....	24
3.10. Exploitation des données	25
3.10.1. Approche hypothético-déductive	25
3.10.2. Approche inductive.....	26
3.10.3. Regards croisés sur l'expérimentation (recherche action et recherche indépendante)	26
4. ADAPTATION D'UNE METHODE D'EVALUATION DE L'IMPLANTATION DU MODELE : GRILLE D'IMPLANTATION (VOIR AUSSI ANNEXE 1)	29
4.1. Une approche fonctionnelle	29
4.2. Validité de l'échelle de notation.....	29
4.3. Fiabilité de la mesure	30
4.4. Nombre de mesures prévues au protocole selon l'échelle temporelle	30
4.5. Résultats taux d'implantation	30
4.5.1. Site Parisien	32
4.5.2. Site de Mulhouse-Illzach	33
4.5.3. Site du sud de l'Essonne (Etampois).....	33
4.6. Présentation de la grille.....	35
4.7. Discussion.....	35
5. INTEGRATION ET GOUVERNANCE : MISE EN PERSPECTIVE DU CONTEXTE GERONTOLOGIQUE FRANÇAIS	37
5.1. ANALYSE DU CONTEXTE D'OFFRE GERONTOLOGIQUE. Fragmentation de l'intervention clinique ou fragmentation de l'intervention publique ?	39

5.1.1. Présentation des pouvoirs publics à compétences en matière gérontologique.....	39
5.1.2. La structuration du système de protection sociale.....	43
5.1.3. Une gouvernance des politiques gérontologiques inscrite dans deux systèmes d'action publique	51
5.2. Impacts sur la gouvernance du champ gérontologique.....	52
5.2.1. Fragmentation institutionnelle et impacts organisationnels	53
5.2.2. Imbrication de deux systèmes d'action publique et impacts normatifs	55
5.2.3. Juxtaposition d'outils de gouvernance et impacts sur la dimension financement.....	57
5.3. INFLUENCE DU CONTEXTE : des politiques de coordination gérontologique vers celles d'intégration ?.....	60
5.3.1. Historique de la coordination gérontologique dans une perspective institutionnelle.....	61
5.3.2. La coordination gérontologique dans le paradigme de l'intégration.....	64
5.4. Conclusion	73
6. PRIMO-CONCEPTIONS, RECEPTIVITE ET CONDITIONS D'ADOPTION D'UN MODELE D'INTEGRATION DES SERVICES DANS LE CONTEXTE FRANÇAIS ..	75
6.1. Introduction	75
6.2. Cadre théorique et méthodologie.....	75
6.3. Résultats	76
6.3.1. Le modèle conceptuel PRISMA.....	76
6.3.2. Intégration	80
6.3.3. Coordination	82
6.3.4. Les composantes du modèle PRISMA.....	85
6.4. Discussion.....	101
6.5. Synthèse	103
7. GOUVERNER LA MISE EN ŒUVRE D'UNE INNOVATION DANS LE SYSTEME DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. RAPPORT INTERMEDIAIRE PRISMA FRANCE	105
7.1. Ce qui est déjà connu à propos de la diffusion de l'innovation.....	105
7.2. L'innovation comme processus adaptatif	108
7.3. Quels sont les principaux modulateurs identifiés ?	111
7.4. Lecture de l'histoire récente de certaines innovations dans le secteur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France	111
7.5. PRISMA France dans ce schéma : intention et réalité	112
7.6. Liaisons entre mode de gouverne-usage réel et effet réel dans l'application d'un plan ou d'un projet.....	114
7.7. Effets observés du mode de gouvernance « laissé advenir »	116
7.8. Jeux politiques dans un contexte de gouvernance « laisser advenir »	118
7.8.1. Résister l'autorité.....	118
7.8.2. Contrer la résistance	119
7.9. Réduire la complexité ou l'organiser : enjeu de l'intégration ou de la coordination	121
7.10. Avantages perçus et craintes relatives à l'implantation du modèle PRISMA	123
7.11. Réalité et mythe de la résistance au changement	125

7.12. La temporalité nécessaire, la cohérence « des plans et mesures » et la « fatigue à l'innovation »	126
7.13. Indicateurs de progression du processus de changement vers l'intégration	127
7.14. Sociologie de l'action publique	129
7.15. Conclusion	130
8. CONDITIONS FAVORABLES OU DEFAVORABLES DE L'IMPLANTATION DE L'INTEGRATION SELON L'ANALYSE DES CDS PARIS. RAPPORT PRELIMINAIRE.	133
8.1. Caractéristiques de l'innovation	133
8.1.1. Avantage pour les utilisateurs	133
8.1.2. Compatibilité avec les normes organisationnelles et professionnelles (des valeurs soutenues par le nouvel archétype)	134
8.1.3. Domaine d'application	135
8.1.4. Savoir à mobiliser	135
8.1.5. Aspects non-finalisés.....	135
8.2. Caractéristiques des utilisateurs potentiels	136
8.2.1. Aspects psychologiques	136
8.2.2. Défaut de problématisation.....	137
8.3. Caractéristiques du contexte organisationnel	137
8.3.1. Homophilie du champ organisationnel.....	137
8.3.2. Programme d'implantation expérimental	138
8.3.3. Aspects structurels	143
8.4. Dévouement des acteurs détenant le pouvoir envers le nouvel archétype ..	144
8.5. Caractéristiques de l'agence de changement (de la dissémination)	145
8.5.1. Implication (autoréalisation).....	145
8.5.2. Leadership.....	145
8.5.3. Qualité de l'implication de l'espace d'usage	146
9. ANALYSE DE LA PRIMO-RECEPTIVITE DU MODELE PRISMA AU NIVEAU CLINIQUE A LA MISE EN PLACE DE LA GESTION DE CAS - RESULTATS PRELIMINAIRES.	147
9.1. Concertation des acteurs	147
9.1.1. Concertation-concurrence du PPE	148
9.1.2. Rapport sanitaire social	148
9.1.3. Rapport aux médecins.....	149
9.2. Porte d'entrée unique avec l'outil de triage	149
9.2.1. Valence positive du guichet unique	149
9.3. Outil d'évaluation multidimensionnel standardisé OEMD (avec un système de classification)	150
9.3.1. Compatibilité de l'outil OEMD avec les pratiques professionnelles des gestionnaires de cas.....	151
9.4. Gestion de cas	152
9.4.1. Elargissement du mandat professionnel et regard interdisciplinaire.....	152
9.4.2. Représentation de la gestion de cas	152
9.4.3. Observabilité des bénéfiques du modèle chez les acteurs	152
9.4.4. Observabilité des bénéfiques du modèle chez les partenaires.....	153
9.4.5. Représentation de la coordination	154
9.5. Plans de services individualisés.....	154

9.6. Dossier clinique informatisé ou partageable/partage de l'information	155
9.6.1. État de l'acheminement des documents selon les procédures prescrites	155
9.6.2. Entraves au partage de documents.....	155
9.6.3. Pratiques et usage des notes évolutives	156
9.7. Gouverne générale du projet	156
9.7.1. Conditions défavorables	156
9.7.2. Rapport à l'intégration	157
10. CONCLUSION : SYNTHÈSE EN VUE DE L'EXPERIMENTATION MAIA DES FAITS LES PLUS SAILLANTS DE CE RAPPORT	159
11. POURSUITE DES RECHERCHES PRISMA FRANCE	163

1. INTRODUCTION

La prolongation de l'espérance de vie, la durée de la vie en perte d'autonomie ou la prévalence des problèmes de santé et sociaux de longue durée provoquent une transformation des besoins de la population en matière de soins de santé et de services sociaux. L'organisation des services doit notamment évoluer d'un modèle hospitalo-centrique dédié aux soins aigus vers un modèle domicilo-centrique voué aux soins chroniques [1, 2]. Le recentrage vers les milieux de vie n'est pas sans conséquence au plan de l'organisation des services et des pratiques professionnelles, puisqu'il provoque une multiplication des lieux de prestation des services, qu'ils soient de provenances publiques, privées ou associatives. En plus de la fragmentation des services, qui est une caractéristique de tout système sociosanitaire complexe, la complexification de l'offre de service découlant du virage vers les soins à domicile exige l'invention de dispositifs favorisant l'intégration des services pour assurer leur cohérence, leur efficacité, et le maintien de leur qualité [3]. Ces dispositifs d'intégration sont d'autant plus nécessaires qu'ils concernent des personnes recevant des services complexes et prestés sur une longue durée [4]. Dans nombre de pays (Canada, Royaume-Uni, Suède, etc.), les principes d'intégration des services fondent, sous diverses formes, les reconfigurations en cours des systèmes d'intervention dédiés aux personnes présentant des problèmes complexes comme la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Selon Kodner et Kyriacou [5], l'intégration des services se définit comme « un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs » (traduction libre), notamment en instituant une gouvernance commune pour le continuum de service requis pour les personnes âgées en perte d'autonomie [6]. Elle a pour impact une meilleure continuité des services autour de la personne âgée en perte d'autonomie et accroît l'efficacité et l'efficacité des services, et se constitue même en caractéristique fondamentale de la qualité [7]. L'intégration des services se réalise au plus près de l'utilisateur par des pratiques professionnelles permettant la coordination des composantes cliniques, normatives et structurelles d'une offre de service par nature complexe. Un tel projet d'intégration exige l'élaboration de dispositifs et d'outils innovants qui seront actés concrètement par des acteurs professionnels, en appui sur un travail réalisé par les acteurs institutionnels comme les financeurs et les gestionnaires. L'intégration exige donc une série de stratégies, d'approches et de méthodes soutenant la coordination des services [8] et la collaboration interprofessionnelle [9].

Quant à lui, Leutz définit l'intégration comme « le travail d'interconnexion du système de soins (aigus, principalement médical et expert) avec les autres systèmes d'aide humaine (long-terme, d'éducation et d'aide sociale) dans l'objectif d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction et d'efficacité)», (1999 : 77, traduction libre). Il identifie trois niveaux d'intégration : 1) de liaison; 2) de coordination; et 3) de pleine intégration. La liaison correspond au niveau le plus faible d'intégration et se limite à la formulation de protocoles de collaboration ou de transferts systématiques d'information pour assurer la continuité informationnelle des services. Dans le cas du

modèle de coordination¹, les différentes structures parties prenantes à l'offre de services mettent en place des mécanismes systématiques pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité des services. Elles cherchent ainsi à mutualiser certaines de leurs ressources, compétences et prérogatives respectives, déplaçant par le fait même leurs frontières institutionnelles. Le modèle PRISMA est sans doute l'un des modèles dit de coordination parmi les plus prometteurs [4]. Enfin, les modèles de pleine intégration quant à eux sont dits nichés, en ce sens qu'une organisation centrale fournit aux usagers de son territoire l'ensemble du continuum de services requis. Ces modèles ont été notamment expérimentés au Canada [10], en Italie [11], aux Etats-Unis [12] et au Royaume Uni [13].

Par-delà leurs différences conceptuelles, ces divers modèles d'intégration partagent une conception de la coordination qui vise le dépassement de frontières professionnelles et organisationnelles [14]. La coordination est conçue comme « l'acte de gérer les interdépendances des interventions » [15] (traduction libre) qui ne peut se réduire à une simple démarche protocolarisée puisqu'elle mobilise, pour se réaliser, autant des coordinations formelles qu'informelles pour gérer lesdites interdépendances [16, 17].

Le dispositif PRISMA relie dans un ensemble cohérent des outils technologiques et des techniques professionnelles ou de gestion orientée sur le projet d'une coordination systématique des services. Si la puissance référentielle du modèle découle de sa cohérence, et que cette cohérence se traduit par l'imbrication étroite de six composantes qui seront explicitées au cours de ce rapport. **Il ne s'agit pourtant pas d'un modèle « à reproduire » (à l'identique), mais plutôt d'une méthode dont un des fondements est précisément celui de l'adaptabilité du modèle²** au contour d'un continuum de services particuliers. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la première des six composantes est une concertation systématique, et ce, à tous les niveaux du système d'intervention. Cette concertation permet l'adaptation locale du modèle au contexte dont on vise à accroître l'intégration.

1.1. Six outils et mécanismes d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie

Selon le modèle PRISMA, l'intégration se réalise lorsque sont mis en place les mécanismes et les outils d'intégration suivants [1] :

- 1) **La concertation** occupe une fonction centrale. Les niveaux de concertation nécessaires sont :
 - a. stratégique national,
 - b. stratégique (regroupant des acteurs départementaux et régionaux),
 - c. opérationnel localement (regroupant les gestionnaires)
 - d. clinique (les praticiens)

¹ Le terme coordination s'entend selon Leutz de façon très différente de ce qu'il est classique d'appeler coordination en France puisqu'il s'agit d'une modalité intégrative systémique. Nous y reviendrons.

² Dans la suite du texte il sera fait référence simplement au « modèle PRISMA ».

En raison du grand nombre d'acteurs impliqués et de leur appartenance professionnelle et institutionnelle diversifiée, cette concertation « multi-niveaux » des partenaires constitue une condition sine qua none de l'intégration. Le modèle préconise la mise en œuvre de mécanismes de concertation réguliers dans lesquels tous les acteurs concernés sont représentés de façon continue. Ces réunions débouchent sur des prises de décisions donnant lieu à des modifications portant sur les pratiques institutionnelles et professionnelles des acteurs du réseau.

- 2) **La gestion de cas** renvoie à une fonction générique de « maintien à domicile intensif ». Les professionnels dédiés à cette fonction - les gestionnaires de cas - travaillent avec un nombre circonscrit de personnes âgées (40 est classiquement admis comme un nombre maximal de dossier actif à un moment donné par temps plein de gestion de cas). La gestion de cas s'appuie sur l'utilisation d'outils spécifiques de lisibilité (évaluation, planification et coordination) des interventions déterminées en fonction des objectifs définis par la personne âgée, son entourage et les professionnels. La gestion de cas est un nouveau rôle, exercé par des professionnels formés¹. Durant le déploiement expérimental en France de PRISMA, un des objectifs poursuivis était de ne pas donner naissance à un « nouveau dispositif indépendant » (rapidement qualifié de « nouvelle couche »), ce qui entraînerait une fragmentation supplémentaire. C'est la raison pour laquelle le projet ne prévoyait pas l'allocation de nouvelles enveloppes dédiées. **La possibilité de poser cette hypothèse pour chaque partenaire - et quel que soit le niveau stratégique ou opérationnel - revient à questionner leurs capacités propres à participer à moyen constant (réallocation) ou à investir (allocation) dans le déploiement de ce type de service.** Un tel choix ne s'explique que par les économies d'échelle attendues de l'accroissement de l'efficacité de l'orientation des demandes et de la cohérence des évaluations et des interventions déployées pour y répondre. La plupart des expérimentations tendraient plutôt à mettre en avant l'importance d'un investissement au démarrage, pour pouvoir générer des économies d'échelle à terme. Ce qui est résumé dans la 2ème des cinq lois de Leutz² [18]: « Avant de commencer à rapporter, l'intégration coûte de l'argent ».
- 3) **Le quichet unique** poursuit l'objectif d'améliorer l'équité et l'accessibilité aux services. Pour cela, il doit permettre la liaison et l'interaction entre les professionnels. Accroître la centralisation à l'information pour les personnes âgées, leurs proches et les intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux permet également d'améliorer l'accès aux services. En contribuant au repérage de la population à risque de perte d'autonomie par l'utilisation d'outils dédiés et en pratiquant une politique préventive de relance en direction de cette population, la fonction d'aiguillage est optimisée et permet d'améliorer l'accessibilité.
- 4) **Un outil d'évaluation standardisé et validé** des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie doit être défini afin de réduire les redondances d'évaluation et d'intervention et donc les intrusions dans le vécu des personnes âgées. L'utilisation d'un tel outil, par des professionnels diversifiés, implique des

¹ De formation initiale infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, ou bien encore psychologues, les professionnels bénéficient d'une formation complémentaire pour exercer cette fonction.

² Les cinq lois de Leutz sont traduites dans un encadré en fin de chapitre 3

changements dans les pratiques professionnelles. La lecture des situations par un outil standardisé pour toute la population suivie en gestion de cas et par tous les partenaires, constitue un élément important de l'intégration. En effet, il participe alors à porter des messages cliniques, sources de langage commun, nécessaires à l'ajustement du travail des professionnels et à une reconnaissance mutuelle. De plus par le déploiement d'un système de classification l'outil standardisé est susceptible de participer à l'intégration verticale (c'est à dire de permettre au niveau opérationnel et au niveau stratégique de baser ces réflexions et décisions à partir de données cliniquement pertinentes).

- 5) **Le plan de services individualisé** est la démarche issue de l'évaluation de la situation. Il s'élabore avec la personne, en partenariat avec les intervenants concernés et en concertation avec le médecin traitant. Le déploiement de ce plan vise à constituer l'outil de coordination inter-structures et de mise en cohérence des interventions autour de la personne. Toute la population en gestion de cas doit avoir un plan de services individualisé dans lequel sont énumérés les besoins de la personne et les services prestés, ainsi que ceux à mettre en place pour répondre aux besoins. Pour être un outil de planification coordonnée et de mise en cohérence des interventions, les plans doivent être reconnus par l'ensemble des partenaires et la communication professionnelle doit être effectuée en référence à ce plan.
- 6) **Le système d'informations partageable** consiste à permettre aux professionnels de disposer de procédures standardisées de partage d'informations relatives aux personnes âgées en gestion de cas, si ces dernières consentent à ce que les professionnels intervenant auprès d'elles échangent à leur sujet. Pour que cette fonction soit remplie, il est nécessaire que les intervenants définissent la nature des informations partageables et les procédures de partage communes aux différents intervenants. Ce système de partage d'informations doit donc être accessible à tous et être utilisé. La définition du cahier des charges d'un tel système puis sa mise en œuvre supposent un accord entre tous les acteurs.

La méthode d'opérationnalisation des fonctions de ces six composantes de l'intégration [19] relève d'une co-élaboration horizontale (co-construction aux tables de concertation nationale, régionales/départementales et locales) et verticale (allers-retours entre les tables pour la pertinence et la conformité des outils et procédures). Cette méthode permet, en principe, d'implanter ce réseau intégré dans différents contextes de services, comme nous allons l'étudier maintenant.

1.2. Les résultats des expérimentations québécoises

Expérimentée au Québec sur une durée de neuf ans en deux phases, cette méthode a été initialement testée dans la région des Bois-Francs et a ensuite été modélisée et évaluée sur la base d'un protocole quasi-expérimental combinant étude d'implantation et étude d'impact populationnel.

Dans la première expérimentation, deux cohortes de sujets dans les zones d'étude (n=272) et de comparaison (n=210) ont été suivies pendant trois ans. Les résultats ont montré une diminution du taux d'entrée en institution sur 3 ans. Cette évolution s'est accompagnée d'une diminution du « poids » de la prise en charge ressentie par

les aidants (dit « fardeau des aidants »). De plus, une diminution du désir d'hébergement exprimé par les aidants a été constaté [20]. Comparable initialement entre les groupes, le désir d'hébergement a diminué à 39% en 3 ans dans le groupe expérimental et à 58% dans le groupe témoin. Enfin, l'évaluation a mis en perspective de légères modifications relatives à la structure d'utilisation des services : moindre recours aux urgences, augmentation du recours aux services aux personnes, plus grand recours aux médecins généralistes, sans effet notable sur l'utilisation de l'hôpital ou les réadmissions.

Fort de cette expérimentation, et après modélisation des composantes expérimentées, le groupe PRISMA au Québec a mis en place une étude de réplication et d'impact dans trois sous-régions de l'Estrie. Pour mesurer l'implantation, des méthodes qualitatives ont été utilisées en pratiquant une triangulation des données (corpus d'entretiens individuels, focus groups, analyses documentaires et observation participatives). Ces données ont été résumées et opérationnalisées dans un score attribuant un nombre de points prédéfinis à chacune des six composantes [21]. Le total étant sur 100, le score correspond au « taux d'implantation » du modèle (voir chapitre 4). Il a ainsi été montré que le modèle est reproductible puisque le taux d'implantation a dépassé 70% dans chacune des trois régions expérimentales. L'impact a été mesuré par une étude de cohorte contrôlée. Le modèle PRISMA était proposé dans trois zones expérimentales. Ont été choisies par ailleurs trois zones de comparaison ayant une structure socio-sanitaire comparable (population, urbanisme et offre de services, notamment) où le modèle n'était pas expérimenté. Dans chaque zone, un échantillon aléatoire de personnes a été sélectionné sur la liste de la régie de l'assurance maladie du Québec. Après une présélection par questionnaire postal des personnes âgées les plus fragiles et acceptation de leur part, une évaluation était réalisée au domicile de la personne, le suivi était effectué par téléphone tous les 2 mois et en personne tous les 12 mois. Le critère principal de jugement un critère combiné : déclin fonctionnel, décès ou institutionnalisation [22, 23]. Sur ce critère, les analyses ont montré une réduction de 7% de la perte d'autonomie en faveur du groupe expérimental avec un effet seuil autour de 70% d'implantation du modèle. D'autres résultats ont été également mesurés sans effet seuil [24] : le recours aux urgences et aux hospitalisations reste stable dans les zones expérimentales, alors qu'il augmente de façon significative au cours du temps dans les zones témoins (autour de 30%). Les individus des zones expérimentales ont ressenti une augmentation significative de leur niveau de satisfaction par rapport aux services, sans effet seuil. Cette variable est davantage caractérisée par un "effet-dose" dans la mesure où plus le modèle est implanté, plus la satisfaction augmente. L'autonomisation des personnes augmentait également dans les zones expérimentales.

Ces deux expérimentations évaluées positivement en termes de santé publique (impacts sur l'autonomie et la satisfaction des personnes, mais aussi sur des paramètres d'économie de la santé) permettent de dire que ce modèle d'intégration se base sur des données probantes. Ce modèle est aujourd'hui généralisé à l'échelle du Québec dans une forme adaptée.

A la suite de ces résultats probants, les instances publiques françaises à responsabilités nationales en matière gérontologique ont initié une démarche d'expérimentation d'un projet-pilote [19]. Le projet-pilote, intitulé PRISMA France, visait ainsi à étudier les possibilités offertes par ce modèle dans le contexte organisationnel français. Cette initiative s'est traduite par une conduite de projet

confiée à une équipe pluri-professionnelle indépendante (constituée d'ingénieurs en organisation, de gériatres et de consultants) accompagnée d'une équipe de chercheurs pluridisciplinaires (médecins, sociologues et économistes).

2. PRESENTATION GENERALE DE L'EXPERIMENTATION PRISMA France

2.1. L'Expérimentation PRISMA France : plusieurs financeurs

L'expérimentation PRISMA France a été initiée conjointement par la direction générale de la santé (Ministère de la santé et des sports) et par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a financé le projet de décembre 2005 à décembre 2008 principalement sur les axes de recherche. Pour ce financeur le présent rapport est le rapport final d'utilisation de la convention.

La Direction Générale de la Santé (DGS) a financé le projet de décembre 2005 à décembre 2008 sur une première convention portant sur l'opérationnalisation du projet avec participation aux financements des travaux de recherche. Au décours de l'opérationnalisation et de l'extension de l'expérimentation aux trois sites, la Direction Générale de la Santé a complété le financement par une nouvelle convention de mars 2007 à décembre 2010. Ce deuxième financement devient le seul financement des travaux de recherche à partir du 1^{er} janvier 2008. Pour ce financeur, le présent rapport est le rapport final d'utilisation de la première convention et le rapport intermédiaire d'utilisation de la deuxième convention.

Le Régime Sociale des Indépendants a financé le projet en 2007 sur les aspects en rapport avec la formation des gestionnaires de cas, leur formation s'inscrivant dans l'ensemble du projet. Pour ce financeur, le présent rapport est le rapport final d'utilisation de la convention.

2.2. Expérimentation PRISMA France : temporalité

De décembre 2005 au 17 janvier 2006 : lancement de l'expérimentation

Du 17 janvier 2006 au 31 décembre 2008 : L'expérimentation PRISMA France est menée à la fois dans un volet d'opérationnalisation du projet (non rapporté ici en raison du caractère confidentiel des données nominales) et dans un volet de recherche qui fait l'objet de ce rapport.

Depuis le 31 décembre 2008 : chaque site est devenu autonome pour déployer la partie opérationnelle du projet sans gestion directe par l'équipe projet. Les travaux de recherche se poursuivent afin de continuer à documenter l'implantation du dispositif au delà de la phase d'accompagnement opérationnel.

2.3 Questions de recherche

- Peut-on implanter en France un dispositif d'intégration reposant sur la gestion de cas? (axe1)
- Peut-on avoir des éléments (facteur facilitant ou entravant) permettant de définir à partir de l'expérimentation une politique plus générale en cas de succès ? (axe 1)
- Est-ce que cela change quelque chose pour les professionnels ? (axe 2)
- Est-ce que cela change quelque chose pour les personnes ? (axe 3)

3. Méthodologie de recherche

3.1. Axes de recherche

1. Axe 1 : étude de faisabilité de l'implantation du modèle PRISMA en France. Ce sont les méthodes et les résultats de cet axe qui sont développés dans ce document
2. Axe 2 : les changements professionnels induits et produits. Les objectifs poursuivis sont les suivants : analyser et expliciter les modifications des pratiques professionnelles en lien avec la gestion de cas. Cet axe porte spécifiquement sur l'implantation de la gestion de cas comme dispositif pour soutenir l'intégration et la continuité des services. En décembre 2008, trop peu de personnes ont été formées et exercent la gestion de cas (3 mi-temps uniquement sur Paris et depuis moins de 6 mois) pour que cet axe soit développé. Les données recueillies auprès des cliniciens et qui serviront à terme de support à cet axe sont ici analysé sous l'angle de leur apport à l'axe 1.
3. Axe 3 : la perception des populations visées par la gestion de cas. Les objectifs poursuivis sont les suivants : analyser le ressenti des personnes en gestion de cas autour de cas type. En décembre 2008, trop peu de personnes ont été incluses dans un dispositif de gestion de cas (12 personnes) pour que cet axe soit développé. Cet axe devrait débuter en 2009.

3.2. Les objets de recherche de l'axe 1

Le protocole de recherche de l'étude d'implantation porte sur l'analyse du processus d'implantation. Les objets d'analyse sont déclinés de la façon suivante :

- Tester l'acceptabilité et la faisabilité de l'implantation de l'innovation que représente l'intégration en France
- Analyser le processus d'implantation Expliquer les variations observées entre le « planifié » et le « réalisé »,
- Comparer l'implantation sur les 3 sites (20^{ème} arrondissement de Paris, Mulhouse et pôle d'Illzach, Zone de l'Etampois),
- Identifier les facteurs explicatifs des succès et échecs ainsi que les paramètres favorisant ou entravant l'implantation des composantes PRISMA.

Les objets de l'étude d'implantation des mécanismes et outils d'intégration sont donc de deux sortes :

- une est quantifiable (mesure de l'implantation effective du modèle « idéal-type ») et inscrit dans une approche hypothético-déductive. L'emploi de cette approche théorique découle par l'hypothèse de l'expérimentation (que les travaux de recherche essayent alors de confirmer ou d'infirmer) : « *l'implantation du modèle PRISMA en France est possible et pertinente* »
- l'autre est qualifiable (identification de facteurs structurels et conjoncturels explicatifs) et inscrit dans une approche davantage inductive. Il n'y a pas ici

d'hypothèse à tester, les travaux de recherche tentent de révéler et d'analyser l'existant sans a priori.

3.3. Une recherche qualitative

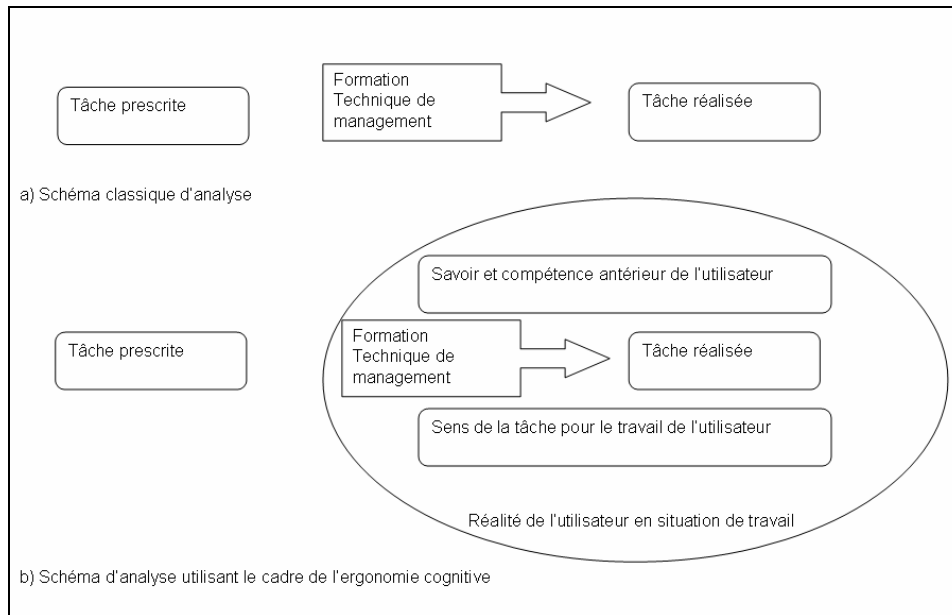
L'approche adoptée s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative. La catégorie « recherche qualitative » désigne toute démarche empirique répondant aux 5 caractéristiques suivantes :

- 1) La recherche est conçue en grande partie dans une optique compréhensive.
- 2) Elle aborde son objet d'étude de manière ouverte et assez large.
- 3) Elle inclue une collecte de données effectuée aux moyens de méthodes qualitatives, c'est-à-dire des méthodes n'impliquant, à la saisie, aucune quantification, ce qui est le cas, par exemple, de l'entretien, de l'observation, et de la collecte documentaire.
- 4) Elle donne lieu à une analyse qualitative des données portant sur le sens des phénomènes.
- 5) Elle débouche sur un récit ou une théorie [25].

3.4. Cadre global d'analyse

Fondamentalement, ces travaux présentés ici s'inscrivent dans une même approche : celle de l'ergonomie cognitive. L'ergonomie cognitive est l'étude des interactions entre des acteurs et un dispositif ou un programme comportant une grande partie informationnelle (ici le modèle PRISMA). Cette approche porte sur l'analyse de l'activité de l'acteur : l'acteur régule son activité en fonction de son environnement externe (projets, consignes, commandes, règles, *etc.*) et de son état interne (perception, apprentissage, attention, mémoire, *etc.*), à partir de compromis entre le « prescrit » et le « réalisé ».

Ainsi, l'approche d'analyse de l'ergonomie cognitive [26] postule que l'écart entre le prescrit, en l'occurrence les paramètres du modèle PRISMA, et le réalisé, soit l'adaptation locale, constitue l'un des lieux privilégiés de l'étude. Elle se différencie donc de l'approche tayloriste (schéma plus classique d'analyse), comme la figure ci-dessous l'illustre.



Encadré : cadre théorique de l'ergonomie cognitive comparée au cadre théorique classique d'analyse

3.5. Une méthode d'étude de cas – choix contrastés des sites étudiés

La méthode de l'étude d'implantation est celle d'une étude de cas. Yin la définit comme « une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans un contexte de vie réelle, où les limites entre le contexte et le phénomène ne sont pas nettement évidentes, dans lesquelles des sources d'informations multiples sont utilisées » [27]. Il s'agit donc d'une méthode centrée sur des phénomènes, particulièrement indiquée lorsque [27]:

- l'indépendance entre le phénomène et le contexte ne peut être garantie *a priori* ;
- l'étude des variables de contexte peut constituer des dimensions explicatives du phénomène.

Ces configurations se trouvent réunies dans la présente étude d'implantation.

L'étude de cas multiple consiste à identifier des phénomènes récurrents parmi un certain nombre de situations : après avoir observé et analysé chaque situation pour elle-même, on compare les résultats obtenus pour dégager les processus récurrents. C'est la raison pour laquelle l'approche étude de cas intrinsèque est combinée à celle d'étude de cas multiples de façon à identifier l'ensemble des déterminants organisationnels, institutionnels et contextuels.

Ainsi, l'expérimentation est conduite sur trois sites contrastés. Les trois sites sont sélectionnés en fonction de deux catégories de critères :

- 1) Sociodémographiques, c'est à dire la taille du site et la densité de population. Ont été définies une zone rurale (Sud d'Etampes), une zone urbaine (Mulhouse et sa périphérie Nord-est) et une zone méga-urbaine¹ (20^{ème} arrondissement de Paris).

¹ Le terme de méga-urbain peut apparaître comme un néologisme, il réfère au concept de mégalopole. Il s'agissait d'étudier un site inscrit dans l'une des mégalopoles françaises, sans pour autant considérer l'intégralité de la sphère définie par la mégalopole. En effet, la méthodologie de cas multiple est difficilement compatible avec l'analyse approfondie d'une mégalopole en raison de la

Le découpage précis des territoires expérimentaux correspond à une zone couverte par une structure de coordination préexistante sur laquelle l'expérimentation s'appuie (zone d'un CLIC¹ ou d'un réseau gérontologique, notamment).

- 2) Politico-administratifs, correspondant à la nécessité d'obtention préalable de l'autorisation des principaux acteurs stratégiques, en particulier des conseils généraux (tant des élus que des agents) en raison de leur responsabilités en matière de dispositifs gérontologiques, ainsi que des services décentralisés de l'État : les Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS).

3.6. Méthode de collecte des données

La méthode de collecte de données adoptée est mixte et prioritairement qualitative. L'étude d'implantation est réalisée à partir de la collecte et du traitement de données multimodales. Ainsi l'analyse se base sur des entretiens semi-directifs qui sont mis en correspondance avec une collecte de données provenant des documents portant sur le champ ou issus des sites et d'observations participatives aux réunions. Dans un second temps une analyse des pratiques professionnelles des gestionnaires de cas par observation et analyse du contenu des dossiers est prévue. Les données issues de ces deux derniers corpus sont très préliminaires à l'heure actuelle et ne concernent évidemment que Paris.

3.6.1. Entretiens²

Nous avons constitué un corpus d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de l'ensemble des acteurs impliqués aux niveaux du comité de pilotage (n=8), des trois Comités Départementaux Stratégiques (n=30), des trois Comités Locaux Opérationnels (n=28). Au niveau clinique sur chacun des trois sites des cliniciens susceptibles de devenir ou d'interagir avec les gestionnaires de cas ont été interrogés (n=11). Il s'agissait principalement de renseigner l'axe 2 de la recherche mais ce corpus de données a également été analysé dans la perspective de l'implantation du modèle. Rappelons que les entretiens semi-directifs visent la connaissance d'un système de pratiques (les pratiques elles-mêmes et ce qui les relie : valeurs, normes, jeu d'acteurs *etc.*)[28]. Les entretiens nécessitent la production de discours sur les pratiques et les référentiels engagés dans les pratiques. Ces discours sont obtenus à partir de grille d'entretiens centrés d'une part sur les conceptions des acteurs et d'autre part sur les descriptions des pratiques. La réalisation de ces entretiens est effectuée sur une base volontaire à partir de laquelle un engagement à la confidentialité et à un traitement anonymisé est assuré.

diversité interne à telle aire géographique. C'est la raison pour laquelle dans l'étude d'implantation PRISMA France, le terme de méga-urbain a été utilisé.

¹ Pour les abréviations voir l'annexe 3

² Dans les résultats lorsqu'une citation est issue d'un entretien elle est identifiée par le niveau de partenariat où a été réalisé l'entretien afin de préserver l'anonymat des participants. Nous noterons donc [Acteur stratégique] ou [Acteur opérationnel]. Si la citation est issue d'une réunion ceci est précisé de la façon suivante (Citation CDS, Acteur stratégique) ou (Citation COPIL), *etc.*...Parfois l'équipe projet elle-même est citée cela sera alors précisé.

3.6.2. Observations directes des réunions de concertation

Aux 3 niveaux d'analyse prédéterminés par le modèle (stratégique, opérationnel et clinique) dans une approche ethnographique, l'un de membres de l'équipe de recherche assistait aux réunions de concertation. Se référant à l'ethnométhodologie [29]¹, le chercheur considère les acteurs de ces tables de concertation comme les membres d'un village² (terrain d'étude) c'est-à-dire un regroupement d'individus formel ou électif que l'on peut définir comme l'organisation d'un groupe de gens qui participent intelligemment à une action donnée et qui vont produire cette action en s'assurant qu'elle est conforme à l'idée qu'ils se font du groupe et à l'idée qu'ils se font d'eux-mêmes.

3.6.3. Autres sources de données

Documentations de différentes natures :

- législatives et règlementaires (directives en matières de politiques gérontologiques),
- orientatives et programmatives (en particulier les Schémas gérontologiques, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire - SROS, les Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - PRIAC),
- pratiques (rapports d'activités des participants à l'expérimentation),
- scientifiques (bibliographie grise, statistiques, prospectives) ;

3.6.4 Pratiques professionnelles des gestionnaires de cas (à venir)

Observations directes du travail des gestionnaires de cas à partir d'une grille d'observation axée sur la scène, la pratique d'évaluation, la pratique de planification, la pratique de coordination, les rapports aux outils, les objets de controverses (tacites ou non), les indices d'appropriation du modèle, la description d'un événement critique, la description d'un moment typique

Sélection aléatoire de dossiers de gestion de cas de façon à recueillir de données standardisées sur l'application et l'adoption des outils (Outil d'Évaluation Multidimensionnelle, Plan de Services Individualisé) et mécanismes (Guichet unique,

¹ Courant sociologique américain défini, en 1967 par son fondateur Harold Garfinkel, comme une théorie de l'action des individus qui définissent en permanence les situations dans lesquelles ils évoluent.

² Le terme "village" est employé afin d'insister sur l'étude d'un groupe peu nombreux (contrairement à l'objet de la sociologie) d'individus agissant et interagissant. Ce groupe et ses pratiques composent la réalité que l'ethnométhodologue tente de décrire par une observation la plus participante possible à défaut d'appartenir lui-même à ce groupe.

Système d'Information partageable) de gestion de cas définis en tables de concertation.

3.7. Triangulation

La méthode de traitement des données est principalement qualitative [25]. Elle procède par triangulation des données et des analyses des chercheurs.

Le recours à la triangulation se comprend par la nature du phénomène étudié, à savoir un phénomène dynamique et évolutif, pour lequel aucune technique de recueil de donnée ne saurait seule capter l'envergure.

La triangulation des données consiste à recourir à plusieurs techniques de recueil de données, afin d'obtenir des formes d'expression et de discours variés : observations, entretiens, productions de textes écrits, minimisant la faiblesse et les biais inhérents à chacune d'entre elles. La triangulation de données inclut des sous-dimensions : le temps, l'espace, les niveaux, les analyses des différents chercheurs.

La triangulation temporelle tente de prendre en considération la dimension évolutive du phénomène étudié. L'étude d'implantation comporte ainsi une dimension longitudinale afin de vérifier les degrés de stabilité des résultats.

La triangulation spatiale met en évidence les convergences et les divergences des résultats produits dans des contextes différents.

La triangulation par combinaison de niveaux d'analyse (niveau individuel, niveau interactif, niveau collectif) vise la prise en compte de la situation de la production de discours. La triangulation des données permet de vérifier la justesse et la stabilité des résultats produits en recoupant et corroborant les résultats.

La triangulation des analyses des chercheurs implique que plusieurs chercheurs participent à la recherche. Elle produit d'autant plus d'information que l'équipe est interdisciplinaire conduisant à des référentiels d'analyse différents. L'étude d'implantation fait participer à l'analyse des médecins gériatres, des sociologues et des économistes. Ceux-ci comparent leurs observations, leurs interprétations et leurs résultats.

3.8. Saturation

En l'absence de validation statistique des résultats, la généralisation des résultats et hypothèses avancées relève d'autres procédures. La première d'entre elles concerne la construction interne du modèle explicatif, qui doit présenter un certain degré de saturation : il y a saturation d'un modèle lorsque de nouveaux entretiens et observations n'apportent pas de valeur ajoutée aux hypothèses. La seconde procédure recouvre des éléments de comparaison et de recoupement avec d'autres études connexes.

3.9. Echelle temporelle

Puisque les sites n'expérimentent pas l'implantation de ce système intégré au même moment, l'ensemble des données est catégorisé dans le temps. Ainsi les mesures sont effectuées selon des périodes de fonctionnement équivalentes d'un site à l'autre.

C'est pourquoi, trois phases sont définies : pré-implantation (T0), implantation (T1), fonctionnement (T2). Ainsi chaque entretien, chaque document est repéré dans le temps par rapport au déploiement de l'expérimentation.

- T0 : Phase de pré-implantation s'échelonnant du démarrage (contexte initial) jusqu'à la formation des gestionnaires de cas ;
- T1 : Processus d'implantation durant 18 mois de façon à prendre en compte la montée en charge des dossiers de gestion de cas (à raison de 5 nouveaux dossiers/mois jusqu'à la file active définie à 40 dossiers par gestionnaire de cas) et de l'expérimentation des outils et des processus ;
- T2 : Fonctionnement des outils et mécanismes de gestion de cas : prévue sur une année.
- Théoriquement une phase T3 pourrait se concevoir, elle serait la résultante de l'institutionnalisation du dispositif dans le fonctionnement normal des partenaires. L'horizon temporel de l'étude d'implantation (4 ans) ne permet pas d'envisager l'analyse des données de cette phase.

3.10. Exploitation des données

3.10.1. Approche hypothético-déductive

Dans une approche hypothético-déductive de la recherche qualitative, nous cherchons à confronter des hypothèses posées a priori à la réalité, afin de les infirmer ou de les confirmer.

Nous devons différencier les hypothèses que nous n'avons pas cherché à vérifier durant le protocole de celles pour lesquelles nous cherchons une vérification.

Les hypothèses suivantes ont fait l'objet de cette approche méthodologique :

- Le modèle PRISMA d'intégration est un modèle implantable en France.
- Il est possible de mesurer la progression du déploiement du modèle PRISMA en France notamment au travers des six éléments du modèle PRISMA
- Il est possible d'identifier des facteurs favorisant ou entravant l'implantation du modèle PRISMA
- Implanter le modèle d'intégration PRISMA France est porteur de sens pour les organismes concernés, pour les professionnels et pour les personnes âgées.

A l'inverse, l'hypothèse suivante n'a pas fait l'objet d'analyse durant le projet PRISMA France :

- Implanter un modèle d'intégration en France est susceptible d'améliorer le devenir des personnes âgées ou les coûts liés à la perte d'autonomie. Le modèle PRISMA

ayant montré cet impact au Québec et d'une façon générale les modèles d'intégration l'ayant montré dans d'autres systèmes de soins, cette hypothèse n'a pas été vérifiée durant le projet PRISMA France.

3.10.2. Approche inductive

Dans une approche inductive de la recherche, le chercheur ne cherche pas à vérifier des hypothèses au contraire, le résultat de sa recherche conduit à identifier une (des) hypothèse(s), lesquelles devront être par la suite vérifiées par les méthodes ad-hoc.

Dans cette approche on recherche le sens, le pourquoi d'un phénomène sans hypothèse a priori.

Ainsi durant le projet PRISMA France, nous nous sommes proposé de poser des hypothèses portant sur :

- les facteurs explicatifs du temps nécessaire à l'implantation de l'innovation
- les facteurs explicatifs de l'adaptation du modèle au contexte français
- le sens pour les organismes concernés, pour les professionnels et pour les personnes âgées de la modification organisationnelle proposée.

3.10.3. Regards croisés sur l'expérimentation (recherche action et recherche indépendante)

Notre équipe étant en charge à la fois de la mise en œuvre du programme expérimental et de l'évaluation de son implantation, il pourrait paraître périlleux d'avancer des résultats de recherche comme nous le faisons ici notamment concernant la gouverne du changement.

Notre approche, s'inspirant de la recherche-action intègre, en effet, autant que possible, les résultats de la recherche à la gestion du projet. Dans cette approche, le chercheur n'est plus dans sa « tour d'ivoire » mais directement impliqué et perd donc un peu de son objectivité. Néanmoins, la participation au programme de recherche d'une équipe de recherche indépendante de l'opérationnalisation, non touché par la mise en œuvre ou non du programme puisque basé au Québec, nous permet de réintroduire suffisamment de recul pour juger des aspects en rapport avec la gouverne du changement. Les éléments issus de l'analyse par l'équipe « indépendante » ont cependant été discutés de façon critique par l'équipe « recherche action » qui disposait toujours d'un niveau de connaissance et d'information supérieur. Ce qui permet *a priori* de se prémunir des faux-sens et contresens. Cette méthodologie mixant recherche-action et recherche indépendante est originale.

Tableau 1 Synthèse collecte et traitement de données

DONNEES COLLECTEES		TRAITEMENT DES DONNEES	
1	Veilles documentaires - législatives (directives en matières de politiques gérontologiques), - programmatives (Schéma gérontologique, SROS, GRSP, PRIAC) - pratiques (rapports d'activités des participants à l'expérimentation) - scientifiques (bibliographie grise, statistiques, prospectives)		Suivi continu pour extraction des thèmes en lien avec la problématique traitée, c'est-à-dire l'implantation des 6 composantes de l'intégration des dispositifs gérontologiques: concertation, guichet unique, gestion de cas, outil d'évaluation multidimensionnelle standardisée, plan de services individualisé, système d'information partageable
	Observations participantes et analyses des réunions Comité national de pilotage PRISMA France Site Méga-urbain : Paris 20 ^{ème} arrondissement Site Urbain : Mulhouse et Zone d'Illzach Site Rural : Zone de l'Étampois Copil. : n=52 CDS : n=16 CLO : n=11 CDS : n=7 CLO : n=6 CDS : n=7 CLO : n=8		Tableaux de bord des comités de concertation (comité de pilotage national, Comités Départementaux Stratégiques – 3 CDS, Comités locaux opérationnels – 3 CLO) et fiches « identités-acteurs » Ces deux natures de données sont traitées à partir de grilles de collectes normées, alimentées en continu
3	Entretiens semi-directifs avec les acteurs expérimentateurs quelque soit le niveau - et retranscriptions en verbatim Comité national de pilotage PRISMA France Site Méga-urbain : Paris 20 ^{ème} arrondissement Site Urbain : Mulhouse et Zone d'Illzach Site Rural : Étampois Copil. : n = 8 ¹ CDS : n=14 ² CLO : n=12 CDS : n=9 ³ CLO : n=9 ⁵ CDS : n=7 ⁴ CLO : n=7 ⁶		Analyse thématique de contenu informatisée (logiciel QSR Nvivo) Cette analyse est polyvalente, s'exerçant d'une part de manière inductive, où il s'agit de partir du corpus de générer des thèmes d'analyses (dans PRISMA France il en a été ainsi pour les thèmes : gouvernance des politiques gérontologiques, gouvernance du changement, compatibilité, etc.) et de manière déductive en ayant, préalablement à l'analyse, identifié les thèmes à repérer (dans l'étude d'implantation ceux-ci portaient sur : les représentations des six composantes du modèle PRISMA, de la coordination, de l'intégration, des cas complexes, etc.) Dans l'approche inductive, le sens dégagé par l'analyse sert des objectifs de découverte portant en particulier sur les faits saillants et les problématiques marquantes. Dans l'approche déductive, le sens dégagé est utilisé à des fins liées à la vérification.
	Observations directes du travail des gestionnaires de cas Site Méga-urbain : Paris 20 ^{ème} arrondissement Site Urbain : Mulhouse et Zone d'Illzach Site Rural : Étampois n= 5 jours (Octobre 08) Hors sujet Hors sujet		Grille d'observation axée sur la scène, la pratique d'évaluation, la pratique de planification, la pratique de coordination, les rapports aux outils, les objets de controverse (tacites ou non), les indices d'appropriation du modèle, la description d'un événement critique, la description d'un moment typique
5	Sélection aléatoire de dossiers de gestion de cas Site Méga-urbain : Paris 20 ^{ème} arrondissement Site Urbain : Mulhouse et Zone d'Illzach Site Rural : Étampois n= 5 Hors sujet Hors sujet		Recueil de données standardisées (visant les quantifications nécessaires à la notation de certains indicateurs d'évaluation de l'implantation du modèle d'intégration basé sur la gestion de cas)

¹ 1 entretien au démarrage et 1 entretien au terme de la première phase, réalisés : auprès du porteur universitaire, du référent DGS et du responsable DGS, de la DGAS, de la CNSA. Attente de prise de RDV entretien recherche avec le nouveau référent DGS.

² 3 refus de participation à la recherche, 2 attentes de prise de RDV entretien recherche

³ 2 refus de participation à la recherche, 4 attentes de prise de RDV entretien recherche

⁴ 1 refus de participation à la recherche, 1 attente de prise de RDV entretien recherche

⁵ 1 attente de prise de RDV entretien recherche

⁶ 5 attentes de prise de RDV entretien de recherche

LES CINQ LOIS DE LEUTZ DE L'INTEGRATION

A plusieurs reprises dans les chapitres suivants nous citerons le travail princeps de Walter Leutz qui cherchait à identifier des points communs à toute expérimentation d'intégration. Nous en présentons dans cet encadré le résumé en lien avec l'expérimentation PRISMA France.

A travers un travail comparatif d'expérimentations d'intégration des services aux Etats-Unis et aux Royaume-Uni, travail comparatif portant sur les fondements théoriques et leur traduction en termes de gestion de projet, Walter Leutz a dégagé cinq propositions ou suggestions aux implications pratiques [3, 18].

- Première loi : « *Il est possible d'intégrer certains services tout le temps, tous les services à certains moments, mais il est possible d'intégrer tous les services tout le temps* ». Cette loi sous-entend qu'il importe d'axer les approches intégrées vers les catégories de personnes qui ont des besoins complexes, faute de quoi il existe un risque d'inefficacité. C'est ce qui est réalisé dans l'expérimentation d'intégration PRISMA France, ciblant les personnes âgées dites en « situation complexes ».
- Deuxième loi : « *Avant de commencer à rapporter, l'intégration coûte de l'argent* ». La réussite de l'intégration exige la définition de délais adéquats et l'allocation de ressources suffisantes pour la formation et le développement des systèmes.
- Troisième loi : « *Ce qui est intégration pour l'un est fragmentation pour l'autre* ». Il faut être attentif à ce qui risque d'être perdu du fait de l'intégration et pas seulement aux avantages susceptibles d'en résulter.
- Quatrième loi : « *Il n'est pas possible d'intégrer une clé carrée dans une serrure ronde* ». Se rappeler que certains systèmes vont rester hétérogènes ; les services sociaux et de santé conserveront par exemple des systèmes de financement et de gouvernance distincts.
- Cinquième loi : « *Qui intègre mène la danse* ». Cette remarque ne porte pas tant sur le pouvoir relatif des diverses professions et organisations en cause que sur la nécessité de trouver les moyens permettant aux usagers des services et aux fournisseurs de soins de jouer un rôle moteur dans la définition des services et leur intégration, notamment par l'utilisation croissante de prestations directes ou de budgets d'usagers

4. Adaptation d'une méthode d'évaluation de l'implantation du modèle : grille d'implantation (voir aussi annexe 1)

A partir des données collectées, l'étude d'implantation effectuée entre autre¹ un « monitoring » de l'implantation des outils et mécanismes, qui prend forme d'un suivi évaluatif de processus.

Ce suivi produit, notamment, un indicateur synthétique : **le taux d'implantation du système intégré dans le territoire.**

Cet indicateur synthétique est le résultat chiffré final d'une grille d'évaluation qui mesure la densité et la qualité de l'implantation de l'intégration telle que définie dans le modèle PRISMA.

Les critères de jugement densité et qualité recouvrent deux dimensions :

- **l'implantation effective** des six outils et mécanismes sus-présentés,
- les **processus** de co-construction horizontale et verticale de ceux-ci dans les tables de concertation des CDS (Comités Départementaux Stratégiques) et CLO (Comités Locaux Opérationnels), en prenant en compte les délais juridiques et administratifs ainsi que les seuils atteints.

4.1. Une approche fonctionnelle

Le postulat méthodologique est fonctionnel : il s'agit de fonder le raisonnement évaluatif sur la fonction de chaque composante (qualifiée « variable stratégique »). Ces variables sont ensuite décomposées en « critères fonctionnels » lesquels ont la particularité de faire référence à la fois à une finalité, à un comportement et à un événement observable et mesurable avec un délai d'obtention. Chacun de ces phénomènes est évalué par des « indicateurs » mesurant la présence, la présence partielle ou l'absence de l'aspect fonctionnel (ainsi que les seuils atteints pour certains indicateurs). Chacun des indicateurs est renseigné par la source de données la plus pertinente voire sur l'ensemble du corpus disponible (entretiens, documentation, observations participatives, observation des gestionnaires de cas et analyse des dossiers de gestion de cas)

4.2. Validité de l'échelle de notation.

Les valeurs numériques de chacun des 6 outils d'intégration sont prédéfinies dans une échelle unitaire sur un total de 100. Le protocole d'évaluation du degré d'implantation réplique la méthodologie expérimentée et validée lors de l'expérimentation PRISMA au Québec²[21].

¹ Les autres résultats de cette étude sont développés dans les chapitres 5 à 7

² Veil A.(2001), *Évaluation de l'implantation et de l'impact de mécanismes et d'outils d'intégration, des services aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Document de travail PRISMA Estrie.

En effet, l'échelle présentée ici (voir annexe 1) a été construite en référence à la grille élaborée au cours de l'étude d'implantation PRISMA en Estrie. La construction de cette première grille d'implantation s'appuie d'une part sur la revue de littérature ayant conduit à la définition du modèle PRISMA (Hébert) et d'autre part à l'avis des différents experts locaux à différents niveaux décisionnels sur la pondération de chaque variable. La pertinence de la notation finale a été assurée de deux façons : d'une part la notation a pu enregistrer un changement qui a été confirmé par plusieurs avis d'experts à différents niveaux décisionnels (validité interne ou « de construction ») d'autre part le taux d'implantation obtenu a pu être mis en relation avec les impacts mesurés par ailleurs (avec selon les critères de jugement un effet plutôt proportionnel ou avec effet de seuil) (validité externe).

L'adoption des mêmes valeurs de notation sur chacune des composantes assure une certaine identité de validité de l'échelle au contexte français.

Néanmoins, chaque variable stratégique a fait l'objet d'une analyse critique de son mode de notation et plus rarement de sa pondération eu égard au contexte français de déploiement de l'innovation. Ce travail d'ajustement à la configuration française a été réalisé en interdisciplinarité et en collaboration étroite avec l'équipe projet au Québec.

4.3. Fiabilité de la mesure

La fiabilité de la mesure est assurée d'une part par la triangulation des données et d'autre part d'un système de notation en aveugle réalisé en interne à l'équipe recherche. Un premier évaluateur réalise la notation du taux d'implantation. Un second évaluateur effectue la notation en aveugle de la première, à partir des documents sources. S'il y a un écart significatif de notation (par critère fonctionnel, écart de notation supérieur à 1 point), un troisième examinateur est consulté pour trancher en faveur de l'une ou de l'autre des notes.

4.4. Nombre de mesures prévues au protocole selon l'échelle temporelle

- T0 : Phase de pré-implantation - du démarrage jusqu'à la formation des gestionnaires de cas : 1 mesure tous les 6 mois ;
- T1 : Processus d'implantation durant 18 mois de façon à prendre en compte la montée en charge des dossiers de gestion de cas : 3 mesures soit 1 tous les 6 mois ;
- T2 : Fonctionnement des outils et mécanismes de gestion de cas : prévue sur une année soit 2 mesures à intervalle de 6 mois.

4.5. Résultats taux d'implantation

L'implantation du modèle PRISMA sur les trois sites est ainsi passé en 18 mois d'environ 5% (3,6% ; 4,4% et 9% respectivement en Essonne, Haut-Rhin et à Paris) à environ 20% (17,6%, 21%, et 24 % respectivement) (voir Figure 1).

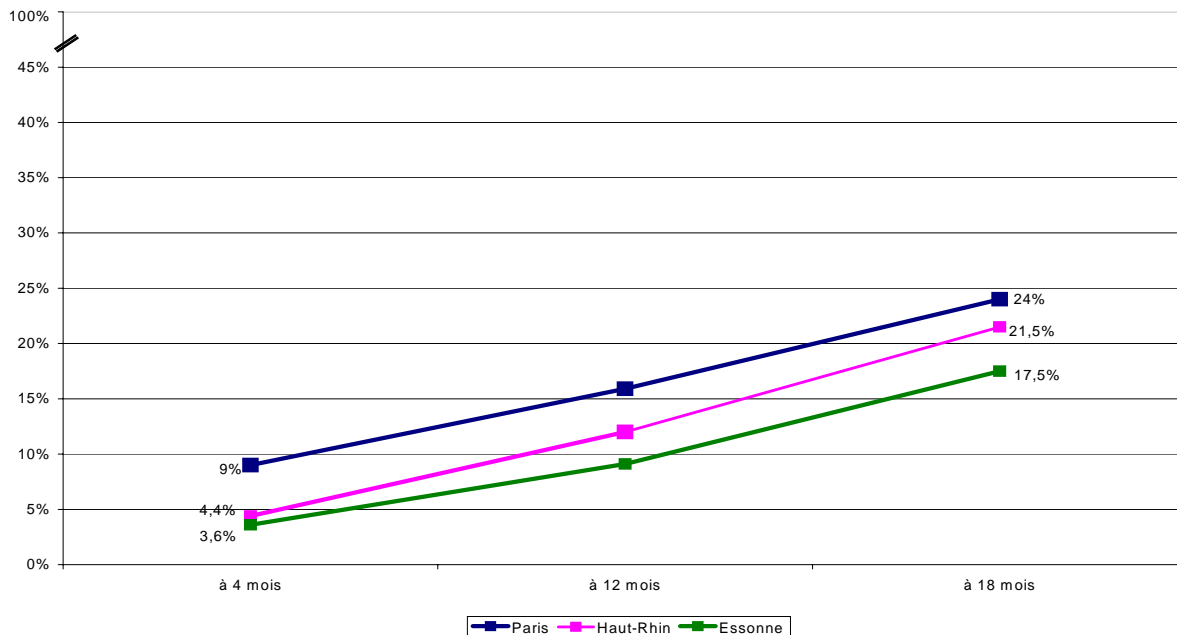


Figure1 : Evolution du taux d'implantation du modèle sur les 3 sites durant les premiers 18 mois d'expérimentation

La précision de la mesure issue de la méthodologie explicitée ci-dessus ne permet pas de tirer d'enseignement important sur une différence de 5 % du taux globale d'implantation. On pourrait ainsi globalement assumer que, en France, le taux d'implantation de l'intégration « naturel » se situe autour de 5%.

L'intégration a progressé globalement sur les 18 mois de 15 points (15 points sur le site Paris 20^{ème} arrondissement, 17 points sur le site Haut-Rhin / Mulhouse et zone d'Illzach et 14 points sur le site Sud-Essonne / Zone de l'Etampois).

Cette similarité de la progression n'était pas anticipée, d'autant que la gestion du projet n'a pas été réalisée exactement selon les mêmes modalités sur les trois sites. Néanmoins, si ces progressions suivent un rythme similaire, elles ne relatent pas l'implantation des mêmes composantes de du modèle PRISMA (voir les figures ci-dessous). Enfin, il faut souligner qu'aucun gestionnaire de cas n'exerçait d'activité de gestion de cas aux périodes de mesure des niveaux d'intégration sur les trois sites. Aussi un grand nombre de fonctions des composantes, qui se réfèrent au travail des gestionnaires de cas ne peuvent être opérationnelles, et n'entrent ainsi pas dans les taux présentés ici. Ce taux de environ 20% représente en quelque sorte, un taux-plafond au dessus duquel il n'est possible de progresser selon le modèle qu'en implantant la gestion de cas.

4.5.1. Site Parisien

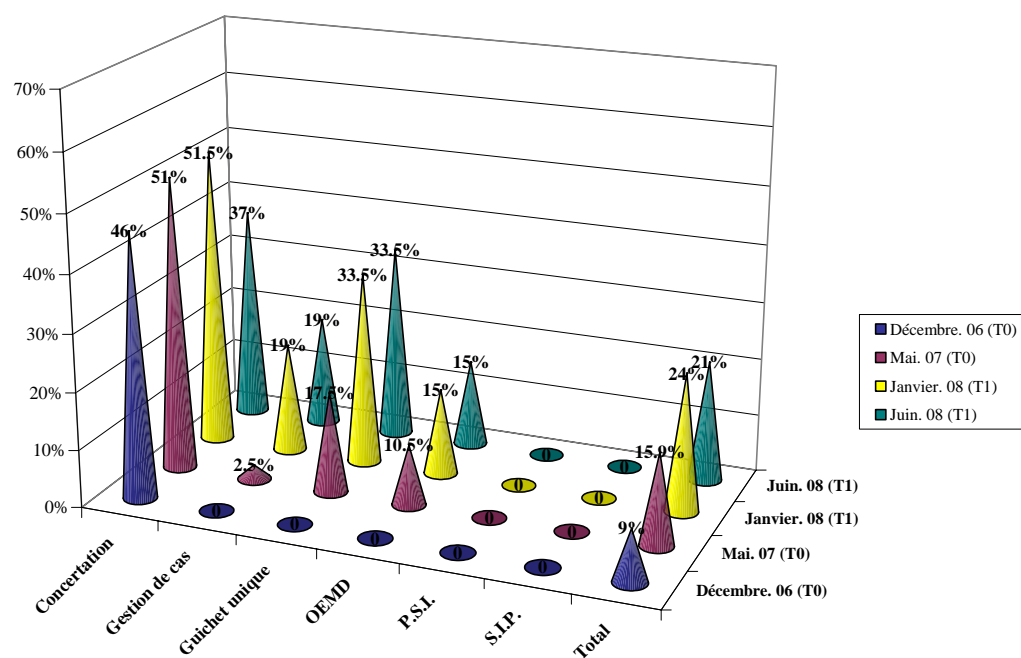


Figure 2 : Évolution de l'implantation des 6 composantes du modèle PRISMA sur le site Paris 20^{ème} arrondissement au cours des 4 premières références (décembre 2006, mai 2007, janvier 2008, juin 2008)

Le taux d'implantation est initialement légèrement supérieur pour le site méga-urbain Paris 20^{ème} arrondissement ce qui s'explique par une concertation plus dense (46% versus 21% et 18% respectivement pour le Haut-Rhin et l'Essonne). Ce différentiel de concertation s'observait principalement au niveau de la concertation locale – CLO – dans laquelle un grand nombre de directeurs de structures se sont rapidement engagés en raison d'une tradition de projets gérontologiques impliquant les secteurs sociaux et sanitaires.

L'évolution de l'implantation de l'intégration sur Paris 20^{ème} arrondissement a suivi une progression de l'ordre de 8 points par période sur les 18 premiers mois. Sur la base d'une concertation stable, le travail d'implantation a porté sur la définition puis validation des composantes : concertation, gestion de cas, guichet unique et outil d'évaluation multidimensionnelle.

La dernière phase (de janvier à juin 2008) s'est traduite par un ralentissement, voire une légère régression (de 3 points) de l'implantation de l'intégration. Celle-ci est imputable au temps nécessaire à la construction de l'outil juridique Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS « Autonomie 75-20 ») qui s'est traduit par une suspension de la concertation locale (CLO). En outre cette suspension de la concertation locale s'est accompagnée d'un temps d'arrêt sur la poursuite du travail de définition et de validation des outils Plan de Services Individualisé et Système d'Information Partageable.

La construction de cet outil juridique (GCSMS) était jugée comme condition préalable à l'exercice de la gestion de cas, qui a commencé au mois de juillet 2008 avec 3 gestionnaires de cas ½ ETP (deux autres ½ ETP sont en cours de mise en œuvre).

4.5.2. Site de Mulhouse-Illzach

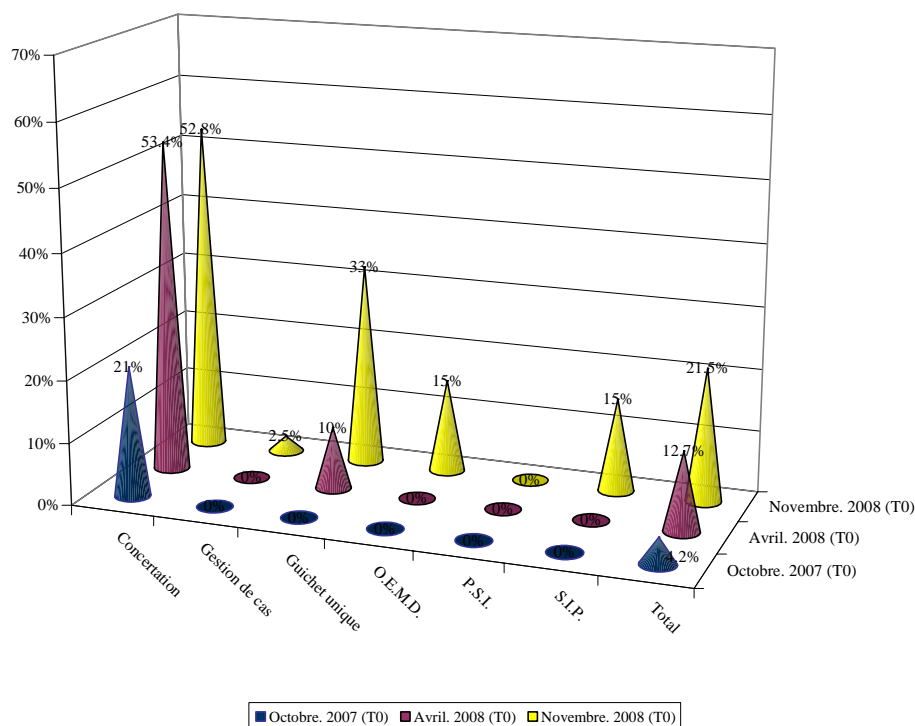


Figure 3 : Évolution de l'implantation des 6 composantes du modèle PRISMA sur le site Haut-Rhin/Mulhouse et Zone d'Illzach au cours des 3 premières références (septembre 2007, mars 2008, octobre 2008)

Sur le site urbain du Haut-Rhin, dont le territoire est la ville Mulhouse et la zone périphérique d'Illzach, l'implantation de l'intégration a suivi sur les deux périodes un rythme équivalent à celui de Paris (progression de 8,5 points par période). Dans la première période, cette progression a été le résultat de la construction de la concertation sanitaire et sociale.

Dans la seconde période, en raison de l'étendue du territoire d'expérimentation, le travail d'implantation a été concentré sur la composante « guichet unique ». Par la définition des missions et du fonctionnement du guichet unique, l'implantation des fonctions de cette composante a progressé de 10% à 33%.

Parallèlement, au cours de cette phase, le travail sur la définition et la validation de l'Outil d'Evaluation Multidimensionnelle (en cours) a donné lieu à une réflexion sur les postures éthiques des pratiques d'évaluation et de gestion de cas. A travers ce travail, certaines procédures du Système d'Information Partageable ont été définies (d'où une progression de cette composante de 0 à 15%).

Par ailleurs, malgré l'absence de gestionnaire de cas en activité, les acteurs se sont d'ores et déjà engagés à co-définir une méthode de dégagement de temps de gestion de cas commune aux différentes structures proposant des postes de gestionnaires de cas (d'où les 2,5% d'implantation de la gestion de cas).

4.5.3. Site du sud de l'Essonne (Etampois)

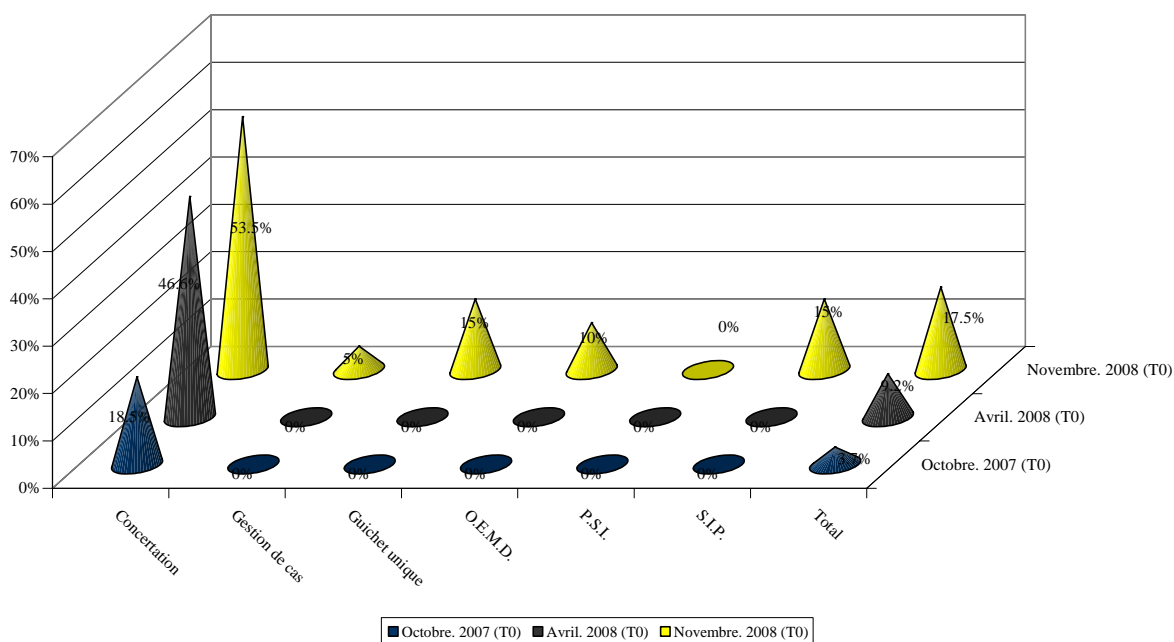


Figure 4 : Évolution de l'implantation des 6 composantes du modèle PRISMA sur le site Sud-Essonne / Zone de l'Etampois au cours des 3 premières références (octobre 2007, avril 2008, novembre 2008)

L'implantation de l'intégration sur le site rural s'est centrée au cours de la première période sur la construction de la concertation, dont la représentation était complexe à assurer en raison de l'étendue du territoire (constitué des 37 communes de la zone de l'Etampois).

Dans la seconde période, le travail a porté de façon concomitante sur le guichet unique et l'Outil d'Évaluation MultiDimensionnel (OEMD). Par la définition des missions et du fonctionnement du guichet unique, l'implantation des fonctions de cette composante a progressé de 0% à 15%.

Parallèlement, et de même que ce qui a été constaté dans le Haut-Rhin, le travail sur la définition et la validation de l'Outil d'Évaluation Multidimensionnelle (en cours) a donné lieu à une réflexion sur les postures éthiques de l'évaluation et de la gestion de cas qui a abouti à définir certaines procédures du Système d'Information Partageable (d'où une progression de cette composante de 0 à 15%).

Si les résultats relatifs à l'implantation des composantes « guichet unique », Plan de Services Individualisé et Système d'Information Partageable apparaissent similaires à ceux réalisés sur le Haut-Rhin au cours de la même période, précisons néanmoins que la méthode de travail a été différente (voir la partie opérationnalisation). Essentiellement menée au sein du CLO sur le Haut-Rhin, elle a été construite au sein de sous groupes de travail dans l'Essonne, ce qui s'explique par le nombre important d'acteurs engagés dans la concertation locale, sans pour autant que ces groupes de travail se substituent au CLO (comme le niveau d'implantation de la concertation l'indique).

Par ailleurs, à la suite d'une analyse des circuits des personnes âgées réalisée et mutualisée par les niveaux locaux et stratégiques, a été définie une procédure commune de dégagement de temps de gestion de cas au sein des structures

identifiées comme étant en position de coordination. Cela explique le taux de 2,5% d'implantation de la gestion de cas dans ce contexte également et bien que les règles définies soient différentes dans le Haut-Rhin (mise en commun de moyen humain avec des emplois de gestionnaire de cas à mi-temps au moins) et dans l'Essonne (standardisation des pratiques, emploi de gestionnaires de cas sur des temps extrêmement partiels avec répercussion du travail de gestionnaire de cas sur la file active de travail régulier du professionnel devenu gestionnaire de cas).

4.6. Présentation de la grille

La méthode d'évaluation du processus d'implantation, la grille d'évaluation elle-même, ainsi que les niveaux atteints ont été présentés au comité de pilotage national (en juin 2007 et février 2008), au CDS et au CLO du site Paris 20^{ème} arrondissement (Septembre 2007, juillet 2008), au CDS et au CLO du site Haut-Rhin (Décembre 2008) et au CDS et CLO du site Essonne (Décembre 2008).

4.7. Discussion

L'application de cette grille d'évaluation de l'implantation au cours de l'expérience au Québec fournissait des niveaux initiaux d'intégration aux alentours de 20%. Cela témoignait ainsi d'un niveau d'intégration plus élevé qu'en France. Au terme des 4 années les taux avaient atteints des niveaux légèrement supérieurs à 70%. La progression annuelle moyenne était ainsi d'environ 12 points, relativement proche des 10 points/an rapporté ici.

L'expérimentation qui s'est déployée au Québec a également été réalisée en milieux contrastés. Dans cette expérimentation, comme dans celle de PRISMA France, si les modes organisationnels du continuum de soins et services et les priorités d'action pour déployer l'intégration ont variés les taux globaux obtenus aux différents temps d'expérimentation étaient assez proches et parallèles.

Nous pouvons en conclure d'une part que le processus d'implantation en France n'a pas connu de retard manifeste dans sa mise en œuvre par rapport au modèle québécois ; et d'autre part, que dans les expérimentations qui s'appuient sur le PRISMA, le rythme d'implantation de l'intégration dépend finalement assez peu du contexte. Cela s'explique possiblement par la variété des actions à mettre en œuvre dans le projet autorisant à un moment donné dans un contexte donné de prioriser tel axe à tel autre et ainsi de ne pas rester au « statu quo » à un niveau d'implantation.

Si le déploiement devenait « hétérogène » selon le contexte cela permettrait l'identification et l'analyse de nouveaux facteurs explicatifs des adaptations locales, des succès et des échecs permettant d'ajuster les plans d'action.

Produits de l'équipe recherche, cette grille et le taux qui en résulte se veulent au service de l'action menée par l'équipe projet, pilotée par les pouvoirs publics de l'échelon national, construite par les acteurs locaux, départementaux et régionaux. Dans cette expérimentation, les pouvoirs publics ont choisi un système organisationnel (PRISMA) qui définit des fonctions à atteindre et non des outils et modalités pratiques à appliquer. Sur chaque territoire, ce sont les acteurs impliqués dans les concertations stratégiques et opérationnelles qui définissent les outils et mécanismes d'intégration dans l'objectif d'atteindre les fonctions visées. L'équipe projet fournit des savoirs sur les ajustements nécessaires pour assurer la meilleure

adaptation possible entre les six composantes de l'intégration et l'environnement dans lequel elles s'implantent, sans dénaturer les principes structuraux de l'intégration. A partir de l'analyse de ces données, l'équipe recherche donne accès à une connaissance continue, synthétique et compréhensive de la qualité et de la densité de l'intégration territoriale. En outre de cet intérêt auprès des planificateurs de l'expérimentation, elle permet aux acteurs eux-mêmes, par delà les diversités de normes socioculturelles, de s'approprier le modèle proposé et d'en comprendre plus exactement les enjeux et leur rôle respectif dans son implantation. Cela a déjà été constaté dans l'étude d'implantation du modèle PRISMA au Québec : discuter périodiquement le taux d'implantation avec les participants a constitué un facteur stimulant pour la stimulation.

En effet, à l'heure où de nombreux pays travaillent à l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie, il apparaît nécessaire de développer des méthodes permettant de connaître le contenu précis de cette orientation. Notre travail propose une approche de mesure de l'intégration qui peut outiller les pouvoirs publics dans une perspective d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de cette politique publique. Les possibilités de transfert de cette approche à d'autres pays et populations cibles (personnes handicapées, adolescents en situation difficile, par exemple) peuvent ouvrir des perspectives d'analyses comparatives.

5. intégration et gouvernance : mise en perspective du contexte gérontologique français

L'impulsion par les pouvoirs publics en France du projet-pilote PRISMA France visant la construction d'une politique publique d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et en situation dite complexe, part du constat selon lequel face aux besoins multidimensionnels des personnes âgées souhaitant rester à leur domicile il est nécessaire d'organiser la collaboration interprofessionnelle, inter-organisationnelle et intersectorielle. Cette approche de l'intégration implique la construction de méta-réseaux [30], ou réseaux complets [31], incluant : les professionnels (médicaux, paramédicaux et sociaux), les gestionnaires de services (publics et privés), les décideurs en termes de planification, de tutelle et de financement (des secteurs de l'administration centrale et de l'administration décentralisée, des caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, mais aussi des collectivités territoriales c'est-à-dire les régions, départements, intercommunalités, et communes) ainsi que les législateurs. La construction de ces réseaux complets apparaît être une condition indispensable en raison de l'interdépendance des acteurs gérontologiques.

Une grande partie de la littérature sur l'intégration des soins et services porte sur l'analyse de ces interdépendances dans leurs dimensions cliniques et organisationnelles. Dans cette littérature, la nécessité de la construction des réseaux intégrés et les moyens de les construire de façon efficiente sont étudiés à travers les interactions organisationnelles des acteurs en situation d'interdépendances autour d'un projet clinique [32]¹. Cette littérature conclue en règle générale que les clés de réussite de l'intégration organisationnelle de la réalisation de l'intégration dépendent de l'environnement institutionnel dans lequel les réseaux intégrés se situent. Ces auteurs appellent donc à travailler l'intégration institutionnelle.

A partir d'une approche institutionnaliste en termes de sociologie politique de l'action publique la problématique traitée est celle de la gouvernance des politiques gérontologiques. Jane Kooiman définit la gouvernance « comme un processus d'interactions entre différents acteurs sociétaux et politiques et l'interdépendance croissante entre les deux qui émerge alors que les sociétés modernes deviennent encore plus complexes, dynamiques et diversifiées. Tous ces arrangements interactifs auxquels des acteurs publics, aussi bien que privés, participent à la résolution de problèmes sociaux (ou sociétaux) ou la création d'occasions sociales (idem), au service des institutions dans lesquelles ces activités de gouvernance ont lieu (...)» (Traduction libre) [33].

La thématique de gouvernance recouvre donc l'analyse des institutions, réseaux, directives, réglementations et normes d'usages politiques et sociaux.

Pour un système de politique publique donné, ici celui du champ de la gérontologie, la problématique de la gouvernance permet d'appréhender sa stabilité, son orientation, sa capacité de diriger et à fournir des services, et donc plus

¹ Voir aussi le numéro spécial de la revue *Pratiques et Organisation des Soins* consacré à la gouvernance clinique. Volume 39 n° 3 / juillet-septembre 2008. Télé-accessible sur le site de l'assurance maladie www.ameli.fr

fondamentalement la légitimité [34] dudit système. L'approche des institutionnalistes [35] s'intéresse à la structure des institutions au sein de laquelle des choix politiques sont faits. L'analyse de la structure des institutions porte sur les acteurs qui participent à la définition des règles à partir desquelles des décisions politiques sont réalisées, ainsi qu'au(x) rôle(s) de ces acteurs. Il s'agit de souligner le processus interactif d'élaboration des politiques publiques en prenant en considération l'importance du cadre institutionnel dans lequel elles s'inscrivent. Le courant institutionnaliste ne voit pas les institutions comme la seule variable importante. Il voit les institutions comme des variables structurantes par les biais desquelles des arrangements d'idées, d'intérêts, et de pouvoirs sont produits. Cela signifie que les institutions peuvent modeler la façon dont les acteurs perçoivent ou comprennent leurs propres intérêts. D'où l'importance de les identifier et analyser d'une part. Dans cette approche, les institutions sont le point focal de l'activité des politiques publiques dans le sens où elles contribuent à les structurer en incitant ou contraignant les acteurs et donc les activités. D'où l'intérêt porté aux instruments d'intervention des institutions d'autre part.

L'orientation de la politique publique du maintien à domicile des personnes âgées a été définie dans les années 1960 dans le rapport Laroque en termes de projet sociétal à visée de cohésion sociale. « *Le problème de la vieillesse est dominé par la nécessité de concilier d'une part l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées, d'autre part, leur maintien dans la société, en excluant toute ségrégation* » [36]. Par le développement qualitatif et quantitatif mais aussi diversifié et adapté de services de maintien de l'autonomie à domicile il s'agit de construire une politique publique « *qui ambitionne de donner toute leur place aux personnes âgées et de répondre à leur désir de rester dans la société* » [37]. Par le terme de « services de maintien de l'autonomie à domicile » sont entendus les services intervenant directement au domicile de la personne (aide au domicile de la personne), les services médicaux et apparentés (soins infirmiers à domicile -SSIAD-, soins infirmiers libéraux, hospitalisation à domicile, équipes médicales mobiles hospitalières, équipes de psychiatries de secteur), les services d'accompagnement à domicile (repas à domicile, garde de jour et garde de nuit, garde itinérantes de nuit), les services d'assistance juridique (curatelle et de tutelle) mais aussi les services concourant au maintien à domicile pour lesquels il faut quitter son domicile (hôpital de court séjour, hôpital de moyen séjour, hôpital de jour, accueil et hébergement temporaires), auxquels s'ajoutent les clubs de loisirs, ou encore les consultations mémoires.

La problématique de la gouvernance gérontologique inscrite dans le paradigme institutionnaliste, nous amène à proposer une analyse en trois temps.

Après une description des institutions à responsabilités et compétences dans le champ gérontologique, nous mobiliserons le cadre d'analyse du « sentier de dépendance » (path dependency) en retraçant la structuration du champ gérontologique dans le cadre du système français de protection sociale. Le concept de gouvernance multi-niveaux (multi-level governance) sera mobilisé pour rendre compte des conséquences de la décentralisation de compétences d'administrations étatiques vers des collectivités territoriales. L'analyse portera sur l'imbrication des instruments d'intervention déployés par les institutions pour réguler les dispositifs gérontologiques.

Dans un second temps nous analyserons les impacts de ce système institutionnel sur la réalisation du projet de cohésion sociale des politiques publiques de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Le focal portera sur la capacité de ce système institutionnel à diriger et à fournir des services.

Dans un troisième temps, nous analyserons les normes d'usages politiques et sociaux qui en résultent en termes de mise en réseaux d'acteurs gérontologiques à visée de coordination. Nous clôturerons par les principaux enseignements que l'on peut en retirer quand à la construction de l'intégration systémique.

5.1. ANALYSE DU CONTEXTE D'OFFRE GERONTOLOGIQUE. Fragmentation de l'intervention clinique ou fragmentation de l'intervention publique ?

L'analyse d'un système de politiques publiques commence par l'identification des pouvoirs publics à compétences et responsabilités dans le champ considéré et par la présentation de la nature de leur implication (c'est-à-dire de leurs fonctions et missions). Les fonctions et missions de chacun de ces pouvoirs publics présentées sont issues de la documentation rendue publique par chacun (1.1). Cette phase d'identification se poursuit par la compréhension des conditions d'élaboration et de mise en œuvre des programmes et dispositifs (1.2. et 1.3.).

5.1.1. Présentation des pouvoirs publics à compétences en matière gérontologique

Les pouvoirs publics dont il est question sont entendus au sens large, dans la mesure où s'agit de différentes institutions à compétences en matière de politiques gérontologiques.

Les administrations de l'État sont composées de services dits centralisés, c'est-à-dire dont l'échelon de compétence est national, et de services dits déconcentrés dont les échelons de compétences sont régionaux (Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales – DRASS) et départementaux (Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales – DDASS).

Sous l'autorité des Préfets de région et de département, les DRASS et la DDASS, au travers d'un comité technique régional et interdépartemental (CTRI), assurent la mise en œuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales et départementales dans le domaine sanitaire, social et médico-social. Leurs missions et attributions relèvent des dispositions du décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994 et relèvent de la santé publique (politique régionale de santé, participation à la politique hospitalière en concertation avec l'agence régionale de l'hospitalisation, la sécurité sanitaire) ; de la cohésion sociale et du développement social par l'animation des différents dispositifs d'insertion et d'intégration ; de la protection sociale par le contrôle des organismes de sécurité sociale et l'évaluation des résultats des contrats d'objectifs et de gestion négociés au niveau national.

Au sein des services centralisés de l'État, coexistent quatre directions ayant des compétences en matière de politiques gérontologiques :

1. La Direction Générale de la Santé (DGS)¹ dont les missions sont définies par le code de la santé et par le décret du 11 mai 2007 relatif à l'organisation de l'administration centrale. La DGS prépare la politique de santé publique définie à l'article L.1411.1 du code de la santé publique et contribue à sa mise en œuvre. Dans le champ gérontologique ses principales missions sont : l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ; la réduction des inégalités de santé ; l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ; la démographie des professions de santé.
2. La Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS)² en liaison avec les directions des pôles travail-solidarité, logement-ville et santé, assure des missions en matière de politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de solidarité. Dans le champ gérontologique ses compétences relèvent de la définition, de l'animation et de la coordination de la politique de prise en charge, d'intégration sociale, d'aide à domicile et d'aide à l'autonomie ; de l'élaboration de la législation relative à la création et au fonctionnement des établissements et des services sociaux et médico-sociaux ; de l'élaboration des règles relatives à l'aide sociale et application ; de la définition des politiques de formation des professions sociales, des conditions de leur exercice et des règles déontologiques applicables.
3. La Direction de la Sécurité Sociale (DSS)³ assure la tutelle des organismes de sécurité sociale. Elle participe également à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de la mutualité. La DSS est rattachée au ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, au ministère de la santé et des sports et au ministère du budget et de la fonction publique. Elle conçoit les politiques relatives à la sécurité sociale et assure leur mise en œuvre. Sa mission générale est d'assurer l'adéquation des prestations de sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des ressources. A ce titre, elle assure le pilotage du PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale) et élabore et met en œuvre les politiques relatives à la couverture des risques vieillesse, maladie, famille et accident du travail.
4. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)⁴ doit organiser l'offre de soins en liaison avec la DGS mais aussi la DGAS et la DSS. Elle est compétente à l'égard de l'ensemble des établissements de santé publics, les établissements de santé privés non lucratifs participants ou non au service public hospitalier, les établissements de santé privés lucratifs. De plus son champ d'action s'étend au financement des activités spécifiques de soins aux personnes âgées, en établissement d'hébergement et à domicile.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions : financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées (financement réparti dans les régions à partir de l'outil PRIAC - PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte

¹ Source : Rapport annuel 2007 de la DGS, consultable sur <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>

² Source : Brochure de la DGAS, consultable sur le site : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

³ Source : <http://www.securite-sociale.fr/institutions/dss/dss.htm>

⁴ Source : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

d'autonomie) ; garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps ; assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes. Ses missions sont définies dans une convention d'objectifs et de gestion avec l'État¹.

Les établissements publics à caractère administratif de la sécurité sociale² organisés en 4 branches (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, vieillesse). Notamment la Caisse Nationale d'Assurance Maladie³ définit les orientations stratégiques et pilote le réseau des organismes chargés de les mettre en œuvre. Ce réseau comprend 128 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) en France métropolitaine et 4 Caisses Générales de Sécurité Sociales (CGSS dans les 4 départements d'outre-mer). Il couvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès des salariés et des assurés qui leur sont rattachés selon trois régimes : le régime général (CNAMTS), le régime agricole (Mutualité Sociale Agricole - MSA), le régime des indépendants, artisans, commerçants et professions libérales (Régime Social des Indépendants - RSI). Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), ont été créées par l'ordonnance du 24 avril 1996, se sont des structures régionales inter régimes (CNAMTS, RSI, MSA) où siègent des représentants de l'État lequel définit les conditions de réalisation des Objectifs Nationaux quantifiés d'évaluation des Dépenses d'Assurances Maladie (ONDAM). Le réseau des organismes comprend également les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) qui ont des « missions bien spécifiques en matière de risques professionnels et de retraite et dans le secteur sanitaire et médico-social ». En matière d'assurance vieillesse⁴ trois grandes catégories de régimes de retraites existent : des salariés du secteur privé, les régimes spéciaux des salariés du secteur public (État, collectivités locales, entreprises publiques), des non salariés. A ces régimes dits de base, s'ajoutent les régimes complémentaires.

Il convient également de faire état de deux institutions de régulation. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) sont nées de l'ordonnance du 24 avril 1996. Elles exercent les missions définies à l'article L 6115-1 du code de la santé publique en particulier la définition et la mise en œuvre de la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers les SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements⁵. Les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP)⁶ ont été créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette loi a confié au niveau régional la « responsabilité de rationaliser, mutualiser et fédérer les différents acteurs et dispositifs de santé publique autour d'orientation commune, visant le renforcement de la prévention dans le système de santé, en complément de l'approche curative ». C'est à cet effet que sont élaborés les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP).

Enfin, suite la révision constitutionnelle du 28 mars 2003, « *les collectivités territoriales ont vocation à prendre les décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent le mieux être mises en œuvre à leur échelon* » (article 72 de la Constitution). Les communes, départements et régions assurent l'organisation et le

¹ Source : <http://www.cnsa.fr>

² Source : <http://www.securite-sociale.fr>

³ Source : <http://www.assurance-maladie.fr>

⁴ Source : <http://www.cnav.fr>

⁵ Source : <http://www.parhtage.sante.fr>

⁶ Source : <http://www.grsp.idf.fr>

fonctionnement de nombreux services publics que la loi leur a confiés. Ainsi, dans le champ des politiques gérontologiques :

- Les 26 régions ont essentiellement des compétences dans le champ de la santé (définition d'objectifs particuliers de santé, définition et mise en œuvre des actions, correspondantes ; participation aux commissions exécutives des agences régionales de l'hospitalisation ; à titre expérimental, contribution au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires) ;
- Les 100 départements ont pour principales compétences : la prise en charge de toutes les prestations légales d'aide sociale, dont l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) ; la responsabilité et le financement de la coordination de l'action sociale et de l'action sociale en direction des personnes âgées ; l'élaboration et la mise en œuvre du schéma gérontologique, l'autorisation de création et de transformation des établissements et services sociaux et médicosociaux fournissant des prestations de compétence du département, (habilitation desdits établissements et services, tarification des prestations) ; l'autorisation conjointe des établissements fournissant des prestations prises en charge couramment par le département et l'État ou un autre organisme ;
- Les 36 873 communes ont la possibilité d'exercer les compétences sociales attribuées au département au moyen d'une convention ; d'attribuer de l'aide sociale facultative par le biais des centres communaux d'action sociale (CCAS) et des centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) ; de mettre en place un fichier des personnes âgées et handicapées résidant à domicile ; de créer un établissement social ou médico-social ; et d'attribuer des aides à l'installation ou au maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins.

La multitude des pouvoirs publics aux responsabilités et compétences diverses, aboutit à **caractériser le champ gérontologique par un haut degré de complexité. Cette complexité se révèle en particulier par l'absence d'identification d'un acteur « pivot »** responsable de la de la définition, de la mise en œuvre, de l'évaluation et de l'imputabilité des politiques destinées au maintien à domicile des personnes âgées.

De la présentation de leurs fonctions et missions par chacun des pouvoirs publics eux-mêmes, il ressort au moins deux faits saillants.

Le premier a trait au fait que les politiques publiques gérontologiques sont des **responsabilités partagées à quatre paliers politiques de gouvernance, soit national, régional, départemental et municipal. Il existe des chevauchements au plan des fonctions des institutions entre ces paliers distincts** (en termes de prévention par exemple). Ces chevauchements engendrent des doublons d'activités (par exemple pour la définition de la formation des professionnels). La dispersion des responsabilités fait en sorte que l'identité des pouvoirs publics est peu lisible car les mandats respectifs ne sont plus clairs (pensons aux missions des CRAM).

Le deuxième fait saillant porte sur la relative **instabilité institutionnelle du champ gérontologique**. Pensons à la création en 1996 des ARH, pour lesquelles un projet de loi de transformation à travers des ARS (Agences Régionales de la Santé) a été déposé à l'assemblée nationale dès le 21 mai 2003¹. Ce projet de loi, comportait

¹ Projet de loi relatif à la politique de santé publique n°877 http://www.assemblee-nationale.fr/12/dossiers/sante_publicque.asp

également un objectif de création d'un groupement d'intérêt public dénommé Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), créé, lui, en 2004. A l'heure actuelle la création des ARS est programmée pour 2009.

Pour comprendre la complexité et la fragmentation des institutions des politiques publiques gérontologiques (c'est-à-dire l'absence d'un acteur « pivot » responsable de la de la définition, de la mise en œuvre, de l'évaluation et de l'imputabilité d'une part, et d'autre part imbrication de quatre paliers de gouvernance d'autre part) nous nous inscrirons dans une approche développer par les institutionnalistes historiques. Dans cette approche, la structuration des politiques gérontologiques prend historiquement sa source dans le champ de la protection sociale.

5.1.2. La structuration du système de protection sociale

Selon B. Pallier « *l'histoire de l'extension du système français de protection sociale est l'histoire de sa fragmentation* » (2005, 134). L'argumentation s'inspire du cadre d'analyse du « sentier de dépendance » (*path dependency*) [38, 39]. La notion de dépendance par rapport au chemin emprunté (*path dependency*) souligne la dynamique selon laquelle une fois qu'un chemin est pris, il est difficile d'en changer. La raison en est que les processus politiques s'institutionnalisent et se renforcent avec le temps, ce qui génère des inerties institutionnelles. Parmi ces inerties institutionnelles, il est possible d'identifier la juxtaposition des pouvoirs publics à responsabilités et la fragmentation sectorielle de leurs responsabilités.

Le système de protection sociale français peut être qualifié comme reposant sur un compromis entre les deux principales traditions historiques en matière de protection sociale : il s'agit de réaliser le principe d'universalité de Beveridge avec les moyens assurantiels de Bismarck [38].

Les grands principes beveridgiens, ou « trois U », sont les suivants : unité (un seul système, une caisse unique), universalité (couverture de tous les risques et de l'ensemble de la population) et uniformité (même prestation pour tous).

Traditionnellement, les travaux sur le système de protection sociale français présentent le projet initial du système de protection sociale de 1942 dans cette perspective. La plupart des travaux précisent également que ce plan ne s'est pas réalisé en France comme prévu : l'unité du système n'a pas été réalisée ; l'universalité de la couverture n'a été atteinte que dans les années 1970 par « une extension dans la diversité » ; les prestations dépendent des groupes sociaux (au sens de catégories de travailleurs protégées), les prestations ne sont pas uniformes, ce qui s'explique par les outils assurantiels de nature bismarckienne mis en œuvre.

En effet, la configuration spécifique aux assurances sociales peut se résumer ainsi : elles sont destinées aux travailleurs, versées sous formes de prestations contributives, proportionnelles aux salaires précédemment perçus ; elles sont financées par cotisations versées par les employeurs et par les salariés ; elles sont gérées au sein de caisses dirigées par un conseil d'administration où siègent principalement des représentants des salariés et des employeurs ; les caisses sont des organismes distincts de l'État mais celui-ci garde le pouvoir de décision en matière de niveau de cotisation et de prestations.

Encadré : les paramètres définissant un dispositif de protection sociale

Tout dispositif de protection sociale peut être caractérisé à partir de 4 dimensions :

- Le critère d'accès à prestation (fondé sur le travail, prestations contributives ; la citoyenneté : prestations universelles ; ou le besoins : prestations sous conditions de ressources) ;
- La nature et le niveau de cette prestation (en nature ou en espèces, forfaitaires ou bien proportionnelles) ;
- Le mode de financement (impôts ou cotisations sociales) ;
- Et les structures de décisions, d'organisations et de gestion de l'organisme qui sert cette prestation (État central, décentralisé, ou gestion déléguée aux partenaires sociaux ou à des entreprises).

A partir de ces 4 dimensions, trois logiques sont distinguées :

1. *Une logique d'assurance sociale*, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenu (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail). Les prestations sociales sont financées par des cotisations sur les salaires (comme dans une assurance privée) et sont réservées à ceux qui cotisent ;
2. *Une logique d'assistance*, qui a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. Elle consiste à assurer un revenu minimum, qui ne couvre pas forcément un risque spécifique. Il est versé sous condition de ressources, mais non de cotisations préalables (allocation personnalisée pour l'autonomie, allocation adulte handicapé, revenu minimum d'insertion) ;
3. *Une logique de protection universelle*, qui a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont donc accordées sans conditions de cotisations ni de ressources, mais sont les mêmes pour tous (couverture maladie universelle)

Suivant l'approche institutionnaliste historique proposée ici, nous nous proposons de retracer succinctement les grandes étapes de la construction de système de protection sociale français.

5.1.2.1. Historique et compromis historique

Le développement de la protection sociale dans les années 1945-1970 s'est appuyé sur le compromis institutionnel historique dit « néo-corporatiste » : droits acquis par le travail, prestations contributives et proportionnelles, mode de financement fondé sur les cotisations sociales des employeurs et des salariés, mode de gestion paritaire (exercée par « les intéressés » représentants du patronat et des salariés). Le mode de régulation de cette gestion paritaire procède par conventionnement obligatoire avec l'État. L'État occupe donc une fonction de tutelle (*a priori*) et de contrôle (*a posteriori*), exercée par deux ministères distincts (affaires sociales et finances). Cependant la décision d'augmenter ou de baisser les cotisations et les prestations reste dans cette première phase du domaine de la décision discrétionnaire du gouvernement (voire réglementaire), et ainsi objet de luttes entre les deux ministères

de tutelle (affaires sociales et finances) sans que les parlementaires n'y prennent part. Dès son origine se manifestent les prémisses d'une fragmentation du système qui caractérisera ses évolutions (plusieurs fonds, plusieurs caisses, plusieurs régimes, plusieurs tutelles).

La réforme Jeanneney de 1967 impose une réorganisation administrative du régime général de protection sociale qui vise à séparer les risques en distinguant quatre branches¹. Elles vont constituer des secteurs différenciés dans le domaine de la protection sociale : la branche maladie (assurances maladies, maternité, invalidité, décès) ; la branche accident du travail et maladies professionnelles ; la branche assurance vieillesse et la branche famille. Chaque branche a sa propre administration, organisée au niveau national, régional et local pour la plupart. Les caisses nationales sont des établissements publics à caractère administratif, mais ne sont pas considérées comme des administrations de l'État. Les autres caisses sont des organismes privés chargés de la gestion d'un service public. Au sein de ce système de protection sociale, l'État a d'importants pouvoirs de nomination, de contrôle et de réglementation. Les partenaires sociaux quand à eux sont chargés de la gestion des institutions (collecte et distribution des prestations, gestion du personnel) mais pas du risque qui est de la responsabilité de l'État (fixation du montant des cotisations et des prestations et donc équilibre des comptes). Cette répartition floue et ambiguë des responsabilités aura pour conséquence de rendre opaque les responsabilités réelles [38].

Les recettes de la protection sociale étant principalement assises sur le travail, elles sont dépendantes de la situation économique et celle du marché du travail. Les difficultés économiques que rencontre la France à partir du milieu des années 1970 contribuent à réduire les recettes de la protection sociale (stagnation de la masse salariale, baisse du nombre de cotisants, etc.). Les dépenses, quant à elles, sont en hausse, liées à des phénomènes de différentes natures : état de santé et demande de soins de la population, progrès technologiques médicaux, situation démographique (évolution des structures familiales, allongement de la durée de vie, vieillissement de la population), etc. A partir de cette analyse commune, deux interprétations divergentes apparaissent [40]. Les uns (principalement les membres des gouvernements et les experts administratifs), estimant l'impossibilité d'augmenter en continu les recettes par des hausses de cotisations, insistent sur la nécessité de maîtriser la croissance des dépenses et de trouver de nouvelles formes de financement. Il s'agit d'augmenter la prise en charge personnelle de certaines dépenses et de mieux contrôler ou réguler ces dépenses ; notamment en matière de santé et d'assurance vieillesse. Les autres (les syndicats notamment) insistent sur les charges indues, c'est-à-dire sur le fait que le système d'assurance sociale est amené de façon croissante à servir des prestations non contributives : prestations maladie en nature, allocations familiales, minima sociaux. Dans ce contexte, les années 1980 vont être marquées par une multitude de plans de redressement dont l'importance du rythme et de l'ampleur a été analysée en profondeur [38]. Les réformes prises dans le cadre des plans de redressement des comptes de la sécurité sociale n'ont pas changé la logique bismarckienne du système d'assurance sociale, ni ses instruments (prestations contributives financées par des cotisations sociales

¹ Ces quatre branches administrativement et financièrement séparées constituent la sécurité sociale. Le risque chômage est différencié car géré principalement par les partenaires sociaux au sein de l'UNEDIC, sans tutelle étatique. L'inclusion de ce 5^{ème} risque chômage aux quatre risques de la sécurité sociale définit la protection sociale.

assises sur les salaires). Elles ont modifié le niveau d'utilisation de ces instruments : faible baisse de certaines prestations et forte hausse des cotisations.

Au cours des années 1990, secteur par secteur, des mesures vont être prises afin de contrôler l'évolution des dépenses. Surtout un consensus apparaît aux niveaux politique et administratif selon lequel il n'est pas possible de financer indéfiniment la croissance des dépenses sociales par une augmentation des prélèvements sociaux. Il est ressorti deux modifications profondes issues du plan Juppé de 1995. Tout d'abord, ce plan instaure un vote annuel, par le parlement, d'une loi de financement de la sécurité sociale. L'adoption de cette mesure (par modification de la constitution en février 1996) a pour effet d'institutionnaliser les plans de redressement des comptes de la sécurité sociale. Ceux-ci prennent dorénavant la forme d'une loi de financement de la sécurité sociale adoptée tous les automnes après un débat parlementaire. Le redressement des comptes de la sécurité sociale est ainsi passé en 1995 de l'agenda conjoncturel à l'agenda institutionnel du gouvernement. En effet, depuis l'adoption de la réforme constitutionnelle de février 1996, le parlement détermine chaque année le montant des ressources affectées à la sécurité sociale et définit un pourcentage de progression des dépenses de santé pour l'année à venir : un objectif quantifié national qui détermine chaque année l'évolution maximale autorisée des dépenses d'assurances maladie engendrées par l'activité de chaque profession. Les caisses d'assurance maladie doivent négocier des Conventions d'Objectifs de Gestion (COG) avec les professions médicales dans le cadre de ces objectifs fixés par le parlement. Si les caisses et les professions médicales ne trouvent pas un accord au bout de 65 jours de négociations ; l'ordonnance d'avril 1996 prévoit que l'État peut alors se substituer aux partenaires sociaux pour fixer les conditions de réalisation des objectifs nationaux (quantifiés) des dépenses d'assurances maladie (ONDAM). Ensuite, ce plan a initié, dans la branche maladie, le remplacement des cotisations sociales payées par les salariés par des points supplémentaires de Contribution Sociale Généralisée (en 1996, un point de CSG est venu remplacer un point de cotisation maladie). Cette fiscalisation a été poursuivie par le gouvernement Jospin au 1^{er} Janvier 1998, dans le cadre de la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) notamment.

Encadré : Contribution Sociale Généralisée et fiscalisation du système français de protection sociale

La CSG a été créée à l'initiative du gouvernement de Michel Rocard pour diversifier le financement de la protection sociale. La CSG est assise sur l'ensemble des revenus des personnes domiciliées en France : revenus d'activité, de remplacement, du patrimoine, ainsi que les revenus tirés des jeux. Elle est prélevée à la source dans les deux premiers cas.

Instituée par la loi de finances pour l'année 1991, la CSG a été mise en place en plusieurs étapes. Aujourd'hui, elle est affectée :

- à la branche famille, au taux de 1,08 % sur les revenus salariaux et allocations chômage et de 1,10 % sur les autres revenus. C'est le prélèvement créé initialement, en contrepartie de la suppression des charges sociales "famille";
- au fond de solidarité vieillesse (FSV) qui finance le minimum vieillesse, au taux de 1,03 % sur les revenus salariaux et de 1,05 % sur les autres revenus (part ajoutée par la réforme Balladur des retraites);
- à la branche maladie de la Sécurité sociale, à un taux compris entre 3,95 % (sur les plus petits revenus de remplacement) et 7,25 % (sur les revenus des jeux). Cette nouvelle tranche de CSG a été mise en place par les gouvernements Juppé et Jospin, et remplace les cotisations sociales maladie des salariés (hormis le financement des "indemnités journalières");
- à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), instituée par le gouvernement Raffarin pour gérer les prestations liées à la dépendance, au taux de 0,10 % sur tous les revenus.

Au total, le taux de CSG représente 7,50 % des revenus d'activité, 6,20 % des revenus du chômage et 6,60 % des retraites (3,80 % pour les personnes non assujetties à l'impôt sur le revenu) ; 8,20 % des revenus du patrimoine et de placement ; 9,50 % des revenus des jeux.

En 2006, le produit de la CSG s'est élevé à 76,3 milliards d'euros, ce qui en fait le premier impôt direct en France devant l'impôt sur le revenu. Elle représente environ 18% des ressources de la sécurité sociale. La CSG a un rendement de 10 Md€ par point. Les trois quarts du produit de la CSG sont issus des revenus d'activité.

Sources :

Insee Première n° 1135, mai 2007, accessible en ligne

Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2006, accessible en ligne

5.1.2.2. Actuellement : un compromis périlleux ?

La fiscalisation, de même que la création de ces dispositifs CMU et APA, conduisent à renforcer le pôle solidarité (assistanciel) de la protection sociale, tout en l'« autonomisant » du pôle assurantiel (Pallier, Bonoli, 1995, 686 et suivantes). Cette évolution conduit à dessiner une déconnexion entre le mode de financement et d'organisation du système, et le type de prestations servies. Celles-ci **mêlent les prestations contributives, correspondant à une logique assurantielle (ou bismarckienne) du système, aux prestations non contributives (prestations**

universelles soumises à condition de situation ou de ressources), relevant davantage d'une logique assistancielle (ou beveridgienne).

Alors que le système reposait en 1945 sur une solidarité unique entre les membres d'une même communauté, constituée de travailleurs, les difficultés financières du système conduisent à s'interroger sur l'articulation des différentes logiques à l'œuvre. La distinction qui s'impose peu à peu identifie les solidarités professionnelles et intergénérationnelles à ce qui doit relever de l'assurance. Les prestations universelles ou ciblées sont supposées relever quand à elles de la « solidarité nationale » [38].

Cette juxtaposition des deux logiques serait, dès lors, explicative d'une partie de la complexité du système de protection sociale dans sa globalité, et spécifiquement aux programmes et dispositifs concernant les personnes âgées.

Par ailleurs, par ces évolutions, le rôle et le pouvoir de l'administration de l'État se trouvent renforcés. Ce qui limite le principe français de gestion par les intéressés. Plus exactement, dans le champ de l'assurance maladie, cela implique une modification des pouvoirs internes à l'auto-administration institutionnalisée, historiquement en faveur des caisses d'assurance maladie attribuant seulement des capacités de contrôle et de pilotage de l'État, sans pour autant remettre en cause des institutions paritaires gérant l'assurance maladie [41]. Cependant Michel Laroque dénonce « le poids insuffisant » de l'administration de l'État qui n'a pas les moyens d'assurer le contrôle des organisations dont la tutelle lui est confiée (caisses de la sécurité sociale et organismes de protection sociale complémentaire) [42].

En effet, pour différents auteurs, un problème majeur du champ de la protection sociale vient d'un **déséquilibre entre l'administration publique sanitaire et sociale et les administrations (non publiques) des organismes de la protection sociale avec lesquelles elles doivent négocier**. Pour Michel Laroque par exemple, ce déséquilibre est source de grandes faiblesses de l'État, aussi bien par rapport aux caisses de la sécurité sociale que par rapport aux organismes de la protection sociale complémentaire [42].

5.1.2.3. La décentralisation des compétences récemment acquises par administrations étatiques vers les collectivités territoriales : juxtapositions d'instruments d'intervention des pouvoirs publics

Le système français de protection sociale a donc été historiquement assis sur un modèle de négociation d'envergure nationale nommée « néo-corporatiste ». Cette négociation nationale, impulsée et régulée par l'État, a été modifiée par l'introduction d'une logique assistancielle comme nous venons de le voir, mais aussi par l'application dans le champ gérontologique des lois de décentralisation comme nous allons le voir.

Commençons par rappeler qu'il est de coutume de distinguer deux étapes de la décentralisation en France. En 1982 sont adoptées les lois organisant les principes des « droits et libertés des communes, départements et régions », puis en 1992 est adoptée la loi sur « l'administration territoriale de la République » qui élargit les formes possibles de coopération. Les modalités générales des politiques sont posées sur le plan national dans des lois et des décrets d'ensemble, tandis que leur

mise en œuvre est renvoyée à des dispositifs territoriaux contractuels, négociés à des échelons régionaux, départementaux et communaux, ou encore à des « périmètres de projet » intercommunaux. Une réforme profonde du titre 7 de la Constitution a été adoptée en mars 2003 et concerne pour l'essentiel les pouvoirs des régions. Les régions y sont vues comme des acteurs consacrés en tant que coordinateurs territoriaux de divers politiques multiniveaux.

La décentralisation des compétences et des initiatives conduit à des coopérations nouvelles entre de multiples niveaux de territoires. C'est dans ce contexte général, que se sont multipliées les politiques considérées comme partenariales mais aussi comme multiniveaux.

Elles sont dites « partenariales » dans la mesure où ces politiques ont généralement adopté des modalités de négociation sur site, et par contrats locaux, qui contrastent relativement avec les négociations « néo-corporatistes » des politiques partenariales classiques.

Elles sont également dites « multiniveaux », car elles traduisent des formes plus ou moins intenses de coopération (volontaires ou obligées), entre les pouvoirs politiques eux-mêmes, qui sont redistribués à différentes échelles territoriales [43].

D'une part, ces nouvelles procédures de négociation, plus fragmentées et décentralisées et plus ponctuelles « *s'ajoutent aux dispositifs nationaux les concurrencent parfois directement mais elles les démultiplient également* » [43].

D'autre part, elles s'ajoutent aux règles et procédures déployées par chaque institution dans une visée de régulation de l'offre de services sur lesquels elles ont compétence.

Dans ce contexte, force est de constater la juxtaposition d'instruments d'intervention des pouvoirs publics nationaux et territoriaux.

Encadré : Une typologie des instruments d'intervention des pouvoirs publics

Reprenant la typologie de L.M. Salamon (2002) il est possible de caractériser les instruments d'intervention des pouvoirs publics à partir de :

- leur degré de directivité (direct ou indirect), c'est-à-dire le degré d'implication de la puissance publique dans la mise en œuvre de l'activité,
- de leur degré de coercition, c'est-à-dire le fait que les instruments restreignent ou contraignent le comportement des acteurs (coercitions) ou au contraire tendent à encourager ou à décourager certains comportements (incitations),
- les modalités de régulation concurrentielle ou non concurrentielle de l'activité.

En croisant ces trois dimensions, on obtient la typologie suivante :

		Concurrentiel	Non concurrentiel
Direct	Coercitif	Régulation des entrées, prix, produits, qualité <i>Exemples. champ gérontologique : Autorisation et tarification des SSIAD, HAD, Accueils de Jour ; etc.</i>	Administration publique, assurance publique : <i>Exemples. champ gérontologique : Tarification à l'activité (T2A), PRIAC</i>
	Incitatif	Quasi-marché, contrats <i>Exemple. champ gérontologique : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)</i>	Propriété publique <i>Exemple. champ gérontologique : Plan d'aide de l'Équipe Médico-Sociale de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (EMS APA)</i>
Indirect	Coercitif	Chèque-service <i>Exemple. champ gérontologique : Chèque Emploi Service Universel (CESU)</i>	Régulation tutélaire <i>Exemples. champ gérontologique : Labellisation niveau 1, 2, 3 des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)</i>
	Incitatif	Régulation incitative, incitations fiscales <i>Exemple. champ gérontologique : Médecin traitant</i>	Système de paiement par une tierce partie <i>Exemple. champ gérontologique :</i>

Sources :

Salamon, L.M. The tools of government. Oxford, UK: Oxford University Press : 2002
Enjolras, B. Gouvernance et interet general dans les services sociaux de santé. Bruxelles, Belgique : Edition Peter Lang ; 2008

Le tableau ci dessus présente les différents instruments d'intervention qui sont à la disposition des pouvoirs publics afin de réguler l'offre de services. Les instruments de type non concurrentiel supposent la mise en œuvre de procédures administratives de planification, de programmation et de contrôle, ce qui est le cas des SROSS et PRIAC, ou des schémas gérontologiques des conseils généraux. Tandis que les instruments de type concurrentiel reposent sur l'aménagement des mécanismes du marché et de la concurrence, comme c'est le cas des commissions d'attribution du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) des réseaux de santé et des appels d'offre des PRSP par exemples ; les instruments indirects incitatifs ont pour objectif de favoriser la liberté de choix des usagers alors que les instruments coercitifs ont tendance à la restreindre. Les instruments directs garantissent en règle générale une meilleure adéquation entre les objectifs et les résultats mais sont plus coûteux à mettre en œuvre que les instruments indirects, qu'ils soient coercitifs comme c'est le cas des CESU (Chèque Emploi Service Universel),

ou incitatifs, comme c'est le cas de la mise en place du système du médecin traitant ou encore des nombreuses expérimentations d'incitations financières fournies aux médecins généralistes pour l'exercice d'activité de prévention.

« Les choix des instruments d'intervention supposent en conséquence un arbitrage entre efficacité de l'intervention, liberté de choix et efficience économique » [44]. **Dans le champ gérontologique, il apparaît que ces choix ont été effectués par dispositifs par dispositifs, selon une approche sectorielle et fonctionnelle et non populationnelle ce qui aboutit à une complexification des procédures qui nuit autant à l'action des offreurs qu'à la lisibilité de l'offre par les demandeurs [45, 46].** Différentes considérations alimentent cette conclusion, que nous proposons de décliner en les illustrant par les discours tenus par les acteurs interviewés.

5.1.3. Une gouvernance des politiques gérontologiques inscrite dans deux systèmes d'action publique

Les politiques gérontologiques sont aujourd'hui inscrites dans deux systèmes d'action publique (la protection sociale d'une part, et l'intervention territorialisée d'autre part) dont les caractéristiques propres questionnent la cohérence d'ensemble [47].

- Alors que le système de protection sociale fournit des prestations contributives et universelles, les politiques gérontologiques territoriales doivent s'adapter au terrain, être différenciées selon les situations, à partir des besoins locaux : [Acteur opérationnel] : « *La mise en place de l'APA ça a été un souhait d'une prestation universelle. Certes elle est dans le registre de l'aide sociale, mais de façon un peu différente quand même où tout le monde peut y avoir droit avec des barèmes différents. Il n'y a pas de recours sur succession* » ; [Acteur stratégique] : « *Le souci de répondre dans la proximité aux personnes, en instaurant les assistantes sociales en charge des personnes de plus de 60 ans, sur les territoires à l'échelle d'un canton. On avait déjà cette idée que l'action de proximité était pertinente pour la population* ».
- Alors que le système de protection sociale privilégie l'approche sectorielle et catégorielle, les politiques gérontologiques territoriales tentent de traiter de façon transversale l'ensemble des dimensions. Dans cette visée, elles ne peuvent pas s'appuyer sur une administration spécialisée dans la gestion d'un risque, mais doivent faire appel à l'ensemble des acteurs (administratifs, politiques, associatifs et économiques) susceptibles d'intervenir, et ce dans le cadre d'un partenariat contractualisé ; [Acteur opérationnel] : « *C'est pour répondre au déficit du vieillissement qu'il faut s'organiser autrement, donc le défi pour moi il est vraiment sociétal, c'est-à-dire qu'il faut une autre organisation* » ; [Acteur stratégique] « *On balaie le logement, les questions d'isolement, de vie sociale, et c'est ça qui nous intéresse, qui nous intéresse [...] démarche de territorialisation, d'être vraiment au plus près de la personne âgée et de ce qu'elle a besoin au niveau de sa qualité de vie* ».
- Alors que le système de protection sociale est organisé de façon pyramidale et centralisée, les politiques gérontologiques territoriales doivent être multiniveaux et s'inscrire sur un territoire particulier : [Acteur opérationnel] : « *Je suis contre la centralisation, mais dans ce genre de choses, la centralisation est importante* ».

puisque'il y va de l'efficacité. » ; [Acteur stratégique] : « Je ne crois pas, moi, à une diffusion, de mettre en place des services d'une manière globale en France. Ça c'est un problème, on est encore un pays très centralisé, parce qu'en fait à l'origine, la décentralisation devrait permettre au contraire ce genre de choses ».

- Alors que la protection sociale est une « administration de gestion », les politiques gérontologiques territoriales doivent être mises en œuvre par des « administration de mission » et faire l'objet d'évaluations [40]. [Acteur opérationnel] : « On est pris de tous les côtés par la DDASS, par l'ARH qui nous demandent des enquêtes » ; [Acteur stratégique] : « Présentez-nous un projet sur un endroit qui vous paraît prioritaire, démontrez-nous, pourquoi il est prioritaire, demandez-nous de l'argent, pour ce que vous allez faire on va vous donner de l'argent ».

La coexistence de ces deux systèmes d'action publique (système de protection sociale et d'action territoriale) permet de saisir le caractère relativement indéfinissable d'un acteur public « pivot » de la politique gérontologique du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, responsable de sa définition, de la régulation de sa mise en œuvre, et imputable de ses résultats. [Acteur stratégique] : « A partir du moment où à côté de nous, il y en a un qui met vingt fois plus de financement que nous, bon on est un chef de file un peu aristocrate désargenté face à la montée de la bourgeoisie, quoi, c'est quand même celui qui détient les fonds qui est l'acteur principal, c'est un peu trivial de dire ça, mais c'est la réalité. [...]. Il me semble que une solution un peu plus carrée, pas forcément meilleure mais plus lisible, ce serait une loi qui dit « toutes les personnes âgées dépendent par exemple de la Sécu ». D'ailleurs quand [le président de la République] parle de cinquième risque, c'est-à-dire cinquième risque Sécu, rendez vous dans cinq-six ans là-dessus, peut être que je n'aurais plus du tout les personnes âgées, ce sera passé à la Sécu, mais c'est un autre débat. Mais cette loi là, qui fait un vrai chef de file, un chef de file qui ait les moyens juridiques, les moyens financiers et un seul, il n'y en a pas ».

5.2. Impacts sur la gouvernance du champ gérontologique

Au regard de la présentation des missions de chacune des institutions à responsabilités et compétences, constatons l'importance des chaînes de décisions, des procédures de régulations et de financements de ces services. Ainsi les lois de décentralisation supposées faire des conseils généraux : « le chef de file réel, parce que c'est l'expression employée par la loi de 2005, qui fait des Conseils Généraux des chefs de file des politiques sociales locales, en direction de personnes âgées, personnes handicapées, personnes précarisées en France, la réalité est plus nuancée, surtout sur les personnes âgées » [Acteur stratégique] se sont davantage traduites par « une stratégie de patate chaude, c'est-à-dire d'évitement et plutôt de savonner la planche du petit camarade, je veux dire par là que quand il y a des financements qui disparaissent d'une certaine autorité puisqu'elles disparaissent de l'autorité du conseil général ou du cercle hospitalier, etc., on ne la retrouve pas ailleurs. Donc il n'y a pas de glissements financiers qui accompagnent les glissements de responsabilités. » [Acteur stratégique].

Nous proposons une analyse de ce constat, relativement unanime, qui appelle un changement des politiques gérontologiques, en distinguant les impacts organisationnels, normatifs et financiers.

5.2.1. Fragmentation institutionnelle et impacts organisationnels

En matière de politiques gérontologiques, la structuration sectorielle (autour de la santé, de la santé publique et de l'action sociale) et fonctionnelle (prévention, intervention légale, intervention extralégale) et non populationnelle auto-entretient un phénomène de cloisonnement des services offerts aux personnes âgées : [Acteur stratégique] : « *Les textes ont tendance à renforcer, à tenir un discours qui dit 'il faut décroisonner' et de l'autre côté il y a d'autres textes qui ne facilitent pas la vie* ». Ce cloisonnement des services offerts est observable à quatre niveaux :

- entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, [Acteur opérationnel] : « *La manière de travailler d'un coordinateur infirmier avec les partenaires hospitaliers est très différente de celle d'un coordinateur social. Il y a des formations qui vous impriment durablement dans votre vécu professionnel* »
- entre les professionnels de « Ville » et ceux de l'« Hôpital », [Acteur opérationnel] : « *Je crois qu'on le dit tous, l'espoir que nous avons tous dans la gestion de cas, c'est que au delà de légitimer les acteurs [...] c'est la saisine possible et la réponse un peu obligatoire des différents professionnels de santé que sont l'Hôpital, les CMP, les hôpitaux spécialisés, les SSR* »
- et entre les secteurs « public », « privé lucratif » et « privé non lucratif », [Acteur opérationnel] : « *Y a eu des acteurs qui ont peut être été un peu plus lent, l'hôpital, l'hôpital pas parce qu'il n'est pas bon, mais parce que c'est des administrations beaucoup plus lourdes à mobiliser que des associations, où les directeurs sont assez décideurs, si vous voulez, même si après il faut en référer au conseil d'administration, les administrateurs nous suivent beaucoup plus facilement que des grosses maisons comme le département* ».
- ainsi qu'entre les lieux de vie « domicile » et « institution » [Acteur opérationnel] : « *Une personne âgée qui est en maison de retraite, elle est considérée comme déssectorisée. Donc à la limite elle n'a pas de service social* ».

Ces cloisonnements rendent difficile la coordination des services de maintien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant une intervention multidimensionnelle et intersectorielle. [Acteur stratégique] : « *Pour résoudre un problème on s'aperçoit qu'il faut à peu près 15 intervenants, 30 chefs, 50 responsables et pas de financement. Et donc, cela fait, cela fait une pyramide inversée avec un seul prestataire et plein de donneurs d'ordre. Donc, cela devient à peu près invivable et ingérable. Et comme tout ça, ça donne lieu à des politiques publiques, toutes légitimes à tous les échelons, que ce soit scientifique, politique, institutionnel, etc. ça commence à être un peu difficile.* »

La gouvernance multiniveaux des politiques gérontologiques, issue à la fois des transformations du système de protection sociale conférant davantage de pouvoir

aux services étatiques et des lois de décentralisation de compétences étatiques vers les collectivités territoriales, apparaît opaque tant les niveaux sont nombreux et les procédures mal stabilisées [43].

Le terme de procédure ne renvoie pas ici seulement aux moyens juridiques mais également aux démarches politiques organisées par des règles prédéfinies, et qui sont à leur tour productrices de règles (elles sont alors « constitutives », ou institution building, dans le vocable anglo-saxon). Les procédures de l'action publique contemporaine sont des démarches visant à produire des règles collectives de discussion et d'action. Celles-ci se déploient dans ce que les politologues appellent les politiques « contractuelles ».

Or, les procédures contractuelles ne sont pas unifiées par des textes cadres ou des énoncés constitutionnels généraux. Si elles produisent des normes qui se veulent temporaires, adaptatives et souples, il reste que les procédures contractuelles officialisent et consacrent des partenariats selon les modalités explicites. A présent, les procédures contractuelles constituent les modalités types de coopération entre niveau de gouvernance, chaque échelon pouvant devenir initiateur ou porteur de projets conduits en fonction d'un pilotage « collégial » ou du moins représentatif. Ces contrats constituent ainsi la forme privilégiée d'un type de gouvernance « multiniveaux » où les collaborations forment des chaînes de partenariats.

Dans le champ gérontologique, ces formes de collaboration se déploient à l'intérieur de chaque collectivité territoriale, entre les collectivités territoriales elles-mêmes, et surtout entre collectivités territoriales et services étatiques, ainsi qu'entre collectivités territoriales et caisses de protection sociale. Ces formes de collaboration se matérialisent à travers :

- une juxtaposition d'échelles territoriales : deux plans nationaux coexistent actuellement (Plan solidarité grand âge et Plan Alzheimer) avec 22 PRIAC, 22 PRSP, 22 SROS, 100 schémas gérontologiques correspondant à autant de départements français, auxquels s'ajoutent les politiques communales envers les personnes âgées des 36 785 communes françaises et les conventions d'objectifs de la loi de finance de la sécurité sociale ;
- une diversité de temporalités contractuelles : sur l'un des sites le PRIAC couvre la période 2008-2012, le SROS 2006-2010, le PRSP 2006-2008 et le schéma gérontologique 2006-2011 ;
- une accumulation des programmes et des plans : [acteur stratégique départemental] : « *On [le conseil général] est identifié sur un territoire comme pilote de la coordination gérontologique et on continue à ne pas être en première ligne dans des actions de coordination [le PRSP de la responsabilité de l'URCAM] dont vous venez de parler* »,
- une multiplicité de procédures de mise en œuvre et de pilotage¹ : [Acteur stratégique départemental] : « *Les autres documents réglementaires, les autorités politiques des différentes collectivités territoriales, elles vous font bien savoir que les circulaires et les arrêtés cela ne s'adressent pas à eux, parce qu'ils ont leurs propres textes. L'assurance maladie, elle est quand même très, très tatillonne sur*

¹ Notons de plus que ces procédures législatives et réglementaires relèvent de différents codes : code de l'action sociale et des familles, code de la santé publique, code général des collectivités territoriales, le code de la sécurité sociale, code de la mutualité, code de la fonction publique, code administratif et code pénal.

le fait qu'elle a ses propres circulaires et que ses propres circulaires n'ont rien à voir avec les vôtres » ;

- et in fine, une « usine à gaz » des circuits de financements des services aux personnes âgées : [Acteur stratégique départemental] : « *Le problème en France, et qui me paraît important, c'est le problème de nombreux financeurs. Le fait que les financeurs sont différents, n'ont pas obligatoirement tous les mêmes objectifs, n'ont pas tous les mêmes enveloppes, et n'ont pas tous les mêmes ressources à mettre à disposition* ».

La diversité de ces formes et procédures contractuelles, débouche sur de potentielles divergences d'orientation, questionnant les possibilités de construction de règles collectives de discussion et d'action dans le champ gérontologique. Une partie des facteurs explicatifs à cette situation problématique peut être identifiée dans la structuration du champ gérontologique. Cette structuration aboutit à la coexistence de deux systèmes d'action publique (protection sociale et intervention territoriale) laissant possiblement place au déploiement de différentes normes d'action.

5.2.2. Imbrication de deux systèmes d'action publique et impacts normatifs

Force est de constater que la structuration du champ gérontologique s'est accompagnée du développement de différentes normes d'action. Dans l'approche institutionnaliste, les normes d'action renvoient aux interprétations du réel et, par là même, aux significations qu'accordent les acteurs aux situations dans lesquelles ils se trouvent.

Une illustration de la diversité de ces normes d'action peut être fournie par une analyse des **différentes logiques d'action à l'œuvre dans la création ou le développement des services de maintien à domicile [46]**. Il est ainsi possible de distinguer :

- Une logique d'action « entrepreneuriale » dans laquelle les actions déployées visent d'une part à répondre à un besoin insuffisamment ou non satisfait et d'autre part à créer « son » activité : [Acteur opérationnel] : « *On est déjà concurrencé par rapport, je dirais aux populations que l'on veut suivre, le client on va dire, et puis par rapport au territoire sur lequel on veut s'exprimer quoi. Et on regarde là-dedans qu'est-ce qui est concurrent. Il y a des concurrents directs, il y a ceux qui sont indirects parce qu'ils possèdent des trucs à droite, à gauche, mais ça c'est une réflexion, c'est une analyse de marché classique, de base* »
- Une logique d'action « sociétale » où les actions entreprises ont pour objectif de contribuer à la résolution de la question sociale de l'intégration des personnes âgées dans la société, [Acteur stratégique] : « *[Avec l'évolution démographique ?] Oui, c'est cela. On va arriver à ce que le complexe ne va plus du tout devenir exceptionnel, mais va devenir la règle, donc c'est là où c'est intéressant [le service de gestion de cas destiné aux personnes âgées en situation dite complexe]*»
- Une logique d'action « instrumentale » où la nature des actions a pour but la pérennisation et le développement d'activité(s) préexistante(s), [Acteur opérationnel] : « *L'État finançait ces CLICs, donc l'intérêt à rejoindre ce dispositif* »

c'était d'une part d'être autorisé et reconnu en tant que CLIC et d'autre part de bénéficier des financements de l'État »

- Une logique d'action « insertion » dans laquelle les actions entreprises visent le développement d'activités pour créer de l'emploi [Acteur stratégique] : « *On se dit parfois de manière un peu rapide 'il y a un gisement d'emplois, c'est les services aux personnes, et notamment aux personnes âgées, ce n'est pas des services qui demandent 15 ans d'étude, on peut se former rapidement etc.'* et on se dit 'il y a des vases communicants' »
- Une logique d'action « territoriale » où il s'agit de doter le territoire de structures (et donc de services et d'emplois) pour favoriser son développement. [Acteur stratégique] : « *[La gestion de cas] nous intéresse parce qu'on sait qu'on ne va pas non plus pouvoir construire des EPHAD au fur et à mesure de l'augmentation de la population âgée, et tout le monde sait que les personnes âgées elles veulent rester chez elles à domicile le plus longtemps possible* ».
- Une logique d'action « réputationnelle » où il s'agit d'afficher une volonté potentiellement porteuse de retours en terme de développement [Acteur stratégique] : « *Il y a eu, à mon sens un récent basculement, tel que je le vois sur ces trente dernières années, un certain plaisir des conseils généraux à voir arriver ce public qui était un public intéressant du point de vue politique, électoral, etc.* »

Cette diversité de logiques d'action, non problématique en elle-même dans le sens où la diversité de l'offre qui en résulte peut-être potentiellement source de « richesses » cognitives, civiques, industrielles [48], interroge pourtant sur la qualité des services offerts aux personnes âgées, comme l'ont illustrés les citations fournies. En effet, **les instruments d'intervention déployés par les pouvoirs publics dans une visée de gouvernance de l'offre de services, semblent avoir pour principale conséquence la constitution d'un « marché » de contrats et financements.**

Comme nous l'avons présenté précédemment, la diversité de ces instruments et leur volatilité aboutissent à caractériser ce marché par un fort degré d'incertitude, d'une part en ce qui concerne les règles de définition et d'accès et d'autre part en ce qui a trait aux montants alloués. Dès lors cette caractérisation impacte la réalisation de la mission de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, soit une activité d'intérêt général au regard du projet de cohésion sociale sous tendu par le rapport Laroque. En effet, la littérature sur la gouvernance clinique [49-51]¹ montre notamment que la qualité des services, incluant le développement des pratiques professionnelles et la disponibilité d'outils appropriés, apparaît conditionnelle à la stabilité, voire à la croissance des ressources, qu'elles soient de nature normative au sens de cadre de référence, comme nous venons de l'expliquer ou de nature financière comme nous allons le voir.

¹ D'une façon générale sur le cadre d'analyse de la gouvernance clinique se référer au numéro spécial de la revue *Pratiques et Organisation des Soins* consacré à la gouvernance clinique. Volume 39 n° 3 / juillet-septembre 2008. Télé-accessible sur le site de l'assurance maladie www.ameli.fr

5.2.3. Juxtaposition d'outils de gouvernance et impacts sur la dimension financement

Fruit de l'historique de notre système de protection sociale et de la décentralisation, **la particularité du système français réside dans la multitude de structures de financement et l'ampleur de leur implication dans l'élaboration des pratiques d'intervention clinique.** Les structures financières ne sont pas simplement des « caisses » au sens de payeurs, mais également des décideurs dirigeant avec plus ou moins d'intensité l'action des services qu'elles financent. De la sorte, si les financeurs ne sont pas en amont du processus d'élaboration d'un programme de services, ils seront, en aval, le décideur ultime de sa validité : [Acteur opérationnel] : « *En 2007, si on conserve une relative stabilité sur le financement, on le mettra en place, pour avoir vraiment un dossier papier complet* ». La perspective d'une expertise d'utilisation de la structure financière se trouve plus significative que celle de la gestion de services dans une visée d'équilibre de l'offre et de la demande. Ce qui est aboutit au fait que la fonction de financement se révèle bien plus qu'un instrument de déploiement de services; il est fondamental et point focal d'enjeux et jeux stratégiques et tactiques.

Les modalités de financements quant à elles font l'objet de stratégies d'ordre politique impactant directement la structuration interne des organisations prestataires [Acteur stratégique] : « *On a été, au grand dam des élus, obligés d'appliquer le décret Raffarin, parce qu'on avait quand même un montant d'APA qui devenait très lourd à supporter pour la collectivité publique* ».

De façon extrême, la restructuration des modalités financières de prise en charge des personnes âgées, en fonction de leur niveau de dépendance, et de la répartition des responsabilités entre la CNAV et les conseils généraux a des impacts qui nuisent à la lisibilité, à la cohérence et à la qualité de l'offre de services :

- Les ressources d'une caisse influencent la quantité de services disponibles sur un territoire plutôt que l'inverse : « *Parce que la CNAV a décidé de ne pas aller au-delà de 100 000 heures. C'est politique. Eux considèrent que les aides qu'ils nous fournissent c'est plutôt des aides de confort.* » [Acteur opérationnel]. Est ici mise en question l'existence même d'une méthode d'analyse territoriale des besoins d'accompagnement des personnes âgées dans la définition des dispositifs et des enveloppes budgétaires dédiées à ces dispositifs.
- Les règles du financement individuel des prises en charge sont associées aux volumes d'heures de prestations introduites par l'APA au travers des barèmes mensuels, mécanisme dont la pertinence est questionnée : [Acteur opérationnel] « *C'est-à-dire nous, une personne qui est en GIR 1 2 3 4 à l'APA, on nous envoie une prise en charge, on nous dit vous avez le droit de faire 34.2H/mois* ». C'est ici l'impact en termes d'organisation des services qui est interrogé, notamment dans la perspective d'offrir un accompagnement cohérent aux personnes âgées. Sur cette même dimension [Acteur opérationnel] « *Il paraît que les GIR 5 ils vont tout bloquer à 16H maximum par mois et pour les GIR 6 on m'a dit quoi ? On m'a dit 6H. Alors, c'est l'affolement, moi j'ai vu des gens depuis une semaine, si je considère ce que me disent les gens il faut que je vires 90 personnes* ». Les interrogations quant au sens du fonctionnement arithmétique,

précédemment sous-entendues, sont ici plus explicitement posées : sur quels principes s'appuient la péréquation entre le niveau de dépendance calculé par la grille AGGIR et le nombre d'heures d'accompagnement nécessaire au maintien de l'autonomie à domicile ? Les questionnements sur le sens de cette méthode recouvrent également les impacts d'ordres organisationnels en termes de gestion des ressources humaines.

L'importance du pouvoir des financeurs, qui va donc bien au-delà de la seule dimension des fonds disponibles, questionne l'impact de leur multiplicité notamment dans la thématique de l'articulation des règles législatives (prestations légales pour les GIR 1 2 3 4 et extralégale pour les GIR 5 et 6).

Les règles législatives apparaissent entrer en contradiction avec les réalités empiriques. Un exemple supplémentaire est fourni dans le cas des réseaux de santé : [Acteur opérationnel] : « *Tous les services de cancer, qui s'occupent de cancer, normalement n'auraient pas le droit actuellement de travailler, parce qu'ils n'ont pas intégré un réseau, alors vous voyez les non-sens de l'Administration Française. C'est que la loi oblige les centres anti cancéreux d'être dans des réseaux, et il y a très peu de réseaux* ».

Cette situation amène les pouvoirs publics à faire, non explicitement, reposer sur les acteurs de terrain la responsabilité de créer les conditions d'application des règles législatives [Acteur opérationnel] « *En fonction du système que l'on a aujourd'hui qui cloisonne pas mal les différents services, et je ne parle même pas du cloisonnement sanitaire et social, je parle de l'identité de chaque structure, je pense qu'on essaie d'avoir des passerelles qui permettent au mieux de s'organiser dans l'intérêt de la personne* ». [Acteur stratégique] : « *Réseau géronto, oui, on veut y aller, et l'idée ce serait justement de dire il n'y a pas d'un côté les pôles et de l'autre un réseau de santé géronto ; il y a qu'un seul réseau où il y a un financement Conseil Général pour la partie pôles gérontologiques et un financement sanitaire* ».

Un exemple particulièrement emblématique de cette problématique est fourni dans le cas des CLIC. Dispositif créé pour la réalisation de la coordination gérontologique territoriale, dans sa dimension clinique mais aussi organisationnelle, l'adéquation entre les missions assignées et les moyens financiers dédiés aux CLIC sont mises en questions. « *Quand il faut à la fois coordonner l'action des praticiens du secteur libéral, vous savez comme moi qu'il sont libéraux donc autonomes, des associations d'aide à domicile qui dépendent d'une fédération, de la CNAV qui a sa propre ligne de conduite, des services de l'APA* », informer et évaluer les besoins d'une population de 51 000 personnes âgées de plus de 60 ans, avec des moyens humains constitués en moyenne de 3 professionnels (certes souvent pluridisciplinaires), les gestionnaires de services questionnent la volonté politique de répondre à un besoin social de coordination de l'intervention à domicile.

Cette inadéquation législation-conditions empiriques amène les acteurs à questionner la légitimité même du pouvoir législatif. **La pertinence législative est fréquemment remise en questions** [Acteur stratégique] : « **L'institution fait de la complexité, les dispositifs sont complexes, ils ne sont pas fluides, on passe son temps à compenser ces complexités, vis-à-vis du public, vis-à-vis des professionnels** ». Dans ce contexte, les stratégies de contournement sont nombreuses [Acteur stratégique] : « *Le schéma [gérontologique] s'est positionné pour le maintien du dispositif plus favorable de l'APA dans notre département et de la non application du décret Raffarin, l'explosion du budget APA était tel que malgré*

tout, il a fallu quand même se pencher là-dessus et que aujourd'hui nous l'appliquons partiellement, je dis partiellement parce que malgré tout nous avons maintenu une mesure plus favorable dans le sens que le plafond de ressources inférieur est resté à 1000 euros ». Certaines lois semblent pouvoir être contournées [Acteur opérationnel] : « *Aucune EHPAD [...] n'a eu de convention de signer avec l'hôpital de proximité, alors que la loi les oblige, c'est extraordinaire* ». De plus, ce fonctionnement *ad hoc* peut occasionner des décisions éthiquement délicates nuisant potentiellement à l'efficacité de la prise en charge de la personne : « *On est aussi censé être déssectorisé puisqu'on a un intérêt à prendre le service social polyvalent dans notre spécialité, mais éthiquement, ça me gêne* » et surtout, contribue à la complexification du système gérontologique français.

Au regard des effets du système institutionnel français sur l'organisation, les normes d'action et les structures financières des services d'aide et de soins à domicile, il apparaît qu'un important champ d'investigation de recherches soit ouvert. Si la littérature offre un ensemble d'outils d'analyse d'une grande pertinence sur la fragmentation et le cloisonnement de l'intervention organisationnelle et clinique, la question de l'enracinement institutionnel demeure sous-exploitée. Les éléments ici mis en exergue appellent à prendre en considération l'interdépendance des organisations mais aussi institutions gérontologiques dans la perspective de la construction d'une politique publique d'intégration.

En effet, la construction de l'intégration systémique appelle l'émergence d'une proximité institutionnelle. La proximité institutionnelle s'appréhende par les principes et les valeurs qui fondent l'adhésion des acteurs à un projet commun et contribuent à définir les orientations stratégiques. Elle se traduit généralement par le développement de communautés professionnelles, communautés de pratiques et autres réseaux sociaux et se caractérise par des relations enracinées socialement et par le renforcement d'une confiance collective¹.

Dans cette perspective, une conceptualisation systématique de l'enracinement politique et social des différents acteurs (aux niveaux cliniques, organisationnels et institutionnels) et de l'impact de leur relation de pouvoir et de légitimation est fournie dans le paradigme des sciences politiques en terme « forums ». Un forum se conçoit comme un espace dans lequel les processus de diffusion, de retraduction et de transformations des représentations, des valeurs et des savoir-faire se construisent le projet commun, l'adhésion des acteurs, la définition des orientations stratégiques et la confiance collective. Trois « forums » sont distingués. Chacun s'inscrit dans une logique particulière à l'intérieur desquels s'affrontent différentes institutions, idées et intérêts [52]:

Le forum scientifique est l'espace où sont amenées les analyses des problèmes à résoudre. Il assure une fonction de légitimation des discours et des politiques mises en œuvre. La logique du forum scientifique est déterminée par la production d'un paradigme scientifique ambitionnant à être dominant.

Le forum de la communauté des politiques publiques est l'espace où sont discutées les « recettes » aux problèmes auxquels il a été décidé d'apporter une réponse collective. Au sein de cette communauté, qui regroupe l'ensemble des experts

¹ Voir notamment Richez-Battesti N, Gianfaldoni P. La gouvernance partenariale des banques coopératives françaises. Recherche financée par la, Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale, 2008. télé-accessible à l'adresse suivante : <http://www.eurocoopbanks.coop/GetDocument.aspx?id=9880d938-930a-48e9-9a19-20592fd658e2>

administratifs ou indépendants, la logique vise à élaborer collectivement et à fournir à la sphère politique, stricto sensu, des solutions pour l'action.

Le forum politique est celui où se déterminent, à partir des solutions proposées par la communauté des politiques publiques, les possibilités d'action ou non. La logique qui structure les discours dans la sphère de la communication politique est celle de la rhétorique politique pour la conquête du pouvoir, qui doit agréger différents intérêts pour devenir majoritaire.

La prise en considération des interactions et articulations internes à chacun des trois forums, mais aussi entre les trois forums, apparaît être un moyen analytique de penser l'intégration systémique dans le champ gérontologique. En outre, elle permet d'appréhender le temps nécessaire à la construction d'un système intégré, dans un contexte où la solution apportée aux problèmes identifiés de fragmentation et de cloisonnement de l'intervention à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie a été, depuis les années 1980, le développement de dispositifs de coordination clinique.

5.3. INFLUENCE DU CONTEXTE : des politiques de coordination gérontologique vers celles d'intégration ?

Comme nous l'avons souligné, les cloisonnements institutionnels engendrent des cloisonnements organisationnels et cliniques, qui entrent en contradiction avec les besoins multidimensionnels - médico-psycho-sociaux des personnes âgées appelant une inter-sectorialité de l'intervention. Sachant qu'en moyenne, les bénéficiaires de services à domicile reçoivent des soins ou des aides de la part de trois intervenants, et que pour les 25% des plus dépendants d'entre eux perçoivent de l'aide se sont six intervenants ou plus qui interviennent à domicile [53], les situations de maintien de à domicile sont souvent complexes à organiser.

La réponse organisationnelle travaillée depuis une trentaine d'années, tant dans les milieux professionnels qu'institutionnels et universitaires, a trait à la mise en réseau¹ des acteurs et ressources. Ce vocable recouvre différentes conceptions qui s'articulent en premier lieu autour de la notion de coordination et en, second lieu, avec celles de filières et de partenariats [54]. Plus précisément, certains interlocuteurs font référence aux formes d'organisation décrites en économie industrielle : non hiérarchiques, voire informelles, hétérogènes et résultats d'associations ou de relations bilatérales. Pour d'autres, le réseau prend la forme d'un outil de coordination, construit par et pour les professionnels, dont la finalité est de prendre en charge des problèmes médico-sociaux complexes. D'autres enfin considèrent les réseaux comme l'aboutissement de relations structurées entre acteurs hétérogènes pour améliorer l'organisation des prises en charge, la gestion du risque santé, et le bon fonctionnement du triptyque « assuré, professionnels et financeurs ». Si d'un acteur à l'autre, les concepts diffèrent, force est de constater que les projets sont proches ; il s'agit de nouveaux modes d'organisation dont l'objet est de répondre à des enjeux de qualité, de maîtrise de la complexité, de coûts. En effet, de façon générale, l'hypothèse sur laquelle repose les réseaux dans le champ gérontologiques est celle d'une réduction des résistances à la collaboration

¹ Le terme réseau tel qu'employé dans ce chapitre ne renvoie pas au concept de réseau de santé mais aux techniques du réticulé et aux structures réticulaires

interprofessionnelle, inter-organisationnelle et intersectorielle, laquelle réduction permettrait d'augmenter la qualité de la prise en charge pluridimensionnelle des personnes âgées. Les réseaux gérontologiques sont composés d'une grande variété d'acteurs volontaires (médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, etc.), aux secteurs professionnels divers, aux représentations et aux langages différents et aux logiques d'action parfois contradictoires. A la lumière de l'historique des réseaux de coordination gérontologique en France, nous mettrons dans ce dernier temps en perspective la problématique sur laquelle s'appuie l'expérimentation PRISMA France.

5.3.1. Historique de la coordination gérontologique dans une perspective institutionnelle

Afin d'améliorer la qualité des services aux personnes âgées, les pouvoirs publics ont souhaité développer une politique dite de coordination. Il est de coutume de dater la problématique de la coordination gérontologique avec la circulaire « Franchesci » de la seconde moitié des années 1980, qui créait les « coordinateurs départementaux » et les « instances locales en gérontologie » (ILG). Suite à cette dernière, les coordinations qui se sont mises en place, se sont organisées autour de deux axes [47] :

- Une connaissance aussi complète que possible, des acteurs, des services et des structures œuvrant dans le périmètre géographique couvert par la coordination, et ce, grâce à des rencontres régulières, dans lesquelles les organisations et les équipes professionnelles expliquent mutuellement leurs actions et les limites de celles-ci. Ces rencontres ont pour objectifs, sinon de partager, ou moins de connaître, voire de comprendre les finalités et logiques de chacun, tenant à leur formation, à leur parcours, à la structure à laquelle ils appartiennent et à son mode de financement, à leur vision personnelle de la vieillesse, du vieillissement, *etc.*
- Le deuxième axe commun réfère à une méthode de travail autour de « situations difficiles » pour lesquelles une concertation des professionnels intervenant au domicile est jugée indispensable afin de trouver, avec la personne âgée, la meilleure solution possible en termes de qualité de vie.

Aujourd'hui les deux principaux dispositifs sont : les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) institués par la circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 et les réseaux de santé gérontologiques¹ renforcés par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002.

5.3.1.1. Présentation des deux principaux dispositifs de coordination gérontologique

Le modèle des CLIC est celui d'une action gérontologique en réseau qui vise une gestion coordonnée de la vie quotidienne des personnes âgées en perte

¹ Précisons que la plupart des réseaux se sont inscrits dans une logique thématique – pathologique (diabète, sida, cancer, Alzheimer, etc.) et non populationnelle (personnes âgées, périnatalité, etc.) comme c'est le cas des réseaux gérontologiques.

d'autonomie. L'objectif est de réduire le handicap dans les actes de la vie courante. Dans cette visée, les CLIC se proposent de rassembler les informations, de coordonner les moyens et de mobiliser les ressources. Pour cela le projet des CLIC s'articule autour d'un projet de type « guichet unique » envisagé comme instance d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation, destinée aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels.

En 2007, les 533 CLIC qui maillent le territoire sont de compétence départementale (Conseils généraux) en ce qui a trait aux procédures d'octroi et de contrôle des labels (niveau 1, 2, 3) à partir d'un cahier des charges défini par la DGAS. Le cahier des charges spécifie à minima les fonctions et l'organisation des CLIC : au niveau d'un territoire, les CLIC ont pour objectif de favoriser les collaborations entre les professionnels des secteurs sanitaires (spécialisés et généralistes, de ville et de l'hôpital) et sociaux (publics, associatifs et mutualistes en particulier) pour organiser les réponses multi-professionnelles pour la prise en charge des personnes âgées vivant à leur domicile.

Selon l'article L. 6321-1 du Code de Santé Publique « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués par les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales et médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants d'usagers ».

Les 455 réseaux de santé existants aujourd'hui sont placés sous compétence régionale assurée conjointement par l'Union Régionale des Caisse d'Assurance Maladie (URCAM) et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)¹. Les différents rapports émanant de ces institutions publiques, ainsi que ceux de l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) soulignent aujourd'hui les importantes disparités de mise en œuvre des réseaux de santé, tant aux niveaux des procédures d'instruction et de pilotage régionales qu'en ce qui a trait aux modalités organisationnelles internes aux réseaux (professionnels engagés, activités réalisées, et même finalités poursuivies).

5.3.1.2. Éléments de bilans d'analyse des CLIC et Réseaux de santé

L'élaboration et la mise en œuvre de ces deux dispositifs visent fondamentalement à accroître la continuité des services fournis aux personnes âgées en perte d'autonomie en réduisant, par une mise en réseaux des acteurs, d'une part le

¹ Au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) sur décision conjointe des directeurs de l'URCAM et de l'ARH des régions concernées. A ce financement correspondant aux frais fixes, s'ajoute un financement Fond d'Amélioration de Qualité des Soins de Villes (FAQSV) piloté, lui, par la CNAMTS. Suite au décret d'application de la circulaire du 2 mars 2007, les deux fonds ont fusionné dans un Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) représentant 35 millions d'euros.

cloisonnement des intervenants et d'autre part la fragmentation des interventions. C'est dans cette perspective qu'est recherchée la mutualisation des compétences (mise en œuvre d'équipes pluridisciplinaires) et des pratiques (à travers des outils d'évaluation et de suivi pluridimensionnels et des procédures de communication interservices et inter-organisations communs) et des informations entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. Les CLIC participent notamment au décloisonnement entre les acteurs « privés » et « publics » en réunissant dans leurs procédures de communication (fiches de liaison, logiciel partageable, par exemple) des acteurs sociaux de CCAS et Conseils Généraux, d'autres catégories d'associations (type SAD). Les réseaux de santé participent quant à eux au décloisonnement entre les acteurs médicaux de la « Ville » et ceux de l'« Hôpital » dans la mesure où les porteurs de réseaux sont souvent des praticiens hospitaliers, mais aussi par le simple fait que nombre de leurs activités de prévention et de santé publique s'adressent à toutes catégories de professionnels médicaux.

Toutefois, ces deux dispositifs de coordination gériatrique ont somme toute peu d'effets sur le cloisonnement entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Leurs domaines d'action restent fragmentés : principalement social pour les premiers et sanitaire pour les seconds. Surtout, les intervenants des CLIC et des réseaux de santé gériatriques sont indépendants des équipes médico-sociales de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (EMS APA), qui sont des acteurs majeurs de l'organisation du maintien à domicile dans la mesure où ce sont eux qui établissent les plans d'intervention auprès des personnes en perte d'autonomie (et notamment les aides financières afférentes). L'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS) publie en 2006 [55] un rapport très critique sur les réseaux de santé, dans lequel elle n'hésite pas à dire que les résultats des réseaux de santé sont « plus que décevants » notamment au regard du peu d'innovation dans l'organisation de l'offre (en particulier l'application stricto sensu d'outils d'évaluation et de suivi purement médicaux) et surtout d'une coordination avec les services médico-sociaux rarement avérée [55]. Parallèlement, les CLIC ne sont pas parvenus à créer des équipes pluridisciplinaires (globalement les équipes comportent peu de professionnels au profil 'infirmiers coordinateurs') et éprouvent des difficultés à impliquer dans leurs réseaux les professionnels de santé (les médecins libéraux en particulier, mais également les hospitaliers).

Fruits d'une tutelle DGAS pour les CLIC et DHOS pour les réseaux de santé, ces dispositifs de mise en réseaux à visée de coordination ont été développés indépendamment l'un de l'autre. [Acteur stratégique départemental] : « *La priorité de l'URCAM et de l'ARH en matière de personnes âgées, c'est de mettre en place des réseaux* ». Elles ont de la sorte reproduit une organisation de politique publique autour d'une fonction, principalement en terme d'accès aux droits dans le cas des CLIC, et en terme d'application des protocoles médicaux de « bonnes pratiques » dans le cas des réseaux de santé. **D'une part cette organisation fonctionnelle apparaît difficilement compatible avec la transversalité des besoins des personnes âgées, et d'autre part elle semble auto-entretenir la stratification des dispositifs.**

En outre, alors que les réseaux sont de compétence régionale, les CLIC sont de compétence départementale. Cette superposition territoriale des deux dispositifs entretient un défaut de lisibilité et de visibilité des acteurs dédiés à la coordination gériatrique. C'est la raison pour laquelle les deux directions ont cherché, a posteriori, à encourager la complémentarité entre les CLIC et les réseaux

gérontologiques par une circulaire DGAS/DHOS/2C/032004 du 16 septembre 2004. Si comme l'exprime, a posteriori, un acteur stratégique national, « *La loi du 2 janvier 2002, avec la circulaire, alors je ne sais plus si elle est de 2004 ou de 2005 sur l'articulation entre les réseaux de santé et les CLICs, et les différents services sociaux, je pense que tout ça, ça a de l'avenir* », l'articulation des deux dispositifs doit être assurée afin qu'ils puissent répondre à la mission de coordination gérontologique qui leur est confiée, pour autant il est possible de questionner le besoin et la pertinence d'une modification d'ordre plus systémique.

En effet, la Cour des comptes, rappelant que la « *priorité affichée en faveur du maintien à domicile des personnes âgées qui coïncide avec le vœu de la majorité d'entre elles* » a été l'une des lignes de forces des politiques publiques menées au cours de ces trente dernières années, constate en 2005 que le système socio-sanitaire actuel « *n'est pas en mesure de répondre aux aspirations premières des personnes qui sont la simplicité, la rapidité de la décision et l'efficacité des aides* ». C'est dans cette perspective qu'une expérimentation de déploiement d'un modèle d'intégration -PRISMA France - se déroule actuellement en France.

5.3.2. La coordination gérontologique dans le paradigme de l'intégration

L'expérimentation PRISMA-France, part fondamentalement de l'hypothèse selon laquelle c'est par l'engagement à mutualiser les responsabilités, aux différents niveaux cliniques, gestionnaires mais aussi institutionnels, que l'intervention auprès des personnes âgées peut être coordonnée. Ce principe a été libellé dans le protocole d'entente des parties-prenantes à la première expérimentation PRISMA réalisée dans la région des Bois-Francs de la façon suivante : « *Plutôt que de protéger la mission de leur établissement respectif, les directeurs généraux s'entendent sur un projet d'entente de partenariat sous-régional, qui subordonne la défense des intérêts des parties à ceux des usagers et des contribuables du territoire* » (Table de concertation, 10 avril 1995 [56]). La réalisation de cette coresponsabilisation verticale et horizontale est conceptualisée comme la résultante d'une méthode de construction du réticulé par l'intégration des services.

Selon le cadre d'analyse développé par L. Demers [57], renforcer l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie est une innovation qui se réalise localement et dont le succès dépend non seulement de la volonté des acteurs locaux de collaborer, mais aussi de décisions structurantes prises aux différents échelons¹. Ces décisions portent sur les cinq dimensions qui structurent l'intégration : normative, clinique, informationnelle, organisationnelle et financière.

Intégration normative (IN). Pour que l'intégration des services se réalise, il est primordial que les acteurs touchés comprennent le modèle d'intégration et y adhèrent. Les acteurs de tous les échelons peuvent contribuer à disséminer ce modèle et à modifier la représentation que se font les autres acteurs de son utilité et de son réalisme. Ainsi, l'intervention de personnes crédibles et dédiées, dont des chercheurs, la mise en priorité de l'intégration des services par les dirigeants et l'allocation par ceux-ci de budgets pour faciliter l'expérimentation favorisent l'intégration.

¹ Régionaux et centraux au Québec ; départementaux, régionaux et nationaux en France.

L'intégration clinique (IC) est la raison d'être des autres dimensions et celle sur laquelle les acteurs locaux ont le plus d'emprise. Il importe que les acteurs des autres échelons leur permettent d'adapter le modèle d'intégration des services aux conditions particulières de leur action.

L'intégration informationnelle (II) est essentielle au bon fonctionnement d'un système d'intégration des services. Il importe de concilier les préoccupations divergentes des acteurs locaux, stratégiques départementaux et nationaux de façon à tirer profit des expériences menées sur le terrain. Il est également primordial que les préoccupations cliniques soient prises en compte lors de la conception des systèmes et des outils d'information et d'échange d'information.

Intégration organisationnelle (IO). L'intégration des services sur une base territoriale exige l'instauration d'un organe de gouverne¹ et de mécanismes de coordination verticaux et horizontaux qui relie dirigeants, gestionnaires et intervenants des organisations partenaires.

Intégration financière (IF). Le passage d'une logique d'établissements à une logique populationnelle est facilité lorsque l'on met en commun les budgets requis pour les activités de coordination.

Dans l'expérimentation PRISMA, c'est l'intégration de ces dimensions qui définit un système intégré de soins et services aux personnes âgées en perte d'autonomie. La mise sur pied d'un dossier clinique partageable (II), la concertation et les résultats de la concertation en terme de protocoles (IO), la budgétisation par programme « clientèle » (IF) favorisent en principe l'intégration clinique (IC). L'effet de ces mesures dépend toutefois de l'adhésion des acteurs touchés (IN).

A travers ce système il s'agit de construire à la fois un réseau horizontal (ensemble des organisations et institutions intervenant à un même échelon de responsabilités) et vertical (ensemble des organisations et institutions à tous les échelons de responsabilités). Il en résulte une co-construction intersectorielle et inter-organisationnelle des pratiques de coordination gérontologique. Cette co-construction est réalisée à travers la méthode suivante : les acteurs du champ gérontologique sont réunis par un « agent de changement »² dans des tables de concertation « stratégiques » (Comité Départemental Stratégique - CDS) et « opérationnelles » (Comité Local Opérationnel - CLO) pour élaborer les outils et mécanismes constituant les 6 composantes du réseau intégré en cours d'élaboration. Cette méthode et son contenu sont explicités en profondeur dans la partie 4 relative à l'opérationnalisation, du présent rapport.

5.3.2.1. Impacts de la fragmentation institutionnelle sur l'intégration organisationnelle

Rappelons ici que le principe de fonctionnement entre les deux tables de concertation CDS et CLO repose sur des « allers et retours » - les deux comités se

¹ Dit sous-régional au Québec, départemental en France.

² Dans l'expérimentation PRISMA France la conduite du projet de co-construction des réseaux intégrés a été confiée à une équipe pluri-professionnelle indépendante (constituée d'ingénieurs en organisation, de gériatres et de consultants) elle-même accompagnée d'une équipe de chercheurs pluridisciplinaires (médecins, sociologues et économistes).

réunissant en alternance - dans lesquels chaque décision relative aux outils et mécanismes sur lesquels reposent l'intégration clinique est définie alternativement au niveau opérationnel et au niveau stratégique jusqu'à ce qu'un consensus émerge et que les conditions d'applicabilité soient réunies.

Ce principe de fonctionnement, lorsqu'il est actif et représentatif permet de mettre en œuvre l'intégration organisationnelle. **L'intégration organisationnelle, telle que définie et visée dans PRISMA vise la co-responsabilisation des institutions et organisations parties prenantes des services de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.**

Dans un contexte de fragmentation des compétences et responsabilités potentiellement porteuse de divergences d'objectifs, d'orientations et de procédures voire d'incohérences, l'objectif de co-responsabilisation paraît particulièrement pertinent. Il s'agit, sur un territoire, donné de mettre en place une structure de gouvernance unique. [Acteur stratégique]. : *« Il n'y a qu'une seule structure à avoir, de coordination générale, qui est légitime. Il faut arriver à ça. Mais il faut lui donner les moyens quelque soit le territoire, quelque soit le fonctionnement pour qu'il puisse aller jusqu'au bout de sa démarche ».*

Par ailleurs, dans un Comité Stratégique National (CSN), sont réunis les représentants des institutions à responsabilités et compétences nationales : les services étatiques (DGS, DGAS, DHOS), les agences publiques (CNSA, IGAS), les collectivités territoriales (Assemblée des départements de France – ADF, Association des Maires de France - AMF), les caisses d'assurance maladie (CANAM-RSI, CNAMTS, CCMISA) et d'assurance vieillesse (CNAV) ainsi que le secteur mutualiste (Mutualité Française). Ce comité de concertation participe également à la construction de l'intégration organisationnelle en raison de la fragmentation institutionnelle décrite en première partie [Acteur stratégique] : *« Si l'échelon national n'est pas investi et n'a pas d'articulation politique en terme de politiques publiques, pas seulement de choix politique, ça risque de rester de l'héroïsme ou du moins de l'expertise de haut niveau avec très peu de traduction pratique ».*

Les allers-retours assurés entre les comités de concertation visent à faire transiter les informations, avancées, difficultés, incohérences voire revendications. Il s'agit donc d'une imbrication entre co-construction horizontale et verticale. En d'autres termes il s'agit de réaliser une coordination institutionnelle simultanément à la coordination clinique. Les comités de concertation y sont les lieux de coordination qui permettent de relier et de rallier les acteurs concernés par la gouvernance des politiques gérontologiques, la gestion, et la production des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. **L'adoption de cette méthode et l'application de ces principes apparaissent à la fois congruente aux problèmes que posent l'évolution des besoins de la population âgée (besoins multidimensionnels et projections démographiques) mais aussi complexes eu égard aux principes structurels du système institutionnel gérontologique que nous avons exposé.**

5.3.2.2. Impacts de l'imbrication de deux systèmes d'action publique sur l'intégration normative

L'adoption de cette méthode et de ces principes vise donc l'intégration organisationnelle mais aussi l'intégration normative et financière.

L'intégration normative fait l'objet de la partie suivante du présent rapport. Ici nous souhaitons souligner qu'elle recouvre, outre la compréhension et l'adhésion à chacune des six composantes du modèle, **une représentation commune de l'utilité de travailler de concert vers un « projet commun »- l'intégration - et une norme partagée qui consiste à se sentir collectivement responsables de la conduite du projet de co-construction de l'intégration.**

Pour traiter cette question, nous souhaitons exposer certains résultats d'analyse portant sur la façon dont les acteurs, quelque soit leur niveau d'intervention, justifient leurs actions dans l'expérimentation de construction de l'intégration. En d'autres termes il s'agit d'étudier la façon dont ils légitiment leurs actions, par l'explicitation de leurs motifs et de leurs objectifs. Dans de nombreuses approches institutionnalistes [48, 58-60]¹, ces analyses sont réalisées en termes de principe de légitimité.

¹ Voir aussi Richez-Battesti N, Gianfaldoni P. La gouvernance partenariale des banques coopératives françaises. Recherche financée par la, Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale, 2008. télé-accessible à l'adresse suivante : <http://www.eurocoopbanks.coop/GetDocument.aspx?id=9880d938-930a-48e9-9a19-20592fd658e2>

Un principe de légitimité est défini comme un « répertoire de valeurs » relativement homogène, ou encore comme référentiels d'action. En tant que référentiels d'action, six principes de légitimité sont identifiés. Ils permettent de cerner les raisons qui conduisent à des situations d'ententes ou de conflits entre acteurs dans le contexte de la situation plaçant les acteurs dans une obligation d'argumentation et de choix de règles. Le tableau ci-dessous explicite les six principes de légitimité.

Principes de légitimité	Préalable à l'action	Traduction de l'action	Normes d'action	Préalable à l'interaction
Civique	Recherche de l'intérêt collectif ou de l'intérêt général	Motifs sociopolitiques	Solidarité, Équité sociale, Redistribution économique	Dons, Mutualisation, Dispositions officielles, Dispositifs administratifs
Domestique	Recherche de relations interpersonnelles et traditionnelles	Motifs communautaires	Confiance, Honneur, Subordination, Fidélité, Devoir	Adhésion à des valeurs morales communes
Cognitif	Recherche professionnalisme par partage de savoirs	Motifs de connaissance et de compétences	Apprentissage individuel Apprentissage interindividuel et collectif Innovations	Expérimentation savoir-faire Savoirs comportementaux
Marchand	Recherche de l'intérêt individuel	Motifs mercantiles de concurrence et de profitabilité	Compétition Solvabilité Captation de valeur Rapport de force économique Opportunisme	Contrats Financement Transaction
Industriel	Recherche de l'efficacité technique et de la rationalité productive	Motifs fonctionnels et technico-économiques	Autonomisation des techniques Structuration dans l'organisation Evaluation des performances	Outils informatiques Référentiels et protocoles de gestion Règles et procédures Indicateur de mesure
Connexionnisme	Recherche d'engagement sur des projets imbriqués	Motifs de conciliation des contraires et de collaboration	Polyvalence Polyfonctionnalité Adaptabilité et réactivité relationnelle Animation et intercompréhension	Canaux formels et informels d'information et d'action

Inspiré de Richez-Battesti N, Gianfaldoni P. La gouvernance partenariale des banques coopératives françaises. Recherche financée par la, Délégation interministérielle à l'innovation, à l'expérimentation sociale et à l'économie sociale, 2008. Télé-accessible à l'adresse suivante : <http://www.eurocoopbanks.coop/GetDocument.aspx?id=9880d938-930a-48e9-9a19-20592fd658e2>

Si l'on s'intéresse à transposer ces 6 principes de légitimité de l'action dans les justifications de participation à l'expérimentation de co-construction des réseaux intégrés PRISMA, on constate l'existence de plusieurs principes¹. En attestent les illustrations suivantes :

- Principes de légitimité civique : [Acteur stratégique] : « *L'objectif pour moi il n'est pas les professionnels, l'objectif il est le service courant aux personnes qui en ont besoin, et c'est aux professionnels de s'adapter aux besoins, et pas l'inverse. Clairement c'est aux personnes à qui le service est rendu qui doivent s'adapter à chaque professionnel, normalement ça devrait être l'inverse pour moi.* ». [Acteur opérationnel] : « *C'est un engagement qui est franc, droit, et surtout motivé par la nécessité impérieuse de monter ce genre de choses. Parce que c'est un moyen d'améliorer la prise en charge de nos personnes âgées qui sont dans un état très précaire, très grave* »
- Principes de légitimité domestique : [Acteur opérationnel] « *C'est à dire qu'on arrivait avec cette vision de prise en charge globale de la personne et la dépendance est un élément parmi d'autres. Donc si vous voulez, la philosophie de PRISMA moi me plaît à ce niveau là, c'est qu'elle reprend cette approche : partir des besoins mais surtout éviter de 'saucissonner'* », [Acteur stratégique] : « *Ça me semble tout à fait la bonne idée de se dire pour suivre une personne qui est dépendante, qui est en difficulté, c'est pas à elle de s'adapter à l'offre de services et aux différents interlocuteurs, c'est aux différents interlocuteurs d'avoir l'intelligence collective pour rendre une bonne qualité de services à l'utilisateur* »
- Principes de légitimité cognitif : [Acteur stratégique] : « *Il faut qu'elle apporte du professionnalisme et de la rationalité, et pas du, alors je vais être non pas méchante mais malheureusement réaliste, pas du misérabilisme [...] Dans le sens de formalisation, de procédures, d'évaluation de ce qu'on fait, évaluation du service rendu et pas de dire « Mme Machin elle est contente » ou « Mr Bidule il est très content ». Parce que voilà, à un moment il faut être professionnel* » [Acteur opérationnel] : « *Ce qui m'intéresse, c'est que comme on était dans cette démarche de réflexion pour les situations complexes et que c'est pas du tout évident ça va nous aider à formaliser les choses, à avoir des outils, alors des outils déjà formalisés* »
- Principes de légitimité marchand : [Acteur opérationnel] : « *Oui, j'ajuste l'offre de services parce que je sais qu'en connaissant de nouvelles personnes, je sais ce qu'elles peuvent m'apporter* » [Acteur stratégique] : « *Chacun des acteurs, il y va parce qu'il est convaincu qu'au bout il va être gagnant* »
- Principes de légitimité industriel : [Acteur stratégique] : « *En s'inscrivant dans l'expérimentation, on va peut être nous trouver la pierre d'achoppement et nous montrer là où on n'a pas été très performant* » [Acteur opérationnel] « *Ce que je veux c'est que ça serve sur ma structure sur un seul point : il faut que ça lui permette d'élever notre niveau d'exigence, etc.* »
- Principes de légitimité connexionnisme [Acteur opérationnel] « *On décide tous ensemble de certaines règles du jeu que l'on va s'appliquer les uns les autres* »

¹ Précisons que les références à plusieurs principes de légitimité de l'action sont observables dans l'expérimentation dans sa globalité (càd. sur les 3 sites), dans chacun des trois sites expérimentaux, dans chacune des instances de concertation ainsi que dans les organisations étudiées, représentés par les acteurs (nos interlocuteurs).

dans l'intérêt de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes » [Acteur stratégique] : « *La découverte petit à petit d'une, d'une convergence d'objectifs ou de méthodes et, ou du moins les mêmes interrogations. [...]. C'est-à-dire que vis-à-vis PRISMA on est à égalité, on fait partie de l'expérience, chacun dans son groupe est aussi intéressé l'un que par l'autre [...]. Vous êtes respectueux avec nos prérogatives, vous êtes respectueux avec, les traditions professionnelles de chacun des travailleurs ».*

La coexistence de principes par lesquels les acteurs justifient leurs actions, leurs positions et leurs pratiques aboutit à caractériser la situation de co-construction du projet d'intégration PRISMA France comme une situation hybride [61]. **Dans ce contexte d'hétérogénéité, les analyses institutionnalistes s'intéressent à la façon dont il est possible de construire l'action collective.** L'approche institutionnaliste de l'action collective, centrée sur les réseaux sociaux, souligne l'importance de la traduction en tant qu'opération permettant « d'établir un lien intelligible entre des activités hétérogènes » [62] d'une part et d'autre part entre des controverses. C'est ensuite l'élaboration de compromis entre des systèmes de valeur différents qui rendent possible l'action collective [59, 63].

La question posée est de savoir, comment il est possible de construire l'action collective dans un contexte de forte hétérogénéité. S'appuyant sur les travaux de Michel Callon [64], en particulier sur la notion de traduction comme « activité de production de sens par mise en relation d'acteurs autonomes et transaction entre des perspectives hétérogènes » [65], Pierre Lascoumes propose le concept de transcoding. Ce concept désigne l'ensemble de ces activités de regroupement et de transfert d'information dans un code différent. Transcoder revient tout d'abord à agréger des informations et des pratiques éparses, ensuite à les construire et les présenter comme une totalité ; enfin à les transférer dans d'autres registres relevant de logiques différentes afin d'en assurer la diffusion à l'intérieur d'un champ social et à l'extérieur de celui-ci » [65]. Le processus de production de sens se fait dans l'interaction entre des acteurs hétérogènes, la traduction étant dans cette perspective un processus avant d'être un résultat. **Ce processus est actif, en cours, dans l'expérimentation PRISMA et se déploie à différents niveaux** : l'intérieur du champ de concertation, c'est-à-dire dans chacune des instances de concertation (dimension horizontale du réseau) ainsi qu'entre les instances de concertation (dimension verticale du réseau), mais aussi à l'extérieur du champ de concertation, c'est-à-dire dans les organisations autonomes elles-mêmes, quelque soit le niveau institutionnel, organisationnelle clinique d'intervention.

Dans l'approche institutionnaliste de sociologie-économique, l'action collective résulte de la production de compromis [63]. Dans cette approche deux types de compromis peuvent être produits en situation de :

- des compromis qui s'inscrivent dans des dispositifs, s'enracinent dans des règles formelles (voir dans le droit), et
- des compromis qui recouvrent des ententes sur une orientation ou sur les possibilités d'un accord (ces ententes pouvant prendre à l'occasion un aspect « formel » tel que dans cette expérimentation la convention de création du GCSMS à Paris).

Tandis que les premiers compromis sont de nature durable, les seconds sont instables dans le temps car ils revêtent un caractère temporaire, ponctuel, localisé cependant, ils apparaissent souvent plus explicites pour les acteurs à un moment

donné, voir davantage porteur de sens. La première forme de compromis donne naissance à des conventions de premier ordre (convention1) qui « *soutiennent les modes de coordination les plus légitimes et qui sont donc de très large portée* », tandis que la seconde forme façonne des conventions de second ordre (convention2) trouvant leur pertinence et leur efficacité dans les interactions informelles ou localisées, s'écartant des normes institutionnelles¹ mais paradoxalement enserrées « dans un rapport de règles prescrivant le bien faire » [63]. **En l'état d'avancement de l'expérimentation d'intégration PRISMA France, les compromis produits ont abouti à des conventions de second ordre. Ce qui peut s'expliquer par le temps c'est-à-dire la durée de discussion et d'argumentation nécessaire à la production de compromis et de conventions.**

5.3.2.3. Impacts de la juxtaposition d'outils de gouvernance sur l'intégration financière

Quant à l'intégration financière, elle apparaît être la dimension qui concentre le plus d'enjeux et de diversités d'appréciation des acteurs expérimentant l'intégration telle que définie dans PRISMA. L'intégration financière signifie non pas la mise en place de nouvelles enveloppes dédiées, mais des capacités de réallocation ou d'investissement des acteurs du fait de l'émergence d'économies d'échelle résultantes de l'accroissement de l'efficacité de l'orientation des demandes et de la cohérence des évaluations et des interventions déployées.

Pour certains ce principe est homophile [Acteur stratégique] : « *On fonctionne avec l'existant et on essaie d'optimiser l'existant, de mutualiser les moyens, c'est vraiment ce qui nous intéresse et qui fait que l'on fait partie du comité départemental. Et le fait d'en faire partie ça veut dire qu'on est bien d'accord avec ça* ». Trois raisons, de différentes natures sont avancées.

Pour certains, **cette condition permet en elle-même de travailler réellement dans une optique expérimentale dans la mesure où la question des financements serait trop souvent le seul point focal des expérimentations.** [Acteur stratégique] : « *L'avantage c'est que l'on n'a pas touché trop aux finances, qu'on s'est mis d'accord sur le fait qu'on n'abondait pas dans l'expérience, ni dans la mise en œuvre de l'expérience, ce qui est pour nous un élément extrêmement vertueux* ».

Pour d'autres, il s'agit de pouvoir inscrire l'expérimentation menée sur trois sites dans une perspective de reproductibilité [Acteur stratégique] : « *Si il faut X ETP supplémentaires pour pouvoir faire sur un petit arrondissement parisien cette étude, cela veut dire qu'elle n'est pas reproductible. C'est clair, net, carré. Et c'est vrai que la note [...] me convenait tout à fait parce que l'on repartait sur, on ne dit pas qu'il ne faut rien, nous on serait d'accord pour un petit financement, mais pas sur X postes, non* ». L'application de ce principe est envisagé de façon pragmatique [Acteur stratégique] : « *Quand on améliore nos pratiques et quand on est meilleur en coordination, l'argumentation des moyens supplémentaires à plus de chance d'être entendue* » et séquentielle [Acteur stratégique] : « *C'est d'autant plus important de conserver le versement directement à l'employeur [...] pour pouvoir justifier ou pas une demande de financement supplémentaire pour combler les suppléments engendrés par la gestion de cas* ». Les possibilités et l'acceptabilité d'application de ce principe pourrait par ailleurs donner lieu à des connaissances et

interconnaissances de nature davantage systémique permettant de penser ou repenser l'articulation entre les institutions elles-mêmes [Acteur stratégique] : « Si par exemple cette expérimentation montrait que c'est vraiment une très mauvaise façon de faire et qu'il faut seulement augmenter les moyens et donner tous les moyens à une seule entité politique... ». **Somme toute, les expériences et dispositifs antérieurs semblent avoir montrés que l'injection de moyens notamment humains dédiés mais non inscrits dans une démarches intégrative était peu efficiente** [Acteur opérationnel] : « On sait bien que chaque fois qu'on introduit des coordinateurs à gauche à droite, on ne fait qu'agacer les gens de terrain, et complexifier. Ce n'est pas forcément plus efficace pour les personnes dont on s'occupe ».

D'autres parties prenantes à l'expérimentation questionnent la raison d'être de l'existence de ce principe. **Dans un contexte de rationalisation budgétaires, des interrogations quand aux relations entre les objectifs expérimentaux et les volontés politiques de construire l'intégration pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont présentes**¹ : [Acteur opérationnel] : « La question que je vous pose tout de suite derrière, c'est est-ce que on a les moyens ou on veut mettre les moyens pour que ce soit dupliqué sur l'ensemble du territoire national ? ». Plus précisément, s'il y a un consensus relativement large sur le fait que le système institutionnel actuel est coûteux en raison des cloisonnements et donc redondances engendrées [Acteur opérationnel] : « Les prises en charge ponctuelles qui coûtent beaucoup plus chères que quelque chose d'organisé et d'anticipé », il y a des suspicions quand à la validité scientifique et méthodologique de ce principe méthodologique [Acteur stratégique] : « Là aussi où j'ai des doutes, c'est que quand on me dit à moyens constants et à personnel constant, j'ai du mal à y croire ». Si ici, l'interprétation du principe d'intégration financière prend un sens relativement éloigné de l'énoncé initial, il n'en demeure pas moins que la question de la possibilité d'émergence d'économie d'échelle permettant d'organiser une affectation différenciée de moyens humains et financiers est discutée.² En effet, en raison de la fragmentation institutionnelle explicitée précédemment, la question de savoir à qui bénéficient les économies d'échelle se retrouve au centre des questionnements. [Acteur stratégique] : « Pour être garant d'économies d'échelle pour le sens, ça ne sera peut être pas au niveau départemental, mais c'est au niveau national » car le système engendre une situation dans laquelle « comme les ressources locales n'ont pas le même financement, n'ont pas la même importance de financement des uns et des autres [institutions parties prenantes du CDS] ça va poser un problème local [...]. S'il n'y a pas de financement, s'il n'y a pas de caisse commune, ça va poser des problèmes » [Acteur stratégique].

Un autre acteur stratégique explicite davantage **la nature de ces problèmes, laquelle résulte des cloisonnements institutionnels qui auraient pour conséquence le fait que les bénéficiaires des économies d'échelle ne seraient pas les « investisseurs principaux » dans l'intégration** : « Ce qui me paraissait intéressant aussi à l'époque quand je l'avais lu, c'était la question – j'ai une petite réserve là-dessus – c'est la question qu'au final, il y a une notion de rationalisation

¹ Voir également les chapitres 6, 7 et 8 sur cet aspect

² Ce terme de "moyen constant" a été largement utilisé autour de l'expérimentation PRISMA. Laquelle proposait certes de tester la faisabilité d'une démarche d'intégration sans injecter de « crédit fléché » pour cela en posant d'avantage le principe d'intégration financière tel qu'explicité ici. On retrouvera dans d'autres chapitres les conséquences de cette confusion.

de l'utilisation des moyens sur un territoire donné autour d'une personne pour finalement avoir un effet meilleur. Parce qu'on a l'impression aujourd'hui qu'on utilise mal les moyens localement auprès d'une personne âgée pour un résultat finalement pas terrible. Parfois oui mais parfois non et quand c'est parfois non, dans un contexte où on est aujourd'hui dans la recherche de faire des économies, mais c'est normal parce qu'on a des contraintes budgétaires, ça peut être intéressant. Alors c'est là que j'ai des petites craintes par rapport à un modèle qui vient de l'étranger c'est que si vous faites faire des économies...en appliquant PRISMA, vous faites faire des économies peut-être pas à celui qui a investi le plus dans PRISMA, je donne un exemple : le Conseil Général s'investit dans PRISMA pour finalement faire faire des économies à l'hôpital. Ça sort pas de la même poche alors comment convaincre nos conseils généraux d'investir dans quelque chose où quelque part c'est vrai que d'une manière macro ça génère une économie mais par exemple pour le propre service du Conseil Général, ça n'en génère pas vraiment sauf s'il y a la notion de satisfaction au bout, c'est intéressant ». A partir de cette citation, trois catégories de conclusions au moins peuvent être faites. L'adéquation entre investigateur dans l'intégration et bénéficiaire des économies d'échelle potentiellement générées par la mise en place de l'intégration (notamment organisationnelle et clinique) est explicitement questionnée en raison de la structuration sectorielle et fonctionnelle des politiques gérontologiques, qui empêcherait un « retour sur investissement ». Deuxièmement cette même structuration est implicitement identifiée comme facteur explicatif du système coûteux du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Troisièmement, il y a une remise en question de la validité empirique en France de l'intégration financière.

5.4. Conclusion

Notre analyse met en évidence les caractéristiques du contexte national français de protection sociale d'une part, et du champ de la gérontologie d'autre part, dans lequel tout travail de gouvernance du changement d'une innovation s'inscrit dans :

- un système de protection sociale marqué par une transition partielle et en évolution d'un modèle d'inspiration principalement Bismarckien vers un modèle d'inspiration Beveridgien. Ce qui a pour conséquences la coexistence d'outils d'intervention gouvernance et des instances de gouvernance, lesquelles ne représentent pas les mêmes logiques d'actions (protection sociale et action de proximité principalement), les mêmes natures de légitimités (rationnelle-légale, traditionnelle, charismatique, expertise) et les mêmes catégories de pouvoirs (coercitif, rémunérateur, normatif, connaissance), comme de pouvoirs de résistance ; contexte qui nuit à la cohérence et à la lisibilité des prises de décision.
- Des lois de décentralisations peu stabilisées et en constante évolution, qui conduisent à un système marqué par la juxtaposition d'instruments d'intervention des pouvoirs publics nationaux et territoriaux, d'où découle une approche de gouvernance par secteur d'activité plutôt que populationnelle.
- de ces deux caractéristiques découle la troisième : le grand nombre d'acteurs stratégiques (à tous les niveaux de prises de décisions) ayant des champs de compétences et de légitimité se chevauchant sans « acteur pivot »

responsable de la définition, du suivi et l'imputabilité de la politique de maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ces caractéristiques rendent complexe le travail de gouvernance du changement qui, s'il veut avoir une chance d'aboutir réellement, doit tenir compte :

- de l'autonomie de chacun des partenaires, d'où une approche partenariale quasi obligatoire et l'inefficacité probable d'une position de gouvernance trop dirigiste et centralisée
- du délai nécessaire au déploiement d'une innovation (passant notamment par des phases d'apprentissage et d'appropriation des partenaires concernés - d'autant plus longue que le travail de gouvernance est complexe - et ceci avant la mise en œuvre et éventuellement l'institutionnalisation du dispositif).
- tout ce qui précède étant largement conditionné par la nécessité forte, portée au niveau politique, d'implanter l'innovation.

Enfin ces caractéristiques systémiques ne doivent pas faire oublier les logiques d'action des différents partenaires à tous les niveaux de prise de décision marquées par une hétérogénéité nécessitant un travail permanent de transcodage. Oublier l'hétérogénéité des principes d'action dans ce champ pourrait conduire à une gouvernance ayant la façade de la rapidité mais inefficace en réalité à modifier durablement la culture et donc à créer une identité commune¹.

¹ Voir chapitre 7.9

6. Primo-conceptions, réceptivité et conditions d'adoption d'un modèle d'intégration des services dans le contexte français

6.1. Introduction

Ce chapitre porte sur l'implantation en France du modèle PRISMA développé et évalué au Canada par Hébert et collaborateurs [24]. Il poursuit l'objectif de répondre à l'appel de Greenhalgh et collaborateurs [66] qui concluent leur importante méta-analyse sur le thème de l'innovation par la nécessité du développement d'une analytique du processus d'appropriation par les utilisateurs de l'innovation. Ce processus naît de la rencontre des principes d'une innovation avec les primo-conceptions que s'en font les adoptants visés. C'est dans cette rencontre que le processus d'adoption de l'innovation s'enclenche. Cette connaissance a permis l'identification de conditions principales influençant, du point de vue des usagers de l'innovation, l'adoption du modèle.

6.2. Cadre théorique et méthodologie

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'élaboration puis l'implantation d'une innovation a pour finalité ultime l'accroissement de la qualité des services par une transformation durable des pratiques professionnelles et organisationnelles. En contexte de grande complexité, les modèles linéaires de diffusion de l'innovation sont inadéquats pour rendre compte des mouvements réels traversant le processus concret de diffusion, de son invention à sa pérennisation dans des pratiques effectives [67]. Les divers savoirs et théories concernant la diffusion des innovations ont fait l'objet de synthèses importantes [66]. Ces travaux montrent qu'il importe que les différents acteurs puissent adapter ladite innovation à leur contexte pour qu'elle se pérennise dans leurs pratiques professionnelles. Selon Oldenberg et collaborateurs [68], la diffusion d'innovations comporte cinq phases : 1) son élaboration, qui constitue la part d'invention du processus; 2) sa dissémination, soit le processus à travers lequel l'innovation est communiquée largement au public visé; 3) son adoption, c'est-à-dire l'adhésion aux principes de l'innovation et la décision de participer à son implantation; 4) sa mise en œuvre par les participants visés; 5) sa continuité, qui consiste à assurer son renouvellement sur une période suffisamment longue pour produire les effets escomptés.

La réceptivité constitue l'une des conditions favorables à la phase d'adoption du processus de diffusion d'une innovation. Elle se constitue ici de l'avantage relatif anticipé de l'innovation pour ses utilisateurs, c'est-à-dire la perception que l'innovation améliorera leurs pratiques, de son homophilie au contexte local, soit les similarités socioéconomiques, éducatives, professionnelles et culturelles entre les usagers d'une innovation et ses constituantes, et de la compatibilité de l'innovation avec les normes, les valeurs et les besoins perçus de ses adoptants potentiels [69]. Ces déterminants, parmi d'autres, prédisposent les adoptants à se sentir capables de mettre en pratique l'innovation [70] et de l'adapter à leur contexte, sans cependant en compromettre l'intégrité au plan de ses principes structuraux [71]. La réceptivité a été étudiée spécifiquement au regard des six composantes du modèle

exposées supra ainsi que de deux principes fondateurs, en l'occurrence l'intégration et la coordination.¹

Le protocole de recherche détaillé au chapitre 3 se présente comme une étude évaluative de faisabilité et d'implantation. Différentes collectes de données ont ainsi été réalisées (entrevues ouvertes, entrevues fermées, observations de pratiques professionnelles et de concertation, comptes-rendus de concertation, etc.). La compréhension d'ensemble de la situation sur les trois sites qui en résulte est l'objet du chapitre qui suit.

Plus spécifiquement, une soixantaine d'entrevues ont été réalisées pendant la phase d'adoption de l'innovation auprès des participants aux trois niveaux de concertation, mais également auprès des divers adoptants potentiels. Nous avons fait une analyse thématique de 47 de ces entrevues. Le croisement des diverses sources de données nous a permis de saturer sur le thème précis de la réceptivité. L'analyse s'est effectuée en appui sur trois cadres théoriques, 1) la théorie de l'innovation sociale [72], soit une théorie documentant le processus de traduction de l'innovation par les adoptants, 2) certains résultats probants découlant de la méta-analyse sur le thème de la diffusion de l'innovation réalisée par Greenhalgh et coll. [66] comme la compatibilité, l'avantage relatif, etc., puis 3) les dimensions du modèle conceptuel de PRISMA.

6.3. Résultats

La présentation des résultats se présente en neuf thèmes principaux. Dans un premier temps, nous allons présenter les primo-conceptions relatives au modèle général PRISMA, dans un second temps nous explorerons les primo-conceptions portant sur deux des ces concepts fondateurs, en l'occurrence les concepts d'intégration et de coordination, puis terminer, par les six composantes du modèle.

6.3.1. Le modèle conceptuel PRISMA

Dans la section qui suit sont présentées les représentations générales de l'objet que constitue le modèle PRISMA. Du point de vue des interviewés, ce modèle porte avant tout sur la coordination des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dont la situation se caractérise par une haute complexité, entendue souvent comme une situation clinique composite (bio-psycho-sociale) et pour laquelle la réponse des systèmes d'intervention a atteint sa limite ou se butte à une difficulté. La composante sociale de cette complexité, comme par exemple l'isolement social de la personne âgée, joue un rôle important dans cette définition de la complexité.

La conception de PRISMA comme un modèle de coordination pose pour les acteurs cliniques un sentiment de redondance relative avec leurs propres pratiques de coordination puisque chacun s'estime très actif en cette matière. Si les plus craintifs l'estimeront même en concurrence avec leurs propres initiatives de coordination, tous, à des degrés divers, sont ambivalents quant au modèle en général. Cette

¹ Ces notions seront reprises au chapitre 7.2 pour être développés au-delà de l'analyse de la primo-réceptivité.

ambivalence exprime à la fois une crainte de dépossession de son espace d'action en matière de coordination et une opportunité de sa reconnaissance. Plus encore, pour certains, il importe de participer à l'expérimentation puisque la question de l'intégration est dans l'air du temps. Les acteurs pressentent une volonté de l'État ou des pouvoirs publics de transformer en profondeur les façons de faire de manière à assurer une prise en charge plus cohérente des personnes âgées dépendantes.

Tous les acteurs affirment une adhésion de principe assez forte à l'égard des objectifs généraux de l'innovation, les acteurs au niveau de la concertation opérationnelle expriment très clairement un rapport quasi stratégique à PRISMA, l'estimant comme une opportunité parmi d'autres leur permettant d'avancer localement vers une meilleure coordination même si, pour certains, la proposition PRISMA leur apparaît doubler d'autres propositions et initiatives locales. Nous avons par ailleurs observé et documenté (voir chapitre 5) un foisonnement d'initiatives en matière de coordination des services. Mais si ce foisonnement traduit l'engagement des acteurs à l'égard de la problématique de la coordination des services, ce qui constitue sans l'ombre d'un doute une condition forte de la réceptivité à l'égard de l'innovation, force est de constater que la plupart de ces initiatives ont une capacité modeste en termes d'intégration, et que plusieurs d'entre elles n'ont pas eu le succès escompté, du point de vue même de leurs initiateurs. En fait, la mobilisation des acteurs en faveur d'un si grand nombre d'initiative révèle une condition structurelle fondamentale à la bonne compréhension de la situation française, à savoir une concurrence inter organisationnelle favorisant la participation à ce qui est perçu comme permettant de se distinguer des concurrents. Cependant, ce même contexte concurrentiel entrave la sédimentation de ces expériences et leur capacité de focalisation sur des objectifs permettant de changer plus fondamentalement l'ordre des choses : *« le fait qu'il y a plein de services ça va être plus facile pour proposer des solutions aux gens et en même temps ça va être plus difficile parce que y'aura plus de gens concernés donc peut-être plus de conflit d'intérêt »* [acteur clinique]. La concurrence, comme la complexité du contexte français, rendent difficile la formulation d'objectifs publics forts.

Alors que la participation à PRISMA apparaît plutôt intéressante pour les acteurs, elle comporte cependant un coût relatif à la lourdeur de l'accompagnement et à la multiplicité des actions qu'il faut poser pour mettre en œuvre l'innovation. La majorité des interviewés, et la totalité des acteurs opérationnels et cliniques, ont insisté pour formuler un principe d'adoption qui leur apparaît des plus impératifs : une telle innovation doit se réaliser « à coût constant »¹ : *« L'objectif c'était pas de tester des GCSMS, c'était d'essayer de voir le plus possible au travers de l'existant, comment on pouvait aménager cet existant pour qu'il soit performant. Sans le modifier, c'est-à-dire qu'au départ on est quand même sensé rester le plus proche du terrain possible, en terme d'institution, de positionnement etc. »* [acteur stratégique]. Cela contrevient à l'un des principes directeurs de Leutz [18]² qui indique que l'intégration coûte avant de rapporter. Cette condition de l'adoption de l'innovation « à coût constant » révèle trois caractéristiques fondamentales de la réceptivité, conduisant à un enfermement logique des adoptants. La première caractéristique est celle de systèmes

¹ Concernant cette notion de « cout constant » qui est la traduction par les partenaires de la notion d'intégration financière voir aussi au chapitre précédent la partie détaillant l'influence du contexte sur l'intégration financière notamment le paragraphe 5.3.2.3

² Voir fin du chapitre 3

d'intervention sous très forte pression budgétaire. Cela provoque, de facto, une résistance au changement puisque le coût du changement est tel que l'adoption aura une incidence sur la capacité des acteurs à réaliser leur mission première et souvent urgente de services directs à des personnes en grand besoin. La seconde caractéristique consiste, dans un contexte où les institutions sont très politisées, à engager les décideurs de très haut niveau à se commettre concrètement à l'égard de l'innovation. La force ou la faiblesse de cet engagement sera déterminante de l'adoption. La dernière caractéristique découle du caractère concurrentiel en France, caractère faisant en sorte que l'engagement à l'égard d'une innovation des adoptants de terrain découle souvent d'une posture stratégique. On participe minimalement aux diverses innovations, au cas où cela se révélerait porteur.

Ces trois caractéristiques provoquent un enfermement logique des acteurs, coincés par un impératif stratégique à participer à plusieurs initiatives sans avoir les moyens de toutes les faire éclore adéquatement. Cela provoque une charge mentale importante, qui devient lassitude puis fatigue à l'innovation, prenant même parfois la forme d'un cynisme chez les adoptants.

En ce contexte, le principe du « coût constant » est un synonyme incontesté de la viabilité en contexte de rareté de ressources : « *On a l'impression qu'il y a une demande inflationniste d'ETP [équivalents temps plein] complémentaires sans suffisamment tenir compte de l'existant. Et dans ce cas on n'est pas sur un reproductible. Donc, de fait, on n'a pas le même intérêt pour l'étude* » [acteur stratégique]. Pourtant, comme nous le verrons, l'engagement financier des décideurs est clairement, pour les adoptants, la vraie mesure de toute volonté sérieuse d'implanter une innovation.

À défaut d'un financement à la hauteur des ambitions perçues de l'innovation, le changement ne doit pas être trop ambitieux et faire avec les ressources actuelles. Sinon, tous les acteurs estiment nécessaire de se replier sur une stratégie d'amélioration de l'actuel, sans chercher à le transformer fondamentalement : « *Si on peut encore améliorer les choses tant mieux* » [acteur stratégique]. Plus cyniques, plusieurs acteurs estiment que les inerties réglementaires et politiques tueront dans l'œuf toute velléité de transformations profondes, donc ce ne vaut pas le coup de rêver. Par contre, des acteurs stratégiques nationaux et régionaux ont explicitement justifié leur implication dans le projet par le fait qu'il ne s'agissait pas, une nouvelle fois de saupoudrer le système sans même prendre le temps de formuler une innovation, ce que le modèle PRISMA permet de faire. Il y aurait deux postures, toutes deux stratégiques et distribuées sur un continuum où, pour les acteurs cliniques l'innovation serait plutôt « non compatible », et pour les stratégiques plutôt « homophilique », pour justifier de l'intérêt ou du scepticisme à son égard.

Les participants du niveau opérationnel attribuent à PRISMA une posture stratégique proche du politique et des décideurs de la santé qui commandent des innovations en vue de préparer de vastes réformes de l'organisation des services. Même si l'innovation se voulait partenariale et, partant, en quête d'une nécessaire adaptation du modèle, cette ouverture est ressentie par certains acteurs comme une astuce pour en favoriser l'implantation, et donc pour réaliser un éventuel agenda politique qui la sous-tendrait. « *Ce que je sens moi, c'est que chacun est obligé de faire, qui fait que chacun va à reculons* » [acteur opérationnel]. Cela traduit une méfiance

générale face aux promoteurs d'innovations dont on suppose la participation plus ou moins immédiate à un projet de désengagement de l'État en matière de santé et de services sociaux.

Néanmoins, malgré ces craintes, les acteurs participent au projet pilote de bon gré. De leur point de vue, l'objectif premier de ce pilote consiste à démontrer la faisabilité de l'innovation, dont on postule une efficacité de principe en raison de son implantation québécoise réussie. Par faisabilité on entend ici une adaptabilité au contexte français, et ce « à coûts constants », sans chamboulements structurels importants, dont celui de réduire la complexité de l'offre de services. Nous pensons que nos interlocuteurs expriment une prudence à l'égard du changement proposé qui découle de leur propre expérience en matière d'innovation, ayant vu passer nombre d'excellentes idées n'ayant pas les ressources budgétaires à la hauteur de leurs ambitions. Cette prudence devient une importante condition de la réceptivité.

Elle révèle également une sous-problématisation du potentiel d'efficience budgétaire de l'innovation : « *ils ne voient pas le retour sur investissement, parce que s'il y a moins d'hospitalisation, c'est forcément le sanitaire qui fera les économies et non pas le département* » [acteur opérationnel].¹

Quoiqu'il en soit des considérations stratégiques qui animent la majorité des acteurs de tous les niveaux, les interviewés accordent en principe de nombreuses valeurs au modèle. Il permettra par exemple de contourner les inerties institutionnelles et les « *complexités d'ordres politique, culturel et institutionnel par des moyens techniques* » [acteur stratégique]. Il permet également d'aller au-delà des missions d'organisations pourtant dédiées à des coordinations partielles (par exemple les réseaux gérontologiques ou les Centre locaux d'information et de coordination-CLIC) et de formaliser des pratiques naturelles de coordination en les systématisant quelque peu. Cette ouverture de principe à une certaine standardisation est cependant restreinte par la crainte d'une simplification du réel qu'elle pourrait provoquer : « *Ça dépend de ce qu'on en fait de la standardisation, vous comprenez, après y a des éléments pervers, qui vont dire « on applique bêtement le système* » [acteur clinique]. Cette crainte s'exprime avec plus de force chez les professionnels que chez les gestionnaires pour qui la question de l'intégration des services est plus fortement problématisée.

L'innovation proposée a pour objectif de permettre à terme une meilleure reconnaissance des problèmes que rencontre les usagers dans leurs rapports aux services, ce qui favorisera un recentrage sur le client, soit l'un des fondements conceptuels de tous les nouveaux modèles d'organisation des services (OMS, 2007). Les avantages relatifs attribués en principe à l'innovation sont donc nombreux, quoiqu'en pratique les acteurs craignent que les forces systémiques d'inertie soient supérieures aux bonnes volontés. En fait, l'adhésion de principe est bonne, mais la majorité de nos interlocuteurs estime que le principe se heurtera au réel, d'où la nécessaire prudence dans leur investissement. Cette prudence est aussi de mise puisque certains acteurs craignent qu'il y ait un effet de mode derrière le débat sur l'intégration des services, surtout qu'il est initié d'abord et avant tout par les décideurs. Par exemple, un de nos interlocuteurs estime que « *La notion de guichet*

¹ Sur cet aspect voir également l'analyse contextuelle qui est faite au chapitre précédent

unique, c'est quand même un peu la tarte à la crème » [acteur stratégique], tout comme la gestion de cas de laquelle se revendiqueraient certains acteurs : « "Ca nous évite d'abord d'avoir des effets fumeux de gestion de cas qui sont plus des façons de coopérer qui ont la notion de gestion de cas que de nom, qui ne vont pas jusqu'au bout du concept, et le bout du concept est quand même extrêmement périlleux puisque c'est accepté de confier, mais sans se dégager, l'ensemble des prérogatives à quelqu'un d'autre que soit même. [...] en termes de gestion de cas, il y a beaucoup de gens qui disent qu'ils font de la gestion de cas puis quand on leur pose des questions, ils font simplement de la coordination, pas plus. Ou de la délégation » [acteur stratégique].

Plus fondamentalement, les participants à l'innovation craignent qu'elle soit elle-même porteuse de complexité, en ce sens qu'elle pourrait ajouter une strate supplémentaire à une organisation des services déjà fort complexe : « *PRISMA, c'est une autre fusée, c'est un autre étage* » [acteur clinique] à une organisation de services déjà fort complexe. Ce risque de complexification est même source de frustration : « *On vit dans un paradoxe institutionnel, qui est que les institutions créent de la complexité et après essaient de trouver des solutions pour la diminuer* » [acteur clinique]. Ces solutions venues d'en haut provoquent une surcharge pour les professionnels et constituent alors l'un des modulateurs premiers de leur engagement dans une telle innovation.

Pour soutenir l'implantation du modèle PRISMA, il faut prendre en considération l'ensemble des primo-conceptions concernant l'innovation et le contexte perçu de son implantation. Cela permet d'avoir une action structurée sur les objets sous-problématisés, de façon à réduire les défauts de compréhension. Il faut en outre prendre acte du fait que l'innovation, toujours unique du point de vue de ses promoteurs, est plutôt considérée par ses adoptants potentiels comme une parmi d'autres, et ce, autant synchroniquement que diachroniquement, et que cette expérience des innovations les invite à donner une importance cruciale à la question des ressources et à celle de l'engagement ferme des décideurs. Il faut enfin démontrer plus clairement ce qui distingue un dispositif d'intégration en regard des pratiques de coordination, et les valoriser comme un appui essentiel à la réalisation de l'innovation.

Au total, la réceptivité de principe est forte à l'égard de l'innovation. Tous reconnaissent la qualité du modèle, sa rigueur scientifique, sa capacité intégratrice. Les acteurs des niveaux opérationnels et cliniques sont cependant plus sceptiques quant à sa faisabilité, en raison de leur expérience en matière d'innovation. Dans les sections qui suivent, nous allons exposer plus finement chacune des composantes dudit modèle de telle façon que nous dévoilerons de nombreuses nuances à propos de cette réceptivité de principe.

6.3.2. Intégration

Sur le plan des fondements de l'innovation, celui de l'intégration est clairement le plus sous-problématisé par l'ensemble des acteurs à temps 0, mais avec plus d'intensité chez les acteurs opérationnels et cliniques qui formulent plusieurs énoncés critiques à son propos. Cette difficulté à penser l'intégration perdure dans le

temps, au moins dans la forme proposée initialement par le modèle. On verra que cette difficulté concerne le concept global, mais que ses diverses déclinaisons pratiques (ex. : usage d'un outil d'évaluation unique) révèlent de nombreuses nuances.

Le principe même d'intégration apparaît comme un effet de mode en provenance du monde de la gestion, même s'il est en théorie potentiellement plus porteur de changement que celui de coordination qui fonde bon nombre d'initiatives française depuis plusieurs années. Comme pointé précédemment, du point de vue des acteurs, l'intégration apparaît porteuse d'une standardisation qui ne semble pas prendre en considération les pratiques et contraintes réelles. Parmi les acteurs stratégiques et certains acteurs opérationnels, il y a une appétence certaine pour une systématisation de l'offre de services, conçue par eux comme un attribut potentiel de la qualité. Pour les praticiens, l'intégration appelle de nombreuses réserves, même si chacun formule ses récriminations à l'égard de la fragmentation : « *Le problème que nous avons dans ce genre de structures en France, c'est que les financeurs ne sont pas les mêmes. Les intérêts ne sont pas les mêmes pour chacune des structures, les vitesses de croisière ne sont pas les mêmes, les pouvoirs ne sont pas les mêmes, et ce qui rend l'intégration beaucoup plus difficile. Moi j'eusse préféré une intégration, mais je ne suis pas sûr du tout qu'on y arrivera. Je suis très sceptique* » [acteur opérationnel].

Il semble donc y avoir une tension entre un certain désir d'intégrer, au bénéfice de l'efficacité des services, et une crainte à l'égard des tensions politiques sous-jacentes au projet d'intégrer les services.

Plusieurs interlocuteurs distinguent coordination et intégration, la première étant plutôt affaire clinique, donc positive, la seconde plutôt affaire institutionnelle, donc traversée d'enjeux de pouvoir. Pour plusieurs, intégrer signifie une forme de supra-coordination qui exige que chacun des partenaires du continuum de services accepte de se voir déposséder de certains territoires exclusifs, alors même que la concurrence constitutive du mode d'organisation des services en France appelle de facto des stratégies offensives de protection des territoires institutionnels, tout en permettant des retraits intempestifs lorsque requis : « *Il y a pas mal de Zorro qui arrivent qui veulent tout faire ou d'autres au contraire qui veulent tout renvoyer aux autres. [...] chacun pense qu'il est là pour sauver la situation [...]. Il y a surtout des portes de sortie* » [acteur clinique].

Les acteurs stratégiques sont bien entendu plus ouverts à l'égard de ce défi : « *Un jour où l'autre il faut intégrer, c'est-à-dire accepter de réduire son territoire pour en donner un bout à l'autre et prendre un bout de prérogatives sur le territoire de l'autre. Donc tant que l'on n'arrive pas à ça, après, c'est du pipeau* » [acteur stratégique]. Le refus ou l'impossibilité de partager ces territoires a limité dans leur capacité intégratrice certaines initiatives ayant pourtant un bon potentiel à ce propos. Par exemple, le CLIC¹ a été développé pour réaliser de la coordination, mais, dans bon

¹ Centre local d'information et de coordination (CLIC), portant dans la région parisienne l'appellation Paris point émeraude (PPE-CLIC). Ces organisations ont une fonction de coordination pour les personnes âgées, mais ne possèdent que très peu de moyens pour ce faire. Ils ont connu un développement très variable d'un contexte à l'autre. Dans ce texte nous utiliserons le terme « CLIC » indifféremment pour les CLICs, les PPE-CLIC et certains organismes assurant localement les

nombre de cas, il sert à trouver un référent qui aura pour mission de...coordonner :
« En général, dès qu'on a une situation, la première chose qu'on cherche à faire, on cherche à trouver le référent ou le futur référent » [acteur clinique].

6.3.3. Coordination

Le principe de coordination¹ fait d'emblé l'objet d'une réceptivité beaucoup plus grande et immédiate que pour celui d'intégration. Il est pour tous un attribut de la qualité des services. En ce sens, elle n'est pas perçue comme une mode passagère, à l'instar de l'intégration, même s'il y aurait beaucoup d'intentions politiques à son égard. Quoiqu'il en soit de ces intensions, force est de constater qu'il y a montée de la problématique de la coordination en parallèle de l'émergence de la préoccupation pour les questions gérontologiques.

Globalement, la coordination se fonde sur le principe de l'autonomie des partenaires, alors que l'intégration apparaît plus directive car plus centrée sur la cohérence globale du système. Elle apparaît comme un des éléments sur lesquels il importe le plus de travailler, et pour lequel les acteurs opérationnels estiment avoir déployé le plus d'effort depuis de nombreuses années. Pour cette même raison, le principe de coordination est estimé plus compatible à leur contexte, mais avec un avantage relatif que plusieurs discutent cependant : « C'est à la fois bien que PRISMA soit venu et moins bien parce que tout le côté coordination à la personne, ce n'est pas pour vanter [nom de l'organisation], mais de facto nous le faisons » [acteur opérationnel].

Tous les acteurs opérationnels évoquent des expériences visant à soutenir une meilleure coordination des services, mais avec des succès très variables. Il existe de facto une coordination interprofessionnelle surtout fondée sur des affinités entre individus, puis des coordinations inter-organisationnelles objet de nombreux efforts, mais encore traversées par plusieurs difficultés. Il y a une tendance à réduire la coordination au fait de se parler entre acteurs a priori volontaires pour ce faire, ce qui rapproche les pratiques actuelles des modèles de liaison. La tension coordination/intégration observée ici peut donc se reformuler par les tensions autonomie/standardisation et organisation particulière/système.

La coordination est l'affaire de tous et se déroule d'abord en mode informel. Celle soutenue par le modèle PRISMA apparaît un peu plus directive en raison de son intention de systématisation. Pour cette raison, la coordination préoccuperait d'avantage les cliniciens, et l'intégration davantage les gestionnaires.

Parce que plus informelle que l'intégration, la coordination se présente le plus souvent comme une activité d'animation, de renforcement de liens déjà existants qui

missions des CLICs sans en avoir toujours l'appellation (les « pôles gérontologiques » dans le Haut-Rhin notamment).

¹ Le mot « coordination » est polysémique. Dans cette partie nous parlons de la coordination comme moyen d'animation de la complexité en contraste avec intégration comme moyen de réduire la complexité. Ce terme ne fait donc pas ici référence au modèle d'intégration appelé « coordination » selon Leutz (et opposée alors à la liaison d'une part et l'intégration complète nichée d'autre part) dont le modèle PRISMA est l'illustration la plus convaincante.

peut néanmoins, par effet de sédimentation, avoir un impact structurel. Pour les acteurs stratégiques, il semble que le travail sur la coordination a donné ce qu'il pouvait donner, et qu'il faut maintenant passer à un niveau supérieur, plus systématisant. Certains acteurs du niveau opérationnel ressentent un tel constat comme une critique à l'égard de leurs efforts, dont l'efficacité est, de leur point de vue, entravée par les incohérences des structures existantes.

L'un des objets centraux de la coordination consiste à lier le sanitaire et le social, structurellement divisés en France. De nombreuses récriminations sont formulées à l'égard des acteurs les plus lourds du champ sanitaire, ceux-ci refusant trop souvent la coordination, ou alors y participent à des fins essentiellement instrumentales. Ainsi, le rapport à l'hôpital, notamment à sa territorialité, est crucial au développement d'une coordination.

« Q : Comment vous faites pour savoir qui est à l'hôpital ?

R : Eh ben parce que l'entourage nous l'a dit ou le centre social spécialisé ou on a appris que le personne était à l'hôpital alors qu'on

Q : Donc vous ne savez pas de façon systématique s'ils sont à l'hôpital ou pas.

R : On ne sait pas de façon systématique, absolument, c'est un peu par la bande, on apprend qu'elle est hospitalisée, enfin, ou par une aide à domicile bien souvent » [acteur clinique]

Au plan clinique, il y a une difficulté de désignation d'un coordonnateur clinique dans un contexte où aucun n'est légitime pour faire une action qui engage, même indirectement, ses partenaires. Le défaut d'autorité d'un coordonnateur désigné de façon ad hoc pour un cas particulier explique pourquoi l'action de coordonner est surtout une affaire de soutien au travail en équipe, de circulation de l'information, et de création de liens interpersonnels : « *L'intégration ce n'est pas simplement de se parler, enfin ce n'est pas se coordonner. Se coordonner c'est bien, mais ce n'est pas l'intégration des services. Puisque de toute manière la coordination elle se passe souvent qu'entre pair, pair au sens proche du terme* » [acteur stratégique]. La représentation a priori de la coordination se définit alors dans le registre de l'informel, autour de la circulation de l'information et du dialogue interprofessionnel.

La coordination s'impose pour les cas complexes qui appellent des réponses aux besoins potentiellement nouvelles. Il faut alors inventer des solutions ad hoc et espérer qu'elles auront un effet de système. Coordonner se définit alors comme le fait de négocier à plusieurs des règles favorisant les échanges, mais sans changer les prérogatives ou les conditions de chacun des partenaires de la coordination. Cela explique pourquoi les micro-coordinations ne semblent pas s'institutionnaliser autrement que dans une culture de la prise en charge dont les contours sont très variables d'un contexte à l'autre. Il y a cependant reconnaissance du fait que la coordination découle d'un besoin de prise en charge globale et systématique : « *cette notion d'intégration c'est peut-être une manière d'éviter le piège [...] de la coordination, [...] parce que je crois que la coordination [...] on en a fait le tour et qu'on n'a jamais vraiment réussi à coordonner* » [acteur stratégique]. Dans cette perspective, tous reconnaissent l'importance d'avoir quelqu'un au centre du réseau de services, mais pour faciliter les échanges et non pour intégrer, au moins dans les acceptions les plus fortes du terme. Cette crainte de l'intégration est surtout le fait des acteurs de niveaux opérationnel et clinique.

Pour bien coordonner, il faut développer un langage compréhensible par tous, savoir prendre en considération les contraintes des uns et des autres, s'appuyer sur les besoins de l'utilisateur, et posséder une légitimité aux yeux des partenaires. Les racines de chacun d'entre eux (normatives, territoriales, etc.) sont autant d'entraves potentielles à la coordination, qu'il faut savoir néanmoins respecter pour l'essentiel.

Malgré la convergence de nos différents interlocuteurs quant à la nécessité de la coordination, force est de constater le grand nombre et la variété des stratégies de coordination. De plus, la coordination dont les acteurs nous parlent est souvent plus discursive que clinique : « *Ces professionnels là qui sont toujours j'allais dire ensemble en train de se parler etc., même ils font beaucoup de coordination en chambre, dans les faits souvent cette coordination est plus virtuelle* » [acteur stratégique] et ils « *sont toujours, j'allais dire, ensemble en train de se parler etc., même ils font beaucoup de coordination en chambre [rire], dans les faits souvent cette coordination est plus virtuelle* » [acteur stratégique]. Trop souvent elle ne se transforme pas en plan des services. Elle apparaît donc trop proximale aux seuls acteurs de bonne volonté : « *L'intégration, ce n'est pas simplement de se parler, enfin ce n'est pas se coordonner. Se coordonner c'est bien, mais ce n'est pas l'intégration des services. Puisque de toute manière la coordination elle [ne] se passe souvent qu'entre pairs, pair au sens proche du terme* » [acteur stratégique]. L'absence d'un acteur dédié à la coordination et porteur d'une certaine autorité fait en sorte que certains cherchent à s'accaparer les dossiers : « *Ils ne se coordonnaient même pas. Une fois qu'ils avaient la personne, ils se l'accaparaient un peu* » [acteur opérationnel].

Alors que le caractère informel de la coordination est souligné par plusieurs, d'autres reprochent son caractère non systématique, non professionnel, et l'absence d'évaluation de sa performance : « *Non systématique, et non professionnalisée, non évaluée, j'appelle ça un peu du bricolage quoi. Donc on réinvente la roue à chaque fois. On ne capitalise pas la résolution d'un problème, on ne supervise pas, on n'analyse pas, on ne modélise pas* » [acteur stratégique]. Cette absence de systématisation pose la question de l'angle selon lequel l'on regarde la coordination. Il y a une relative carence en la matière dans la mesure où les segments de coordination observés, certes efficaces en eux-mêmes, posent problème lorsqu'on les observe du point de vue du système, mais aussi du point de vue de l'utilisateur qui se doit de reconstruire les ponts entre les segments de continuité échappant aux bonnes volontés.

Cette carence relative en matière de coordination systémique et systématique trouve son origine dans le caractère concurrentiel du contexte français. La segmentation de la continuité est tout à la fois conséquente et cause de ce contexte concurrentiel, qui aura permis l'expérimentation de nombreuses initiatives en la matière, souvent bilatérales d'une organisation à l'autre, sans cependant qu'elles réussissent à se sédimenter, à s'institutionnaliser : « *Ils s'entendent, mais ça, ça fait quand même très château de cartes. C'est-à-dire que ça reste une expérience* » [acteur stratégique]. Par exemple, « *la MDPH, c'est un nouveau dispositif pour les personnes pas âgées, mais jusqu'à 60, 70 ans on peut demander quand même. Mais ça ne marche pas très bien encore. C'est le lieu où les personnes handicapées doivent s'adresser quand ils ont besoin. Mais c'est n'importe quoi! Pour l'instant* » [acteur clinique]. Pour

certaines innovateurs, la présence de PRISMA dans leur contexte constitue une forme de reconnaissance de leur passé en matière de coordination, même s'ils ressentent parfois une certaine crainte de dépossession. Enfin, le dispositif CLIC, pourtant dédié à la coordination, possède une si petite masse critique de ressources, et a connu un développement suivant des modèles si variables que sa fonction coordonnatrice ne peut se poser comme systématique. Il est structurellement confiné à jouer un rôle de fluidifiant des coordinations proximales.

Nous avons évoqué précédemment la question du financement comme preuve du sérieux des décideurs dans leur désir de soutenir l'intégration. Par-delà cette question financière, tous nos interlocuteurs constatent que le contexte juridique et institutionnel n'est pas favorable au développement d'une structure dédiée à la coordination. Diversité des financeurs, séparation entre financement et prestation, multiplicité des ordres normatifs tant au plan légal que réglementaire, politisation de la gouvernance, parmi d'autres conditions, affectent la capacité des partenaires cliniques à innover.

Sur un plan plus clinique l'absence d'outils systématiques de coordination partageable, comme d'outils de planification, est une entrave fondamentale au développement de la coordination. Ce constat a un revers conceptuel. Chez nos interlocuteurs opérationnels et cliniques, le désir de tels outils est freiné par une crainte à l'égard de la standardisation. Outre qu'elle constitue une attaque directe aux façons de faire traditionnelles des structures, et donc aux identités professionnelles et organisationnelles, nombre d'acteurs estiment qu'un projet de standardisation est forcément traversé d'une forme plus ou moins tacite de pouvoir. Ainsi, nos interlocuteurs peuvent tout à la fois décrier les effets pervers d'une multitude de coordinations segmentées : « *On voit bien que chaque fois qu'on introduit des coordinateurs à gauche à droite, on n'a fait qu'agacer les gens de terrain, et complexifier au niveau administratif* » [acteur stratégique], tout en rejetant le principe d'une coordination intégrée, perçue comme une façon de donner des ordres : « *sur certains secteurs de notre département, les coordinations sont vécues comme des donneurs d'ordre* » [acteur stratégique].

Au total, les micro-coordinations existantes sont des sources de fierté pour des acteurs cherchant constamment à compenser les carences systémiques. Certains estiment qu'il faille dépasser les formes volontaires et partielles de coordination, qui font « *du bruit* » [acteur opérationnel], sans plus, et endiguer la crainte qu'un dispositif systématique de coordination n'entrave ces formes spontanées de coordination.

6.3.4. Les composantes du modèle PRISMA

6.3.4.1 Concertation

La concertation est une composante cruciale du modèle PRISMA. Elle permet dans tous les cas son appropriation et son adaptation par les adoptants à la configuration de leur contexte. L'une des principales motivations des acteurs à leur participation aux concertations PRISMA est la nécessité de répondre aux enjeux découlant de la

complexité de certaines situations cliniques auxquelles les mécanismes en place semblent impuissants. Il existe dans les discours recueillis deux champs sémantiques de cette complexité, l'un concernant les cas cliniques et qui renvoie surtout à la présence de dimensions sociales, comme l'isolement des personnes âgées. Puis, en corolaire du premier sens, il y a celui de la complexité découlant d'une organisation des services qui ne sait relever le défi que lui posent les cas cliniques complexes. Dans un contexte concurrentiel et sensible aux jeux politiques, la concertation doit également permettre à l'ensemble des acteurs, même ceux qui sont peu importants au plan clinique, mais lourds au plan politique, de s'approprier le modèle, sinon il y a un risque de disqualification par l'un ou l'autre des partenaires de l'ensemble de l'innovation.

Pour participer efficacement à la concertation, le représentant de chacun des partenaires doit être légitime et porteur d'un mandat clair qui l'autorise à discuter de l'intégration. Les divers mandats représentés autour de la table devront être de nature semblables, sinon il y aura risque de torsion entre les consensus établis en cours de concertation et l'inertie découlant des règles administratives auxquelles se rattache le représentant : « *Il va y avoir des choix à faire, des arbitrages à faire et quand il y a éventuellement des réponses qui seront négatives, il va bien falloir se retourner vers quelqu'un. Et donc, les textes réglementaires, ils ne sont pas là pour embêter les gens. C'est que derrière il y a de l'argent et que derrière il y a de l'autorité* » [acteur stratégique].

La concertation devra pouvoir à terme engager des ressources, car à défaut d'argent neuf, il n'y aura que peu de possibilités de faire du neuf. Cette condition provoque chez les plus expérimentés un certain cynisme qui les conduit à adopter avec beaucoup de prudence des innovations pourtant porteuses en raison de l'insuffisance des ressources pour les réaliser. Elle a pour effet anticipé de réduire la concurrence entre les acteurs et d'élaborer des compromis raisonnables permettant de contourner, dans une certaine mesure, les inerties politiques ou institutionnelles. D'ailleurs, la concertation initiée par PRISMA s'appuie sur une longue pratique de concertation ayant produit nombre d'initiatives locales, qui ne semblent cependant pas s'être fédérées de façon à modifier profondément l'organisation des services.

La concertation PRISMA se caractérise par son amplitude verticale, des acteurs cliniques aux acteurs stratégiques, et horizontale, observable par le nombre de partenaires y participant. Une concertation qui ne vise pas à changer fondamentalement l'ordre des choses est possible au niveau local, mais un changement plus profond exige d'aller vers une concertation stratégique pouvant infléchir au besoin le niveau politique et agir sur les structures instituées. PRISMA a une capacité à cet égard : « *PRISMA tel qu'il est monté c'est-à-dire avec son objet d'intégration et est résistant à ce genre de chose* » [acteur opérationnel].

Dans la durée, nous avons observé une transformation de la problématisation des questions fondamentales que pose le modèle PRISMA (intégration, standardisation, etc.) grâce à la pratique de concertation. À cet égard, le modèle a eu un effet certain, dont celui de permettre des échanges plus systématiques entre partenaires : « *Ils sont plus en contact, les services, je pense. Ils ne se critiquent pas moins, mais ils sont plus en contact [...] par des réunions et tout cela* » [acteur clinique].

La concertation génère cependant ses propres complexités et lourdeurs en raison des principes de la délibération collective qui la sous-tendent, et de la structure de consultation et de reddition de compte qu'elle exige entre les trois niveaux. La concertation nécessite donc que les représentants aient le temps pour y participer pleinement, et donc des conditions de travail adéquates pour ce faire. L'absence aux réunions, ou la participation distante de certains partenaires, semblent indiquer la valeur qu'ils attribuent à la concertation proposée pour le projet PRISMA. À défaut de toujours être présents aux rencontres, il faut savoir déléguer quelqu'un qui peut décider, sinon la discussion n'aura pas d'effet et devra être reprise.

Ainsi, une concertation qui n'avance pas exprime un défaut de leadership institutionnel et non individuel, même si pour certains l'individu volontaire, le champion [66], doit et peut dépasser les contraintes institutionnelles. La lourdeur inhérente à une telle concertation milite en faveur d'une attribution de ressources dédiées à cette fonction pour minimiser la charge pour les acteurs. Le soutien adéquat à la concertation est sans aucun doute l'une des premières conditions favorables à l'implantation efficace d'un modèle d'intégration des services comme PRISMA.

Il y a donc de facto deux postures relatives au changement portées par une telle concertation, l'une, politique, qui cherchera à engager les décideurs, éventuellement à l'encontre de leur volonté, l'autre, militante, qui cherchera à mobiliser la bonne volonté des champions. La seconde est plus fréquente, moins par principe que par pragmatisme ; c'est, en quelque sorte, la stratégie des petits pas incarnée pour un système d'intervention de la plus haute complexité qui soit.

Plus spécifiquement, une interconnaissance des mondes médical et social prédispose à la concertation, car nombre de difficultés rencontrées relèvent de la séparation de ces deux domaines, et ce, à tous les niveaux des services publics aux personnes âgées dépendantes. Pour animer une telle concertation, il faut savoir lire les pertes anticipées par les acteurs, de façon à donner sens à leur résistance autrement qu'en y attribuant une cause psychologique. La résistance indique la position institutionnelle des acteurs, leurs conditions de mobilisation, et, ultimement, le rapport des institutions à l'innovation.

Dans le cas présent, la concertation est initiée par l'équipe projet. Cela permet d'avoir un regard extérieur qui favorise l'élaboration de solutions nouvelles et permet de faire de nouveaux apprentissages. Il existe donc un intérêt intellectuel au travail de définition provoqué par la concertation PRISMA. Cependant, la contrepartie de cette motivation extrinsèque à se concerter est que certains participants ne sont pas porteurs du projet de changement. Ils participent plutôt à une initiative qui va dans le sens des réformes en cours, mais parfois par courtoisie. Malgré les difficultés, voire les inefficacités provoquées par l'activité de concertation, le fait même de discuter est en soit une forme de succès dans la mesure où cela permet d'élaborer une réponse locale à la complexité ambiante.

La concertation actuelle se fonde sur un historique des pratiques concertations locales antérieures ayant donnée une série de conventions inter-organisations, bilatérales ou multilatérales, permettant d'aller vers un peu d'intégration : « *L'intégration, c'est plus un contrat* » [acteur opérationnel]. La convention se présente le plus souvent comme une lettre d'entente visant à fluidifier les rapports

entre conventions, sans cependant modifier fondamentalement l'ordre des choses. Il existe donc une volonté de mieux se coordonner, sans cependant transformer les structures, ce qui illustre l'absence d'intention de penser l'intégration, au moins dans son sens le plus fort. Par exemple, le choix d'un outil partageable porte moins sur sa validité que sur sa capacité à fluidifier les rapports découlant de l'organisation actuelle des services. Aussi, le CLIC ne se présente pas comme un dispositif central d'intégration, ni même de coordination systématique, mais plutôt comme l'un des principaux produits des concertations locales qui contribue et ajoute aux pratiques de coordination existantes, mais de façon non-systématique en raison notamment de la modestie de ses ressources.

Pour être efficace, la concertation doit être précédée de l'engagement des décideurs et suivi de décisions concrètes dont la mesure ultime sera le financement. Elle doit aussi prévoir un mécanisme de liaison inter-niveaux, de façon à éviter que tous travaillent en parallèle, comme se fut parfois le cas. Un tel parallélisme a provoqué a posteriori la révision de certaines décisions prises par exemple au niveau opérationnel. Ces retours en arrière sont très démotivant pour des acteurs certes très volontaires mais surchargés dans la réalisation de leur mandat premier, qui de gérer une organisation, qui de prêter cliniquement des services.

Pour que la concertation soit respectée, il faut comprendre et prendre appui sur l'historique local de concertation. Elle s'appuie souvent sur des affinités naturelles entre partenaires : « *On est tous dans la coordination gérontologique antérieure au [CLIC...], on est l'histoire, si vous voulez* » [acteur opérationnel]. La présence d'acteurs administratifs dédiés au lien inter-organisationnel et celle du CLIC sont des conditions favorables pour soutenir la concertation. Il existe une volonté locale de concertation démontrée par le fait que les partenaires de terrain auraient pu facilement se liguer pour tuer le projet, mais qu'ils ne l'ont pas fait. Mais pour tous, la concertation se présente comme l'expression de jeux stratégiques, ce qui fait parfois problème. Pour qu'elle fonctionne, il faut donc informer la hiérarchie, même si la concertation a avant tout un mode de fonctionnement de gré à gré. Sans une délégation de pouvoir, la concertation se heurte à un difficile passage à l'acte repérable par la nécessité de constamment répéter ce qui a été dit dans le passé : « *On ne peut pas continuer à faire de la réunionite* » [acteur opérationnel]. Il semble en fait y avoir une indécision au niveau stratégique faisant en sorte que la concertation sur le plan opérationnel n'est pas trop engageante, notamment en l'absence de financement. Cela fait en sorte que l'accord de principe ne suffit pas à engager des actions concrètes : « *Il n'y a pas de financement, donc tout le monde se dit « Nous on est pour, nous on est pour » mais il n'y a pas de ligne derrière* » [acteur opérationnel]. Les réunions sont certes nécessaires, mais « *il faut passer à l'action* » [acteur opérationnel]. À défaut de prérogatives claires pour chacun des participants, la concertation est souvent perçue comme un lieu de conception et non de décision, ce qui explique le passage à l'acte parfois difficile. Elle apparaît alors trop exigeante pour les résultats qu'elle donne. La concertation apparaît lourde aussi parce qu'elle exige du temps, notamment du temps de préparation et de suivi des modifications découlant des décisions antérieures, surtout lorsqu'on revient sur des décisions déjà prises. Notons toutefois que la relation des partenaires aux réunions de concertations n'est pas univoque à tous les niveaux décisionnels, ni même parfaitement reproductible d'un site à l'autre. Un des éléments explicatifs du

déploiement des concertations, le cadre légal entrave la prise de certaines décisions, tout comme les inerties institutionnelles.

Les conditions de succès de la concertation opérationnelle résident en principe dans un passage à l'acte concrètement soutenu par la volonté des décideurs d'appuyer le travail qui s'y réalise. Il existe une difficulté pour certains partenaires : « *parce que leurs autorités de tutelles ne se sont pas déclarées* » [acteur opérationnel]. Cela traduit la difficulté des décideurs à décider : « *Je pense que si on ne passe pas à l'action, c'est parce que pour l'instant, la volonté des autorités en général n'est pas franchement évidente* » [acteur opérationnel]. L'autorité doit aussi être portée par les individus concrètement engagés dans la concertation pour qu'elle ait une capacité créatrice. Cela reformule la tension entre une posture militante fondée sur la mobilisation des bonnes volontés, de type bottom-up, et une posture plus directive, de type top down, attendant l'engagement concrets des décideurs à l'égard de l'innovation. Dans ce cas-ci, nous pensons que la posture prise par les acteurs opérationnels est davantage ascendante, moins par principe que par pragmatisme. À défaut d'une volonté politique forte, il faut travailler avec ce qui existe, en mobilisant toutes les bonnes volontés. C'est d'ailleurs l'une des importantes fonctions de la concertation que d'identifier les meilleures façons de faire « à coût constant ». Elle permet ainsi de s'assurer que les adaptations du modèle sont réalistes, au risque cependant d'atteindre la capacité transformatrice de l'innovation proposée. Le pragmatisme des concertations observées a pu faire en sorte que les principes centraux de PRISMA soient minimisés, pensons aux principes d'intégration et de standardisation.

6.3.4.2 Gestion de cas

À propos de cette importante composante opératoire du modèle PRISMA, plusieurs estiment faire depuis longtemps une forme naturelle de gestion de cas sans la désigner comme telle : « *Sur le plan des identités ça va être compliqué. Ils font du PRISMA sans faire du PRISMA, c'est-à-dire qu'ils sont gestionnaires de cas* » [acteur clinique]. Il y a donc clairement ici réduction de la gestion de cas à sa seule fonction coordonatrice, délaissant ce faisant sa fonction intégratrice. Pourtant, nos interlocuteurs en distinguent clairement certains attributs. La gestion de cas se présente à eux comme une forme de suivi systématique dont l'avantage relatif est clair pour les cas complexes, surtout lorsqu'il y a absence d'un proche aidant adéquat : « *Un accompagnement médico-social, avec une dimension beaucoup plus sanitaire que les accompagnements qu'on peut faire que j'ai connu. Et c'est vraiment. Le gestionnaire de cas, c'est vraiment le coordonnateur, en fait, qui vraiment, chapeaute un petit peu. Qui a une vue d'ensemble, en fait. Et qui voit les différents intervenants et qui coordonne au mieux. Pour assurer un accompagnement, un accompagnement vraiment de proximité* » [acteur clinique]. Le gestionnaire de cas est alors représenté comme un méta-coordonateur ayant un effet de réseau.

Cette fonction est d'ailleurs représentée par l'analogie du chef d'orchestre qui coordonne des ressources locales : « *Un chef d'orchestre qui va utiliser les ressources locales* » [acteur opérationnel]. Le gestionnaire de cas a une fonction mobilisatrice à l'égard des ressources des partenaires, même si ces ressources sont

rare : « *Gestionnaire de cas, ça ferait plus penser à : on mobilise absolument toutes les ressources* » [acteur clinique]. Le gestionnaire de cas a donc pour mission de réaliser une prise en charge globale de la personne âgée, dont la situation est jugée complexe, par une mobilisation des ressources existantes. Pour ce faire, il accompagne, conseille, réfère : « *un accompagnement, un conseil permanent, si vous voulez c'est un référent* » [acteur opérationnel]. Il a parfois une fonction de quasi-curateur pour des personnes incapables de se prendre en charge. Le gestionnaire de cas a donc une importante fonction sociale. En ce sens, aux yeux des participants de la recherche, il apparaît moins *gestionnaire* dédié à l'intégration des services que clinicien dédié à la coordination clinique. Cela révèle une sous-problématisation du versant *organisation des services* de la gestion de cas, ce qui explique le sentiment de redondance du modèle aux pratiques existantes. Comme ailleurs, l'étiquette *gestionnaire de cas* est reçue comme péjorative : « *Le mot gestion renvoie quand même beaucoup à quelque chose d'économique, donc c'est pour ça que ce n'est pas forcément... et le mot « cas » est souvent utilisé de façon un peu péjorative* » [acteur opérationnel].

Il doit en principe posséder un certain pouvoir de coercition à l'égard des opérateurs, comme « *quelqu'un qui a la possibilité d'exiger des choses des uns et des autres* » [acteur opérationnel]. Ce pouvoir aura en corollaire une imputabilité qui aura pour effet de réduire les bris de continuité : « *Elle n'est pas là, elle est partie en vacances. Ça, ça me paraît insupportable* » [acteur opérationnel]. Cependant, cela pose la question de ce qui légitimera ce pouvoir aux plans légal et institutionnel. Ils sont nombreux parmi les acteurs cliniques et les opérationnels qui craignent que le gestionnaire de cas soit un donneur d'ordres. Cette contradiction apparente reformule la tension évoquée précédemment entre le désir que PRISMA change profondément les choses et la crainte que ce changement soit stratégiquement défavorable pour certains.

Le gestionnaire de cas est un référent stable dans le temps qui participe à un réseau autant médical que social. Pour cela, il est proche du guichet unique, même s'il est davantage un référent unique qu'un représentant du guichet unique. Il a pour fonction d'agir sur la complexité dans la durée, ce qui lui procure une responsabilité prolongée, personnalisée et dédiée à la continuité sur le long terme. Il relie, relaie et mobilise les ressources nécessaires à partir d'une évaluation professionnelle des besoins, réalise la coordination, effectue un accompagnement social, bien qu'il soit plus médicalisé que l'assistante sociale classique.

Si la gestion de cas est perçue plus proche du travail des assistantes sociales, certaines parmi elles craignent que l'innovation provoque leur « sanitisation ». Il y a donc une valeur certaine à un dispositif véritablement interdisciplinaire, en autant qu'il ne soit pas soumis au monde médical. Idéalement, le professionnel gestionnaire de cas possède une formation et une approche multidisciplinaire, et une compétence à convaincre ses partenaires. Il est cependant moins un animateur, que quelqu'un qui peut mobiliser les partenaires. Pour cela, il devra comprendre la valeur de tous les acteurs et faire preuve d'ouverture. Les personnes formées en travail social ont un regard assez large pour ce faire : « *On est un bon travailleur social en gérontologie si on a par rapport à sa formation initiale, des formations complémentaires. Et de fait, on fait de la gestion de cas* » [acteur opérationnel]. D'une certaine façon, le gestionnaire de cas est un travailleur social élargi à la

santé : « *ça peut- être des travailleurs sociaux je dirais haut de gamme* » [acteur stratégique], c'est-à-dire formé davantage au sanitaire. Si les assistantes sociales sont presque de facto des gestionnaires de cas, l'équipe de gestionnaires de cas ne devrait pas être composée que d'assistantes sociales. Au plan des attitudes personnelles, il doit être ouvert et posséder une bonne connaissance de la valeur des autres professions. Il importe donc de bien identifier le profil de sortie d'une éventuelle formation. Un tel profil sera difficile dans les faits à trouver, car il faudrait idéalement recruter des gens ayant une double formation. Il devra en outre avoir une compétence à l'élaboration de projets, une capacité à répondre de façon planifiée à une demande, une capacité à synthétiser et analyser les cas complexes. Les assistantes sociales de CLIC sont les plus proches du profil attendu, car les autres professionnels sont moins amples que ces dernières dans la conception de leur travail. Si nos participants ont une idée globalement claire de la formation requise, ils rappellent que la formation ne suffit pas, il faut donner de l'autorité à ces professionnels. Pour réaliser la mobilisation des ressources dans le contexte français, le gestionnaire de cas doit avoir une attitude diplomatique, i.e. mobiliser sans brusquer, car il n'existe pas de principe d'ordonnancement des rapports interprofessionnels, les acteurs étant trop équivalents.

Les participants à la recherche énoncent une appréciation toute en nuances de la gestion de cas en implantation. Chez les cliniciens et les opérationnels, elle dédouble leur action puisqu'ils font déjà de la coordination : « *J'ai quand même l'impression que c'est ce que fait [organisation], de façon complètement historique depuis des années [...] Nous on fait quand même ça depuis...les années 80* » [acteur opérationnel]. Ce redoublement apparent des pratiques existantes de coordination par l'innovation est même source de frustration : « *C'est un peu de l'irritation si vous voulez, parce que nous on est [organisation], on est censé faire un peu cette coordination qui sera faite par les gestionnaires de cas. [...] C'est vrai que ça génère un peu une difficulté de positionnement vis-à-vis de PRISMA [...], il va y avoir, de fait, deux coordinations [...]. Sur le plan des identités, ça va être compliqué* » [acteur clinique]. Cela est ressenti comme un manque de reconnaissance par les décideurs, auxquels est associé PRISMA. On le voit, la gestion de cas est reçue comme une forme de prise en charge globale qui se fait depuis toujours. En ce sens, l'innovation leur paraît un peu prétentieuse. Néanmoins, même si chacun coordonne, tous reconnaissent qu'il y a des bris majeurs de continuité. Paradoxalement, le CLIC, qui s'auto-représente comme des gestionnaires de cas de facto, se dit d'abord et avant tout en appui aux vraies ressources. Il « aide à l'évaluation et est en appui technique vis-à-vis des services sociaux polyvalents » [acteur clinique]. Encore une fois la fonction intégratrice de la gestion de cas est occultée par sa fonction coordonnatrice.

La nécessité d'un coordonateur unique fait débat, certains estimant même que cette fonction ne doit pas être portée par un acteur professionnel dédié pour ce faire : « *Ce serait l'ensemble de l'association, ce serait enfin tout le monde, tout le personnel* » [acteur clinique] qui serait responsable de la gestion de cas. En fait, si on accepte l'idée d'un accompagnement global, celui-ci n'est pas conçu comme un dispositif de systématisation. Il n'existe d'ailleurs que très peu de préoccupations pour la dimension systémique de la coordination. Bref, l'avantage relatif est soit modeste, soit incompris. Plus fondamentalement, plusieurs évoquent la possibilité que l'innovation se fonde sur un défaut de problématisation des difficultés auxquelles l'innovation se propose comme solution. Puisque chacun se perçoit comme

coordonnateur, la véritable difficulté de leur point de vue n'est pas celle de la continuité mais plutôt de l'accès à des ressources. Et, à cet égard, l'innovation ne fera pas mieux si elle se déploie à coût constant. Cela constitue un des plus importants paradoxes traversant les primo-conceptions analysées : l'innovation doit se réaliser « à coût constant », sinon elle est irréaliste, alors même que ce principe de coût constant fera en sorte qu'elle sera peu porteuse de changement...

Même l'acte d'évaluer, qui est au cœur de la pratique de gestion de cas, est considéré comme un acte collectif, éventuellement coordonné par une personne mais qui n'est pas dédiée pour ce faire : « *L'évaluation, c'est un pétale de la marguerite, mais ce n'est pas un individu tout seul qui peut tout faire, on peut arriver à segmenter un certain nombre de choses, mais il faut que l'évaluation soit faite par des gens pertinents qui ont la compétence ad hoc. Donc effectivement ce n'est pas un individu mais il y a forcément un pilote dans l'avion* » [acteur opérationnel].

La légitimité de la gestion de cas a été souvent discutée. À ce propos, le rattachement institutionnel du gestionnaire de cas est un enjeu crucial. Certains craignent la centralisation alors que d'autres suspendront leur crainte dans l'espoir d'un accroissement de l'efficacité de la prise en charge : « *Je suis contre la centralisation, mais dans ce genre de choses, la centralisation est importante puisque il y va de l'efficacité* » [acteur opérationnel]. Les craintifs pensent qu'il faut éviter une approche top down quant à l'implantation de la gestion de cas, car cela nuira à la réceptivité de terrain : « *Attention ! On a déjà des gens fléchés pour faire ça, comment on peut améliorer leur travail* » [acteur stratégique]. Il importe donc de ne pas les redoubler : « *J'ai du mal à penser que l'on va avoir des acteurs supplémentaires qui n'ont rien à voir avec ceux qui font aujourd'hui les évaluations* » [acteur stratégique]. Cela révèle un débat quant à la légitimité découlant de la provenance puis du rattachement institutionnel des gestionnaires de cas : « *A mon avis, un frein majeur sera si l'on dit « On prend quelqu'un d'extérieur » qui a éventuellement une légitimité ailleurs mais qui n'en aura pas sur le terrain, pour travailler comme gestionnaire de cas* » [acteur stratégique]. Tous estiment que les institutions devront les soutenir pendant très longtemps car leur pouvoir sera contesté par les acteurs de terrain se revendiquant d'une forme ou l'autre de coordination. Cela résume la tension qui traverse l'ensemble des discours recueillis entre une conception de la coordination qui occulte la problématique de l'intégration et le désir d'accroître l'efficacité de la prise en charge. Cette tension peut être représentée par le couple conceptuel animation de la complexité (en vue de rendre la prise en charge plus fluide) et réduction de la complexité (en vue d'agir sur les conditions structurelles de l'entropie dans l'organisation des services).

Au total, la gestion de cas fait l'objet d'une réceptivité relativement importante, mais diminuée par le sentiment d'une faible valeur ajoutée puisqu'elle redouble les formes naturelles de coordination : « *Le trouble, si vous voulez, on a l'impression que PRISMA se rajoute encore à quelque chose qui fait de la gestion de cas. [x] en fait, le [x] en initie et le [x] en fait. Ce qui peut changer, c'est cette approche plus clinique qui est sous jacente dans PRISMA* » [acteur opérationnel]. Néanmoins, l'avantage relatif du modèle existe autour de trois dimensions :

- 1) Le modèle est plus centré sur les besoins de la personne âgée alors qu'en France, les besoins du système du système ont de facto une importance centrale.
- 2) Il permet une meilleure liaison social-sanitaire.
- 3) Il favorise une certaine standardisation, objet autant de craintes que d'espoir.

Aller vers une gestion de cas systématisant les prises en charge apparaît alors comme une nécessité pressentie, mais dont il faut démontrer la faisabilité en contexte français et maîtriser les effets pervers, notamment eu égard au contexte de réformes structurelles en cours. Quoiqu'il en soit des craintes, la gestion de cas mettra de l'huile dans les rouages des collaborations interprofessionnelles existantes.

6.3.4.3. Guichet unique

Globalement, le guichet unique est sans doute l'objet qui fait le plus consensus quant à sa difficulté de conception. Il pose de nombreux enjeux conceptuels en raison notamment de la question de son rattachement institutionnel : « *faire des vrais guichets uniques, moi je vous en fais quatre tous les jours et ça ne marche pas, c'est-à-dire que si derrière il n'y a pas toute une mécanique qui est très très lourde* » [acteur stratégique]. Il est unique, mais pour qui ? Sera-t-il dédié aux professionnels, aux personnes ciblées ou à la population en générale ? Quel pouvoir aura un tel guichet unique ? Sa localisation indiquera-t-elle l'autorité d'une organisation sur les divers partenaires de la prise en charge ? Quelle sera sa territorialité ? Sera-t-il dédié qu'aux seules personnes en gestion de cas ? Quelles seront ses fonctions ? Créera-t-il un monopole de l'évaluation ?

Les acteurs dédiés à la coordination se sentent invalidés dans leurs pratiques par la proposition de créer un guichet unique, même si en principe ils en reconnaissent la valeur. Certains acteurs institutionnels s'estiment être des guichets uniques...pour les personnes qu'ils desservent. Cela révèle sous un autre angle la difficile problématisation de l'intégration. Idéalement, le guichet unique devrait être rattaché à un payeur unique, refléter l'unité du financement, être logé chez qui le paiera, question d'autorité. Il devra être au service de la gestion de cas, et non le contraire. En fait, les enjeux de conception du guichet unique redoublent ceux de la gestion de cas, enjeux pouvant trouver leur solution dans une structure juridique adéquate à la nouvelle organisation des services qui découle de l'intégration des services.

En pratique, il semble impossible de lui donner une portée universelle. Il doit alors s'occuper des cas isolés, difficiles ou en crise nécessitant une coordination très intense. Il permet également à l'utilisateur d'aller chercher de l'information immédiatement et de lui faciliter la lisibilité de l'ensemble des services. Il a donc ici pour fonction centrale de faciliter l'accès : « *Le guichet unique, a priori, c'est l'accès* » [acteur opérationnel]. Sa mission pragmatique se résume donc à l'information, l'orientation, le suivi, soit la mission actuelle des CLIC, également parfois revendiquée par les réseaux de santé. Selon cette formule, il sera moins un passage obligé pour les usagers qu'une ressource dédiée à la fluidification des rapports entre partenaires impliqués dans la prise en charge. En fait, à l'exception de quelques

acteurs du niveau stratégique ayant une excellente compréhension du modèle PRISMA, peu d'acteurs problématissent le guichet unique comme porteur d'une finalité de standardisation, ni comme un dispositif inter organisations. Quant à sa localisation, il faut que les acteurs locaux conviennent où il se situera : « *au niveau de l'aide on a beaucoup de concurrence, il ne faudra pas que je dirais son, son choix d'orientation il faut qu'il soit je dirais bien très libéral voilà. [...] vraiment transparent, proposer toutes les solutions qui existent, pas avoir un jugement sur telle ou telle association, ou tel partenaire, la neutralité je dirais, simplement un rôle d'information. Je crois que ça pourrait être, enfin pour moi ça pourrait être l'inconvénient* » [acteur clinique].

La proximité conceptuelle entre le CLIC et le guichet unique révèle une crainte pour le premier de disparaître, et exprimerait une appréciation négative de sa performance. Cette focalisation sur une portion étroite de la population desservie s'explique bien entendu par la conception étroite des CLIC et par l'attribution réduite de ressources qui en découle. Cela fait en sorte que chacun reconnaît l'apport du CLIC à la fluidification des services, mais force est de constater son incapacité de facto à rencontrer les attentes en termes de guichet unique. Le CLIC « *n'est pas un guichet unique, on est un guichet privilégié* » [acteur clinique], et « *on est une porte d'entrée ouverte, mais on n'est pas obligatoire* » [acteur clinique]. En fait, ces organisations récentes devraient être des guichets uniques, mais cela est impossible dans les faits : « *Un guichet unique, de fait, ce n'est pas possible parce que les gens, quand ils vont chercher une association d'aide à domicile, ils viendront jamais au CLIC* » [acteur clinique]. Les CLIC sont parfois réduits au statut de fichiers de personnes âgées au service de « *l'hôpital, qui insiste sur le fait que les CLIC doivent recenser toutes les personnes âgées fragiles, et qu'on aurait un rôle en fait de ...on serait le fichier [nom du fichier] ultime en fait* » [acteur clinique]. De plus, ils ont peu de renommée chez les usagers, donc ils sont surtout dédiés aux ressources, alors que leurs partenaires ne les reconnaissent pas comme un guichet unique. L'expérience des CLIC rend sceptique les acteurs quant à la faisabilité de cette composante du modèle PRISMA : « *un numéro de téléphone et trois personnes pour faire tout ce qu'il a à faire, il] n'arrivera jamais* » [acteur clinique]. En fait, un véritable guichet unique est exigeant en termes de ressources : « *Ce serait énorme en termes de communication, en termes de ressources, pour répondre à toutes les demandes des personnes âgées* » [acteur clinique]. Pour ces raisons pragmatiques, même les CLICs ne croient pas à un tel dispositif. Ici, comme pour d'autres composantes du modèle, on peut penser que ce cynisme pragmatique découle en partie d'un défaut de problématisation de l'avantage relatif de l'innovation en termes de gains d'efficience.

Si le CLIC est clairement une source d'information, il ne doit pas être un passage obligé pour les services. Pour plusieurs le réseau de partenaires constitue de façon paradoxale ce qui devrait faire office de guichet unique : « *Tous les protagonistes du dispositif du soutien à domicile, tous les protagonistes, on va dire spécialisés, sont un guichet d'entrée dans le dispositif. J'ai été un petit peu réconciliée avec le guichet unique quand on a dit que le CLIC était un guichet unique, mais en même temps le CLIC ne fait pas tout, donc il n'est pas guichet unique* » [acteur opérationnel]. Dans ce sens, l'utilité du guichet unique est douteuse, sauf pour la centralisation de l'information à l'adresse du grand public. Il peut même comporter le danger d'être

restrictif. En fait, plusieurs sont d'accord avec un guichet unique, en autant qu'il ne soit pas ...unique : « *nous on n'est pas un guichet unique, on est un guichet privilégié* » [acteur clinique]. Cela révèle une difficulté conceptuelle de penser l'intégration. En fait, le mot unique apparaît dangereux pour la diversité : « *Je crois beaucoup à la diversité* » [acteur opérationnel]. En fait, la primo-réceptivité à l'égard du projet d'établir un guichet unique est très faible, les acteurs préférant un dispositif facilitateur permettant s'appuyant sur la diversité actuelle des accès.

Concrètement, la réceptivité de la composante guichet unique du modèle se heurte au fait que tous les partenaires sont de facto des portes d'entrée du réseau, et qu'il y a une valeur pragmatique à ce grand nombre d'entrées dans un système complexe qui répond à des besoins complexes. Cette complexité serait même, pour les acteurs opérationnels et cliniques, un facteur de protection à l'encontre de velléités gouvernementales de réduction de l'offre de services. Si la nécessité du guichet unique est plus forte avec la décentralisation, sa faisabilité l'est cependant moins. Pour qu'il puisse se développer, l'idéal serait d'avoir un seul payeur, et donc un seul cadre normatif, duquel découlerait l'autorité du guichet, et donc de la gestion de cas. En fait, on craint que ce ne soit qu'un concept à la mode dans un contexte de réformes nombreuses : « *La notion de guichet unique, c'est quand même un peu la tarte à la crème. Je veux dire, il n'y a pas un endroit où j'ai eu à exercer où il n'y a pas un mec qui est venu et qui a dit « Oui ça sera bien d'avoir un guichet unique »* » [acteur stratégique]. Un tel dispositif ne fait pas tout, il comporte même un danger de centralisation : « *Je crois beaucoup à une diversité qui doit être générateur de richesse et de bonne prestation, mais pas au côté qui simplifie. Faciliter oui, simplifier non* » [acteur opérationnel].

Apparaît ici un paradoxe conceptuel qui traverse l'ensemble des analyses, soit un désir d'être plus efficace mais sans réduire la complexité. En fait, la crainte d'une conception très unifiante du guichet unique traduit une sous-problématisation de la fonction intégrative d'une évaluation de besoins standardisée et fondée sur des objets cliniques. Car derrière le principe de guichet unique se trouve, dans le modèle PRISMA, celui de l'évaluation standardisée.

Au plan de l'éthique clinique, la résistance à l'intégration et à la standardisation met dans l'ombre l'important principe d'équité qui les sous-tend. À défaut d'une telle standardisation, les services seront délivrés avec une dispersion trop grande, mal maîtrisée, sujette à la capacité de l'utilisateur de se plaindre, à la qualité de la mobilisation des évaluateurs, et à un ensemble de modulateurs de la décision clinique dont on connaît maintenant l'incidence sur la qualité de services [73].

6.3.4.4. Les outils standardisés d'évaluation

Le thème spécifique des outils d'évaluation n'a pas fait l'objet d'un discours abondant. Par contre, la force de standardisation qu'ils comportent provoque plusieurs débats. Par exemple, un outil d'évaluation standardisé est en principe très important, mais ne constitue pas une priorité. Pour l'instant, ces outils sont surtout utiles aux institutions pour contrôler l'accès aux services, ils servent pour l'instant à évaluer l'accès au droit : « *C'est très administratif. C'est trop long à remplir et ce*

*n'est pas assez social et trop subjectif d'un évaluateur à l'autre » [acteur clinique]. Un outil standardisé permet d'intégrer social et médical, ce qui est une bonne chose. Pourtant, si ce décloisonnement est perçu positivement par tous, les acteurs plus sociaux craignent qu'il soit le vecteur d'une « sanitisation » de leur action professionnelle. Un tel outil apparaît plus rigoureux et plus clinique que la grille AGGIR, mais a priori plus lourd parce que plus formel. La grille AGGIR, bien qu'imparfaite, peut faire l'objet d'une adaptation locale selon les personnes interrogées. Certains acteurs ont un intérêt modeste et poli pour des profils d'autonomie fonctionnelle standardisés comme les profils ISO-SMAF du modèle PRISMA. Ces profils permettent une mesure unique et équitable lorsqu'elle est partagée et reconnue par l'ensemble des membres d'un continuum de services. Ils semblent cependant aux acteurs trop complexes pour leur usage à court terme en contexte français et posent des problèmes de droits à payer pour l'usage de l'outil et de coûts de formation et de changement d'outils : « *Le problème c'est que si on ne prend pas en compte les outils utilisés et que l'on décide d'imposer un autre outil, je ne suis pas sûre que l'étude soit viable* » [acteur stratégique], et de transposition culturelle : « *On est peut être un peu rétif à des choses qui ne sont pas de notre histoire et de notre culture* » [acteur opérationnel].*

Les profils ISO-SMAF¹ sont estimés probablement utiles, en autant qu'ils n'aient pas un caractère impératif ou automatique, ce qui minore grandement leur capacité intégrative. En fait, c'est autour des outils d'évaluation que la crainte de standardisation est le plus explicite.

Il y a une certaine appétence de principe pour la mutualisation des outils, mais il faut partir des outils existant pour assurer la faisabilité de l'innovation (coût constant, normes institutionnelles, etc.). Un nouvel outil aurait pour but de compléter ce qui se fait déjà, non pas de s'y substituer ou de réduire la complexité : « *Ce n'est pas de l'outil que vient la difficulté, c'est de la complexité de ce que vous appelez le système français* » [acteur stratégique]. Il découle de cela que la conception prégnante de la mutualisation des informations cliniques est celle de la circulation des outils existants, et non leur intégration dans un dispositif cohérent, ni même la reconnaissance mutuelle des outils de chacun à engager des services : « *Et l'équipe médico-sociale, elle, n'intervient que lorsque la demande de prestation a été faite, c'est-à-dire que lorsque l'on fait une demande d'APA, l'évaluation officielle n'est pas faite. Soit que l'on a fait un GIR clandestin, soit on subodore. Mais, l'évaluatrice de l'équipe APA, n'est envoyée chez la personne âgée que si le dossier administratif est complet, donc, là il y a du temps perdu* » [acteur opérationnel]. De plus, il est « *dommage de faire plein de plans d'aide différents, et de faire plein d'évaluations différentes, personne est jamais d'accord, si on en fait qu'un au moins, on pourra se mettre tous d'accord dessus, parce que même si on est pas d'accord au début... Alors que là, on [ne] vérifie même pas que les autres sont d'accord avec celui qu'on a fait, donc on ne discute pas, y'a pas de sujet de discussion en fait* » [acteur clinique]. La question de la mutualisation des outils pose deux problèmes majeurs, soit celui des systèmes normatifs à portée administrative qui sous-tendent certains outils (ex. : AGGIR) : « *On parle d'une évaluation avec des critères cliniques, mais*

¹ Il s'agit de profil de besoins définis à partir d'une évaluation fiable et reproductible de l'autonomie par l'outil « système de mesure de l'autonomie fonctionnelle » ou (SMAF). Développés et déployés durant l'expérimentation PRISMA au Québec ils ont été considérés comme un élément fondamental de l'intégration.

qui aboutie effectivement à un financement différent » [acteur opérationnel]. La même difficulté concerne aussi la difficile coordination ville-hôpital. Le second problème est celui de l'autorité qui sous-tend les outils : « *La discussion sur l'outil porte plus de faits, même sans dire son nom, sur l'existence et l'autorité de chacun* » [acteur stratégique].

À propos de l'évaluation, ce sont surtout les conditions actuelles de sa réalisation qui sont préoccupantes pour les cliniciens que ses éventuels problèmes de validité qui posent questions. Les conditions de sa réalisation sont telles que cela entrave la capacité d'avoir un plan d'aide très bien adapté au cas clinique. Il manque de temps pour bien faire, ce n'est donc pas un problème d'outil. Cette difficulté exprime une autre fois la perception que PRISMA est un message négatif à l'égard de ce qui se fait, et que l'innovation ne s'attaque pas au problème premier, celui des ressources. Avec plus de temps et d'évaluateurs pour bien évaluer, et chacun ayant une charge de cas de 40 dossiers comme le préconise le modèle, ils feraient tout aussi bien que PRISMA. Cela pose une réceptivité ambivalente à l'égard de l'innovation : autant elle apparaît aller dans le sens de ce que les acteurs souhaitent, autant elle semble éviter de poser la question centrale, celle des ressources. Néanmoins, nous réitérons qu'il y a ici un défaut relatif de problématisation de l'intégration et la question des gains d'efficience du modèle.

Si chacun reconnaît l'inefficience de la non reconnaissance mutuelle des multiples évaluations, certains, parmi les acteurs opérationnels, estiment qu'elles ne sont pas redondantes dans la mesure où elles tissent une forme de tissu garantissant que le service soit rendu, peu importe la configuration que prend la prise en charge. Comme pour le guichet unique, il vaudrait mieux plusieurs évaluations partiellement redondantes qu'une évaluation unique qui risquerait d'échapper des cas : « *L'évaluation est un moyen de faire un partage de territoires et de compétences entre les acteurs. Qu'il y en ait plusieurs ce n'est pas gênant, on aborde forcément différemment les gens* » [acteur stratégique]. Cela est cependant sans compter sur le coût de ces redoublements et sur la surcharge que cela procure aux personnes âgées dépendantes. Il y a néanmoins reconnaissance formelle du problème de mutualisation des évaluations : « *Moi j'ai dénoncé ces multi évaluations sans reconnaissance réciproque de différents partenaires* » [acteur stratégique]. Ce problème suscite une préoccupation concernant l'harmonisation des évaluations, mais qui n'est pas pour l'instant actée. L'éclatement des évaluations ne serait pas un problème s'il y avait un chef d'orchestre. Cela démontre encore une fois qu'il ne s'agit pas de réduire la complexité de l'organisation des services mais bien d'inventer des dispositifs qui fluidifieront les échanges dans un système très complexe, voire incohérent, mais dont on sait qu'il est impossible à changer sans une volonté extrêmement forte et des moyens colossaux.

Quant à la question de la standardisation qui sous-tend celle des outils d'évaluation, il y a un certain désir pour une relative convergence des outils, plus fort chez les acteurs médicaux, mais pas pour la standardisation qu'ils peuvent contenir. S'il y a un vague intérêt pour la standardisation, il n'y a pas de demandes concrètes à ce propos ni de réflexion quant à ses effets positifs potentiels. Une éventuelle harmonisation se butera aux intérêts organisationnels, et les expériences qui allaient dans le sens d'un peu plus de standardisation ont été des échecs. On souhaite plus d'efficacité, mais pas d'obligation : un dispositif de coordination existant est un « *relai*

important, mais pas le passage obligé pour entrer dans les dispositifs d'aide » [acteur opérationnel].

Néanmoins, la mutualisation des outils est particulièrement pertinente pour les cas complexes. Au niveau clinique, des mutualisations locales sont aussi possibles pour agir sur ces cas, indépendamment de l'avancée des institutions à ce propos. Il existe une intention locale de travailler sur des outils communs, mais il s'agit clairement d'une responsabilité institutionnelle lorsqu'il s'agit d'aller plus loin en termes de mutualisation ou de standardisation.

Au total, c'est moins la validité de l'outil qui est en jeu que le fait qu'il ait fait l'objet d'un choix commun ou pas. Le fait qu'il y ait un historique de concertation est une condition très favorable à l'implantation, en fait à la discussion sur les outils à élaborer : « Ils font déjà des choses, et ils se disent « *Bon, si on peut encore améliorer les choses tant mieux, oui on est partant à cause de ça* », mais si on leur dit « *ah bah oui, mais pour notre étude on prend d'autres outils...* » [acteur stratégique], ce ne sera pas possible d'aller plus loin.

Globalement, nous constatons un faible désir de changement radical quant aux outils, mais un désir d'amélioration des pratiques existantes à partir des outils connus. À l'exception de médecins et de cadres supérieurs, nous constatons également qu'il y a très peu de réflexions sur la standardisation. Il ne faut cependant pas inférer de cet énoncé que tous les acteurs sont contre. Si cela est plutôt vrai chez les professionnels du domaine psychosocial, la résistance de plusieurs est moins de principe que pragmatique, en ce sens que la foi en la capacité du système français de promouvoir la standardisation est considérée comme modeste. Cela est d'autant plus vrai que les acteurs n'œuvrent pas sur des objets cliniques très balisés par des guides de bonnes pratiques, comme en cardiologie, par exemple.

6.3.4.5. Plan de services intégré (PSI)

L'avantage relatif du PSI semble dans les primo-conceptions plutôt incertaines. Il n'y a pas de représentations claires de cet outil, mais tout de même un pressentiment qu'il est nécessaire. En fait, le PSI a fait l'objet de peu de réflexions, il apparaît même comme l'objet le moins bien problématisé des composantes de PRISMA. Pourtant, il suscitait un intérêt réel chez les acteurs de niveaux opérationnel et clinique. La valeur anticipée du PSI est moins celle de la planification que celle de la circulation de l'information. « *Quand on fait du suivi il faut informer quand il y a des changements, il faut garder l'œil* » [acteur opérationnel]. Pour l'instant, certains plans sont manuscrits, donc peu partageables. Pour cette raison, l'informatisation des PSI est cruciale, même s'il y a des résistances à l'informatique. S'il faut prendre en considération ces résistances, la plupart des acteurs rencontrés estiment qu'il faut agir sur l'usage totalement volontaire des outils d'information, car cela produit plusieurs bris de continuité des services : « *Surtout elle oublie la coordination sur le plan des services* » [acteur stratégique]. Ce qui est en débat ici est moins la planification que la planification standardisée.

Le contexte et les pratiques actuelles de planification se caractérisent par d'outils maison de planification surtout à usage interne, facilité parfois par une démarche qualité interne dont la certification appelle des efforts dans ce sens. Un acteur relève

la présence de deux outils d'évaluation quasi identiques qui appellent les mêmes planifications, mais qui sont trop focalisés sur certains services pour être mutualisés. Si en principe les professionnels en charge de rédiger les plans d'aide peuvent discuter leurs contenus, ils ont souvent une charge de cas trop importante pour le faire. En général, la planification ne se fait qu'une seule fois, il n'y donc pas de nouvelle planification découlant de réévaluations systématiques. Cela s'explique par le fait que la planification est surtout un acte administratif plutôt que clinique: *« Il est fait en une seule fois, enfin c'est la visite d'évaluation et on revient avec son plan d'aide. Or on sait très bien que parfois les personnes âgées, alors quand tout est mis en place, parce que la famille est autonome, parce que la personne âgée sait ce qu'elle veut et que ça correspond à ses besoins, et voilà, et que le financement est accessoire, effectivement on peut revenir avec son plan d'aide, parce qu'il est bien au-delà de ce qu'on peut financer [...] c'est là que je pense qu'on a une difficulté, c'est que comme elles ont que 39 jours pour faire leur évaluation, et bien elles peuvent pas retourner, vu le nombre d'évaluations à faire, elles ne peuvent pas retourner 2 fois. Donc elles reviennent avec un plan d'aide qui est à minima »* [acteur opérationnel]. Dans la pratique, il se peut que le plan soit plus large que ce qui est financé, mais il est souvent formellement minimaliste en raison du manque de temps pour l'évaluation. Il est donc très lié aux enjeux de financement et d'accès aux droits, et rattache entre eux pour cette raison planification et allocation de ressources, comme si le plan résumait les services auxquels l'utilisateur a droit, et non ses besoins cliniques ou l'organisation des services fournis. Ceci est d'autant plus vrai pour les personnes refusant ou ne pouvant payer leur participation financière prévue au plan d'aide, ce qui provoque une réponse partielle des besoins au plan clinique. Tout cela révèle l'enjeu du découplage de l'évaluation, du financement, de la prestation et du contrôle de la qualité : *« Alors on se dit « Mais pourquoi veulent-ils avoir le plan d'aide ? Qu'est-ce qu'a à voir le financement dans leur prise en charge ? Parce que parfois les associations, elles ne veulent pas aller au-delà du financement. [...] Mais tout ça sur le côté financier, on [ne] va pas l'avoir sur le côté outil, prestations, mise en place [...] on a un plan d'aide qui est bien construit comme un plan d'aide financier, quoi. Idéalement, le plan serait comme une prescription : je conçois le plan d'aide comme une prescription médicale, une prescription, c'est-à-dire qu'on a été évaluer, enfin pour moi ce serait l'idéal ça, on a été évaluer une personne, on a discuté sur les besoins »* [acteur stratégique].

Le plan actuel ne permet donc pas le suivi ni le monitoring, et n'engage pas les appareils qui ne le veulent pas. Cela provoque une difficulté à lier la planification d'un service et sa prestation concrète, le plus souvent réalisée par un acteur qui n'a pas de lien étroits et formels avec celui qui planifie.

La grille AGGIR est *« un outil imposé »* [acteur stratégique] duquel découle une planification des services selon ce que le système normatif de l'administration qui la fonde permet. Elle a donc pour fonctionnalité première la vérification de l'accès au droit. Bien qu'inscrit dans un système normatif administratif, l'outil existant de planification n'a pas de finalité de monitoring de l'efficacité des services. De plus, le plan d'aide ne devrait pas découler que de la grille AGGIR, mais d'une évaluation plus large qui demeure à organiser et doit prévoir des réévaluations périodiques. Nous ne voulons pas laisser entendre au lecteur que de telles activités ne se réalisent pas ; notre propos consiste spécifiquement à relever que les outils existants ne sont pas significativement employés pour ce faire. De même, si cet outil devrait

en principe permettre de négocier les services avec l'utilisateur, cela se fait peu en pratique en raison de la fonctionnalité administrative que nous évoquons ici, et de la surcharge de travail soulignée précédemment. Cela ne signifie pas que l'outil se réduit à la seule dimension d'accès au droit, mais cette logique se pose nécessairement en tension avec une logique clinique centrée sur une lecture professionnelle des besoins, puis avec une logique pragmatique de gestion des services. L'articulation entre ces trois logiques complexifie l'organisation des services, mais ne la détermine pas de façon fondamentale.

Pour soutenir l'implantation de cette composante, il importe de considérer les enjeux relatifs à l'intégration du social au sanitaire, à l'inertie des décideurs, aux cadres légal (comme l'exigence d'évaluation à finalité administrative) et réglementaires (comme le secret professionnel ou l'accès à l'information).

6.3.4.6. Système d'information partageable

La valeur principale des systèmes d'information partageables réside dans la mutualisation de l'information. Pour cela, il faut aller au-delà du principe de secret professionnel, et transgresser la frontière social-sanitaire.

Les formes actuelles d'échanges d'information sont essentiellement verbales : « On est encore à un stade [...] relativement verbal » [acteur opérationnel]. Cette modalité d'échange comporte un coût cognitif important lorsqu'elle est essentiellement soutenue en mode volontaire. Cette charge cognitive fait en sorte que la plupart des acteurs énoncent un certain désir de systématisation à ce propos. PRISMA est perçu comme porteur d'une telle systématisation.

Au plan de la gestion, il manque des statistiques cliniques, alors qu'il y a beaucoup d'informations à portée administrative, le plus souvent issues d'outils d'informations internes. Ils peuvent parfois faire l'objet d'une convention de mutualisation avec certains partenaires. L'information clinique nécessaire aux professionnels est surtout détenue par chacun d'entre eux, et donc peu accessible aux collègues. Il y eu à ce propos des initiatives de dossiers partageables social-sanitaire, mais sans succès. Il importe de spécifier ici que l'information administrative est d'abord celle nécessaire à l'organisation du bon droit : caractéristiques administratives de l'utilisateur (est-il couvert par le programme de prestation), et caractéristiques cliniques nécessaires à la détermination de l'accès au droit. Par exemple, la mesure de la perte d'autonomie est une information clinique ici déployée dans un espace sémantique administratif. Elle deviendra strictement clinique lorsqu'elle engage des pratiques professionnelles ou des services. D'ailleurs, l'une des informations manquantes dans les systèmes d'information actuels concerne la dimension systémique du clinique, qui fait quoi et à quel moment dans un dossier.

Nous avons observé une série d'initiatives portant sur l'information. Sur l'un des sites, sur un plan populationnel, il existe un outil de recensement des personnes âgées, mais cet outil était peu connu au moment de la collecte de données, faiblement signifiant aux yeux des praticiens et donc peu performant. En fait, l'usage de cet outil est complètement volontaire, donc il n'a aucune validité populationnelle. De même, il n'y a pas de préoccupations directes quant à l'efficacité clinique dans la conception de l'outil interne aux CLIC, le Logiclic. Il y eu des formations entre partenaires

offertes afin de permettre une mutualisation de l'information accrue, mais sans trop d'effet structurant. Le projet d'équipe mobilisable¹ est sans doute parmi les plus prometteurs pour soutenir une meilleure coordination des services lors de situation de crise. Pourtant, au temps 0 de l'étude PRISMA, aucun mécanisme de communication ou de conservation de l'information n'était formalisé dans ce dispositif émergent, et les membres participants sont plus ou moins connus des uns et des autres participants en principe : « *D'ailleurs qui sont l'équipe mobilisable ?* » [acteur clinique]. La sédimentation de ces difficultés relatives ne semble pas très problématisée, ce qui traduit d'une autre façon la question de la problématisation de l'intégration. Nous ne voulons pas laisser entendre ici que ce foisonnement d'idées est sans effets positifs ni raisons, bien au contraire. Nous voulons surtout souligner le fait que ces initiatives ne se fédèrent pas de façon à agir fondamentalement sur la fragmentation.

Pour soutenir l'implantation de cette composante, il importe de faire en sorte que les systèmes d'information existants soient interopérables par plusieurs structures. Cela pose un enjeu de contrôle de l'information à diffuser, de droit d'accès, et de capacité informatique. Il faut s'attaquer au problème d'accès individualisé à internet et de robustesse des équipements. De tels systèmes d'informations ne doivent cependant pas entraver la communication interpersonnelle, et doivent refléter la réalité clinique et systémique, sinon ils seront jugés impertinents par les praticiens. Au total, la réceptivité de cette composante se présente comme centrée sur la qualité de la circulation des informations, plutôt que sur les modalités techniques ou technologiques pour ce faire. Il y a peu de réflexions sur les systèmes d'information partageables, et il y a une volonté certaine de conserver le pluralisme des modalités d'action en cette matière.

6.4. Discussion

Les études portant sur l'intégration des services se posent essentiellement trois questions. 1) Comment concevoir l'innovation systémique que constitue l'intégration des services ? 2) Comment l'étudier de façon rigoureuse ? et 3) Quels en sont ses impacts ? Ces recherches, essentiellement issues des champs de la médecine, de l'organisation des services et du management, ont un abord de l'objet en surplomb, c'est-à-dire systémique, en postulant qu'un modèle conceptuel de qualité engendrera des pratiques professionnelles et organisationnelles transformées. Or, s'il est reconnu que les attributs de l'innovation sont cruciaux à leur diffusion [66], la nécessité d'étudier comment ces transformations systémiques s'incarnent dans les pratiques, de leur adoption à leur pérennisation l'est davantage en raison de l'infinité des modulateurs contextuels [66, 74].

De façon générale, la réceptivité de principe est bonne pour l'ensemble des composantes du modèle PRISMA, mais elle est affectée par une série de tensions conceptuelles qui viennent la moduler.

¹ Un collectif de partenaire qui s'engage à répondre rapidement à la requête de n'importe lequel de ces membres en fonctionnant par un système d'« astreinte » des différents partenaires. Ce concept traduit très bien l'orientation spontanément privilégié de développement de solutions favorisant la fluidité des rapports entre partenaires sans réduire la complexité structurelle de l'offre de services.

Au premier titre, nous constatons une sous-problématisation de l'objet intégration. En fait, la qualité intrinsèque du modèle est secondaire à la question de son opérationnalisation dans le contexte français, notamment en termes de financement, de respect des modalités existantes d'organisation des services, etc. S'il y a reconnaissance que la fragmentation du système comporte des coûts financiers et cliniques, ces difficultés sont minorées par l'affirmation que la complexité structurelle de l'organisation des services en France comporte de nombreuses valeurs, dont celle de permettre une adaptabilité systémique à la complexité des cas cliniques. Ainsi, l'intégration des services est un principe qui conduit sans doute à la réduction de la complexité, mais au risque d'une simplification outrancière de l'offre de services. Il appert alors que les composantes du modèle sont lues non pas sous l'angle d'un projet intégrateur, mais sous celui d'un dispositif permettant de fluidifier les rapports interprofessionnels et intersectoriels dans la prise en charge des cas cliniques complexes. Il s'agit donc de mieux se coordonner dans un contexte de complexité structurelle estimée irréductible, à moins d'une volonté forte des instances gouvernantes, ce qui, pour tous nos interlocuteurs, ne semble pas être le cas. Les acteurs du niveau stratégique ont un début de problématisation certain du projet intégratif, alors que ceux du niveau opérationnel sont plutôt en mode stratégique à l'égard d'une innovation décodée comme potentiellement porteuse de changements, et ceux de niveau clinique sont les plus clairement attentistes, ou du moins, ambivalents dans leur engagement, en ce sens qu'ils attendent de voir le sérieux des gestionnaires quant à leur volonté de transformation. Au niveau clinique, cette posture semble perdurer par delà le T0, alors que la problématisation progresse sur les autres plans.

A l'encontre d'une approche émergente de fluidification de la coordination, la plupart de nos interlocuteurs estiment que la seule bonne volonté des praticiens et des gestionnaires champions ne suffira pas, ce qui constitue une critique importante d'une approche trop let it happen du changement en contexte de très haute complexité. L'attentisme des adoptants découle non pas de leur réceptivité à l'égard de l'innovation mais plutôt de leur expérience des changements organisationnels perpétuels.

De façon plus terre-à-terre, les acteurs opérationnels et cliniques questionnent le caractère prioritaire de l'implantation d'une telle innovation alors même que les services sont déjà en rareté de ressources. Ainsi, l'implantation exige des acteurs un temps qu'ils n'ont pas. Cette crainte est renforcée par l'ambiance réformiste que connaît la France. Ils s'interrogent comme suit : Et si l'intégration des services, dans sa version visant la réduction de la complexité systémique en vue d'accroître la qualité des services, n'était qu'une façon détournée de couper des ressources à des acteurs déjà sous forte pression ? La reconnaissance financière de la gestion de cas sera le moment de vérité de l'innovation. Les payeurs pourraient également ne pas reconnaître l'autorité de la gestion de cas en raison de la présence d'autres autorités légales, et de l'incohérence du cadre législatif que cela révèle. Pour penser une intégration forte, il faudrait un cadre réglementaire qui soutienne le modèle PRISMA adapté au contexte, et une gouvernance qui déploie les moyens requis pour une implantation durable. Par exemple, établir l'autorité des gestionnaires de cas exige plus qu'une modification du cadre légal, elle nécessite aussi un soutien direct sur le long terme de la part des tutelles.

Par contre, sauf pour le niveau stratégique, l'ensemble des acteurs n'a pas une réflexion sérieuse sur le potentiel d'accroissement de l'efficacité systémique que porte l'innovation. Cela ne constitue pas selon nous une carence de réceptivité, mais un indice de trois difficultés rencontrées par les adoptants :

1. Un défaut de problématisation de l'intégration qui s'explique en grande partie par la confusion entre ce principe et celui de coordination.
2. La conception de l'intégration promue par le modèle PRISMA doit être repensée puis explicitée à la lumière de l'étude des possibles du contexte français. En fait, l'étude du processus d'adoption puis d'adaptation du modèle fournit les matériaux pour sa révision conceptuelle.
3. Il existe de nombreux rapports dialectiques qui influent sur la réceptivité de divers sous-objets de l'intégration, pensons notamment à la standardisation. Ces sous-objets doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Loin d'inférer de ces constats que le modèle PRISMA est inadéquat au contexte français, ou alors que la France serait un terrain infertile à l'innovation, nous pensons plutôt que la documentation de la réceptivité des composantes du modèle que nous venons de faire permet :

- 1) de poser les jalons d'une évaluation de la transformation des représentations de ces objets dans la durée, comme indicateur d'appropriation de l'innovation et de transformation des pratiques ;
- 2) d'outiller le système d'offre de l'innovation de façon à ce qu'il prenne en considération ce champ représentationnel dans la reconception de l'innovation et dans ses stratégies de diffusion ;
- 3) de transférer vers les décideurs des savoirs sur l'implantation d'innovations en contexte de très haute complexité.

6.5. Synthèse

Nous résumons comme suit les principaux constats de la réceptivité du modèle PRISMA en France.

- 1) D'abord, les praticiens et gestionnaires manifestent une ouverture réelle à l'emploi de dispositifs ou de technologies favorisant une meilleure intégration des services, mais craignent les usages technocratiques d'outils standardisant. Dans le contexte étudié à T0, les partenaires estiment que la standardisation ne doit pas viser à réduire la complexité inhérente aux systèmes complexes, tout au mieux à l'ordonner, à la fluidifier.
- 2) Les nouveaux dispositifs et technologies doivent respecter les façons de faire en place. Cela caractérise l'innovation comme une amélioration de l'existant et non comme sa transformation fondamentale.
- 3) La standardisation sous-jacente à ces dispositifs et technologies est moins conçue comme le fait de la science que comme celui de la protocolarisation normative fondée sur des règles institutionnelles émergentes et, pour une part, tacites. Ainsi, l'innovation est lue comme ayant une valeur institutionnelle avant tout, plutôt que clinique ou scientifique. Elle apparaît alors aux utilisateurs comme une injonction institutionnelle.
- 4) La conception de la standardisation observée dans le contexte de l'expérimentation découple conceptuellement l'utilisation clinique de l'utilisation en gestion des systèmes d'information, d'évaluation et de

planification. Pourtant, les concepteurs de ce modèle cherchaient à les nouer, de façon à ce que l'attribution de ressources soit orientée par une lecture scientifique des besoins plutôt que par des règles administratives.

- 5) La gouverne du changement se trouve devant une série de doubles contraintes, dont la plus fondamentale est de permettre l'adaptation au réel de dispositifs innovants sans sacrifier le cœur de son intention transformatrice. Cette difficulté trouve un sens tout particulier lorsque l'innovation s'appuie sur des outils ayant notamment une intention d'accroître la standardisation. Cela interpelle la gouvernance de changement qui doit expliciter pour elle-même puis pour les adoptants les objectifs de transformation poursuivis.

En conclusion, il y a donc une structure de sens fondamentale sur laquelle se déploie la réceptivité du modèle, soit un désir d'innovation fondé sur une lecture qu'il y a des problèmes de discontinuité et d'inefficience, ce qui appelle des changements, au regard d'une crainte fondamentale qu'ils soient impossibles à réaliser, ou alors utilisés à des fins moins nobles que l'intégration, en l'occurrence la réduction de l'offre de services.

7. GOUVERNER LA MISE EN ŒUVRE D'UNE INNOVATION DANS LE SYSTEME DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. RAPPORT INTERMEDIAIRE PRISMA France

En France, le système de soins et de services se caractérise par des fragmentations multiples au niveau de l'organisation, du financement et de la dispensation des aides alors même que les besoins des personnes nécessitent une appréhension globale et une continuité de réponses. Dans différents pays, en Amérique du Nord [4], mais aussi en Europe [2], la mise en place de systèmes intégrés de soins et services a montré un impact sur les hospitalisations (en baisse), sur les coûts de santé (en baisse) et sur la satisfaction des usagers (en hausse). Ces différentes expérimentations, nécessitant de remettre en question le fonctionnement habituels des soins et services à différents niveaux, peuvent être qualifiées « d'innovation » [66].

Au moment où le Plan National Alzheimer 2008-2012 se met en œuvre en s'appuyant sur le concept de l'intégration, les résultats préliminaires de l'étude qualitative menée sur l'implantation du modèle PRISMA France dans trois sites contrastés¹ permettent d'apporter des connaissances nouvelles sur le déploiement de telles innovations en France.

7.1. Ce qui est déjà connu à propos de la diffusion de l'innovation.

Nous appuyons notre analyse sur la récente revue systématique des écrits scientifiques menée par Greenhalgh et coll. [66] et sur un ensemble de travaux conceptuels sur le même thème. Cette recension des écrits applique aux travaux sur l'innovation, souvent menés par des chercheurs en sciences sociales (sociologie, philosophie, économie, sciences politiques), un travail de lecture analytique tirée de l'expérience du principal auteur dans le domaine de l'*evidence based medicine* [75]. Selon cette analyse, il paraît possible de proposer un schéma conceptuel de déploiement de l'innovation basé sur des faits probants. Ce schéma est présenté en figure 5.

¹ En termes de densité populationnelle (densité rural, urbain, méga-urbain) et de configuration gérontologique territoriale (présence ou non de CLIC, de réseaux de santé, etc.).

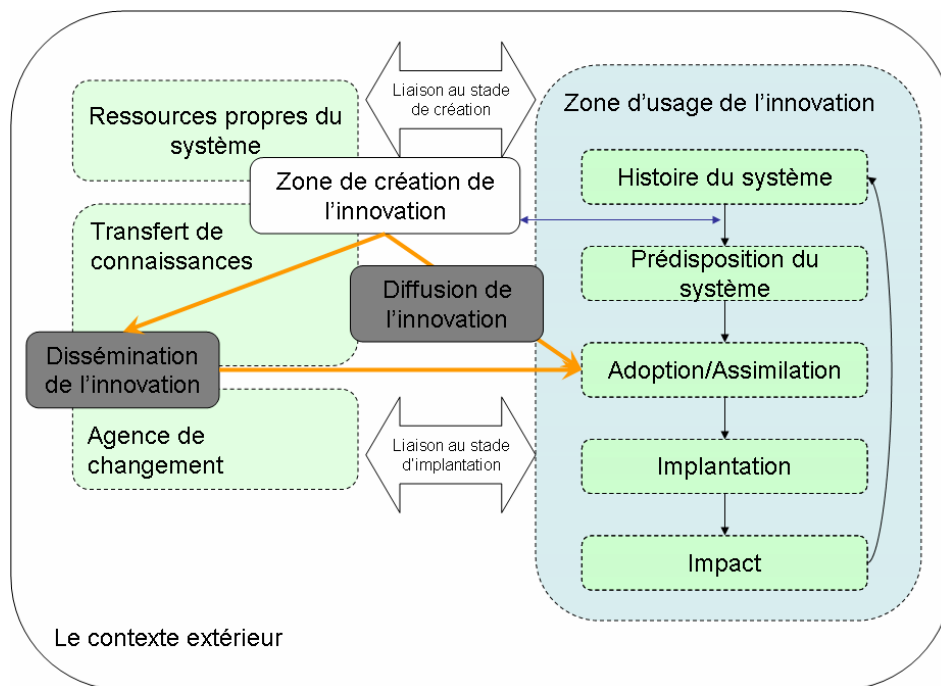


Figure 5: schéma conceptuel de déploiement de l'innovation (traduit de [66])

Dans cette figure, le déploiement d'une innovation dépend en premier lieu de la façon dont elle est conçue, c'est-à-dire de ses caractéristiques propres. A ce niveau, il paraît important de souligner l'importance de certaines de ces caractéristiques : les avantages perçus par les éventuels adoptants de l'innovation et l'adaptabilité de l'innovation notamment. Greenhalgh et coll.[66] soulignent le peu d'intérêt qu'il y aurait à poursuivre des recherches sur les facteurs conditionnant l'adoption éventuelle d'une innovation car les preuves en ce domaine sont nombreuses¹. Une fois l'innovation proposée, les mécanismes de déploiements sont variables allant de la diffusion (principalement émergente et non gouvernée) à la dissémination (principalement ordonnée et régulée). Dans ce dernier cas, il y a une nette plus-value à se doter de moyens dédiés à la dissémination de l'innovation (notamment en termes d'accompagnement, de formation, mais aussi de ressources nécessaires à son implantation véritable). Quelque soit la voie choisie, les facteurs de succès et d'échec de l'adoption d'une innovation par un petit nombre d'individus paraissent relativement connus. L'analyse *a priori* concernant l'innovation que représente le modèle PRISMA France a fait l'objet d'une publication dans la *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* [19]. La primo-réceptivité du modèle est par ailleurs documentée en chapitre 6 du présent rapport.

Outre l'analyse des facteurs de succès de la diffusion d'une innovation, les auteurs invitent les chercheurs dans ce domaine à orienter leurs recherches sur le processus d'adaptation locale de l'innovation. Ainsi, les importantes questions du type « le programme X fonctionne-t-il ? » ou « Est-ce que la stratégie Y a l'effet attendu ? » sont, d'une certaine façon, secondaire à la compréhension profonde des stratégies locales de l'adaptation de l'innovation. Il s'agit, selon cette perspective, de focaliser l'effort de recherche sur des éléments explicatifs de cette adaptation locale : « qu'est qui fait que ce programme fonctionne pour de tels acteurs dans un tel contexte et

¹ Nous reviendrons sur les processus adaptatifs au chapitre 7.2

pas dans un autre ? » [76]. Pour cette raison, les auteurs soulignent l'importance que les programmes innovants soient d'emblée proposés en différents contextes, comme cela a été programmé dans PRISMA France. L'objectif est ainsi de pouvoir évaluer ce qui revient à l'innovation et ce qui revient au contexte. Cette méthode vise à pouvoir analyser le caractère transférable ou non de l'innovation. Les processus d'adoption puis d'adaptation de l'innovation doivent donc prioritairement faire l'objet de recherches plus poussées dans cette perspective. Le projet PRISMA France, en essayant d'implanter de façon adaptée un modèle d'intégration dans trois sites contrastés en France (implanté avec succès au Québec) permet d'aborder cette problématique de façon adéquate au contexte français. Greenhalgh et coll. [66] présentent également les différents modes de gouvernance¹ possible du déploiement des innovations (voir Figure 6).

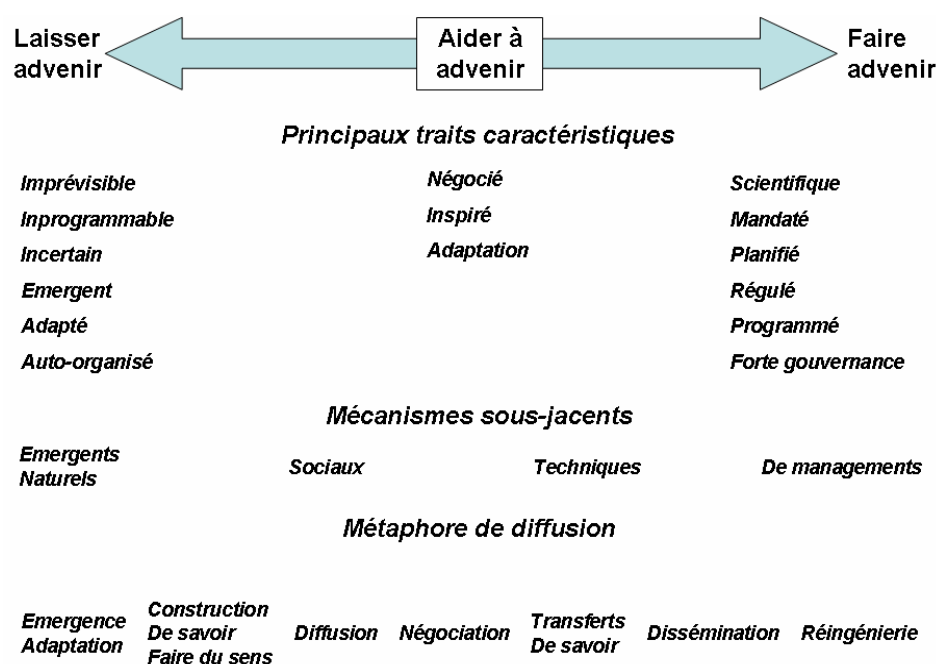


Figure 6 : Différentes position de gouvernance d'un projet innovant en relation avec les mécanismes sous-jacents et les métaphores de diffusion. (traduit selon[66]).

A une extrémité du spectre des positions de gouvernance se trouve la position du « laisser advenir », où l'essentiel du déploiement s'appuiera sur l'émergent, plus ou moins accompagné d'instruments d'incitation déployés par les instances stratégiques. A l'autre extrémité du spectre, la position du « faire advenir » suppose l'existence d'une chaîne parfaitement ordonnée et claire dans les prises de décisions reliant le niveau stratégique aux utilisateurs potentiels de l'innovation. Entre les deux postures extrêmes existe une posture de compromis que l'on peut traduire par l'idée d'« aider à advenir ». Cette posture vise à créer les conditions d'une co-élaboration de l'innovation. La co-élaboration tend à adapter l'innovation aux contextes de pratiques des utilisateurs tout en respectant les objectifs de transformations poursuivis.

¹ Il s'agit ici de la gouvernance du changement.

Le processus d'adaptation des innovations organisationnelles est une priorité de recherche. Le cadre d'analyse développé par Greenhalgh et coll. [66] est particulièrement adapté à l'analyse d'une innovation dans le champ des soins et services aux personnes âgées en France

7.2. L'innovation comme processus adaptatif¹

Selon Oldenberg et ses collaborateurs [68], la diffusion d'innovations comporte cinq phases : 1) son élaboration, qui constitue la part d'invention du processus; 2) sa dissémination², soit le processus à travers lequel l'innovation est communiquée largement au public visé; 3) son adoption, c'est-à-dire l'adhésion aux principes de l'innovation et la décision de participer à son implantation; 4) son implantation, qui réfère à la mise en œuvre de l'innovation par les participants visés; 5) sa continuité, qui consiste à assurer son renouvellement sur une période suffisamment longue pour produire les effets escomptés. Si nous reconnaissons que de la diffusion d'une innovation peut s'analyser au regard de telles phases typiques, nous pensons cependant qu'il faut se défier d'une analyse trop linéaire. À ce propos, les travaux les plus à jour sur l'innovation soutiennent que la capacité adaptative d'une innovation constitue une condition fondamentale de sa réussite [77]. Il importe donc de pouvoir identifier les facteurs qui augmentent le potentiel de succès d'une telle adaptation locale dans la diffusion d'une innovation au regard des conditions locales de l'implantation.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer cette adaptation. Greenhalgh et collaborateurs [66] les synthétisent efficacement en nous indiquant que pour un certain nombre d'entre eux, les résultats de recherche sont si probants qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre les travaux exploratoires à leur propos, pensons par exemple à la présence de leaders et de champions participant localement à l'innovation, aux capacités organisationnelles innovantes, aux gains escomptés, à la compatibilité de l'innovation au contexte, ou encore à la conviction des décideurs de son adéquation à la mission de l'organisation. La présence de réseaux d'échanges, d'information et de communication, la qualité du soutien financier, comme la sensibilité culturelle et l'engagement réel des principaux acteurs, figurent également comme déterminants de la capacité de l'innovation à s'implanter dans un contexte particulier [69]. Toutes ces conditions supposent que les acteurs ont une bonne compréhension de l'innovation, qu'ils sont motivés et qu'ils se sentent capables de la mettre en pratique [70]. Pour s'assurer de la réussite de l'implantation, les adoptants doivent surtout posséder la capacité de traduire efficacement l'approche dans leur réalité, c'est-à-dire de trouver la meilleure façon de l'adapter à leurs conditions locales, sans cependant en compromettre l'intégrité au plan de ses principes structuraux [71, 77]. Cette capacité doit être encouragée par une infrastructure de soutien à l'implantation mise en place par les promoteurs de l'innovation, ce que nous nommerons par la suite l'espace d'offre (stratégies d'élaboration de

¹ Nous développons ici certains concepts abordés uniquement sous l'angle de la primo-réceptivité du modèle au chapitre 6.2

² La notion de dissémination tel qu'employée par Oldenberg ne recoupe pas celle utilisée par Greenhalgh. En effet, pour Greenhalgh la dissémination est opposée à la diffusion dans le mode principalement actif pour le premier et passif pour le deuxième de l'espace d'offre sur l'espace d'usage. Ces deux mécanismes ont tous deux traits au « déploiement » de l'innovation. C'est d'avantage comme synonyme de ce déploiement que Oldenberg utilise le terme de dissémination.

l'innovation, formation, nature et qualité du soutien technique et professionnel, etc.). L'offre s'adresse à l'espace d'usage de l'innovation (les professionnels, les équipes d'encadrement, les systèmes techniques, etc.). La méthode d'analyse des phénomènes que nous avons retenue issue de l'ergonomie cognitive [26], postule que l'écart entre le prescrit, en l'occurrence les paramètres de conception de l'innovation, et le réalisé, soit l'adaptation locale par les primo-adoptants, constitue l'un des lieux privilégiés de l'étude de l'innovation [78]. Cela nous amène à considérer **l'adaptation de l'innovation avec une toute autre tonalité que dans la valence tayloriste puisqu'elle devient ressource plutôt que résistance.** Par la négociation de certaines de ses composantes, des pratiques semblant a priori vouées à l'échec deviennent des moteurs de l'innovation [74]. Ici, l'écart n'est plus une carence, mais plutôt l'analyseur du rapport adaptatif entre l'offre et l'usage. L'étude de ce rapport est la clef qui ouvre la compréhension de l'innovation, notamment parce qu'elle donne accès aux conditions locales de l'adaptation, qu'elles soient organisationnelles, cognitives ou symboliques.

Le cadre de l'Ergonomie cognitive permet d'aborder la question de la "résistance au changement" et de "l'adaptation de l'innovation". En effet, elle postule que les écarts entre ce qui est réalisé et ce qui est prescrit ne sont pas d'abord des carences, mais d'abord porteurs de sens.

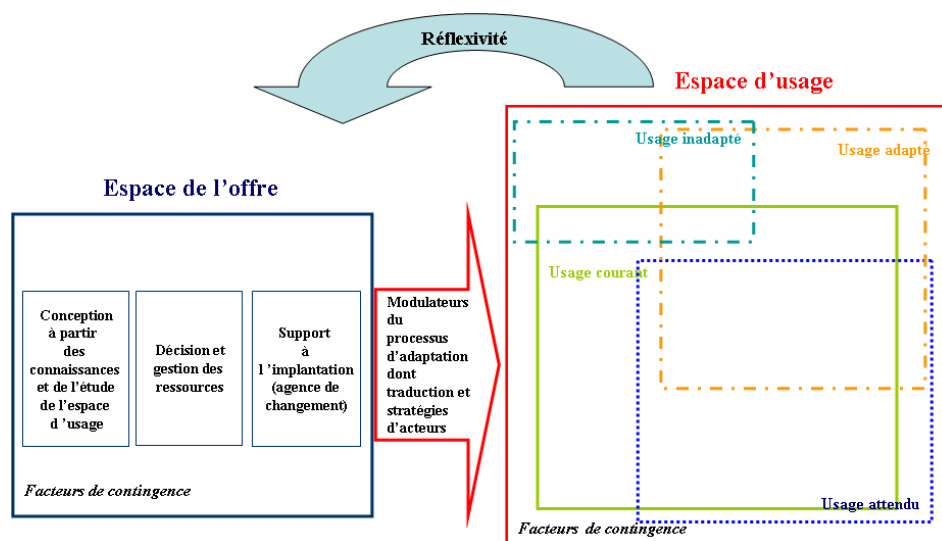


Figure 8 : **Relation entre l'offre et l'usage**¹ dans un processus adaptatif d'une innovation

Notre analyse préliminaire permet de dessiner la figure 8 où une innovation est d'abord pensée (y compris dans ses liens avec les utilisateurs potentiels). Il s'agit en fait d'une synthèse des éléments contenus dans le schéma théorique de Greenhalgh et coll. [66] présentés à gauche de la figure. Par la suite, l'innovation est proposée aux utilisateurs. A ce moment les concepteurs de l'innovation, ont une idée des résultats attendus (en rapport dans le cas de PRISMA avec ce qui a été rapporté

¹ Dans la suite du texte il sera parfois fait référence à ces deux espaces : espace d'offre comprenant à la fois l'équipe projet et les membres du comité de pilotage (et même jusqu'à un certain point les membres du comité stratégique national). Et l'espace d'usage comprenant l'ensemble des partenaires concernés à tous les niveaux de décision.

précédemment et que l'on pourrait appeler « l'usage courant » dans d'autre contexte de soins et de la connaissance de la réalité de terrain, l'association des deux donnant un « usage attendu »). Les utilisateurs vont, cependant au cours de l'usage de l'innovation la modifier pour qu'elle réponde non seulement aux attentes des concepteurs, mais également aux leurs. Ainsi « l'usage » réel ou « adapté » est dans un espace plus large que l'usage attendu. Néanmoins, au cours de ce processus, la dimension de gouvernance du projet est également essentielle afin de ne pas parvenir à un « usage inadapté » qui n'aurait plus d'espace commun avec l'usage attendu. Nous reviendrons par la suite sur les notions d'espace d'offre (ici l'équipe projet et le comité de pilotage de l'expérimentation PRISMA France) et l'espace d'usage (les trois sites expérimentaux aux différents niveaux de gouverne) (voir notamment chapitre 8).

Nos résultats préliminaires permettent de théoriser les relations entres les différents types d'usage possible d'une innovation en lien avec les différents types de gouvernance.

7.3. Quels sont les principaux modulateurs¹ identifiés ?

L'analyse des premiers entretiens d'identifier certains modulateurs d'adaptation et d'adoption. Il importe cependant de souligner qu'il ne s'agit que de premiers résultats portant pour la plupart sur des entrevues de tout début d'implantation. L'analyse des modifications, au cours du temps, du poids relatif des modulateurs identifiés, est selon nous une façon de mesurer l'effet de la participation des acteurs à l'innovation dont l'implantation est expérimentée.

L'importance du positionnement des différents acteurs stratégiques, et ce, tant nationaux par rapport au niveau territorial, que stratégiques territoriaux par rapport à niveau tactique, permet de mettre en évidence une caractéristique du système français² qui est la grande fragmentation de sa chaîne de gouvernance entraînant, pour la grande majorité des acteurs, un flou dans les tâches qu'ils pourraient avoir à accomplir dans le cadre de l'implantation du modèle innovant d'intégration proposé.

Ainsi, les acteurs se positionnent en « attente » vis-à-vis d'une équipe projet qui est pensée comme devant « donner les directives ». Ceci entre en conflit avec le positionnement de l'équipe projet comme « aide à l'innovation »³, alors même que ces acteurs devraient se constituer en concepteur de l'adaptation. Ainsi le facteur explicatif de la motivation à participer est souvent extrinsèque ; dans le meilleur des cas stratégique (« Et si ça marchait, il ne faudrait pas que je reste sur le quai »)⁴ ; dans le moins bon des cas pour faire plaisir aux promoteurs.

La résolution de l'ambiguïté des rôles peut prendre plus ou moins de temps puisqu'il faut dans un premier permettre une problématisation commune de l'objectif de transformation (par exemple animer ou réduire la complexité)⁵.

Un autre modulateur important provient de longueur de la chaîne de prise de décision (et ce, quelque soit le niveau)⁶.

Nos premiers résultats soulignent l'importance des enjeux en relation avec la gouvernance et la mise en œuvre des politiques publiques dans l'implantation d'une innovation.

7.4. Lecture de l'histoire récente de certaines innovations dans le secteur des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France

Nos travaux ont permis de documenter que les acteurs sont, pour la majorité d'entre eux, en mode exploratoire quant à l'objectif d'atteindre un meilleur niveau de coordination des services. De ce mode exploratoire, se dégage une ambiance de

¹ Cette terminologie recouvre les facteurs et phénomènes utilisés par les acteurs pour disposer de « marges de manœuvre » afin d'adapter le modèle aux configurations territoriales et aux enjeux de pouvoirs et d'intérêts. Ces « marges de manœuvre » recouvrent donc différents phénomènes : des outils, des objets, des stratégies (expressions de demandes tout comme énonciation d'ultimatums), etc.

² Explicités au chapitre 5

³ Sur cet aspect voir le chapitre 8

⁴ Ceci peut être relié à la cinquième loi de Leutz (exposé à la fin du chapitre 3)

⁵ Voir chapitre 6

⁶ Voir chapitre 5

« laisser advenir » (voir Figure 6); repérable par un foisonnement désordonné d'initiatives et de conventions bilatérales (et quelques fois multilatérales). La mise en œuvre des centres locaux d'information et de coordination (CLICs) et des réseaux de santé se sont le plus souvent appuyés sur une politique plutôt de « aider à advenir », mais d'une intensité modeste (en fait proche du « laisser advenir »). L'essentiel du rôle des instances stratégiques a consisté à donner l'opportunité d'une labellisation assortie de financements supplémentaires. La raison d'être de la mise en œuvre de ce type d'instruments incitatifs se trouve dans l'asymétrie d'information entre les acteurs privés et indépendants mettant en œuvre les dispositifs publics et les instances stratégiques responsables de l'exécution d'une mission d'intérêt général (la qualité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie). La labellisation associée à des financements supplémentaires vise à inciter à l'effort de réalisation de la mission d'intérêt général. Dans un contexte où les instances stratégiques ne peuvent ni contrôler parfaitement et ni contraindre complètement l'exécution, il s'agit de créer des motivations à remplir la fonction qui leur est confiée. Ces mesures sont donc efficaces dans cette phase d'incitation à l'effort. Néanmoins, elles sont inadaptées au processus qui suit nécessairement l'incitation : le contrôle de l'effort. C'est dans cette deuxième phase que la posture « aider à advenir » est modeste et se rapproche de celle « laisser advenir ». En effet, les instances stratégiques se sont peu dotées d'instruments de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des dispositifs. A ceci s'ajoute le fait qu'il existe une incertitude quant au niveau de performance nécessaire à l'atteinte de l'objectif d'intérêt général. Cette incertitude conduit à une situation dans laquelle la performance est définie a priori, contrôler lors de l'instruction des dossiers, sans procédure de suivi et de réévaluation et de réorientation si besoin.

Si les ressources nouvelles, que constituent les CLIC et les réseaux de santé, contribuent à une meilleure coordination des services aux personnes âgées, la diversité de leurs développements locaux et le niveau des ressources qui leur sont allouées indiquent un mode de gouvernance globalement peu actif. Tout cela conduit à une situation de grande hétérogénéité des services disponibles sur le territoire qui a été souligné dans différents rapports officiels [79-81], tant aux niveaux des procédures d'instruction et de pilotage qu'en ce qui a trait aux modalités organisationnelles internes (professionnels engagés, activités réalisées, et même finalités poursuivies). A cette problématique d'équité territoriale s'ajoute une certaine inadéquation entre l'offre de services et des besoins des personnes âgées dépendantes.

L'histoire récente de la gouvernance des dispositifs de coordination des soins et de l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie est marquée par la prééminence d'une position proche du "laisser advenir".

7.5. PRISMA France dans ce schéma : intention et réalité

La méthode proposée dans le projet pilote PRISMA France était de parvenir, du moins au niveau d'une expérimentation, à se situer à la droite de la position « aider à advenir » où les mécanismes développés sont surtout techniques dans une finalité de transferts de savoir. Le modèle PRISMA, en ayant d'ores et déjà prouvé son efficacité dans un autre contexte de soins et de services (le Québec), en donnait

l'opportunité. En fait, il s'agit de trouver un équilibre entre la nécessaire adaptabilité au contexte général français, ainsi qu'aux contextes particuliers des trois sites, et les finalités transformatrices de l'innovation, c'est-à-dire de soutenir l'intégration des services. En effet, les expériences internationales nous disent que l'intégration au niveau clinique est la raison d'être des démarches d'implantation de l'innovation que représentent les systèmes intégrés [57]. Afin de se placer dans cette position, il est essentiel que le niveau stratégique donne des orientations claires et univoques à l'ensemble des partenaires, et que ces orientations soient accompagnées d'un déploiement de ressources adéquat. Dans cette dynamique, un comité stratégique national (CSN) a été réuni afin d'associer l'ensemble des acteurs stratégiques nationaux, de façon à ce que les organismes sur lesquels ils ont autorité localement puissent avoir des orientations incitatives en lien avec l'expérimentation. Ce travail de concertation a abouti à une approbation de principe de l'expérimentation, mais il a été suivi de peu d'actions, pensons notamment aux communications internes. Ainsi, la réunion de l'ensemble des organisations nationales compétentes, dont le résultat a consisté en une forme de bienveillance portée à ce projet-pilote, ne semble pas s'être traduite par un affichage explicite en direction des partenaires territoriaux en position stratégique. Cet écart entre l'adhésion de principe et les actes posés a un impact sur l'analyse que l'on peut faire du niveau réel de gouvernance.

L'équipe projet en charge de l'accompagnement de l'implantation s'est toujours appuyée sur l'avis favorable du CSN. Au démarrage ceci a eu un impact certain sur la motivation d'un grand nombre de partenaires quelque soit leur niveau de responsabilité. Par la suite, l'absence de message explicite d'engagement (même symbolique) s'accompagne d'un certain scepticisme quant à l'engagement réel de cette instance (CSN) diminuant l'effet d'entraînement/ motivation. La position finale adoptée par le CSN paraît être la position du « aider à advenir », dans sa version la plus faible, où on tente d'équilibrer des mécanismes émergents, sociaux, managériaux et techniques en s'appuyant sur la négociation. Cette faible gouvernance envoie un signal d'une nécessité faible à réaliser le projet. Or, les écrits [82-84] montrent que deux des conditions importantes de succès de toute transformation innovante sont une concertation stratégique nationale associée à une implication sans ambiguïté des partenaires. De plus, la fragmentation n'est pas seulement perceptible entre les institutions, elle existe aussi entre les différents services étatiques, organisés fonctionnellement et verticalement autour de prérogatives disjointes, laissant place à une diversité d'intérêts dans l'action publique¹. D'une part l'État n'est pas une entité monolithique, et d'autre part l'État n'est pas le seul à agir [85]. Les acteurs stratégiques territoriaux peuvent s'appuyer sur les fragmentations entre services étatiques pour y trouver d'importantes marges de manœuvres. Les marges de manœuvre utilisées ici portent davantage sur l'implication de décideurs appartenant au champ politique que sur celle du champ administratif (et encore moins intra-organisation). Plus précisément, les acteurs questionnent la façon dont l'intégration est inscrite à « l'agenda politique ». Ces marges peuvent bien sûr être employées pour déployer des stratégies d'adaptation des mesures, mais permettent également le contournement, le détournement, etc. Autrement dit, la condition de concertation stratégique nationale se comprend entre autre du fait d'une concurrence entre les différentes instances étatiques et nationales stratégiques à compétences en matière gériatrique, que les acteurs régionaux,

¹ Voir chapitre 5

départementaux et locaux lisent aisément (notamment à travers les orientations, circulaires et plans parfois contradictoires).

Dans le cadre d'une politique transversale, l'organisation sectorielle et verticale de l'Etat nécessite des procédures de concertation et de coordination au sein même des différentes instances à compétences en matière gérontologique.

Il serait illusoire d'envisager qu'un seul acteur étatique, aussi important soit-il dans le domaine, puisse voir l'application de son plan mise en œuvre si cette phase de concertation stratégique était négligée.

7.6. Liaisons entre mode de gouverne-usage réel et effet réel dans l'application d'un plan ou d'un projet

Dans l'application d'un plan, il existe toujours une part plus ou moins importante d'imprévu. Les figures 9, 10 et 11 présentent la pyramide de l'application en tenant compte du mode de gouverne.

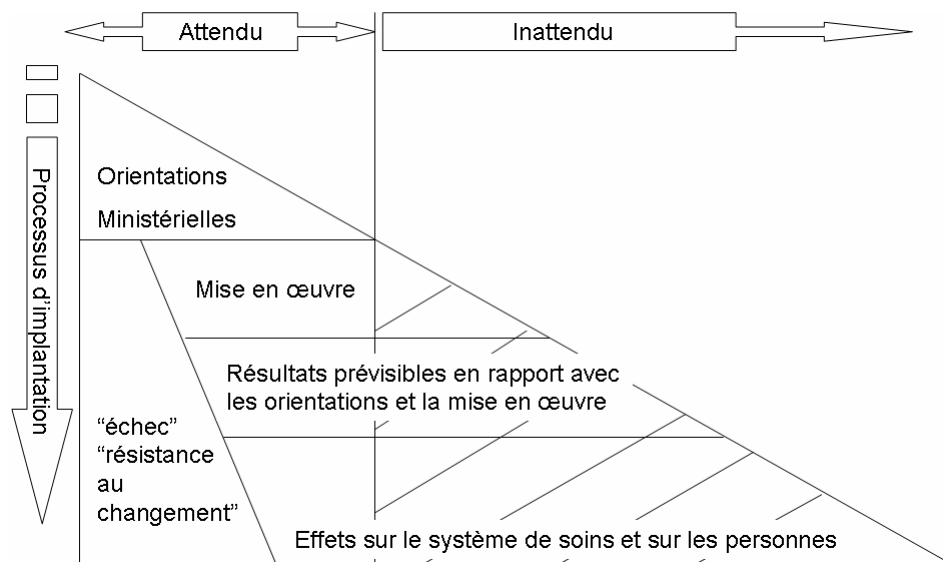


Figure 9 : Schéma du processus d'implantation d'un programme ou d'un plan dans une position du « laisser advenir »

La figure 9 s'appuierait sur une technique de type « laisser advenir ». Dans ce schéma on connaît bien sûr le contenu des orientations. Mais la mise en œuvre s'éloigne dès l'origine un peu des orientations en laissant de côté certains aspects et en développant des mécanismes « compensatoires » souvent innovants. Les résultats attendus lors de la décision de planification sont le plus souvent partiellement atteints et des résultats inattendus peuvent émerger. Ainsi, les effets sur le système sont par nature imprévisibles et peuvent en réalité accroître la complexité du système. **Notons déjà ici que la part du plan qui n'a pas été mise en œuvre est souvent considérée comme la part « d'échec » et le plus souvent reliée à la « résistance au changement » ; il s'agit-là d'une erreur fondamentale d'attribution de l'échec, nous y reviendrons¹.**

¹ Voir chapitre 7.11

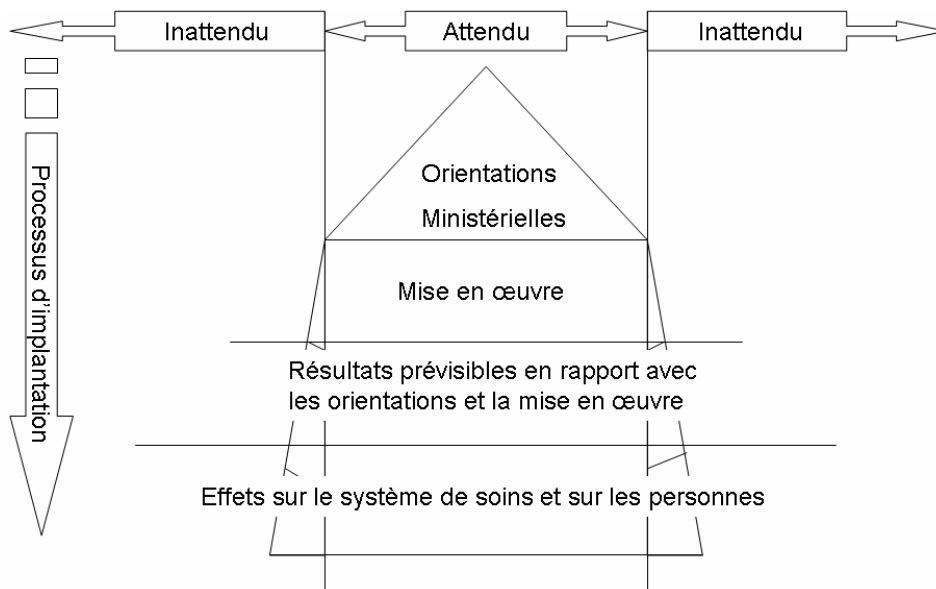


Figure 10 : Schéma du processus d'implantation d'un programme ou d'un plan dans une position du « faire advenir »

A l'autre extrémité du spectre de la gouvernance, dans une position du « faire advenir », le schéma n°10 montre que le plus souvent l'intégralité du plan sera mise en œuvre avec peu d'innovations, sans adaptations aux réalités locales, et ainsi un impact modéré sur le système d'aide (notamment du fait de la discrétion de l'impact "inattendu"). Cette position présuppose une chaîne de décision quasiment unique depuis la prise de décision au plus haut niveau jusqu'aux utilisateurs finaux. Cela paraît peu adapté aux systèmes de soins et d'aide français caractérisé par une grande complexité de l'appareil de gouvernance de l'offre de services.

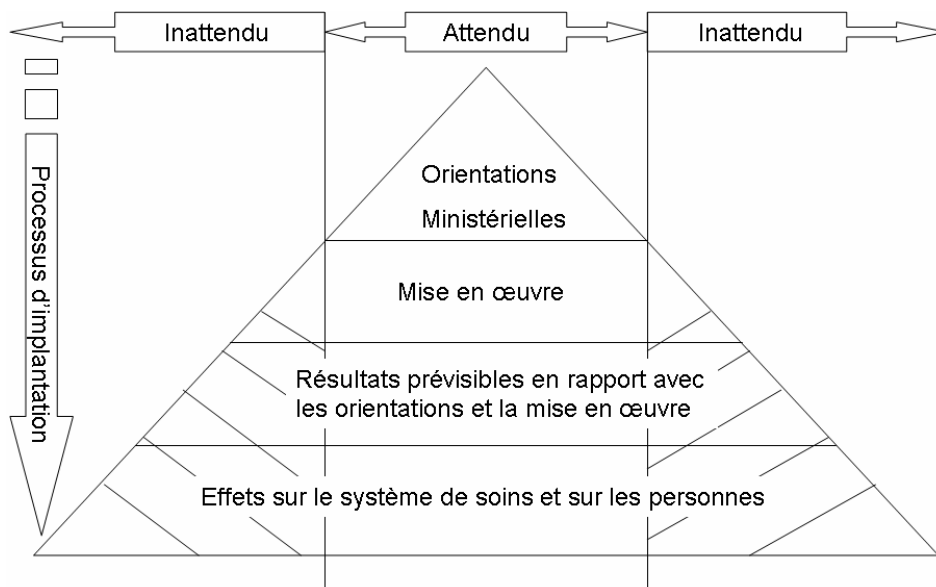


Figure 11 : Schéma du processus d'implantation d'un programme ou d'un plan dans une position du « aider à advenir »

Le schéma 11 présente à notre sens les possibilités de la position « aider à advenir ». Dans ce schéma, l'essentiel du travail sera de s'assurer de la cohérence

de la mise en œuvre avec les éléments fondamentaux du plan, notamment en termes d'objectifs de transformation. Ceci nécessite, comme nous l'avons déjà écrit, la négociation et le transfert des savoirs en s'appuyant notamment sur une prise de position claire de l'ensemble des acteurs en position de management des systèmes d'aide aux personnes, et que ces décisions de principe aient une incidence concrète.

Dans un système fragmenté où les acteurs sont en position proactive ("en mode projet"), la position de gouvernance de type « aider à advenir » est susceptible de produire un bon compromis entre l'application des orientations du plan et l'adaptation nécessaire à l'implantation réelle d'un programme ou d'un plan.

7.7. Effets observés du mode de gouvernance « laissé advenir »

À la lumière de l'analyse, guidée par le modèle du changement institutionnel en champ organisationnel de Hinings, Greenwood, Reay & Suddaby [86], des contenus des réunions du comité départemental stratégique (CDS) du site parisien, il appert qu'une posture de gouvernance du changement correspondant globalement à la position « aider à advenir » fût incarnée par l'équipe projet. La dissémination du modèle PRISMA s'effectua avec le souci de faciliter la mise en œuvre de ses paramètres fondamentaux et laisser place à l'adaptation locale: « *Nous on va faire un courrier du DGS à la DASS, à l'ARH en disant voilà ce que l'on a cadré, voilà l'expérimentation, voilà ce que l'on souhaite que vous dégagez dans tel endroit.* » Les paramètres essentiels du modèle furent imposés, mais leur dissémination passa par la vérification de leur adéquation au terrain et l'utilisation des outils qui en découlent fût « coachée ». En fait, l'adoption d'une position « aider à advenir » lors de la gouvernance d'un processus d'implantation d'un dispositif intégratif viserait l'arrimage de la finalité transformatrice de l'innovation (mener les organisations sociosanitaires à partager leurs prérogatives et leurs territoires exclusifs) avec la propension des organisations à les protéger. Il s'agirait d'atteindre un équilibre entre maintien identitaire et partage intégratif, tel que permis par la convention de Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS): « *Il n'oblige chacun, n'engage les finances de chacun qu'en ce qu'il est capable de faire et sensé faire...personne n'est engagé au près des autres.* » (citation CDS)

Néanmoins, l'équilibre entre prescription et latitude, entre les mouvements *top-down* et *bottom-up* de changement, promu par la position « aider à advenir » fût discuté à quelques occasions laissant entrevoir des divergences de positionnement de gouvernance au sein du comité de pilotage: « *(Acteur stratégique national) : l'[organisation x] et l'[organisation y] ils prennent les règles du jeu qui sont celles qu'ont leur donne, voilà. (2 membres équipe projet) : Attends !* » Ces moments d'ambiguïté ponctuelle furent délétère à l'institution de cette approche en tant que position de gouvernance, c'est-à-dire comme « mode disséminatoire » d'usage. Au-delà de l'importance pour les membres de l'espace d'offre, c'est-à-dire les concepteurs, les décideurs et les promoteurs de l'innovation, de partager et incarner la position de gouvernance du changement privilégiée, **nos observations permettent de constater l'importance de l'explicitation, de l'explication et de la légitimation du mode disséminatoire adopté.** Afin d'assurer la cohabitation des forces adaptatrices locales et des balises probantes, les attentes de l'offre envers l'usage et de l'usage envers l'offre doivent être définies et communiquées.

Le bien-fondé d'une gouvernance à la scissure du « faire advenir », propre à l'éthos du travail d'administration publique [87], et du « laisser advenir », caractérisant l'histoire récente d'innovations de services en France, due être apprivoisé par les membres de l'espace d'usage, c'est-à-dire les adoptants de l'innovation : « (*Acteur stratégique*) : *Moi je dirais que la note est claire, elle a le mérite de bien repartir de l'existant, bien redire comment ça situe par rapport à ce qui existe, d'essayer d'explicitier qu'à partir de l'existant on essaie d'améliorer le dispositif par un certain nombre de choses pas complètement définies puisque cela dépend du local.* » En fait, les membres de l'espace d'usage, bien que lucides face à la valeur de la latitude requise à l'adaptation locale, revendiquèrent fréquemment plus d'encadrement. **On peut ici souligner qu'un éventuel passage d'un mode de gouverne plus top-down, ayant recours à la planification et à l'établissement d'un programme de changement, à une gouverne plus bottom-up serait envisageable selon Beer & Nohria [88], alors que l'inverse ne le serait pas considérant le sentiment de trahison qui en résulterait.** Somme toute, la légitimation du mode disséminatoire du dispositif intégratif innovant semble tout aussi importante que la légitimation du modèle innovant lui-même. Cette remarque est opportune à la distinction, inspirée des travaux de Pawson et al. [76], entre les mécanismes d'intervention, dans ce cas-ci incarnés par les six composantes du modèle PRISMA, et les mécanismes d'implantation, dans ce cas-ci modulé par l'adoption d'une position « aider à advenir », d'un programme innovant. Les mécanismes d'implantation d'une innovation, et la théorie les sous-tendant, peuvent faire foi d'une part de la qualité du dispositif, et ce, surtout en recherche-action. Ainsi, il apparaît important de réfléchir, mesurer et évaluer les effets des moyens de dissémination et d'implantation versus les effets du dispositif qu'ils supportent.

Si la légitimation du mode disséminatoire est importante, son ajustement a priori aux besoins, voire aux capacités de l'espace d'usage le serait tout autant. Le choix et l'intensité de la position de gouvernance de l'espace d'offre pourront être ajustés en fonction des demandes des organisations de l'espace d'usage; ont-ils besoins de plus ou moins de direction ? Il serait plus important que l'espace d'usage soit accommodé par l'approche de dissémination favorisée par l'espace d'offre que celle-ci le soit; un « fit » approche - espace d'usage est requis. À certains moments, la valeur de cette adéquation sembla être comprise par l'espace d'offre, qui sonda le désir du CDS pour une gouvernance plus « aider à advenir » ou « laisser advenir »: « *Soit vous vous débrouillez tout seul, soit on peut aller voir s'il faut réexpliquer à des directeurs.* » On peut décrire la gouvernance de l'espace d'offre comme étant sous-tendue par une position fondamentalement « aider à advenir », mais aussi ponctuée par des intervalles « faire et laisser advenir », c'est-à-dire que dépendamment de la valeur de la composante à disséminer, une approche plus ou moins souple fut adoptée. En tant que gouverneur du changement, l'espace d'offre, c'est-à-dire l'équipe projet, se devait de favoriser et baliser la progression du processus innovant en défrichant un chemin à suivre par les organisations de l'espace d'usage, tout en sachant transférer cette responsabilité à ces dernières quand leurs labeurs permettraient de développer des alternatives adaptées à leur réalité. L'équipe projet est considérée par les membres du CDS comme ayant un mandat d'opérationnalisation plus laborieux au départ afin de préparer le terrain à l'action : « *Ceci a l'avantage d'être un mécano un peu complexe au départ, mais ce n'est pas plus que ça et ensuite on s'occupe seulement du fonctionnement.* » Les rôles des espaces d'offre et d'usage évolueront en fonction du degré d'implantation du modèle.

7.8. Jeux politiques dans un contexte de gouvernance « laisser advenir »

Selon la typologie de Mintzberg [84] les actions politiques d'une organisation ont principalement cinq buts, soit de *résister l'autorité*¹, *contrer la résistance*, *créer des bases de pouvoir*, *vaincre des rivaux* et *changer l'organisation*. Cette typologie dirigea l'analyse des tactiques politiques employées par les acteurs des espaces d'offre et d'usage dans le processus de changement vers l'intégration. Celles-ci qui furent essentiellement comprises dans les deux premières catégories. Le recours à la typologie des sources de légitimité du pouvoir de Weber [89] a permis de mieux comprendre les fondements des tactiques politiques observées. Weber discerne quatre sources de légitimité du pouvoir soit *rationnelle-légale*, *traditionnelle*, *charismatique* et *issue de l'expertise*. À la lumière de ces typologies, les tactiques politiques employées par les membres du CDS (espace d'usage) et l'équipe projet (espace d'offre) dans le processus de changement vers l'intégration se révélèrent comme explicités ci-après.

7.8.1. Résister l'autorité

Bien que l'équipe projet ne possède pas de légitimité rationnelle-légale d'imposer un modèle aux acteurs de l'espace d'usage, elle est le noyau de l'espace d'offre. L'appui mitigé du niveau institutionnel français à l'équipe projet ne sert pas à augmenter son pouvoir coercitif sur l'espace d'usage, mais la légitimité d'expert du modèle qu'elle détient lui octroie une certaine autorité. De ces faits, les acteurs de l'espace d'usage tentent, par divers moyens et pour diverses raisons, de résister à l'implantation du nouvel archétype, de résister l'autorité de l'équipe projet :

- *Non-participation / Retrait* : La tactique politique la plus fréquemment utilisée par l'espace d'usage est de menacer de ne pas participer à l'intégration, de ne pas collaborer à l'implantation du modèle dans leurs organisations. De façon similaire, les acteurs brandissent leur droit de se retirer de l'expérimentation en cours de route s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils désirent.
- *Mettre des bâtons dans les roues* : Certains comportements de membres de l'espace d'usage peuvent être considérés comme des moyens de retarder l'évolution du processus de changement, de mettre des bâtons dans les roues de l'équipe projet. De façon générale, la réticence à adapter ses prérogatives au nouveau mode de fonctionnement proposé ou le constant recours à leur immuabilité pour rejeter la faisabilité du processus peuvent être conçus de ce point de vue. La délégation d'individus de moindre autorité, ou intuitivement de moindre allégeance au modèle intégratif, aux mandats représentationnels illustre aussi une ambition politique; on pourrait y voir un désir de maintenir son positionnement attentiste. La tendance à exprimer son dévouement au

¹ Nous avons dit plus haut qu'il serait profondément inexact d'attribuer à la « résistance au changement » les délais de mise en œuvre d'une innovation. Néanmoins, il serait caricatural et également inexact de penser qu'il n'existe aucune résistance au cours du processus d'implantation d'une innovation. Considérant le mode de dissémination utilisée au cours de l'expérimentation PRISMA France, s'appuyant notamment sur l'avis du comité stratégique national, il est particulièrement pertinent de s'intéresser à la résistance à l'autorité, ce que nous détaillons ici.

changement, mais à ne pas s'impliquer suffisamment pour le mener à terme, peut être considérée comme une stratégie de la même nature. Cette inclinaison à en faire moins que plus, à miner le processus, serait peut-être motivée par l'intérêt de retarder l'évolution du projet afin de pouvoir quitter le bateau si le modèle PRISMA ne se révèle pas être soutenu dans le temps.

7.8.2. Contrer la résistance

Un ensemble de comportements propres à l'équipe projet¹ peuvent être considérés comme des moyens de contrer les stratégies de résistance déployées par l'espace d'usage. Les principales tactiques de résistance observées ont été les suivantes :

- *Compromis* : Faire usage de compromis représente en certaines occasions une tactique politique. Par exemple, à plusieurs occasions l'équipe projet fait montre d'une ouverture totale aux propositions du CDS. Il s'agirait en effet de céder sur des enjeux secondaires pour avancer, c'est-à-dire pour assurer l'implication du plus grand nombre et ensuite miser sur les succès de l'expérimentation pour consolider leur investissement dans le projet. Néanmoins, il serait préférable que certains enjeux semblant a priori secondaires, mais symboliquement significatifs puissent être négociés, sinon définis par le bas et a posteriori validés par le haut afin d'éviter quelque bourde politique: « *(citation CDS, acteur stratégique) : Le plus simple est donc de demander aux acteurs comment ils veulent fonctionner et pour qui c'est important d'être nombreux autour de la table. (...) C'est important d'un point de vue symbolique et de la décision...* »
- *Euphémiser* : Le terme « euphémiser » réfère aux actions menées par l'équipe projet visant à peindre un portrait plus permissif que restrictif, du parcours vers l'intégration. Les institutions ne désirent habituellement pas se soumettre à l'autorité d'autres structures que la leur, il s'agit donc de ne jamais sembler imposer, mais plutôt de sembler proposer. Il s'agit de ne pas effrayer les acteurs en faisant usage de discours trop puissant et de sécuriser les acteurs du maintien de leurs prérogatives. L'équipe projet, pour arriver à satisfaire les demandes du CDS et conséquemment disséminer le modèle, doivent offrir des portes de sorties, bien que l'engagement des structures dans un travail commun menant à l'intégration est souhaitable. Toutefois, il peut s'avérer imprudent de communiquer que l'implication dans l'expérimentation soit « sans danger » jusqu'au point de rendre l'engagement dénué de signification : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Pour nous ça a un tout autre écho, ça a un écho de mise à disposition, et mise à disposition d'emblée c'est un terme non seulement qui fait peur, mais sur lequel il y a un veto absolu de la part de notre directeur. Donc si on participe, il est bien évident qu'on prenne du temps, etc., mais ce sera notre problème. (équipe projet) : Alors comment on peut le tourner il faut mettre quelque chose quand même.* » Du point de vue des acteurs de l'espace d'usage, l'enjeu est d'accepter d'être véritablement engagé dans le processus ou l'être à

¹ Il apparaît clairement dans les chapitres qui suivent les atouts d'avoir associé une équipe externe et indépendante dans le protocole d'étude (voir méthodologie) afin de pouvoir analyser avec suffisamment de recul les postures de l'équipe projet elle-même à laquelle les membres français de l'équipe de recherche était liée dans une démarche de recherche-action

moitié, s'investir et s'engager explicitement pour en récolter les fruits potentiels ou ne pas l'être pour se protéger et pouvoir quitter le bateau.

- *Désintéressement avoué* : Toute influence politique serait mal vue, il faut aseptiser : « (citation CDS, acteur stratégique) : Je pense que s'il y a des impulsions politiques, qu'elles viennent d'un endroit ou d'un autre elles vont être difficilement, elles vont avoir du mal à passer. » Politiquement, il est important de toujours référer à ses intentions comme étant désintéressées, c'est-à-dire simplement motivées par le désir d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées: « (citation CDS, acteur stratégique) : Il est aussi important d'explicitier que cette convention ait toujours comme objectif ultime l'amélioration des soins offerts aux personnes âgées. » Il s'agit de s'en tenir aux explications fonctionnelles plutôt que politiques. Les « organisations intégrées » seront à la recherche de levier de pouvoir, de position d'influence, mais il importe pour l'espace d'offre de toujours réitérer et communiquer que ses actions et ses décisions sont orientées par l'objectif de terrain plutôt que par des ambitions politiques.
- *Personnaliser* : Un changement implanté dans un champ organisationnel implique une variété de culture organisationnelle et ainsi un travail d'adaptation des communications, des outils et des moyens de dissémination. Il s'agit de toujours réfléchir à personnaliser ces interventions auprès des institutions de l'espace d'usage, en s'assurant par exemple que la personne la plus apte à tirer le meilleur de celles-ci soit mandatée pour communiquer avec leur niveau hiérarchique le plus réceptif.
- *Neutraliser* : Il est essentiel dans un effort d'intégration de prendre des décisions le plus neutres possible, de ne pas favoriser un acteur au détriment d'un autre, car aucune organisation ne désire se sentir oublier dans la dynamique intégratrice. Il s'agit de savoir mettre à profit les ressources de chacun et de reconnaître les efforts qui en découlent afin de ne laisser personne à l'écart.

En somme, le cheminement politique du changement vers l'intégration fût caractérisé par des menaces de retrait et des efforts inégaux des membres du CDS et suivi d'usage de compromis, de diplomatie et de raisonnement par l'équipe projet. Il est particulièrement pertinent de réfléchir à ces tactiques comme des jeux politiques propres au contexte créé par un mode disséminatoire « aider à advenir ». Il va de soi de considérer l'usage de compromis ou de personnalisation comme des mécanismes d'implantation fondamentaux du mode disséminatoire « *aider à advenir* », en fait des approches plus *bottom-up* que *top-down* au changement. Toutefois, il s'agirait de distinguer entre le compromis à visée politique, permettant de dénouer une impasse ou d'exercer son autorité ultérieurement, et le compromis à visée adaptative, permettant d'adapter l'innovation à la réalité. Parfois, l'adoption d'une approche plus *bottom-up* que *top-down* pourrait se révéler n'être que politique, un mode disséminatoire servant à ne pas froisser les gens du terrain ou d'esquiver un processus décisionnel qui serait plus complexe et politisé en haut qu'en bas: « (Citation CDS, Acteur stratégique) : Les locaux (du guichet unique) doivent en être chargés afin que la décision soit prise en fonction des objectifs et non d'autres arguments, il sera au CDS de valider. Nous on tranchera et ça ne créera pas de conflits... » De cette observation doit être traduite l'importance pour tout espace

d'offre de questionner l'authenticité de la part *bottom-up* de ses efforts de dissémination.

7.9. Réduire la complexité ou l'organiser : enjeu de l'intégration ou de la coordination

Nous avons constaté lors de la mise en œuvre du projet pilote le caractère innovant de la notion d'intégration en comparaison à celle de coordination. Ce dernier concept se caractérise par ses limites floues et par une capacité innovante perçue comme modeste puisque chacun a l'impression d'être déjà très actif en matière de coordination. Dans le contexte de l'étude, l'intégration n'est pas une évolution « naturelle » ni facile à comprendre du fait que le système français est marqué par une grande fragmentation¹.

Si les acteurs reconnaissent la fragmentation et ses effets sur les personnes âgées, sur les coûts, sur la qualité des services, spontanément ils cherchent à élaborer des micro-stratégies, qui prennent la forme d'innovations ad hoc à portée très locale, et entrant dans le champ sémantique de la coordination (telle que compris en France). Ces dernières visent à organiser la complexité constatée, c'est-à-dire à la rendre plus efficiente (notamment en organisant des passerelles entre établissements, des procédures de liaisons entre professionnels, etc.). Ainsi à la complexité existante du système se surajoute progressivement de la complexité liée aux micro-stratégies suscitées. Ceci entraîne en effet, sur des échelles territoriales aux frontières diverses, une myriade de mécanismes, procédures et acteurs de liaison à visée de coordination.

Ainsi c'est en référence à ces micro-stratégies que les acteurs sont réceptifs à l'innovation que constitue PRISMA. De son côté, le projet d'intégrer les services vise plutôt à réduire (mais non à annihiler, bien entendu) cette complexité, en créant des dispositifs plus systématiques de coordination, comme la gestion de cas, le guichet unique ou les outils d'évaluation standardisés. Ainsi, le sens premier de compréhension de l'intégration va vers « l'organisation » de la complexité du système, en référence aux expériences de coordination plutôt qu'à une intervention visant à la réduire la complexité du système. Les expériences des CLICs et des réseaux participent de cette tendance. Les premières expériences de « gestionnaire de cas » en France, souvent mis en exercice sans travail intégratif de partage de prérogatives, ont également favorisé ce courant. Au-delà de ce réflexe de réfléchir la solution à la complexité comme un mandat d'organisation plutôt que de réduction, certains acteurs, majoritairement du pôle sanitaire, considèrent que la réduction de la complexité est utopique. De surcroît, pour ces derniers, les efforts initiaux pour dynamiser le processus innovant n'en valent pas la chandelle craignant qu'une part de l'efficacité caractérisant la relation médecin – patient actuelle, et inhérente à leur liberté clinique, ne soit engloutie par un nouvel archétype intégrateur. Le passage à l'intégration est ainsi caractérisé par la nécessaire problématisation de la gestion ad hoc de la complexité et par la légitimation de la plus-value de sa réduction pour l'ensemble des organisations impliquées.

¹ Voir chapitre 5 et 6

L'intégration en France se comprend toujours en premier lieu par rapport à la coordination. Nous proposons cette clarification issue de nos travaux d'analyse.

"L'intégration est un concept qui en France nécessite d'être articulé avec celui de la coordination. En effet, le concept de coordination a animé l'ensemble des mesures visant à lutter contre les fragmentations de notre système d'aide et de soins durant ces deux dernières décennies. La coordination a cherché à organiser la complexité du système alors que l'intégration vise à la réduire."

La figure 12, issu des travaux européens du groupe CARMEN [90], tente de placer tous les éléments d'une concertation réelle.

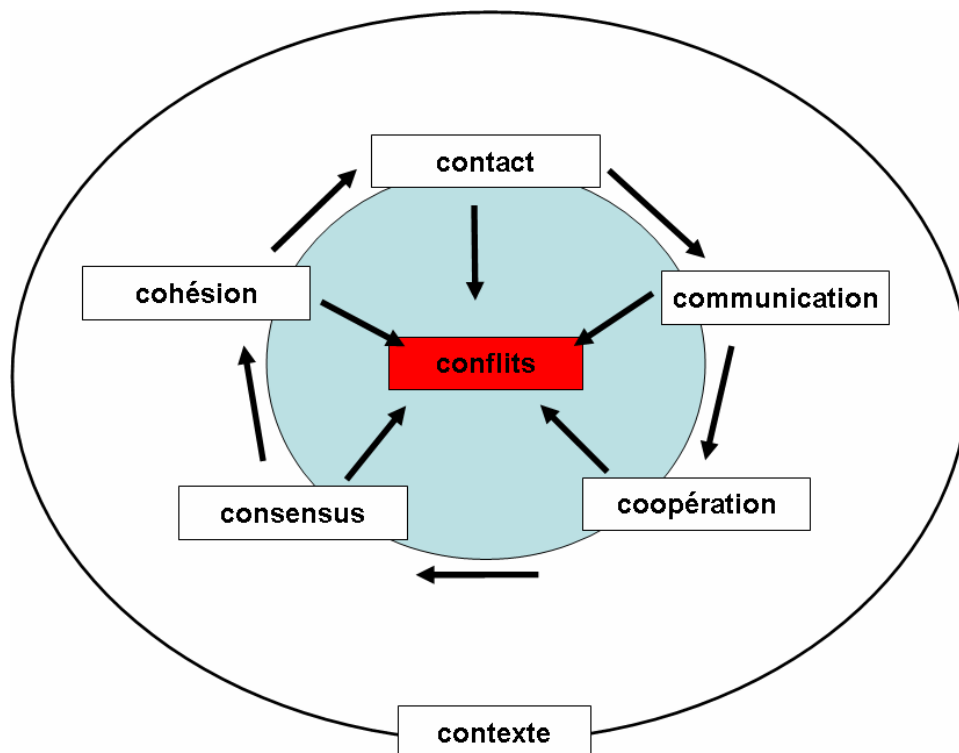


Figure 12 : Le cycle des 7 C de l'intégration sociale (traduit de [90])

La concertation débute avec les contacts qui favorisent l'apparition de la communication puis de la connaissance mutualisée et enfin de la compréhension mutuelle. Ce qui peut conduire à la « coopération¹ » (c'est-à-dire déjà au partage des tâches sur un territoire, donc à une planification conjointe des organismes). Cette phase est quasiment absente en France (sauf lors de l'écriture des schémas gérontologiques, mais avec une imputabilité faible de l'application de ce schéma). Les phases subséquentes à la concertation sont le consensus sur les objectifs cliniques de l'organisation (par le développement de valeurs communes) puis sur la cohésion c'est-à-dire la création d'une identité commune (un « nous ») coresponsable des services sur un territoire. Il est ainsi possible de se représenter le travail d'appropriation que demande la démarche de concertation en France pour chacun des partenaires.

¹ Ce terme est polysémique et utilisé ici strictement dans le sens qui est défini dans le texte entre parenthèse et issu des travaux du groupe CARMEN

Il est important de rappeler ici, comme le fait la figure, que la concertation n'empêche pas les conflits, qui peuvent survenir à la fois de contacts non souhaités (notamment en situation de concurrence des légitimités), de problème de compréhension, de conflits d'intérêts concernant les moyens ou les finalités du groupe, voire de résistance à la pression du groupe. Ces dimensions sont en partie dépendantes d'un contexte territorial (diversité ou non de l'offre, hétérogénéité professionnelle et statutaire des partenaires, résultats positifs ou négatifs des expériences passés et présentes de partenariats, etc.) favorisant ou non le travail de concertation, lui-même fondé sur la gouvernance déjà abordé précédemment.

Ainsi au cours du projet PRISMA France l'hégémonie (au moins symbolique) d'un acteur dans un cas, le monopôle de l'offre gérontologique territoriale dans un autre, ont pu contribuer à ralentir l'implantation de l'innovation. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être avancés : l'inexpérience du partenariat, la suspicion d'instrumentalisation du partenaire dominant, le fatalisme concernant une appropriation des produits du partenariat, le peu de modes de légitimation déployables par les autres partenaires, pour ne citer que ces quatre dimensions particulièrement prégnantes. Dans les deux cas, il semble qu'une phase intermédiaire (située entre la communication et la coopération du schéma 6) relève de l'apprentissage de la coopération. Cet apprentissage appelle « la confiance » dans la mesure où il est question de construire les dispositions à coopérer. La confiance recouvre les apprentissages collectifs qui se déploient d'une part horizontalement c'est-à-dire entre les acteurs/professionnels laquelle permet la constitution de réseaux de coopération [91]. D'autre part, ces apprentissages se développent verticalement, c'est-à-dire entre des organismes du niveau opérationnel par rapport aux institutions du niveau stratégique. La construction de la confiance, nécessaire à la coopération, repose sur un équilibre subtil et en mouvement entre « dispositions héritées » et « stratégies contemporaines ».

Le projet de l'intégration s'il a rapport à des techniques organisationnelles ne se comprend, dans sa complexité, qu'en regard du travail à effectuer au niveau relationnel à chaque niveau de partenariat en vue de la construction d'un "nous" coresponsable des services sur un territoire.

7.10. Avantages perçus et craintes relatives à l'implantation du modèle PRISMA

Pour les organisations du champ sociosanitaire parisien¹, la décision de s'investir dans le processus d'implantation du modèle PRISMA fût motivée par le désir d'atteindre les objectifs perçus de l'intégration, mais aussi par l'attrait d'atteindre certains bénéfices périphériques. Ces avantages perçus du changement proposé par le modèle PRISMA sont néanmoins contrebalancés par certaines craintes. Les paragraphes suivants définissent ces principaux avantages et les craintes relatives au passage au fonctionnement intégré :

Intégration : pour les membres du CDS, l'intégration mènera les organisations sociosanitaires à ne plus fermer les yeux sur des problèmes en invoquant qu'ils ne soient pas de leurs responsabilités et plutôt à les concevoir comme des

¹ Dans cette partie nous mettons l'accent sur les analyses issues du corpus de données parisien, le plus important en nombre d'entretien et en ancienneté

responsabilités à partager et requérantes des outils communs. Plus concrètement, l'intégration est conçue comme un moyen de réduire la complexité de l'évaluation et de structurer et standardiser la prise en charge post évaluation. La liaison des niveaux stratégiques des organisations est souhaitée, car elle permettra de réduire la complexité de la mise en œuvre d'action. Au-delà des retombées positives de l'intégration sur l'intervention clinique, les organisations représentées au CDS signifient leur désir de voir leurs niveaux institutionnels, leurs tutelles, travaillé de pair par la mise en œuvre de l'intégration. Ils escomptent que ce ne soit pas le manque de ressources sanitaires ou sociales qui empêche la complémentarité entre ceux-ci, mais bien le manque de moyen pour lier les ressources des deux pôles. De plus, les organisations espèrent que l'intégration permettra d'améliorer leurs réseaux de communication hiérarchique verticale internes estimés être déficients, ce qui fût souligné par nos observations. À la lumière de ce dernier avantage perçu de l'intégration, on peut considérer que pour les acteurs, les moyens d'arriver à un fonctionnement intégré deviennent la fin.

Processus de qualité totale : Le processus du passage vers un fonctionnement intégré nécessite un nivellement du fonctionnement des organisations participantes et engendre ainsi des retombées positives inattendues. Il semble que pour expérimenter, pour lancer l'action tous doivent être sur un pied d'égalité et qu'au travers le support de l'espace d'offre pour y arriver, les structures les moins puissantes en sortes renforcées. Une expérimentation telle que proposée par PRISMA, requérant une négociation entre de multiples partenaires, représente également une occasion de cartographier les services offerts sur un territoire, de remettre de l'ordre dans sa compréhension du terrain. On peut remarquer que la complexité actuelle du champ organisationnel engendre de nombreuses discussions exigeantes en temps afin de s'en construire une compréhension commune. Ainsi, la complexification du processus d'intégration par la variabilité des champs disciplinaires impliqués est compensée par la richesse engendrée par la mutualisation des approches, des discours. De plus, balisé par le concept de « moyens constants »¹, le projet PRISMA serait un moyen pour les niveaux stratégiques des organisations de démontrer qu'au-delà de l'habituelle requête pour une augmentation des ressources financières existent des modalités organisationnelles pouvant être améliorées. Au niveau clinique, l'implantation du modèle PRISMA est conçue comme un moyen d'améliorer la prise en charge de cas de diverses natures et non seulement les cas complexes.

Participation expérimentale : la participation à des expérimentations fait partie du mandat de la majorité des organisations du champ sociosanitaire et devient ainsi conséquemment un avantage perçu de l'investissement dans le projet PRISMA. Foncièrement, l'expérimentation représente aussi pour certains membres du CDS un moyen de trouver une solution aux problématiques actuelles. Le projet PRISMA permettra à tous, sans qu'ils aient à s'investir outre mesure, de travailler à rendre l'organisation actuelle plus efficiente. Il est escompté que l'expérimentation permettra de discerner les limites, mais aussi les forces de l'archétype actuel et de construire sur ces bases. Pour les structures du champ organisationnel, la participation à l'expérimentation revêt la valeur intellectuelle d'apprendre du présent

¹ Voir chapitre 5.3.2.3

et du futur, ainsi que la valeur stratégique de ne pas en être exclus s'il devient le nouvel archétype organisationnel du champ sociosanitaire français.

Craintes : La perspective de l'émergence d'effets collatéraux négatifs du passage au nouvel archétype peut freiner la dynamique de réinstitutionnalisation¹. Par exemple, le danger que l'expérimentation ait une influence négative sur les personnes âgées elles-mêmes fût évoqué à quelques occasions par les membres du CDS. Avant que le nouvel archétype remplace totalement l'ancien, ou trouve précisément sa niche aux côtés de l'ancien, il est crucial de s'assurer que les mandats existants demeurent qualitativement aussi bien remplis qu'auparavant en conservant les indicateurs du passé pour mesurer la continuité de l'accomplissement des mandats antérieurs. On peut dire que le processus de sédimentation du nouveau à l'ancien doit être supervisé par l'équipe projet, par exemple en s'assurant de façon ponctuelle que les évaluations faites avec l'OEMD permettent d'avoir accès à l'APA. En cours de réinstitutionnalisation le passé ne doit pas être totalement oublié, les éléments pouvant être potentialisés doivent l'être et de nouveaux standards de fonctionnement doivent être mise en place. **Il s'agirait toutefois de s'assurer que le recours aux sentiers déjà tracés par l'ancien archétype ne dénature pas le nouvel archétype, ne nuise à l'intégration des organisations. La crainte que l'intégration ne devienne qu'une couche de complexité supplémentaire et que le pouvoir octroyé aux gestionnaires de cas mène à un courtage non-équitable des prestations de services furent également soulignés.**

7.11. Réalité et mythe de la résistance au changement

Dans une lecture tayloriste, l'innovation se définit surtout comme un changement planifié plutôt que comme une force émergente de l'organisation pouvant éventuellement être canalisée [92]. Cette posture amène à mesurer l'écart entre le prescrit et le réalisé comme un trou, comme une carence, dont on cherchera à imputer la responsabilité soit aux concepteurs ou aux accompagnateurs, qui auraient manqué de clairvoyance, soit aux adoptants de l'innovation, réputés résistants. Si le premier cas de figure est plutôt rare [93], pour ce qui est des adoptants, ils sont souvent estimés responsables de l'échec. C'est la fameuse « résistance au changement ». Cette attribution de responsabilité a bien entendu un coût cognitif majeur pour les adoptants. Ils seront estimés inadéquats ou résistants et attribués, au mieux, de diverses caractéristiques conservatrices que le concepteur cherchera à contourner (âge, identité et compétences professionnelles, ou caractéristiques psychologiques, par exemple). Plus grave que l'inadéquation en termes de coûts cognitifs, ils peuvent être considérés comme vilement intentionnés, préservant des acquis corporatifs et ménageant leurs intérêts. Dans tous les cas de figure, cela provoque chez les professionnels un important sentiment de manque de reconnaissance pouvant aller jusqu'à la marginalisation. S'il est à minima expérimenté en matière d'innovation, l'adoptant pourra prendre une posture attentiste ou de retrait comme stratégie d'autoprotection devant ce risque de marginalisation, posture bien entendu nuisible à l'innovation. Il serait toutefois simpliste de penser que l'utilisateur n'est jamais en posture de volontairement résister à un changement qui entraînerait notamment un coût qu'il jugerait trop important notamment en matière d'identité professionnelle ou de concurrence de

¹ Voir le modèle de gouvernance du changement présenté en annexe 2

l'innovation avec ses propres initiatives. La résistance existe bien, mais elle trouve habituellement des explications acceptables sur lesquelles il paraît possible de travailler avec les partenaires. Néanmoins, la résistance au changement n'explique jamais à elle seule ni l'échec d'un projet (ou d'un plan) innovant, ni même la différence temporelle entre l'agenda attendu et les délais réels de mise en œuvre.

La résistance au changement n'est jamais une explication à la fois nécessaire et suffisante à l'échec de l'implantation d'un programme ou d'un plan

7.12. La temporalité nécessaire, la cohérence « des plans et mesures » et la « fatigue à l'innovation »

Après 18 mois de travail de concertation tant au niveau stratégique qu'au niveau tactique, on note une évolution assez nette de la réflexion sur l'intégration (voir figure 1, chapitre 4). Ceci est surtout lié à la définition de procédures et d'outils communs et est limitée par l'absence de mise en œuvre de la gestion de cas en raison notamment de difficultés à définir un cadre de travail sécurisé au plan de la mutualisation de certaines ressources, des prérogatives et des imputabilités. Le temps nécessaire pour parvenir à définir les conditions de travail des gestionnaires de cas peut probablement être réduit un peu, car sur Paris, des impasses réglementaires ont été explorés avant de se fixer sur l'outil GCSMS. Néanmoins, le temps nécessaire pour implanter un modèle d'intégration ne peut être annulé, même si nos analyses nous permettent d'inférer des stratégies pour favoriser en d'autres contextes une certaine efficacité en cette matière.

En effet, le processus innovant est mené et envisagé de façon progressive, de l'expérimental à la réinstitutionnalisation complète¹. Le mandat de l'équipe-projet chevauche la tâche d'éliminer les obstacles à l'engagement des organisations dans un processus expérimental, la nature expérimentale du projet étant d'ailleurs une source de motivation puissante à leurs implications, et celle d'établir les assises d'un fonctionnement escompté être le nouvel archétype d'organisation sociosanitaire. En ce sens, les stratégies de dissémination et d'implantation du modèle PRISMA doivent évoluer de l'objectif « de l'obtention du contrat à la réalisation du mandat ». Au moment où la légitimation des éléments fondamentaux a progressé suffisamment, la recherche et la mise en place de moyens opérationnels, c'est-à-dire administratifs, politiques et légaux, de permettre aux organisations de fonctionner sont entamées pour lancer l'expérimentation. Lorsqu'assuré par un espace d'offre adoptant une position « aider à advenir », cette phase du processus de dissémination consiste en mieux connaître les normes opérationnelles de l'espace d'usage et de les modifier si nécessaire (ou d'adapter l'innovation en conséquence) afin de s'assurer de la compatibilité du modèle intégratif au terrain. En début de processus, il s'agit de trouver des moyens de contourner les normes opérationnelles pour permettre l'expérimentation, c'est-à-dire de permettre de lancer l'action de laquelle découleront les résultats requis à la légitimation ultérieure de leur modification pérenne. L'inclusion nécessaire - et possiblement temporaire - d'une section AGGIR dans l'OEMD illustre cette distinction. Dans un effort de dissémination « aider à advenir » d'un modèle intégratif, il relèverait de l'espace d'offre, progressivement

¹ Voir annexe 2

composé de membres de l'espace d'usage « convertis », de motiver l'engagement des acteurs locaux dans le processus innovant, de créer les conditions d'opérationnalisation requises à l'expérimentation du modèle et d'encadrer l'action afin de générer suffisamment d'appui à l'égard de la nouvelle façon de faire pour assurer l'entérinement des conditions la permettant.

Puisque l'une des caractéristiques de cette innovation consiste à transformer un mode d'organisation des services caractérisé par sa très haute complexité [19], le travail de problématisation, d'appropriation et d'adaptation aux contextes locaux des propositions est donc important et nécessite qu'un certain temps soit accordé aux différents niveaux de partenariat. C'est grâce notamment à ce rythme respectueux du temps d'appropriation que nous avons vu émerger dans le discours de nos partenaires au niveau opérationnel comme au niveau stratégique une problématisation de l'intégration (notamment en contraste avec la situation précédente¹). Dans le même ordre d'idée, nous avons pu constater chez nos partenaires une attitude sceptique, voire critique à l'égard du processus de concertation, notamment en début d'implantation, en raison notamment du manque de cohérence dans le temps des politiques nationales concernant le maintien à domicile des personnes âgées et les temps de l'adaptation locales. Les dispositifs publics, par exemple les CLIC ou les réseaux de santé font l'objet de remises en cause rapides, et ce, avant même que le temps nécessaire à leur mise en œuvre complète ne soit écoulé. Ceci peut déboucher sur une attitude négative de « fatigue à l'innovation » chez les adoptants potentiels de l'innovation, où le comportement le plus sage consiste finalement à attendre que les décisions de la concertation soient effectives dans des actes administratifs (ou même législatifs) concrets, voire à ne rien faire en attendant la réforme suivante. Cette fatigue à l'innovation se voit renforcée par le fait qu'en contexte de fragmentation concurrentielle comme en France, les acteurs se doivent de demeurer constamment en mode projet pour préserver leur « place ». Cet activisme du projet, surtout en contexte concurrentiel provoquant un certain désordre, épuise les acteurs et contribue, au plan systémique, à l'accroissement de la complexité générale.

Nos premiers résultats soulignent l'importance de respecter une temporalité suffisante pour implanter de façon durable une innovation dans un contexte habitué aux projets.

7.13. Indicateurs de progression du processus de changement vers l'intégration

Le succès du processus de changement, ou de l'avancement de la dynamique de réinstitutionnalisation du nouveau modèle intégratif, est subjectif dans la mesure où l'équipe projet conçoit le mandat dans sa globalité – de la théorisation à la pérennisation² – alors que les organisations du champ sociosanitaire impliquées le conçoivent en termes beaucoup plus pragmatiques. Néanmoins, un certain nombre d'indicateurs peuvent être appréciés comme des mesures objectives d'avancement. Il est peut-être possible et pertinent de discerner des indicateurs de progression

¹ Résultats de l'analyse approfondie des entretiens de T0 et de celle partielle des entretiens de T1 sur le site Paris.

² Voir annexe 2

relatifs à l'espace d'offre, mais dans le cas présent, peut-être d'un point de vue trop tayloriste, notre regard fût tourné vers la progression de l'espace d'usage. Avant de définir ces indicateurs de progression, on doit considérer qu'il existe trois degrés d'engagement envers la dynamique de réinstitutionnalisation pour les acteurs du champ organisationnel sociosanitaire.

- Le premier, qui en fait n'en ait pas un, est celui de la résistance: « *(Acteur stratégique, citation CDS) : Qu'ils s'impliquent pas ce n'est rien, qu'ils résistent, cela c'est moins respectable. Ne serait-ce que pour des sorties d'hospitalisation, des consultations gériatriques, des trucs comme ça. S'il y en a un qui freine... »*
- L'engagement serait alors défini en deux degrés, soit celui de l'acceptation de l'intégration et celui de participation à l'intégration : « *(Equipe projet, citation CDS) : Finalement le ticket d'entrée il est à 2 niveaux. Il est j'accepte l'intégration sous sa forme minimale qui est de partager, d'accepter que les gestionnaires de cas aient prérogatives, c'est le premier niveau. Et deuxième niveau, je suis opérateur et donc je dégage du temps homme. »*

De plus, bien que le processus expérimental puisse être conçu comme une phase précoce d'un processus de réinstitutionnalisation entier, il s'avère valable de différencier entre accepter et participer à l'expérimentation ou à la réinstitutionnalisation menant à l'adoption du modèle PRISMA comme nouvel archétype. S'il peut paraître évident que l'espace d'offre doit espérer une participation active de tous les acteurs au processus expérimental et un engagement fort envers le potentiel du modèle intégratif de devenir la nouvelle façon de s'organiser, il est plus délicat de juger de la pertinence de contraindre une organisation à participer plutôt que de favoriser son implication strictement volontaire, sinon d'accepter un engagement conditionnel jumelé à des modalités de retraits.

L'investissement en temps concrétise initialement le dévouement des acteurs à une part du processus de changement. Le désir des acteurs de l'espace d'usage de réfléchir à la dissémination à plus grande échelle, de prévoir l'expansion du dispositif concrétise quant à lui l'engagement envers le potentiel du modèle de devenir le nouvel archétype. Néanmoins, la première « borne de succès » est la reconnaissance de l'expérimentabilité du nouveau modèle; il est à minima requis que les acteurs de l'espace d'usage conçoivent que le modèle proposé vaille au moins d'être essayé. Une fois atteint, l'argument de l'expérience devient difficilement réfutable et permet d'avancer : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Si on se remet dans un niveau expérimental, c'est bien l'intérêt du niveau expérimental, on peut soit en mettant une pastille rouge, soit en faisant ça (plier un angle) vérifier qu'à titre expérimental on peut essayer de déroger à un certain nombre de choses pour vérifier...»* Les actions suivant cette reconnaissance permettront d'atteindre d'autres indicateurs de progression tel le développement et l'adoption d'un schème référentiel commun; l'emploi d'un langage commun en est un exemple : « *(Citation CDS, acteur stratégique national) : Il y a eu un CLO vachement intéressant, ils ont bien compris, ils bossent bien, et ils commencent à avoir un langage commun effectivement (...)* c'est une première réussite assez importante...» Le passage à la reconnaissance que le nouveau modèle doit sans aucun doute devenir le nouvel archétype organisationnel représente une entreprise d'une autre ampleur et des efforts d'une autre nature. Les enjeux liés à la modification de réglementations illustrent notamment cette distinction. En fait, au départ, il s'agirait de trouver des moyens de contourner les réglementations en place pour permettre l'expérimentation, permettre

de lancer l'action afin de recueillir les résultats nécessaires à la légitimisation de leur modification pérenne : « (CDS, *équipe projet*) : *L'OEMD comportera une section AGIRR et en temps et lieu en fonction de l'accumulation de preuve, la réglementation pourrait changer...* ». Ainsi, les modifications réglementaires ou législatives peuvent être considérées comme l'un des bornes finales de succès, de réinstitutionnalisation. En fait, la réinstitutionnalisation s'effectuerait au travers des micros validations faisant foi des travaux accomplis, sanctionnant leurs résultats et guidant les acteurs en voie d'adhésion au nouveau modèle : « (*Citation comité de pilotage, acteur stratégique national*) : *Comme toujours quoi, au bout d'un moment quand il y a un consensus, qu'ils sont d'accord eux, que nous on valide et qu'on entérine la décision, et puis que les portes s'ouvrent, enfin que nous on aide les gens à ce que les portes restent ouvertes...* » Inversement, les problématiques rencontrées en cours de mise en œuvre de l'expérimentation ou de réinstitutionnalisation d'un modèle intégratif doivent être appréciées comme des indicateurs de défaillance, comme des indices de difficulté d'intégration plus que de simples problèmes opérationnels, car la fin et les moyens du mandat deviennent difficilement dissociables : « *Le Conseil Général comme la CNAV commence à trouver qu'il y a un problème, bon ben là ça devient un problème d'intégration...* » On peut donc décrire l'évolution d'un processus de réinstitutionnalisation en termes de présence ou d'absence de facteurs de succès (investissement en temps) favorables à l'éclosion d'indicateurs de progression (adoption d'un schème référentiel commun) qui, cumulés, permettront d'atteindre des bornes de succès plus ou moins solides (modification réglementaire, légitimité expérimentale).

7.14. Sociologie de l'action publique

Il est apparu particulièrement pertinent au cours de l'expérimentation d'interroger les facteurs influençant l'agenda politique tant il a influé sur la gouvernance du changement des précédents dispositifs de coordination (voir chapitre 5). Lascoumes et Le Galès [94] proposent, avec la sociologie de l'action publique, un cadre d'analyse pertinent du processus d'incorporation de faits sociaux à l'agenda politique, en distinguant trois étapes.

1. La première étape porte sur la façon dont les faits sociaux deviennent des problèmes publics. Le processus de légitimation de la construction du problème public appelle l'émergence de groupes d'« entrepreneurs de causes qualifiés ». Il s'agit d'individus ou de groupes qui parviennent à redéfinir les intérêts collectifs et à inventer des moyens d'action. Ce processus passe par l'explication analytique, la présentation de cas exemplaires, les métaphores établissant des liens entre enjeux, et l'ambiguïté de certains arguments qui diffusent des significations multiples [95]. Au cours du projet PRISMA France, l'implication de « leaders » et « champions »¹ a permis la réalisation de cette étape dont l'aboutissement est la proposition au comité stratégique national du modèle PRISMA.
2. La deuxième étape de transformation d'un problème public en un problème politique suppose une visibilité suffisante et une capacité d'interpellation telle que des acteurs qui n'étaient pas initialement concernés par l'enjeu prennent

¹ Cette expression est utilisée ici au sens de la littérature de langue anglaise sur la diffusion de l'innovation. Il s'agit d'utilisateurs potentiels de l'innovation qui se font promoteurs et/ou défenseurs de l'innovation [3].

des positions et argumentent en sa faveur ou contre lui [94]. La mise en politique recompose les qualifications initiales en un enjeu public dépassant le cercle initial. Autrement dit, il y a mise en politique lorsqu'une question est déployée en dehors de son espace de formulation originel et devient incontournable tant pour l'opinion publique que pour les responsables politiques, mais aussi administratifs. C'est à travers la réalisation partielle de cette étape de mise en politique que les acteurs investissent le plus de stratégies de modulation de leur engagement. Comparativement à d'autres contextes nationaux (le Québec notamment) une caractéristique du contexte français se situe dans le fait qu'une politique publique nationale peut entrer en conflit d'affichage avec des politiques territoriales (régionales, départementales et municipales). Or, il apparaît essentiel que les décideurs politiques départementaux soient impliqués dès lors que l'innovation touche le système d'aide médico-sociale ou sociale. Il faut également que l'objectif de changement soit considéré d'une haute nécessité comme nous l'avons documenté pour l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Au cours du projet PRISMA France, l'affichage de l'innovation dans ce domaine entendu comme une priorité politique est apparue comme facteur essentiel de l'implication de l'ensemble des partenaires, y compris du champ sanitaire, c'est-à-dire hors du domaine strict de compétence du conseil général. Cette dimension explique l'importance de l'implication au niveau stratégique national de toutes les instances de décisions stratégiques et de financement afin de permettre un engagement plus facile des décideurs politiques départementaux. S'ensuit le relais de cette priorité au niveau technique, c'est-à-dire au sein des administrations en charge de définir l'opérationnalisation et la mise en œuvre.

3. La troisième étape consiste à l'inscription de la question sur l'agenda gouvernemental (à toutes les échelles de gouvernement). Or, l'appel aux acteurs politiques et à leur engagement n'est jamais définitivement acquis, notamment en raison de la difficulté de l'ajustement entre différents agendas, en particulier électoraux. L'inscription à l'agenda gouvernemental se fait au profit de fenêtres d'opportunité, tant à l'échelle nationale que territoriale. Dans cette étape, des stratégies d'adaptation sont également déployées, et ce, dans ce cas ci, quelque soit l'échelle de compétence des acteurs (locaux, départementaux, régionaux, nationaux). Elles se matérialisent de différentes façons : inactivité en raison d'incertitudes quand aux résultats électoraux (orientations des pouvoirs publics dépendantes des idéologies des équipes dirigeantes mises en place par les politiques); attention portée à la couleur politique des porteurs des différents plans ou programmes (dans une stratégie de justification du rejet ou de l'appropriation); inaction du fait de conflits d'agendas, etc. Ces facteurs ont eu, au cours du projet PRISMA France, une importance certaine dans le rythme d'implantation et dans l'adaptation de l'innovation.

La sociologie de l'action publique offre un cadre d'analyse permettant de documenter l'effet des différences d'agendas sur la mise en œuvre d'un projet expérimental voire d'une politique publique.

7.15. Conclusion

Dans un contexte marqué d'une part par une grande fragmentation, d'autre part par de nombreux plans et projets visant à lutter contre elle, l'enjeu est d'implanter l'innovation que représente l'intégration en permettant la réinvention de cette innovation, mais sans dénaturation de ses principes et objectifs. Le projet de recherche PRISMA France offre une opportunité nouvelle d'étudier les facteurs modulant l'adaptation d'une innovation, qui est considérée par les experts internationaux comme une priorité de recherche en organisation des soins et services. Il permet également de tirer des conclusions directement utilisables par les décideurs dans la mise en œuvre de politique publique en France.

8. CONDITIONS FAVORABLES OU DEFAVORABLES DE L'IMPLANTATION DE L'INTEGRATION SELON L'ANALYSE DES CDS PARIS. Rapport Préliminaire.

Nous présenterons dans cette partie les conditions favorables et défavorables issues de la gouvernance du changement adoptée dans l'expérimentation d'implantation de l'innovation PRISMA France. Nous référons en partie aux catégories d'analyse en termes de facteurs d'influence définies *a priori* par Greenhalgh et coll. [66]. Ces mêmes catégories d'analyse ont d'ailleurs été utilisées de façon théorique en début d'expérimentation [96].

Notre présentation suivra, autant que cela sera pertinent, l'énoncé de chaque catégorie d'influence tel que définis par Greenhalgh. Pour chacun de ces énoncés nous avons cherché dans les transcriptions des réunions de CDS parisiens ce qui mettait en évidence un effet favorable (a) ou défavorable (b) de cette catégorie sur l'implantation de l'intégration selon le modèle PRISMA en France. Lorsque la catégorie présentait à la fois un effet favorable (a) et défavorable (b), nous avons cherché à catégoriser des modulateurs (c). Lorsqu'il n'y avait pas d'effet favorable ou pas d'effet défavorable, ou que nous n'avons pas identifié de modulateurs, les lettres a), b), ou c) ne sont pas suivies de texte.

Ces résultats sont considérés comme préliminaires dans la mesure où ils reposent sur l'analyse des CDS parisiens. Toutefois l'analyse de contenu de ce corpus de données (les CDS du site Paris 20è), effectuée à partir d'un modèle portant sur la gouvernance du changement nous amène à penser que la plupart des énoncés ci-après seront peu modifiés par l'analyse de l'ensemble du corpus de données sur les trois sites ; notamment en ce qui concerne la problématique portant sur le temps nécessaire à l'implantation de l'innovation. Ceci est renforcé par la cohérence des résultats ci-dessous, avec les résultats présentés aux chapitres sur le contexte (5), ou la primo-receptivité (6) dont les problématiques et cadres d'analyse sont différents. La triangulation des analyses des chercheurs et des niveaux d'analyse ainsi amorcée, devra être renforcée par la triangulation spatiale (sur les trois) et temporelle (dans à T1 et T2) (se référer au chapitre 3).

8.1. Caractéristiques de l'innovation

8.1.1. Avantage pour les utilisateurs

- a) La proposition de changement de mode organisationnel est jugée indispensable dans un système qui arrive à saturation « *(Citation CDS, acteur stratégique)* « La valeur ajoutée elle est très claire : c'est que tous les services dont nous nous occupons actuellement arrivent à leurs limites ». La méthode de changement, notamment par réorganisation et réallocation présenterait l'avantage d'être homophilique partir de l'existant et construire à « moyens constants « *(Citation CDS, acteur stratégique)* Moi je lui [à son directeur] dis que ceci bonifie les modalités de coopération entre des acteurs qui, si on ne leur trouve pas une solution de coopération entre eux, vont nous demander une augmentation

directes des moyens. C'est-à-dire que très clairement, je pense que si on n'a pas de moyens de coordination ou de gestion, alors cela peut-être des gestions de cas, ou de recherche de solutions au cas par cas, ou au moins territoriales, très clairement on va se retrouver avec des SSIAD qui vont nous dire « moi j'en ai 60 j'en veux 100 » »

- b) La légitimité du nouvel archétype proposée par le comité de pilotage est en début d'expérimentation en particulier remise en question : « *(Citation CDS, acteurs stratégique national) : Madame [x], on peut toujours demander des informations supplémentaires. Pour moi sur le contexte... (Madame [x]) : Ce n'est pas des informations supplémentaires, c'est donner du sens au travail que vous proposez. »* L'espace d'usage ne semble pas « acheter » le modèle. Les structures tendent à ne pas reconnaître la validité externe du modèle PRISMA dans le contexte parisien : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Que le dispositif gestionnaire de cas allait engendrer un gain de temps pour la gestion des situations complexes sur le 20ème arrondissement, cela ne peut pas être une hypothèse au départ, cela ne peut être qu'un constat suite à l'expérimentation gestionnaire de cas. »* Les concepts centraux du modèle sont fréquemment discutés et la confiance en les efforts passés semble faible. Le CDS a une tendance à fréquemment rappeler que la présente initiative de changement n'est qu'une expérimentation en ne reconnaissant pas la validation préalable du modèle et de ses sous-composantes : « *(Citation CDS, acteurs stratégique) : Il faut faire attention à ne pas mettre de postulat de la sorte je trouve. (équipe projet) : ce n'est pas un postulat, parce qu'on a quand même un argument scientifique qui montre qu'il y a une corrélation. »*
- c)

8.1.2. Compatibilité avec les normes organisationnelles et professionnelles (des valeurs soutenues par le nouvel archétype)

- a) Les valeurs en terme d'interdisciplinarité soutenu dans le nouvel d'intégration apparaissent compatibles avec les des deux dispositifs dédiés à la coordination gérontologiques, les CLIC ([acteur stratégique] : « *c'est ce que les CLIC font tous les mois [...]travail au quotidien de fédération du partenariat autour des situations complexes »*) et les Réseaux de santé ([acteur stratégique] : « *ce que vous leur demandez fait partie de leur cahier des charges »*). Cette compatibilité ne semble pas avoir pu se traduire dans l'envergure escompté : ([acteur stratégique] : « *seuls, les réseaux de santé de santé saturent »*, ([acteur stratégique] : « *a pointé un déficit des CLIC sur le secteur sanitaire alors que dans les circulaires du départ on parlait des trois postes clefs de porteurs de CLIC. Il fallait qu'il y ait un sanitaire, un social et un secrétaire. Donner moi les CLIC où il y a un sanitaire dans l'équipe professionnelle.... »*
- b) L'arrimage sanitaire-social apparaît plus complexe dans la perspective sanitaire, en particulier dans le champ de la médecine de « ville ». La culture des généralistes libéraux serait contradictoire avec les objectifs de structuration administrative de l'intégration. De plus, pour certains acteurs sanitaires, peut-être davantage pour les cliniciens, la tâche administrative d'organisation de la complexité semble utopique, les efforts initiaux nécessaires pour dynamiser le

passage à un nouvel archétype semblent ne pas valoir la chandelle. Selon l'URML, la relation médecin-patient, bien qu'imparfaite, demeure efficace et la possibilité qu'un nouvel archétype intégrateur vienne nuire, engloutir cette « portion » valable des soins est une crainte. Une ambivalence des médecins est pointée par [un acteur stratégique] : « *le maintien de leur statut, de leur identité, de leur légitimité d'expert entre parfois en balance avec leur désir de travailler en intégration.* »

c)

8.1.3. Domaine d'application

a) Du point de vue des acteurs de terrains, des futurs gestionnaires de cas notamment, l'aspect progressif de la dynamique de réinstitutionnalisation est réconfortant. Pour l'équipe projet, il s'agit d'arriver à composer avec le besoin d'engager les acteurs envers un dispositif expérimental, sa nature expérimentale étant une source d'engagement puissante, et le potentiel que celui-ci devienne la norme en mettant la table pour son expansion.

b)

c)

8.1.4. Savoir à mobiliser

a) De façon générale, un premier effort de réinstitutionnalisation d'un archétype dans un contexte particulier, telle l'initiative de PRISMA dans le 20^e arrondissement, serait toujours plus ardu que pour les suivants qui bénéficieront de l'expérience acquise précédemment.

b)

c)

8.1.5. Aspects non-finalisés

a)

b) Découlant d'un positionnement de gouvernance *help-it* et aussi du diagnostic partiel de l'existant, un modèle en développement plutôt qu'un archétype clair et justifié fut proposé à l'espace d'usage. La souplesse de l'archétype présenté a engendré, en aval, des ambiguïtés influentes du développement subséquent du processus de réinstitutionnalisation. Le degré de liberté du local aurait pu être mieux balisé par une définition précise des éléments fondateurs de l'archétype et par la définition ou non-définition explicite de ses éléments périphériques. Cette théorisation partielle du nouvel archétype jumelée à la relativement faible compréhension des spécificités locales issues de l'archétype actuel

d'organisation sociosanitaire ont nuit au travail de légitimation du nouvel archétype.

c)

8.2. Caractéristiques des utilisateurs potentiels

8.2.1. Aspects psychologiques

8.2.1.1. Disposition au changement

a)

b) La dynamique de réinstitutionnalisation est influencée par une difficulté à reconnaître que le passage à un nouvel archétype nécessite de quitter l'ancien, qu'un ensemble de changements seront requis, tel que de rendre un nouvel outil d'évaluation administrativement viable : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Mais ce n'est pas administrativement valide le SMAF...* » Les structures du CDS semblent vouloir adopter le nouvel archétype sans rien changer à leur organisation actuelle alors que l'implantation d'une innovation doit nécessairement passer par une révision de son organisation, de sa culture. Certains membres du CDS souhaitent mener le processus de réinstitutionnalisation comme bon leur semble, selon leurs prérogatives sans nécessairement bien comprendre que leur maintien absolu est en opposition avec les valeurs fondamentales promues par le nouvel archétype : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : De toute façon, ce ne sera pas possible. (Acteur stratégique national) : Pourquoi ? (acteur stratégique) : À la [organisme], on a une convention, on a des objectifs.* ».

Cette incapacité est liée à la rigidité de leurs prérogatives, des cadres administratifs et techniques des organisations. Par exemple, la « rigidité » de l'utilisation d'outil technologique influence le processus de réinstitutionnalisation. Cette incapacité est fonction de cette rigidité historique certes, mais un manque de volonté est aussi illustré par leur indisposition à modifier des éléments techniques favorables à l'intégration. Par exemple, il est ironique que des « enjeux administratifs » liés à la grille AGGIR, pourtant unanimement jugée insuffisante, bloquent le processus de partage de compétences. Le non-désir du CDS de modifier leurs structures, voire leurs conventions, pour permettre l'implantation du nouvel archétype est un obstacle au changement, on pourrait dire qu'ils sont non-habilités et non-disposés dans une certaine mesure à implanter des changements. La réticence à les modifier, ou le constant recours à leur immuabilité pour rejeter la faisabilité du processus, peuvent être conçus comme des stratégies politiques visant à retarder le progrès de la dynamique de réinstitutionnalisation, à assurer le maintien d'un positionnement attentiste.

c)

8.2.1.2. Tendance à l'engagement tacite plutôt que formel

- a)
- b) De façon générale, l'engagement de l'ensemble des organisations dans la dynamique de réinstitutionnalisation semble être fonction de sa nature expérimentale. La tendance semble toujours être de tenter d'éviter l'engagement plutôt que de la rechercher. Cette tendance à ne pas s'engager officiellement, ni à s'opposer officiellement est délétère à l'intégration des pratiques et possiblement contingente au maintien d'un positionnement attentiste.
- c)

8.2.2. Défaut de problématisation

- a)
- b) La difficulté à quitter l'ancienne façon de faire, à assouplir ses prérogatives, illustre en fait que le CDS réfléchit toujours en termes de coordination plutôt que d'intégration. En fait, il leur paraît plus valable de maintenir leur souveraineté que d'être considérés comme une part indissociable du groupement de coopération (GCSMS) permettant l'intégration par exemple. Est-ce que l'on peut considérer que le désir intégratif des organisations est faible, que le dispositif en construction se retrouvera à la scissure de la concertation et de l'intégration ? Cependant, progressivement, la notion qu'une structuration intégratrice représente un moyen parallèle, plutôt qu'une couche supplémentaire, d'améliorer l'efficacité des activités sociosanitaires concertées est reconnue : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Non, mais moi ce que j'ai compris c'est que ce n'est pas une couche en plus, c'est une couche qui vise à terme à remplacer les couches dysfonctionnantes.* »
- c)

8.3. Caractéristiques du contexte organisationnel

8.3.1. Homophilie du champ organisationnel

- a) La cohérence des ambitions et degrés d'implication des organisations d'un champ organisationnel et aussi des niveaux hiérarchiques d'une même organisation sont bénéfiques à la dynamisation du changement. La cohérence des ambitions d'une même hiérarchie doit non seulement être exprimée et assurée, mais actée, ce qui signifie que le « haut » travaille pour le « bas » et vice-versa.

Cette homophilie influence aussi le degré de connaissance que les acteurs ont du fonctionnement individualisé et mutualisé des organisations du champ. Il est bénéfique non seulement de comprendre le fonctionnement d'organisations

participantes au changement et de disséminer le nouvel archétype à ceux-ci, mais aussi de réfléchir à la dissémination auprès d'organisations indirectement impliquées. De plus, si on estime que dans une certaine mesure un nivellement du fonctionnement des organisations est requis au lancement du processus d'implantation d'un dispositif d'intégration, plus le champ organisationnel sera homogène, plus il sera facile d'accomplir ce nivellement à petite et grande échelle.

b) Les différences législatives et professionnelles, la nature publique ou privée des organisations d'un même champ organisationnel représentent des obstacles au changement. Plus spécifiquement, les différentes prérogatives professionnelles des mondes sanitaire et social complexifient l'intégration. Par exemple, le cloisonnement sanitaire-social caractérise le travail actuel d'évaluation et bien que ce problème soit reconnu par les acteurs sanitaires, ceux-ci semblent soutenir que les prérogatives sanitaires seraient difficilement juxtaposables au travail social. En ce sens, la légitimité du SMAF ne fait pas l'unanimité étant donné que certains reconnaissent la pertinence de l'utilisation d'un outil permettant l'élaboration en collégialité d'un profil lisible par tous alors que d'autres croient que sa complétion sera inacceptable aux yeux des médecins. La perspective plus ciblée de la médecine jumelée à son intérêt pour la confidentialité du dossier du patient est en opposition à la nécessité d'adopter une perspective globale de la personne du travail social.

c)

8.3.2. Programme d'implantation expérimental

8.3.2.1. Légitimité de l'espace d'offre

a)

b) Le manque d'autorité de l'équipe projet d'inciter les structures à se réorganiser à la faveur de la réinstitutionnalisation du nouvel archétype est souligné par le CDS. Concrètement, l'espace d'offre n'a pas la légitimité légale d'imposer le dégageant de personnel pour occuper les postes de gestion de cas par exemple.

c) On peut considérer cependant que l'espace d'offre jouit d'autres formes de légitimité qui viennent moduler leur pouvoir. L'équipe projet jouit du pouvoir normatif d'inciter les organisations à s'impliquer sous peine que leur statut souffre de leur exclusion; la crainte de manquer la parade est un levier de motivation important: « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Ce serait quand même bien si cela ne vous mettait pas en difficulté, parce que un directeur, s'il sait que c'est là-dessus qu'il sera jugé...* » De plus, on peut dire que l'espace d'offre jouit du pouvoir de connaissance et d'expertise du nouvel archétype; elle a le pouvoir de contrôler les éléments fondamentaux de l'archétype à implanter : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Je peux vous le dire on ne créera pas de nouvelle structure, ça n'a aucun intérêt. »*

8.3.2.2. Cohérence entre approche de dissémination et capacité de l'espace d'usage

- a) Il est peut-être plus important que l'espace d'usage soit à l'aise avec l'approche de dissémination favorisée que l'espace d'offre le soit elle-même. Cette cohérence approche de dissémination de l'espace d'offre – capacité de l'espace d'usage est requis. L'arrimage des mouvements de gouvernance *top-down* et *bottom-up* passe par une meilleure compréhension des attentes du haut envers le bas et vice-versa.
- b)
- c)

8.3.2.3. Légitimation du mode de dissémination

- a) Il apparaît tout aussi important de légitimer le mode de dissémination de l'archétype et le mode d'évaluation de sa réinstitutionnalisation que l'archétype lui-même : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Est-ce que méthode d'évaluation d'une implantation a déjà été utilisée ailleurs ? (Equipe projet) : Oui, au Québec et aux États-Unis... cette méthode d'appréciation fut développé aux ÉU, adapté pour le Québec et maintenant pour la France. »* L'emploi du mode de dissémination privilégié - plus *bottom-up / help-it* - devrait en effet être légitimé pour éviter les ambiguïtés. Il faut notamment expliciter l'emploi du *bottom-up* aux dirigeants habitués à des modes plus *top-down* de dissémination : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Moi je dirais que la note elle est claire, elle a le mérite de bien repartir de l'existant, bien redire comment ça situe par rapport à ce qui existe, d'essayer d'expliquer qu'à partir de l'existant on essaie d'améliorer le dispositif par un certain nombre de choses, pas complètement définies puisque cela dépend du local. Donc globalement, je l'ai trouvé très intéressante et claire.* »
- b)
- c)

8.3.2.4. Gouvernance Help-It

- a) Un membre du CDS considère plutôt que le succès du modèle PRISMA, que l'élément actif du modèle, soit davantage la qualité de sa dissémination que la qualité du modèle en tant que tel. Pour ce dernier l'avantage du modèle PRISMA résiderait dans ses mécanismes d'implantation, c'est-à-dire dans son approche de gouvernance caractérisée par sa volonté d'osciller entre le *top-down* et le *bottom-up*. La dynamique de réinstitutionnalisation serait facilitée par le mouvement *top-down* – dégageant les acteurs de la charge de prendre certaines décisions – et par le *bottom-up* – en permettant de développer un archétype adapté à la réalité. La liberté accordée aux structures locales permettrait l'adaptation cruciale de l'archétype à leur réalité et la potentialisation des forces particulières à chaque espace d'usage alors que l'encadrement permettra de

protéger les acteurs de leurs manques de distance de l'archétype actuel, de les mener au-delà d'une problématisation incomplète de la situation. De plus, la position selon laquelle il vaille mieux être souple, accepter un engagement inférieur en espérant un engagement complet par la suite s'avérera peut-être bénéfique.

- b) La dissémination du nouvel archétype selon une approche *help it happen* engendre certains inconvénients tant pour l'espace d'offre que l'espace d'usage. La part de liberté octroyée par cette approche vient complexifier la tâche de l'espace d'offre de créer et communiquer une vision claire de ce qui est à accomplir. Les brèches dans la théorisation de l'archétype, et la « dissémination pédagogique » ambiguë qui s'en suit, influencent l'habileté des acteurs de l'espace d'usage de se représenter les avantages ou les désavantages de l'adoption et de l'implantation. En ce sens, le positionnement parfois plus *let-it* que *help-it* de l'espace d'offre dans la dissémination du modèle intégratif, en termes de la qualité de l'engagement des structures dans le processus de réinstitutionnalisation par exemple, engendre deux risques principaux. Le premier est de proposer un archétype si modelable qu'il soit dénaturé au travers le processus d'appropriation et le second que la souplesse des modalités d'engagement, ou la prolifération des portes de sortie, mènent les acteurs, plus intéressés par la souplesse du dispositif que dévoués à l'archétype, à quitter le bateau une fois confrontés à la réalité. Inversement, la part d'encadrement du *help-it*, engendre une mise en doute de la réelle plus-value du nouvel archétype étant donné les conditions, jugées artificielles, créées par ce mode de gouvernance.
- c)

8.3.2.5. Efforts de légitimation à tous les niveaux (dissémination)

- a) La légitimation du nouvel archétype doit cibler tous les niveaux du champ organisationnel, du niveau institutionnel au niveau local, auprès des décideurs, des intervenants locaux et des bénéficiaires. Le cas de PRISMA nécessite donc communiquer tant aux décideurs institutionnels qu'aux personnes âgées les bienfaits qu'une personne unique devienne leur référent, leur coordonateur unique de soins et de services sociaux et que celui-ci agisse sous la responsabilité d'une structure intégrée.
- b)
- c)

8.3.2.6. Adaptation des moyens de légitimation (dissémination)

- a) La légitimation du modèle PRISMA est une entreprise devant être modulée à chaque acteur du champ organisationnel nécessitant une sensibilité à leurs systèmes de valeurs particuliers. L'extrait suivant illustre l'importance d'adapter ses efforts de légitimation en fonction du public ciblé sous peine d'engendrer une réponse antinomique : « (Citation CDS, acteur stratégique) : *L'avantage, ce que*

l'on a fait avec [M] avec vos collègues, c'est qu'on leur vend ça comme un tout. On encourage fortement les médecins à ne pas seulement qu'être des individus, (...) ». La problématisation d'une situation, source de reconnaissance de la légitimité d'un nouvel archétype, est teintée notamment par la discipline d'appartenance, sanitaire ou sociale, de l'organisation. Ainsi, les efforts de légitimisation doivent être adaptés aux valeurs et cultures de chaque organisation, voire même possiblement chaque sous-groupe d'une même organisation.

- b) À partir du moment où le nouvel archétype est adopté et la dynamique de réinstitutionnalisation est entamé, surtout au niveau local, il serait inopportun de recourir à l'adaptation stratégique pour convaincre, mais plutôt de tracer un portrait réel de la situation pour favoriser l'enracinement du nouvel archétype à la réalité.
- c)

8.3.2.7. Documentation empirique des conditions locales

- a) L'état des lieux requis à la légitimation du nouvel archétype auprès des membres du CDS et du CLO n'aurait pu être mené à terme par craintes de sembler trop indiscret aux yeux des structures. La perspective de passer à une analyse en profondeur du local est décrite comme une tâche insignifiante et laborieuse par l'espace d'offre.
- b) Le manque d'appuis empiriques découle de la décision de ne pas mener un état des lieux rigoureux. Les acteurs du champ organisationnel auraient préféré qu'une analyse précise de l'existant soit conduite afin de leur permettre de légitimer leur participation à ce projet en fonction de besoins reconnus de la population. Le niveau institutionnel aurait été, notamment, plus facilement mobilisable si un portrait précis des lacunes du terrain et de ses effets sur la population avait été construit. D'ailleurs, ce désir du stratégique pour un état des lieux plus détaillé a été repris au niveau institutionnel. De façon générale, les membres du CDS désirent des preuves tangibles, des références à des articles, des documents écrits pour légitimer le processus expérimental dans lequel ils s'investiront. Cette inclinaison envers la preuve empirique plutôt que logique, cette nécessité de tout légitimer, au-delà même de ce qui est communément admis a eu une influence sur la gestion du projet. Au-delà du travail a priori, le CDS demande à ce que l'évolution de l'expérimentation soit monitorée de façon beaucoup plus serrée (analyse de l'existant, suivi des coûts, mesure d'impact sur la personne âgée) afin de mettre en lumière les faiblesses de l'archétype pouvant être camouflées par la rigueur de l'encadrement de l'implantation.
- c) L'espace d'offre et l'espace d'usage semblent avoir donnés un sens différent à la pertinence d'un état des lieux. Les échanges ont davantage porté sur l'acteur (équipes projet ou institutions stratégiques) ayant la responsabilité de réaliser l'état des lieux que sur le contenu dudit état des lieux. La méthode adoptée par l'espace d'offre consiste à engager les acteurs stratégique dans la production de cet état des lieux, tandis que l'espace d'usage témoigne d'une attente de légitimation de l'expérimentation, tant en amont (réponse à un besoin) qu'en aval au cours de l'expérimentation (démonstration de plus-value(s)).

8.3.2.8. Dissémination pédagogique

- a) La communication d'information portant sur le nouvel archétype représente la première voie de dissémination et la compréhension de celui-ci, la première étape de légitimation; on ne peut pas être en accord ou désaccord avant d'être bien au fait du modèle à évaluer. La compréhension du nouvel archétype et du processus de dissémination qui mènera à sa réinstitutionnalisation est nécessaire et cruciale à la diminution de l'anxiété réfractaire à l'engagement. L'intelligibilité de l'archétype et des efforts de « dissémination pédagogique » qui lui succèdent permettront d'engager les membres du CDS dans un cheminement vers la reconnaissance ou non-reconnaissance de sa légitimité et d'octroyer un statut d'expert aux membres du CDS qui deviendront des messagers du nouvel archétype au travers leurs hiérarchies respectives. La formation plus spécifique des acteurs du terrain est au même titre un outil essentiel de dissémination du nouvel archétype et une étape clé de la dynamique de réinstitutionnalisation.
- b) Les rencontres du CDS ont mises en lumière les conceptions et degrés de compréhension variables des concepts fondamentaux du modèle PRISMA. La théorisation élaborée par l'équipe projet n'a pas été disséminée d'une façon à permettre la compréhension du nouvel archétype: « *(Citation CDS, acteur stratégique) : J'aurais bien voulu moi vous faire comprendre que je suis un peu ignorant. (...) Si on pouvait avoir une explication, une formation ou bien un moment où vous nous expliqueriez. Parce que nous aussi, je veux dire, on fait comme si on savait et non on n'est pas très fort.* » La clarté de la vision disséminée par l'espace d'offre est déterminante du progrès de la dissémination et de l'opacité de celle-ci qui prit plusieurs mois à s'estomper, et ce, même pour les acteurs les plus investis dans la dynamique de réinstitutionnalisation. Les membres du CDS attendent de recevoir une vision claire et unique plutôt qu'individualisée du projet : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Il y a quand même quelques contradictions dans le document que vous nous avez présenté, et qui nous ont mis en difficulté.* » À ce jour, les membres du CDS semblent reprochés à l'équipe projet de ne pas être toujours bien fixés, cohérents sur la théorie qu'ils disséminent. Néanmoins, on peut avancer que la dissémination pédagogique ainsi que les efforts de légitimation semblent progressivement porter fruit. La migration de certains membres de l'espace d'usage vers l'espace d'offre illustre cette progression tranquille.
- c)

8.3.2.9. Supervision et monitoring

- a) Il est primordial que l'espace d'offre maintienne un rôle de supervision de l'espace d'usage, que l'équipe projet soit garante de l'évolution de la réinstitutionnalisation. Cette supervision serait réconfortante pour les membres du CDS qui s'attendent au maintien de ce rôle par l'espace d'usage. Cet « encadrement » peut être facilité par l'utilisation de dispositifs de suivi des activités concertées des structures. Ainsi, la progression peut être documenté afin d'orienter le développement et justifier les décisions prises; il est parfois tout

aussi important de prendre une bonne décision que de pouvoir argumenter son choix. C'est en ce sens que le CDS demandent à ce que l'expérimentation soit conduite de façon beaucoup plus serrée (analyse de l'existant, suivi des coûts, mesure d'impact sur la personne âgée). Au final, le maintien de l'autorité de l'espace d'offre sur l'espace d'usage passe préférablement par la mise en place d'outil structurant plutôt qu'explicitement contraignant ou coercitif. D'où l'importance de la poursuite par l'espace d'offre et de l'utilisation par l'espace d'usage, du monitoring de l'implantation par la grille d'évaluation de l'implantation des fonctions des six composantes (voir chapitre 4)

b)

c)

8.3.2.10. Communiquer / faire état des avancées réalisées

a) Les leaders du processus de réinstitutionnalisation doivent promouvoir les succès atteints. Dans le cas présent, les progrès effectués ont été communiqués tant par l'espace d'offre : « *(Citation CDS, équipe projet) : Là on voit qu'il y a quand même des avancées dans la concertation, les gens se réunissent. On a réussi à réunir le CDS, on a réussi à réunir le... Bon il y a encore du chemin à faire, mais on a des avancées. »*, que par certains membres du CDS, sinon de la coalition de leadership : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Parce que moi je pense que l'on a évolué depuis la réunion de janvier ... »* Néanmoins, on ne peut pas inventer de succès s'il n'en existe pas, il s'agit donc de démontrer sa vertu, son ardeur au travail, la progression lente mais assurée du processus. D'où l'intérêt de confronter collectivement dans l'espace d'usage des résultats et analyses issus d'un outil synthétique tel que la grille d'évaluation de l'implantation des six composantes (voir chapitre 4).

b)

c)

8.3.3. Aspects structurels

8.3.3.1 Fractionnement du pouvoir

a)

b) La séparation du pouvoir en de multiples foyers complexifie la réinstitutionnalisation : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Moi je travaille dans cette zone-là et ce n'est pas la mauvaise volonté qui compte, c'est de savoir qui prend les décisions, quand la décision est prise, qui la met en œuvre, et ensuite qui la paie, et ensuite qui la suit, et eux-mêmes ils ont du mal. »* La dissociation usuelle du pouvoir de financement et d'expertise de terrain, ainsi que du pouvoir

de financement et du pouvoir de direction, issue de la légitimité rationnelle-légale, nuit à la dynamique de réinstitutionnalisation¹.

c)

8.3.3.2 Mouvance interne

- a) La mouvance interne de personnel d'organisation peut être propice à son engagement dans une nouvelle direction.
- b) La mouvance de personnel serait une source de difficultés considérant les charges de travail supplémentaires liées aux changements internes. Le départ d'acteurs clés est conçu comme une source d'influence négative sur la dynamique de réinstitutionnalisation.
- c) L'intégration des soins et services serait supposée freiner l'impact des mouvances internes de personnels et d'orientations stratégiques (dimensions personne dépendante, ou encore bonne volonté). Cette hypothèse, est un levier d'engagement, minime, mais présent. En tout état de cause les mouvances internes ont un caractère de modulateur, tout autant en termes de position d'engagement que de désengagement.

8.3.3.3. Expérience de gouvernance du changement des membres de l'espace d'usage

- a) Les expériences passées de gouvernance du changement des membres de l'espace d'usage a influencé la dynamique de réinstitutionnalisation. Les initiatives antérieures de certains acteurs du CDS semblent les habiliter à considérer les tracas administratifs inhérents à la mise en œuvre de l'implantation comme des maux nécessaires au passage à un nouvel archétype. La volonté de s'investir à plus forte dose au départ et une capacité de reconnaître les fruits potentiels de cet investissement supplémentaire caractérisent ces membres plus investis de l'espace d'usage.
- b) Le coût cognitif lié à l'échec d'un changement entrepris dans le passé est délétère à un investissement de qualité dans le processus de réinstitutionnalisation.
- c) Les expériences passées de gouvernance du changement des membres de l'espace d'usage sont utilisées comme dimension de marge de manœuvre de justification de retrait et inversement de soutien.

8.4. Dévouement des acteurs détenant le pouvoir envers le nouvel archétype

a)

¹ Sur cet aspect voir chapitre 5

b) Deux membres influents du niveau stratégique considèrent que la gestion de cas représente l'avenir, l'archétype qui sera adopté par tous, en termes d'intégration des services : « *(Citation CDS, acteur stratégique) : Parce que franchement on est parti sur un truc qui risque d'être l'avenir en termes de méthode de partage.* » Toutefois, l'expérimentation PRISMA ne serait pas encore une priorité pour les institutions : « *(Citation CDS, acteur stratégique, parlant de son supérieur hiérarchique) : Il s'habitue au nom PRISMA, mais enfin il ne m'en demande jamais de nouvelles si on ne lui en apporte pas. En général, je vois ses priorités... parce que sur d'autres choses il me demande des nouvelles.* » Il est d'ailleurs exprimé par les membres du CDS que la sanction du projet par le niveau national, la DGS et la CNSA notamment, pourrait être rassurante, mais qu'elle demeure ambiguë¹. De plus, considérant les médecins comme des acteurs significatifs de cette réforme, la perception négative de la légitimité du processus de gestion de cas par le pôle sanitaire, essentiellement les médecins traitants, est considérée comme un élément délétère de la dynamique de réinstitutionnalisation. La notion de secret professionnel est principalement problématique pour les médecins. Il s'agit, dans une perspective intégratrice, de s'assurer de l'engagement des médecins, et, de façon plus générale, de ne pas donner de levier de retrait aux acteurs de l'intégration.

c)

8.5. Caractéristiques de l'agence de changement (de la dissémination)

8.5.1. Implication (autoréalisation)

a) La simple implication dans l'expérimentation devient gage de succès de l'intégration, elle lui permet de s'auto-réaliser. Le CDS reconnaît par exemple qu'il est nécessaire de « conventionner » les relations entre les acteurs du champ organisationnel pour permettre aux gestionnaires de cas de travailler; il faut intégrer pour pouvoir travailler.

b)

c)

8.5.2. Leadership

a) En n'actant pas un leadership soutenu et puissant, l'espace d'offre prend du recul pour ne pas sembler trop directif et intéressé et laisser les foyers de leadership natifs, jouissant d'une légitimité impartiale, faire leur travail au sein du groupe. De nouveaux leaders deviennent ainsi des ressources importantes de par leurs légitimité et neutralité relatives aux yeux des autres membres investit dans le même cheminement vers la reconnaissance de la légitimité du nouvel archétype :

¹ Voir chapitre 9

« (Citation CDS, équipe projet) : Vous êtes un bon avocat du GCS... (rires dans la salle) » On peut décrire ce processus comme celui du développement d'une coalition de leadership.

- b) De façon générale, les membres du CDS s'attendent à plus de leadership de la part de l'équipe projet ; on peut induire que celle-ci a failli à certains degrés à créer un sentiment d'urgence à l'implantation du nouvel archétype : « (Citation CDS, acteur stratégique) Aujourd'hui je voudrais moi que vous nous expliquiez quels sont les manques sur l'arrondissement qui justifient que l'on démarre avec, soit sur tout l'arrondissement, soit sur un territoire plus restreint avec combien de gestionnaires de cas pour répondre à quoi. » À certaines occasions en cours de réunion du CDS, le manque de consensus a priori de l'espace d'offre a laissé percevoir un manque de direction claire.
- c)

8.5.3. Qualité de l'implication de l'espace d'usage

- a) L'importance que chaque structure soit impliquée et contribue à la hauteur de ses moyens est clairement exprimée par le comité de pilotage. En tant qu'animateur de la dynamique de réinstitutionnalisation, l'équipe projet ne demande des acteurs du champ que de spécifier la hauteur de leur engagement et de le respecter afin d'orchestrer l'intégration. La nécessité que les niveaux institutionnel, stratégique et local travaillent en cohérence est clairement exprimée par le comité de pilotage. Il s'agit que chaque structure légitime et dissémine le nouvel archétype à leur hiérarchie spécifique. L'espace d'offre mise sur la présence et le travail des acteurs locaux et stratégiques pour arriver à disséminer le nouvel archétype et l'adapter à leur réalité.
- b) Dans le cas présent, bien que l'équipe projet ait pu communiquer une vision plus claire du nouvel archétype, il appert que certains acteurs du champ organisationnel ne sont pas impliqués à la hauteur requise. Le manque d'écoute, d'attention, de bonne volonté de certains acteurs est notable. En effet, au-delà de la simple présence, la qualité de l'investissement en temps de représentation et en temps cognitif à une influence sur la dynamisation. Par exemple, la perspective que l'APA, une structure importante, ne soit impliquée que de façon passive fait passer un message de faible nécessité d'aller vers le nouvel archétype.
- c)

9. ANALYSE DE LA PRIMO-RECEPTIVITE DU MODELE PRISMA AU NIVEAU CLINIQUE A LA MISE EN PLACE DE LA GESTION DE CAS - RESULTATS PRELIMINAIRES.

L'analyse que nous présentons ici est issue d'une part d'entretiens, d'autre part d'observation des pratiques professionnelles effectués dans l'objectif de documenter l'axe 2 de la recherche. Nous en faisons une analyse centrée sur la primo-réceptivité du modèle plus qu'en rapport avec les pratiques professionnelles. Le nombre très faible de personnes interrogées¹, la précocité de ces entretiens par rapport à l'entrée en fonction des gestionnaires de cas (3mois) et le caractère non finalisé de la recherche explique le caractère préliminaire des résultats présentés. Le plan du texte s'articule autour des 6 composantes du modèle PRISMA et cherche à dégager des enseignements de type facteurs favorisant ou défavorisant l'implantation de l'innovation que représente l'intégration dans le système de soins et d'aide français.

9.1. Concertation des acteurs

Les délais liés à l'implantation et la diffusion probablement insuffisante de l'information entre la table de concertation opérationnelle et les cliniciens obligent les gestionnaires de cas à réexpliquer la raison d'être du projet aux acteurs du 20eme. L'appellation « autonomie 75.20 » renforce cette méconnaissance. *« Elle avait entendu parler de PRISMA mais pas du Service autonomie 75.20 avec les gestionnaires de cas. Elle était un peu étonnée d'une situation qu'on avait en charge. Qui était qui et qui faisait quoi. »*

Même si ce phénomène est transitoire, actuellement il influe directement sur la concertation clinique des acteurs qui n'y se retrouvent pas. Notons que ceci agit indirectement sur l'observabilité des effets du modèle dont l'identité spécifique est diluée.

Par ailleurs, dans son état d'implantation actuel, les cliniciens estiment que le modèle PRISMA soutient la concertation clinique selon deux mécanismes au moins :

La coordination des acteurs cliniques autour de cas pris en charge en gestion de cas est perçue comme un vecteur du désenclavement des pratiques individuelles en soutenant une meilleure connaissance du fonctionnement interne des autres structures avec lesquelles les gestionnaires de cas doivent travailler : *« C'est vrai que le fait de travailler avec elles, on a des retours plus sur leurs organisations, comment elles fonctionnent. Et ça, je trouve que ça facilite le travail en réseau. »*

Par ailleurs, la participation à PRISMA, en raison des rencontres de concertations qu'elle implique, force la « cohabitation » de partenaires du 20eme qui ne se croisent pas dans les activités routinières. **En effet, même si les acteurs au niveau tactiques se concertent via des mécanismes préexistants à PRISMA, les**

¹ Tous les extraits présentés dans ce chapitre sont issus d'entretiens avec les 3 gestionnaires de cas et le pilote en activité en octobre 2008 sur Paris 20^e.

acteurs cliniques ne se connaissent souvent pas, hormis dans des pratiques informelles qui reposent sur des réseaux homophiles. Ceci engendre un effet que nous pourrions qualifier d'inattendu, soit d'ouvrir la porte à de nouvelles collaborations entre les acteurs cliniques dans leurs structures et leurs missions respectives. Ceci a même généré une augmentation du nombre de références de services chez certains partenaires provoquant un resserrement et une standardisation des critères d'admissibilités dans ces structures : *« Déjà, ils sont plus en contact, les services, je pense. Ils ne se critiquent pas moins, mais ils sont plus en contact [...] par des réunions et tout cela. Ce que je te disais, l'[organisme x] a fait plus de demandes au niveau des évaluateurs de l'[organisme y] qu'avant. »*

9.1.1. Concertation-concurrence du PPE

Un des facteurs-clés, que nous avons précédemment identifié, du succès de l'implantation de la gestion de cas, est la préexistence de partenariats historiques sur le territoire où se déroule l'expérimentation¹, mais ces relations partenariales ne sont pas sans tensions. De fait, on ne peut pas aborder la question de la dynamique générale de la concertation sur le 20ème sans aborder la question du rôle du PPE-CLIC, à titre de guichet unique. Pour l'ensemble des acteurs cliniques, le rôle du PPE-CLIC comme guichet unique est l'objet de multiples controverses et tensions qui perdurent depuis le début du projet et resurgissent épisodiquement. Pour le PPE-CLIC, loin d'être un défaut de compatibilité du modèle avec ses propres pratiques préexistante, la gestion de cas correspond à une remise en cause de leur compétence dans la gestion de situations complexes : *« C'est vrai qu'ils ont l'impression comme s'ils avaient la gestion de situations complexes. Quelque part, ils ont le sentiment qu'ils ne faisaient pas bien. »*²

Au delà du PPE-CLIC, l'ensemble des acteurs ayant vocation à assurer une part de la coordination peut se sentir remis en cause par le déploiement du service de gestion de cas. En ce sens, la transmission de cas au gestionnaire de cas par les partenaires peut correspondre à une sorte d'épreuve où ils affrontent dans une arène de la virtuosité : *« Un petit peu nous mettre un petit peu au défi aujourd'hui sur certaines situations. [...] C'est vrai que même nous, on se pose la question de «Comment on va pouvoir faire mieux». « C'est un cas où ils étaient assez en difficulté, où il y avait eu plein de choses essayées, mais elle refusait tout le temps. Et donc, à la fois, ils étaient contents de nous le passer mais c'était un peu de se débarrasser. Ils étaient contents. »*

9.1.2. Rapport sanitaire social

Pour les gestionnaires de cas, PRISMA présente l'avantage d'agir sur les rapports entre le sanitaire et le social, jugés très conflictuels : *« Je trouve que le social, ils sont très en demande du sanitaire mais ils ne veulent surtout pas qu'on marche sur leurs plates-bandes. »*

¹ Voir chapitre 5

² Voir aussi chapitre 6

9.1.3. Rapport aux médecins

Les médecins traitants sont considérés comme les acteurs les plus significatifs pour les gestionnaires de cas en raison de leur expertise et particulièrement de leur pouvoir de prescripteurs : *« Si on n'a pas le médecin, il ne se passe pas grand-chose. Il y a quand même beaucoup de choses qui dépendent de lui. Et puis, beaucoup de choses pour lesquelles on a besoin de sa prescription. »* Il est toutefois difficile pour les gestionnaires de cas de les contacter : *« Le médecin, c'est toujours un peu sensible car il ne faut pas trop les déranger non plus. Il faut les appeler au bon moment, posant les bonnes questions. »* Actuellement, le partage d'informations entre les médecins et les gestionnaires de cas est unidirectionnel mais la reconnaissance du travail des gestionnaires de cas est encore à venir. : *« S'ils y trouvent une plus-value, on arrive toujours à un échange. »* Puisque la pratique de la gestion de cas est naissante, ses porteurs sont en déficit de légitimité. Dans certaines situations observées, les médecins sont utilisés comme des cautions morales par les gestionnaires de cas qui légitiment leurs actions en spécifiant que la demande d'entrée en gestion de cas a été faite à la requête du médecin.

9.2. Porte d'entrée unique avec l'outil de triage

Avant d'arriver en gestion de cas, les dossiers de demande d'entrée en gestion de cas doivent transiter par le guichet unique qui reçoit les demandes afin de vérifier s'ils correspondent aux critères définis par les partenaires. **Or, les gestionnaires de cas déplorent que les problématiques présentées dans les demandes soient mal définies et ne permettent pas de juger du niveau d'intensité des besoins :** *« ils nous orientent sur la situation mais ils ne nous donnent pas le niveau d'intensité. Il y a ce truc qui manque ».*

Les représentations actuelles de la complexité des cas ne mobilisent pas les outils d'évaluation du modèle PRISMA, mais une autre dimension de la complexité qui semble transversale à toutes les représentations, soit la difficulté effective à mettre des services en place dans une situation donnée plutôt qu'un nombre élevé de services à coordonner : *« On est partie du principe que la gestion de cas commence à partir du moment où il y a une complexité. Ça veut dire qu'il y a eu des échecs précédents, des actions qui ont pu être mises en place. », « Ce n'est pas que le fait qu'il y a une multitude de problèmes physiques à résoudre [...]. Je trouve qu'il y a un aspect psychologique de la personne qui fait qu'elle empêche la mise en place des services. Même si on a l'impression qu'elle fait preuve de bonne volonté, elle peut empêcher de mettre en place les services. »*

9.2.1. Valence positive du guichet unique

Malgré les limites que les acteurs associent au formulaire de demande, on reconnaît **le rôle du guichet unique qui permet de prioriser les dossiers à intégrer à la gestion de cas en opérant un tri.** L'usage de documents partagés soutient la traçabilité des dossiers et favorise une meilleure circulation de l'information entre les partenaires.

9.3. Outil d'évaluation multidimensionnel standardisé OEMD (avec un système de classification)

Les gestionnaires de cas considèrent que la complétion de la grille OEMD est un processus complexe. D'une part, **l'outil est jugé complexe en raison du caractère de nouveauté**, ce qui demande un travail d'appropriation et de re-mémorisation des connaissances puisque la formation des gestionnaires de cas a été réalisée en octobre 2007 : « *On a acquis des savoirs, mais après, dans l'expérience, c'est vrai que l'on est qu'à deux mois de vie du projet, deux mois de « vieillissance » du projet quand même.* »

D'autre part, **l'outil est jugé complexe en raison de son caractère multidimensionnel**. À l'heure actuelle, la complétion de l'OEMD prend du temps ; elle nécessite souvent plusieurs visites au domicile de la personne. : « *On ne le connaît pas bien bien, au début, on a mis du temps à le remplir.* » L'usage effectif de la grille lors des visites à domicile est variable, certains gestionnaires de cas s'appuient sur la grille pour orienter le déroulement de l'entretien alors que d'autres réalisent l'entretien en ayant en tête les éléments contenus dans la grille. : « *Je ne voulais pas que ce soit trop formel non plus. L'outil permet quand même d'avoir une trame.* »

Même si son appropriation est encore embryonnaire, la complexité de l'OEMD est perçue comme une entrave à des réévaluations fréquentes, ce qui suscite des inquiétudes de la part de certains gestionnaires de cas relativement à la montée en charge du nombre de dossiers et au travail nécessaire à leur mise à jour : « *J'ai cru comprendre qu'on ferait régulièrement des OEMD. Alors je me dis que ça va être... Enfin, je ne sais pas quel est le rythme, si c'est une annuelle obligatoirement, par exemple. Les contraintes, ce sera certainement quand il y aura beaucoup de situations.* »

Plus fondamentalement, une préoccupation émergente est relative à la dimension pérenne de la validité d'une évaluation et à la détermination de critères de réévaluations en fonction d'une situation de la personne âgée qui peut évoluer rapidement. Ceci appelle à se doter de critères bien définis : « *Est- ce qu'on en fait une autre six mois après, on reprend tous les éléments qu'on a déjà et on remet par-dessus. Ça presse un petit peu, comment dans le temps l'outil va bouger.* »

Toutefois, même s'il est jugé complexe, l'OEMD soutient le développement de la réflexion des gestionnaires de cas dans leur pratique : « *ça me permet de prendre du recul. D'écrire, le fait d'écrire, ça me permet de prendre du recul, de voir qu'est ce qu'il y a, où on veut aller et comment on peut procéder.* »

Le processus de complétion de l'OEMD nécessite de consulter de multiples acteurs professionnels, les proches et la personne âgée, elle-même. Les dossiers analysés et nos observations font état de multiples consultations des professionnels au dossier pour les cas à leur charge. **En ce sens, l'outil soutient le développement d'une lecture multidimensionnelle des problématiques chez les acteurs cliniques. Globalement, cet élargissement du regard clinique est perçu comme un avantage par les gestionnaires de cas et un élargissement de leur champ de compétences respectives.** En ce sens, il a un effet direct sur la tâche : « *Ça permet*

de savoir mieux ce que l'on peut faire avec une personne parce que l'on n'a pas toujours une réponse parfaite. C'est bien d'avoir l'avis des autres personnes pour se construire notre propre avis à partir de l'avis des autres. », « Je commence à mieux connaître le volet social. C'est vrai que je suis peut-être plus attentive à l'assistante sociale, la tutrice, les assistants de secteurs aussi. Enfin, les autres partenaires peut-être. J'ai le sentiment d'avoir un petit peu élargi. », « C'est très séparé le sanitaire et le social. C'est pour cela que rassembler ces deux dimensions dans une évaluation, c'est nouveau. »

Le fait que les gestionnaires de cas partagent des lieux organisationnels communs soutient le partage des expertises réciproques. Dans le même sens, les réunions hebdomadaires auxquelles ils participent avec la pilote locale favorisent le développement d'un regard multidisciplinaire.

9.3.1. Compatibilité de l'outil OEMD avec les pratiques professionnelles des gestionnaires de cas

Il appert que les gestionnaires de cas se montrent plus compétents dans les dimensions de l'outil qui sont relatives à leurs champs professionnels respectifs. Or, la dimension médicale de l'évaluation semble être celle qui est la moins compatible avec les pratiques professionnelles de l'ensemble des gestionnaires de cas qui considèrent ne pas avoir les compétences et la légitimité pour collecter et traiter des informations médicales (état de santé, médicaments). Bien qu'elle soit la gestionnaires de cas le plus proche du champ sanitaire, l'infirmière déplore le manque d'un gestionnaire de cas qui proviendrait de la médecine : *« C'est vrai que d'avoir un avis médical, enfin un expert. »*

Par ailleurs, la vertu intégratrice d'un outil regroupant l'ensemble des dimensions biopsychosociales ne semble pas encore perçue, du moins à ce stade-ci de l'implantation. Il est vrai que les documents ne sont pas partagés de façon systématique entre les acteurs cliniques que ce soit sous formes de documents ou de manière plus informelle. (*Voir section partage des documents*). De même, la cohabitation conceptuelle du concept de dépendance associé, à la grille AGGIR et du concept d'autonomie fonctionnelle, associé au SMAF/OEMD, ne semble pas influencer sur un mouvement des représentations des acteurs cliniques. En fait, ni l'un ni l'autre des outils ne semble porter les représentations cliniques de la situation des personnes que nous pouvons retrouver dans le discours des gestionnaires de cas.

Si l'évaluation multidimensionnelle ne soulève pas d'incompatibilité fondamentale le partage des informations contenues dans les évaluations OEMD suscite encore beaucoup de résistances : *« J'ai discuté du contenu [avec d'autres professionnels] mais c'est vrai que ce n'est pas dans notre démarche. Habituellement, quand on travaille dans le social, on ne partage pas forcément nos évaluations. Donc, c'est vraiment tout nouveau ».*

Certaines sections de l'outil comme les croyances religieuses, la sexualité et la consommation d'alcool apparaissent aux yeux des gestionnaires de cas comme des dimensions extrinsèques au champ de son intervention : *« C'est très intrusif. C'est très intrusif. Déjà le fait d'intervenir chez les personnes, c'est déjà intrusif. Le fait*

d'avoir en plus des questions par rapport à la sexualité et aux croyances, je trouve que c'est vraiment très personnel et je n'ai pas à avoir ces éléments. »

A prime abord, ce serait davantage la mise en forme standardisée et formalisée qui cause problème et implicitement, l'échange d'informations avec d'autres acteurs cliniques via des mécanismes formels.

9.4. Gestion de cas

9.4.1. Elargissement du mandat professionnel et regard interdisciplinaire

Pour les différents professionnels issus des structures ayant délégué du personnel en gestion de cas, cette nouvelle fonction représente **un élargissement de leur mission et de leur champ d'activité respectifs dans leur structure d'appartenance et se déploie dans une perspective multidimensionnelle, ce qui a pour eux une très forte valence positive** : *« Pour moi, ce que j'aime bien, quand j'allais voir les gens [en tant que professionnel] parfois, je ne pouvais mettre en place les choses parce que l'aspect (...) et global, je n'ai pas le temps de m'en occuper et ce n'est pas mon rôle. [...] Je trouve que c'est tellement positif d'avoir du temps. [...] Ce que j'adore, c'est le fait qu'on peut imaginer des choses. D'habitude, on a des rôles très cernés, très carrés. Là, on peut faire preuve d'imagination pour essayer de trouver certaines solutions. C'est ça qui est intéressant. On a une liberté. », « C'est des accompagnements qui vont plus loin que ce qu'on pouvait faire dans [l'organisation x]. C'est vraiment plus global. [...] »*

9.4.2. Représentation de la gestion de cas

Les représentations de l'activité associée à la gestion de cas sont encore polysémiques et teintées des expériences professionnelles réciproques. Notons que ces représentations sont également congruentes avec les représentations de la complexité des cas. : *« Un accompagnement médico-social, avec une dimension beaucoup plus sanitaire que les accompagnements qu'on peut faire que j'ai connu. Le gestionnaire de cas, c'est vraiment le coordonnateur, en fait, qui vraiment, chapeaute un petit peu. Qui a une vue d'ensemble, en fait. Et qui voit les différents intervenants et qui coordonne au mieux. Pour assurer un accompagnement, un accompagnement vraiment de proximité. », « C'est l'évaluation des besoins, des incapacités, la planification de services. C'est la réévaluation des besoins. Ce sont des visites et des entretiens. »* La gestion c'est aussi d'avoir peu de personnes en charge afin d' *« assurer la mise en place de plusieurs services et de les coordonner », « C'est l'accompagnement de la personne pour coordonner les services médicaux et sociaux. »*

9.4.3. Observabilité des bénéficiaires du modèle chez les acteurs

L'observabilité de la gestion de cas dans sa phase actuelle d'implantation a déjà des effets positifs auprès des personnes âgées et de leur famille pour qui les gestionnaires de cas semblent être une figure significative qu'ils n'hésitent pas à contacter : *« J'ai eu beaucoup de retours de la cousine qui lui dit que ça lui fait du*

bien d'avoir quelqu'un de plus. Et la cousine, elle dit que ce soit bien que l'on soit deux à parler des mêmes choses avec X », « Au SSIAD, les gens nous appelaient pour se plaindre par exemple ou quelque chose comme cela, mais ils ne nous appelaient pas beaucoup pour poser des questions, pour avoir des avis. Ici, les gens téléphonent pour savoir, pour avoir des informations. »

Pour les gestionnaires de cas, la personne âgée et sa famille occupent une place « *indispensable et participante* » dans la coordination. En fait, les représentations des gestionnaires de cas sont teintées des fondements de la loi de février 2002 : « *Son rôle est au cœur de la gestion de cas. Même si c'est un tiers qui en fait la demande, la loi [de février 2002] dit bien que l'utilisateur doit être au cœur du système, qu'on écoute. On doit être dans le recueil de ses besoins et de ses attentes aussi.* »

Par ailleurs, cette perception de la centralité de la famille se manifeste dans la représentation actuelle du locus des difficultés des gestionnaires de cas à effectuer leur travail de coordination qui réside non pas chez les autres partenaires, mais qui est plutôt engendré par les résistances des personnes et de leurs proches.

9.4.4. Observabilité des bénéfices du modèle chez les partenaires

Du côté des partenaires professionnels dans les structures d'origines des gestionnaires de cas ou dans les autres structures, **les gestionnaires de cas sont d'abord reconnus comme acteurs cliniques selon leurs structures d'appartenance** réciproques plutôt que par leur fonction en gestion de cas : « *Ce qu'ils voient, c'est les interventions d'une [nom du métier d'origine], quand j'interviens.* »

Pour certains gestionnaires des cas, **c'est l'auto-reconnaissance de la dénomination même de gestionnaires de cas qui est fragile** : « *J'ai beaucoup de mal avec le terme gestionnaire de cas. Du coup, je me présente en tant que [nom du métier d'origine]. [...] Gestionnaire, ça fait plus une dimension financière, économique. Je ne suis pas du tout dans la gestion.* »

Parfois la difficulté à reconnaître la légitimité des gestionnaires de cas se manifeste dans des luttes de reconnaissance des perceptions réciproques des compétences : « *C'est vrai que les [nom du métier x] sont souvent des acteurs qui ont, bon, qui ont du mal à comprendre que de formation [nom du métier d'origine], je puisse élargir mes compétences au [champ du métier x] [...]. Elles nous voient encore dans nos anciennes professions.* »

Or, l'observabilité des effets bénéfiques et de la légitimité des gestionnaires de cas est encore un processus embryonnaire. En ce sens, **un réel marqueur de la centralité des gestionnaires de cas comme acteurs de la coordination serait que les partenaires les reconnaissent comme des « interlocuteurs privilégiés pour la personne » et des porteurs de l'information relative aux personnes âgées suivies, ce dont on peut déjà observer un mouvement en ce sens** : « *Il y a de plus en plus de partenaires qui se réfèrent à moi.* » Notons que ce critère est aussi vu comme un indicateur d'une implantation réussie.

Par rapport à leur fonction respective au sein de leur structure d'appartenance, la gestion de cas provoque un renversement de rôle dans leur rapport avec les autres acteurs professionnels. C'est qu'en raison de la prise en charge plus globale qu'ils peuvent offrir ; les gestionnaires de cas ne sont plus en position de demandeurs mais acquièrent une position plus centrale car le cadre de leur intervention est plus globale. : « *Ils sont contents qu'on leur apporte un service [...] ils s'inquiètent de leur patient. [...] si quelqu'un peut suivre les choses et appliquer ce qu'ils ont préconisé, ou leurs idées, mais qu'ils n'ont pas le temps de mettre en place.* »

En ce sens, une des conditions gagnantes de la pérennisation de la gestion de cas c'est la perception par les partenaires de son utilité directe dans l'exécution de leur tâches : « *Si les partenaires y trouvent un intérêt, une réponse par des actions, ils nous solliciteront. Si à un moment donné, ils font appel à nous qui n'a pas de réponses et pas d'actions, ils ne nous appelleront plus, ils diront qu'ils savent faire.* »

Mais la pérennisation de la gestion de cas doit aussi passer par une reconnaissance institutionnelle assujettie à du financement des structures et une reconnaissance juridique du métier de gestionnaires de cas.

9.4.5. Représentation de la coordination

Coordonner c'est : « *Rester disponible et d'être reconnu des différents intervenants dans la situation. De pouvoir organiser tout le soutien à domicile et les démarches éventuelles à faire au cours du suivi. Voilà, c'est vraiment être reconnu, pour pouvoir agir.* », « *Avoir une relation avec toutes les personnes intervenant auprès d'un usager. Mettre les liens les uns envers les autres et établir des services. Vérifier que les services sont adaptés et sont bien, je dirais, correspondants aux besoins et aux incapacités.* »

9.5. Plans de services individualisés

La réalisation du plan de service s'est avéré être un processus complexe pour les gestionnaires de cas au regard de plusieurs dimensions. D'abord au niveau de sa mise en forme manuscrite qui a été utilisée au début car toutes modifications des dits plans les rendaient difficilement lisibles.

Ensuite, l'appropriation du lexique prescrit relatif aux orientations du PSI a été un exercice difficile pour les gestionnaires de cas qui n'arrivaient pas s'entendre sur le sens des différents verbes d'orientations : « *Il y avait des orientations qui étaient trop québécoises pour nous. Qui n'allaient pas trop. Il y avait des mots qu'il a dû nous expliquer les mots* »

Enfin, le processus de rédaction du PSI est complexe car il représente un exercice de hiérarchisation des actions à mettre en place : « *il y avait des idées un peu dans tous les sens et j'avais du mal à cerner la priorité.* » Plus fondamentalement, **la difficulté des gestionnaires de cas à réaliser le PSI réside dans une mise en tension (dialectique) entre l'exercice de planification et l'action effective des gestionnaires de cas qui réalise in-situ la détermination des moyens à mobiliser en fonction du contexte effectif d'une situation** : « *Il faut tester. C'est*

difficile de savoir tant qu'on n'a pas testé avec la personne. Parfois, il faut prendre une décision sans avoir toutes les cartes en main. Sinon, planification de services, ça m'agace un peu parce que ça fait un peu mécanique, un peu. », « Le besoin non-comblé, on est en train de travailler dessus. Je ne sais pas, ce n'est pas aussi noir ou blanc en fait, C'est difficile. On commence quelque chose mais qu'on ne sait pas très bien définir, en fait. »

Pour certain gestionnaire de cas, la difficulté à réaliser le PSI semble relever d'une incompatibilité avec la représentation de la gestion de cas plus axée sur la coordination des services et moins sur le soutien psychosocial. *« C'est toujours planification des services et moi, ça m'embête un peu parce que, pour moi, c'est aider la personne déjà à savoir ce dont elle a besoin comme service. L'aider à les accepter et l'accompagner pour cela. Ça me semble plus difficile de faire accepter, de définir avec elle ce besoin. »*

Le PSI est perçu comme un outil qui favorise la coordination : *« Pour parler avec les gens, c'est plus clair, les objectifs et tout cela. », « Si on a les mêmes objectifs, c'est vrai qu'on que ça pourrait être quelque chose pour partager avec les autres. »*

9.6. Dossier clinique informatisé ou partageable/partage de l'information

9.6.1. État de l'acheminement des documents selon les procédures prescrites

Il importe ici de discriminer le partage d'informations réalisé de manière informelle, et oralement par les gestionnaires de cas, lequel soutient une coordination informelle des actions et le partage des informations selon les procédures formelles qui ont été prescrites dans les ententes entre les partenaires du projet PRISMA. Actuellement, la dimension informelle est davantage présente. Notons toutefois le caractère très préliminaire de ces observations en période de « mise en œuvre » du service.

Les documents synthèses de l'OEMD et les PSI ne sont pas encore envoyés aux partenaires de façon systématique en raison des difficultés relatives à la rédaction du PSI car il avait été convenu que les deux documents devaient être acheminés simultanément aux partenaires : *« Et à quel moment on envoie les PSI aux gens. Il faut quand même que ce soit un peu stabilisé sinon on va passer notre vie à envoyer des PSI, puisque c'est un format papier. », « On n'a pas eu le temps de faire les écrits qui prennent du temps et de les envoyer. [...] on n'a pas encore envoyé assez les comptes rendus aux différents intervenants »*

Toutefois les orientations retenues dans les PSI sont partagées de manière informelle avec les partenaires.

9.6.2. Entraves au partage de documents

Même si on déplore l'usage temporaire de la version papier du PSI, le partage d'une version informatisée du PSI soulève certains enjeux de confidentialité relatifs aux informations nominales : *« qui est à la vue des personnes. »*

L'acheminement des documents par les gestionnaires de cas soulève des préoccupations relativement à leur perception par les autres acteurs cliniques mais la nature de ces préoccupations est encore imprécise.

9.6.3. Pratiques et usage des notes évolutives

L'usage des notes évolutives est une pratique largement usitée chez l'ensemble des gestionnaires de cas. Ces notes n'ont toutefois qu'un usage interne au sein du GCSMS Autonomie 75.20 : « *Chaque fois que l'on téléphone à quelqu'un. Chaque fois que l'on a une action, chaque fois que l'on fait une visite, on note un petit commentaire. Ce qui permet d'avoir le fil de la prise en charge, de l'accompagnement.* » Les gestionnaires de cas considèrent que l'exhaustivité dans la rédaction des notes évolutives leur permet de suivre un dossier lorsque qu'un collègue en charge du dossier est absent, particulièrement en raison de la mise en place de mi-temps en gestion de cas.

9.7. Gouverne générale du projet

La principale entrave technique relatée est relative à l'utilisation, au début, d'une forme manuscrite des PSI, qui les rendaient les dits plans en partie caduques relativement à leur mise à jour et leur diffusion aux autres partenaires. Ceci les a momentanément disqualifiés quant à leur usage direct sur la tâche et à l'observabilité des bénéfiques que les PSI peuvent générer d'autant plus que leur partage très restreint aux partenaires a également entravé la diffusion des synthèses de l'OEMD puisqu'il avait été convenu que les deux documents étaient acheminés ensembles.

9.7.1. Conditions défavorables

Le déploiement temporel du projet est considéré comme un modulateur important de la réussite de son implantation. Les gestionnaires de cas déplorent les délais dans le démarrage du projet qui ont eu d'une part, des effets sur la rétention des savoirs à mobiliser et d'autre part, auraient quelque peu entaché la légitimité du projet chez les partenaires : « *On a perdu un peu des acquis de la formation. Puisque bon, on a été formés il y a plus d'un an. [...]. C'est vrai que chez les partenaires, on en parle, on en parle, on en parle. Je pense que par rapport à une crédibilité aussi, il faudrait que ce soit, enfin, plus rapide.* »

Mais d'un autre côté, il y a une conscience que le projet nécessite du temps pour s'implanter et que le temps est le facteur qui, plus que tout autre, joue sur la réussite de cette implantation.

Les gestionnaires de cas ont formulés certaines attentes face au pilotage du projet relativement à l'amélioration des outils et à la nécessité de recevoir davantage de formations. Pour certain gestionnaires de cas qui perçoivent le rôle d'accompagnement social des personnes comme une composante importante de la gestion de cas, les attentes sont relatives à un besoin de formations : « *Avoir des formations encore puisqu'il y a certaines choses, sur la prise en charge de la*

démence et tout ça. C'est quand même pratiquement toujours des cas où il y a des problèmes de démence. »

Les cliniciens ont également formulé des recommandations relatives au pilotage général du projet relativement à son intégration : *« Moi, je crois que les conditions propices, ça serait que l'on ne cherche pas à plaquer quelque chose, mais qu'on cherche à faire participer les gens à quelque chose. Et que, quand on se retrouve confronté à des difficultés d'implantation, c'est parce que l'on essaie d'imposer. En tout cas, les gens le vivent comme quelque chose d'imposé. », « J'ai eu le sentiment que, en amenant en même temps, concertation et gestion de cas, on mélange tout au final. C'est-à-dire que je pense que la concertation pouvant découler sur l'intégration doit être préalable à la gestion de cas. »*

9.7.2. Rapport à l'intégration

A l'heure actuelle, l'intégration apparaît comme une notion sous-problématisée voire absente chez les gestionnaires de cas. Même s'il y a un processus de reconnaissance de la gestion de cas par l'ensemble des acteurs partenaires, celle-ci est davantage identifiée à une pratique de coordination parmi d'autres possibles ou comme un réseau spécifique qui prend en charge les cas dont les autres acteurs ne peuvent assumer la prise en charge. D'une certaine façon, tous se revendiquent la prérogative d'être en mesure de faire de la gestion de cas : *« Pour les collègues de mon service, le directeur leur avait proposé de faire de la gestion de cas dans le (nom d'un arrondissement). Il voulait mettre cela en place, il voulait mettre ça en place et leur avaient proposé donc, de le faire. »*

Au final, même si les représentations de l'intégration sont encore lacunaires on peut penser que les vertus de l'intégration émergeront pour une part avec l'avancement effectif de l'implantation : *« Je pense que les professionnels de terrain, qui se revendiquent en tant que tel, ils ont besoin de «faire», quelque chose de très opérationnel. Ils veulent bien faire. Ils ne voient pas forcément de plus value à s'harmoniser avec le voisin. Ce qu'il veut est ce qu'il fait lui, c'est bien. En proposant la gestion de cas en même temps que l'intégration, en même temps que la concertation, ce qui l'intéresse lui est ce que va faire le gestionnaire de cas. »*

10. CONCLUSION : SYNTHÈSE EN VUE DE L'EXPERIMENTATION MAIA DES FAITS LES PLUS SAILLANTS DE CE RAPPORT

L'expérimentation PRISMA France a démontré qu'il était possible de faire évoluer l'organisation des soins et services d'un territoire vers une plus grande intégration. Cela a été démontré sur les trois sites pourtant contrastés en matière d'offre et d'organisation socio-sanitaire.

L'expérimentation PRISMA France a également apporté des enseignements concernant le temps nécessaire à cette évolution. En 18 mois, il a été possible de faire passer le taux d'implantation du modèle d'environ 5% à environ 20%, sachant qu'une progression du taux supérieure à 50% est probablement nécessaire pour que le dispositif ait un effet sensible sur la santé publique [24].

Différentes natures de facteurs expliquent ce temps nécessaire. Ils peuvent être considérés comme des modulateurs du temps nécessaire à l'évolution vers l'intégration.

Certains modulateurs sont structurels et peu sujet à modification à court et moyen terme :

- un champ marqué par un système de protection sociale particulier et par la décentralisation conduisant à un champ sans « acteur pivot » et des logiques d'action nombreuses et hétérogènes expliquant qu'un délai irréductible est nécessaire à la construction d'un nouveau mode organisationnel
- ceci conduit également à souligner que dans ce domaine en particulier l'Etat ne peut pas tout et ne peut rien sans partenariat étroit. La gestion de l'innovation que constitue l'intégration doit nécessairement passer par un processus de construction et de mise en œuvre partenariale et cogérée.
- afin de respecter les règles actuelles de fonctionnement du système, il est apparu indispensable de créer deux tables de concertation, l'une stratégique et l'autre tactique opérationnelle en séparant clairement les attributs et fonctions de chacune de ces tables pour que les personnes qui y siègent, puissent être réellement en position de prise de décision.
- les modifications structurelles en cours (territorialité, agence régionale de santé, cinquième risque) sont susceptibles à terme d'être des facteurs favorisant l'intégration mais durant leur propre déploiement il est possible qu'il y ait au contraire un impact négatif de ces réformes sur les délais nécessaires à l'évolution vers l'intégration

D'autres modulateurs sont liés à la culture du tissu sociosanitaire et nécessitent un temps assez long de modification :

- les praticiens et gestionnaires anticipent une importante plus-value au nouveau champ professionnel que représente la gestion de cas et sont capables de s'investir pleinement et de façon continue dans le temps dans une expérimentation visant à l'implanter.
- la nécessité d'évoluer vers l'intégration est globalement sous-problématisée à tous les niveaux de prise de décision du tissu sociosanitaire. Spontanément,

la coordination, comme animation de la complexité ambiante, fait d'avantage sens et les acteurs ont ainsi tendance à vouloir principalement renforcer leurs modes organisationnels plutôt que de les modifier.

- Il existe un risque de lecture uniquement « institutionnelle » de l'innovation et par suite de désinvestissement des praticiens notamment du fait de la relation des professionnels à la standardisation
- Le champ sociosanitaire français a été marqué ces dernières années par de nombreux plans et mises en œuvre de projets innovants pour lesquels les délais entre leur expérimentation, leur institutionnalisation et leur tentative de remplacement par un nouveau dispositif ont été très courts. Cela explique une sensibilité des acteurs à avoir une attitude de « fatigue de l'innovation ». Donner le temps nécessaire au déploiement et à l'évaluation des nouveaux modes organisationnels paraît un élément déterminant pour stabiliser les acquis et entretenir la motivation.

D'autres modulateurs encore sont liés au choix de management de l'expérimentation, ces derniers pourraient être modifiés

- La gestion du projet avec un pilote stratégique et un chef de projet opérationnel n'a pas toujours été bénéfique. Il aurait probablement été plus souhaitable d'avoir sur chaque site un pilote responsable à la fois de créer les conditions d'une concertation stratégique et de réunir les acteurs tactiques opérationnels. De ce point de vue l'expérimentation MAIA doit veiller au bon positionnement du pilote local notamment par rapport aux autorités stratégiques locales.
- Le manque d'outil et d'expertise en gestion de projet de grande envergure s'est fait sentir durant l'expérimentation dans certains délais de réponses ou de mise en œuvre, ces derniers peuvent être raccourcis. L'équipe nationale MAIA en s'adjoignant la présence d'un expert en méthodologie de projet devrait pouvoir faire face à ces difficultés
- Le caractère très expérimental de la mise en œuvre du modèle PRISMA en France a permis l'identification de différentes impasses organisationnelles qui pourront être évitées dans l'expérimentation nationale MAIA
- La légitimité nationale de l'expérimentation, qu'elle tenait du comité stratégique national a été un élément important de son déploiement. Il paraît essentiel que l'expérimentation MAIA puisse s'appuyer sur un certain niveau de gouvernance commune d'une part et que le message politique de la priorité d'aller vers l'intégration pour servir au mieux la population soit claire à la fois pour l'équipe nationale en charge de la mise en œuvre des MAIA mais également pour tous les sites expérimentaux.
- La conduite du changement par une approche de type « aider à advenir », s'appuyant notamment sur les transferts de savoirs a été un élément important de l'adhésion des partenaires à la démarche et de leur possibilité d'adaptation du modèle aux réalités locales. Néanmoins, cette même approche, du fait de son caractère inhabituel dans le champ gérontologique a conduit parfois à des prises de position stratégique permettant un repli en cas d'insuccès. L'équipe projet reste persuadée que le « bon modèle » d'intégration en France doit encore donner lieu à des adaptations locales que seul un mode de management de type « aider à advenir » autorisera et évitant des déviations importantes par rapport au plan. Cette position devrait néanmoins être clairement explicitée aux partenaires.

- L'implication d'experts « neutres » dans la mise en œuvre de l'expérimentation est un élément qui semble avoir accéléré l'obtention de certains consensus (notamment autour des outils). L'accompagnement de l'équipe nationale MAIA par des experts semble de nature à poursuivre cette dynamique positive.
- L'accompagnement par une équipe de recherche, inscrite dans une démarche de recherche action et la production de résultats chiffrés sur l'évolution de la situation paraît avoir été un facteur de motivation à la participation. La mise en œuvre d'outils de management inspiré de ces travaux de recherche pourrait être un élément important de cogestion (par les sites et par l'équipe nationale) au cours de l'expérimentation MAIA.

Enfin, certains modulateurs sont liés à des contextes organisationnels précis et appellent à une flexibilité dans la gouvernance du changement

- Dans les mégapoles la grande fragmentation des « grandes institutions » appelle un important travail de pilotage stratégique au plus près des décideurs.
- La prise en compte de priorités pour les partenaires, comme cela a été le cas pour les enjeux éthiques de la gestion de cas doit pouvoir être autorisée faute d'un désinvestissement lourd de conséquences
- L'adaptation des modèles organisationnels aux réalités locales doit permettre de créer les conditions locales innovantes du déploiement des résultats de l'intégration
- Les éléments qui ont pu être facilitant dans un site ne doivent pas être proposés trop rapidement aux autres où ils peuvent ne pas avoir le même sens.
- Les éléments qui posent problème ou qui sont facilitant pour l'appropriation des objectifs du déploiement de l'intégration sur un territoire peuvent varier d'un site à l'autre.

11. POURSUITE DES RECHERCHES PRISMA France

La direction générale de la santé a souhaité voir se poursuivre les recherches commencées au cours de l'expérimentation PRISMA France alors qu'il était mis fin à l'accompagnement opérationnel des sites au 31 décembre 2008 (deux à cette date avait l'opportunité de poursuivre la démarche au travers de l'expérimentation des MAIA).

Les recherches PRISMA France se poursuivent donc jusqu'au 31 décembre 2010

La poursuite de l'axe 1 permettra de mesurer sur les 3 sites et aux 3 étapes, la progression de l'implantation de l'intégration. Ces évaluations seront présentées et discutées avec les acteurs stratégiques et opérationnels, sous réserve de leur accord.

La poursuite des travaux de recherches en cours permettra :

- de préciser les effets du transfert de gouvernance du changement (de l'équipe projet aux sites eux-mêmes) sur l'évolution de l'intégration
- l'influence de la mise en œuvre du dispositif MAIA sur l'intégration
- l'identification dans le temps de nouveaux facteurs aidant ou entravant la progression vers l'intégration
- l'identification d'un cadre théorique des modulateurs de l'adaptation de l'innovation

La mise en route de l'axe 2 et de l'axe 3 de la recherche devrait permettre

- de caractériser les pratiques professionnelles actuelles de coordination et leur évolution dans le temps en cas de déploiement de la gestion de cas
- de documenter et de comprendre le processus d'appropriation par les acteurs cliniques des différentes composantes du modèle
- de préciser les facteurs influençant l'évolution de ces pratiques professionnelles
- de préciser le vécu qu'auront les personnes âgées de l'intégration et de la gestion de cas et comment ces dispositifs parviennent réduire les effets néfastes des ruptures de continuité

BIBLIOGRAPHIE

1. Hebert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A: *PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. International Journal of Integrated Care* 2003, 3:e08.
2. Nies H: *Managing effective partnerships in older people's services. Health Soc Care Community* 2006, 14(5):391-399.
3. Munday B: *Services sociaux intégrés en Europe. Strasbourg: Edition du conseil de l'Europe; 2007.*
4. Kodner DL: *Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. Health Soc Care Community* 2006, 14(5):384-390.
5. Kodner DL, Kyriacou CK: *Fully integrated care for frail elderly: two American models. Int J Integr Care* 2000, 1:e08.
6. Contandriopoulos AP: *La gouvernance dans le domaine de la sante: une regulation orientee par la performance. Sante Publique* 2008, 20(2):191-199.
7. Kroger E, Tourigny A, Morin D, Cote L, Kergoat MJ, Lebel P, Robichaud L, Imbeault S, Proulx S, Benounissa Z: *Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. BMC Health Serv Res* 2007, 7:195.
8. Johri M, Beland F, Bergman H: *International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence. Int J Geriatr Psychiatry* 2003, 18(3):222-235.
9. Couturier Y, Carrier S, Gagnon D, Chouinard I: *Les appropriations locales de la gestion de cas et leurs enseignements pour l'implantation en d'autres contextes. In L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Edited by Hébert R, Tourigny A, Gagnon M. Québec (QC): Edisem; 2007.*
10. Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, Dallaire L: *A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006, 61(4):367-373.
11. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P: *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. Bmj* 1998, 316(7141):1348-1351.
12. Eng C, Pedulla J, Eleazer GP, McCann R, Fox N: *Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. J Am Geriatr Soc* 1997, 45(2):223-232.
13. Challis D, Darton R, Johnson L, Stone M, Traske K: *An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for frail elderly patients: I. The model of care. Age and Ageing* 1991, 20(4):236-244.
14. Charles J: *The coordination process of nursing case management. Virginia Commonwealth University; 1996.*
15. Malone TW, Crowston KG: *Toward an interdisciplinary theory of coordination - Tech report 120. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Coordination Science; 1991. Disponible à l'adresse suivante [page consultée le].*
16. Chisholm D: *Coordination without hierarchy : informal structures in multiorganizational systems. Berkeley, CA: University of California Press; 1989.*
17. Couturier Y, Somme D, Carrier S, Trouve H, Gagnon D: *Le travail social et l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Analyse comparée de deux initiatives québécoise et française. Intervention* 2007(127):6-15.

18. Leutz WN: *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom*. *Milbank Quarterly* 1999, 77(1):77-110, iv-v.
19. Somme D, Trouve H, Couturier Y, Gagnon D, Lavallart B, Hebert R, Cretin C, Saint-Jean O: *Prisma France: programme d'implantation d'une innovation dans un systeme de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modele d'integration base sur la gestion de cas*. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008, 56(1):54-62.
20. Tourigny A, Durand PJ, Bonin L, Hébert R, Rochette L: *Evaluation de l'efficacité d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées vulnérables*. In *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Edited by Hébert R, Tourigny A, Gagnon M. Québec (QC): EDISEM; 2004:57-78.
21. Hebert R, Veil A: *Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system*. *International Journal of Integrated Care* 2004, 4:e05.
22. Hébert R: *L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité*. *Vieillesse et Société* 2003(HS):67-75.
23. Hébert R, Dubois M, Raïche M, Dubuc N: *Les impacts du réseau intégré de services PRISMA: méthodologie et données de base*. In *L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Edited by Hébert R, Tourigny A, Gagnon M. Québec (QC): Edisem; 2007:219-241.
24. Hébert R, Raïche M, Dubois M, Dubuc N, Tousignant M, Gueye N: *Les impacts du réseau intégré de services sur les personnes âgées et leurs aidants dans l'étude PRISMA-Estrie*. In *L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Edited by Hébert R, Tourigny A, Gagnon M. Québec (QC): Edisem; 2007:243-269.
25. Muchielli A: *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines 2eme édition*. Paris: Armand Collin; 2004.
26. Falzon P: *L'ergonomie*. Paris: Presse Universitaire de France; 2004.
27. Yin RK: *Case Study Research: design and methods*. London, UK: Sage Publications; 1984.
28. Blanchet A, Gotman A: *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris: Nathan; 1992.
29. Garfinkel H, Barthelemy M, Dupret B, de Queiroz J, Quéré L: *Recherches en ethnomethodologie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2007.
30. Bruyère C: *La cohabitation réseaux-hiérarchie dans les réseaux hybrides centrés bénéficiaires*. Université de la Méditerranée; 2008.
31. Merckle P: *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris: La découverte; 2004.
32. Contandriopoulos AP, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R: *Intégration des soins: dimensions et mise en oeuvre*. *Revue transdisciplinaire en santé* 2001, 8:38-52.
33. Kooiman J: *Governing as Governance*. London: Sage Publications; 2003.
34. Mayntz R: *Governing failures and the problem of governability*. In *Modern Governance*. Edited by Kooiman J. London: Sage Publications; 1993.
35. Boussaguet L, Jacquot S, Ravinet P: *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris: Presses de Sciences Po; 2004.
36. Haut comité consultatif de la population et de la famille : *Politique de la vieillesse*. Paris: La documentation française; 1962. Disponible à l'adresse suivante [page consultée le].
37. Ennuyer B: *1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie*. *Gérontologie et Société* 2007(123):153-167.
38. Palier B: *Gouverner la sécurité sociale*. 2eme édition. Paris: Presses Unisersitaires de France; 2005.

39. Pierson P: *Increasing returns, path dependence and the study of politics*. *American Political Science Review* 2000, 94:251-267.
40. Palier B, Bonoli G: *Entre Bismark et Beveridge : crise de la sécurité sociale et politique(s)*. *Revue française de science politique* 1995, 45:668-699.
41. Hassenteufel P: *Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation ; une comparaison européenne (Allemagne, France, Grande Bretagne)*. *Revue internationale de politique comparée* 1998, 5(315-341).
42. Laroque M: *Politiques sociales dans la France contemporaine : le social face à l'avenir*. Paris: Editions STH; 1990.
43. Gaudin J-P: *L'action publique : sociologie et politique*. Paris: Dalloz; 2004.
44. Enjolras B: *Gouvernance et intérêt général dans les services sociaux de santé*. Bruxelles: Edition Peter Lang; 2008.
45. Enjolras B, Laville J-L: *France: des services locaux associatifs et publics, confrontés à des règles nationales changeantes*. In *Les services sociaux, entre associations, Etat et marché*. Edited by Laville J-L, Nyssens M. Paris: La découverte; 2001:25-46.
46. Clergeau C, Dussuet A, Nogués H, Prouteau L, Schiebb-Bienfait N, Urbain C: *L'économie sociale et solidaire et les services à domicile aux personnes âgées, Rapport final du programme d'économie sociale et solidaire en région*. Paris: Université de Nantes, Maison des sciences de l'homme Ange Guépin; 2002. Disponible à l'adresse suivante [page consultée le].
47. Ennuyer B: *Repenser le maintien à domicile; enjeux, acteurs, organisation*. Paris: Dunod; 2006.
48. Enjolras B: *Le marché providence : aide à domicile, politique sociale et création d'emploi*. Paris: Desclée de Brouwer; 1995.
49. Denis J-L, Contandriopoulos AP: *Gouvernance clinique : discussion et perspectives*. *Pratiques et organisation des soins* 2008(39):249-254.
50. Brault I, Roy DA, Denis J-L: *Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé*. *Pratiques et organisation des soins* 2008(39):167-173.
51. Pomey MP, Denis J-L, Contandriopoulos AP: *Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé*. *Pratiques et organisation des soins* 2008(39):183-194.
52. Hall PA: *The role of interests, institutions, and ideas in the comparative political economy of industrialized nation*. In *Comparative politics Rationality, Culture and Structure*. Edited by Linchbach M, Zuckerman A. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1997:174-207.
53. Bressé S: *Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000*. Paris: Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2004. Disponible à l'adresse suivante <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er296.pdf> [page consultée le 16/01/2008].
54. Meyer C, Couffinhal A: *Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé : le champ d'une décision politique ? : rapport pour le Commissariat général du plan*. Boulogne-Billancourt: La documentation française; 1996. Disponible à l'adresse suivante <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974005200/index.shtml> [page consultée le].
55. Daniel C, Delpal B, Lannelongue C: *L'inspection générale des affaires sociales : Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) : rapport définitif*. Paris: La

- documentation Française; 2006. Disponible à l'adresse suivante <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000726/index.shtml> [page consultée le 16/01/2008].
56. Demers L, Turgeon J: *Une innovation locale dans le domaine des services sociaux et de la santé au Québec*. In *Gouvernance et intérêt général dans les services sociaux et de la santé*. Edited by Enjolras B. Bruxelles: Peter Lang; 2008.
 57. Demers L, Saint-Pierre M, Tourigny A, Bonin L, Bergeron P, Rancourt P, Dieleman L, Trahan L, Caris P, Barrette H et al: *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Ecole Nationale d'administration publique, Université du Québec; 2005. Disponible à l'adresse suivante [page consultée le].
 58. Thevenot L: *Equilibre et rationalité dans un univers complexe*. *Revue Economique* 1989, 40:147-198.
 59. Boltanski L, Thevenot L: *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard; 1991.
 60. Boltanski L, Chiappello E: *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard; 1999.
 61. Orléan D: *The cognitive turning point in economics*. *Revue d'économie politique* 2002(112):717-738.
 62. Latour B: *Ces réseaux que la raison ignore*. Paris: L'Harmattan; 1992.
 63. Eymard Duvernay F, Favereau O, Salais R, Thévenot L: *Valeurs, coordination, rationalité : trois thèmes mis en relation par l'économie des conventions* In *L'économie des conventions, méthodes et résultats - Tome 1, Débats*. Edited by Eymard Duvernay F, Favereau O, Salais R, Thévenot L. Paris: La découverte; 2006.
 64. Callon M: *Elements pour une sociologie de la traduction. La domestication des marins-pêcheurs et des coquilles saint-jacques dans la baie de Saint-Brieuc* *Année sociologique* 1986, 36:169-208.
 65. Lascoumes P: *Rendre gouvernable : de la traduction au transcodage. L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique*. In *La Gouvernabilité*. Edited by Curap. Paris: Presses Universitaires de France; 1996:325-338.
 66. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*. *Milbank Q* 2004, 82(4):581-629.
 67. Rogers EM: *Diffusion of innovations*. New York, NY: Free Press; 2003.
 68. Oldenberg B, Hardcastle D, Kok G: *Diffusion of health education and health promotion innovations*. In *Health behavior and health education: Theory, research and practice II*nde edition. Edited by Glanz K, Lewis B, Rimer B. San Francisco, (CA): Jossey-Bass; 1997:270-286.
 69. Ollerearnshaw S, E K: *The effectiveness of different mechanisms for spreading best practice*. London: Cabinet Office; 2000.
 70. Nutley S, Davies H: *Developing organizational learning in the NHS*. *Medical Education* 2001, 35:35-42.
 71. Jané-Llopis E, Barry M: *What makes mental health promotion effective?* *Promotion & Education* 2005, 47(Suppl 2):64-70.
 72. Akrich M, Callon M, Latour B: *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris: Presses de l'Ecole des mines; 2006.
 73. Wennberg JE: *Practice variations and health care reform: connecting the dots*. In *Health Aff (Millwood)* web exclusive. 2004:VAR 140-144. Disponible à l'adresse suivante <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.var.140v1> [page consultée le].

74. Denis J-L, Hébert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier L: *Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. Health Care Management Review* 2002, 27:60-73.
75. Greenhalgh T: *How to read a paper. The basis of evidence-based medicine 2d edition. London (UK): BMJ Publishing Group; 2001.*
76. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K: *Realist review : a new method of systematic review defined for complex policy interventions. J Health Ser Res Policy* 2005, 10(Supp 1):21-34.
77. Barry M, Domitrovich C, Lara M: *The implementation of mental health promotion programmes. . Promotion & Education* 2005, 30(suppl 2):62-68.
78. Alter N: *L'innovation : un processus collectif ambigu. . In Les logiques de l'innovation : Approche pluridisciplinaire (Edited by Alter N. Paris: La Découverte & Syros; 2002:15-40.*
79. Duraffourg M, Paul S: *L'inspection générale des affaires sociales: Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. La documentation Française; 2006. Disponible à l'adresse suivante <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000760/index.shtml> [page consultée le 16/01/2008].*
80. Gallez C: *Office parlementaire d'évaluation des politiques de Santé : Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. La documentation française; 2005. Disponible à l'adresse suivante <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000497/index.shtml> [page consultée le 16/01/2008].*
81. *Les personnes âgées dépendantes. Paris: La Cour des Comptes; 2005. Disponible à l'adresse suivante <http://www.ccomptes.fr/CC/Theme-25.html> [page consultée le 2008/01/16].*
82. Mintzberg H: *Power in and around organizations. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall College Div 1983.*
83. Plsek PE, Greenhalgh T: *Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ* 2001, 323(7313):625-628.
84. Burnes B: *Managing change: a strategic approach to organisational dynamics. 4th edition. London (UK): Pearson Education; 2004.*
85. *Les réseaux de politiques publiques. Débat autour des policy networks. Paris: L'Harmattan; 1995.*
86. Hinings CR, Greenwood R, Reay T, Suddaby R: *Dynamics of change in organizational fields. In Handbook of organizational change and innovation Edited by Poole MS, Van de Ven AH. New York: Oxford University Press; 2004.*
87. Sminia H, Van Nistelrooij ATM: *Strategic management and organization development; planned change in a public sector organization. Journal of Change Management* 2006, 6:99-104.
88. Beer M, Nohria N: *Cracking the code of change. Harvard Business Review* 2000, 78(133-41).
89. Aubert N: *Pouvoirs et jeux de pouvoirs. In Management aspects humains et organisationnels. Edited by Aubert N, Guerre J-P, Jabes J, Laroche H, Michel S. Paris: Presses Universitaires de France; 1991:327-346.*
90. *Managing intergrated care for older people. Helsinki: Stakes, EHMA; 2006.*
91. Harrison D: *Confiance identitaire, confiance cognitive et processus d'innovation. In La confiance : approches économiques et sociologiques. Edited by Thuderoz C, Mangematin V, Harrison D. Grenoble: INRA-ESR; 1999:209-232.*
92. *Handbook of organizational change and innovation. New-York (NY): Oxford University Press; 2004.*

93. *Clegg C, Walsh S: Soft systems analysis. In Encyclopedia of Social Science Methods. Edited by Lewis-Beck M, Bryman A, Liao T. Oregon: Sage; 2004.*
94. *Lascoumes P, Le Galès P: Sociologie de l'action publique. Paris: Armand Colin; 2007.*
95. *Stone D: Causal Stories and the Formation of Policy Agendas. Political Science Quarterly 1989, 104(2):281-300.*
96. *Somme D, Trouve H, Couturier Y, Carrier S, Gagnon D, Lavallart B, Hebert R, Cretin C, Saint-Jean O: [Prisma France: implementation program of an innovation in health and services system for disabled people. Adaptation of a case-management based integration model]. Rev Epidemiol Sante Publique 2008, 56(1):54-62.*

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'évaluation	173
Annexe 2 : Modèle d'analyse de la gouverne	191
Annexe 3 : Glossaire	195
Annexe 4 : Valorisation des recherches	197

Annexe 1 : Grille d'évaluation

Calcul du niveau d'implantation à partir des fonctions des composantes

PRÉAMBULE

La méthodologie de l'étude d'implantation PRISMA France est celle d'une étude de cas multiples (trois sites expérimentaux). Il s'agit d'une méthode de recherche fondée sur l'enquête de terrain.

Le calcul du degré de mise en œuvre du modèle PRISMA sur chacun des trois sites expérimentaux, présenté dans ce document, vise à permettre un bilan évolutif et comparatif du processus d'implantation.

L'échelle d'évaluation du degré d'implantation a été construite en référence à la grille élaborée au Québec, et dont la pertinence a été validée par l'étude d'impact PRISMA au Québec. Un travail d'ajustement à la configuration française a été réalisé à partir d'une analyse de contexte et en collaboration avec l'équipe PRISMA Québec. L'échelle d'évaluation du degré d'implantation a été validée par le comité scientifique PRISMA France, par le Comité de Protection des Personnes (CPP) et par la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL).

La formalisation de ce système d'évaluation a pour but spécifique de permettre :

- de mesurer la fidélité de l'implantation par rapport au modèle ainsi que la stabilité de l'implantation ;
- d'établir le rythme d'implantation ;
- de tester la faisabilité et l'acceptabilité du modèle PRISMA en France.

DISPOSITIF D'ÉVALUATION : SUIVI LONGITUDINAL

Pour cela, l'étude d'implantation effectue un monitoring des six composantes du modèle selon une période de référence préétablie, c'est-à-dire sur une durée de fonctionnement équivalente d'un site expérimental à l'autre.

T0 : Phase de pré-implantation s'échelonnant du démarrage (contexte initial) jusqu'à la formation des gestionnaires de cas (*1 mesure tous les 6 mois*) ;

T1 : Processus d'implantation durant 18 mois de façon à prendre en compte la montée en charge des dossiers de gestion de cas (à raison de 5 nouveaux dossiers/mois) et de l'expérimentation des outils et des processus (*3 mesures : 1 tous les 6 mois*) ;

T2 : Fonctionnement de la gestion de cas (*2 mesures à intervalle de 6 mois*).

DÉMARCHE D'ÉVALUATION : FONCTIONNELLE

L'échelle d'évaluation, présentée ci-dessous, décrit les critères de jugement attribués à chacune des six composantes du modèle organisationnel PRISMA France, ainsi que le système de notation qui leur est attribué.

Le postulat méthodologique est fonctionnaliste : il s'agit de fonder le raisonnement évaluatif sur la fonction de chaque composante (*première colonne : variables stratégiques*).

Les critères fonctionnels (*deuxième colonne*) font référence à la fois à une finalité, à un comportement, et un événement observable et mesurable avec un délai d'obtention.

La grille d'évaluation se concentre donc sur des éléments objectivables et n'évalue que la présence, la présence partielle ou l'absence de l'aspect fonctionnel de chaque composante (*quatrième colonne : indicateurs*).

TECHNIQUE D'EVALUATION : TRIANGULATION

La notation est effectuée par la triangulation des données de l'étude de cas.

Une étude de cas comporte plusieurs méthodes de collecte de données : veilles législatives, réglementaires et documentaires ; entretiens individuels et collectifs ainsi qu'observations directes et participatives ; analyse de dossiers de gestion de cas anonymisés, *etc.*

Ces données sont traitées par différentes techniques d'analyse : analyse thématique des entretiens individuels annuels auprès des acteurs (analyse informatisée à l'aide du logiciel Nvivo) et analyse de contenu d'outils normés alimentés en continue (journal d'implantation, dossiers thématiques pour chacune des 6 composantes, fiches identité - dynamique structure, relevés des données quantitatives de traitement de dossiers de gestion de cas, *etc.*).

Les méthodes de collecte de données utilisées pour réaliser la notation sont présentées *en italique pour chacune des variables stratégiques et critères fonctionnels*.

SYSTÈME DE VALIDATION INTERNE

La notation est stabilisée après validation croisée interne des membres de l'équipe de recherche.

La collecte et le traitement des données sont effectués par l'ingénieur de recherche. Il réalise une première notation du taux d'implantation. Le responsable projet et recherches effectue une seconde notation, en aveugle de la première, à partir des documents sources.

S'il n'y a pas d'écart significatif de notation (par composante, écart de notation inférieur à 1 point), la note donnée par le premier évaluateur, qui a le plus grand nombre de données, est retenue.

En cas d'écart significatif, un troisième examinateur, l'ingénieur d'étude, est consulté pour trancher en faveur de l'une ou de l'autre des notes

COMPOSANTE : CONCERTATION

La concertation joue un rôle important dans l'implantation en raison :

- du grand nombre d'acteurs impliqués et de leur appartenance professionnelle et institutionnelle diversifiée,
- des enjeux soulevés par le modèle autour des pratiques institutionnelles et professionnelles.

Il faut donc qu'il existe un **mécanisme de concertation régulier** (1.1) dans lequel les acteurs concernés ont un **représentant** (1.2) présent de façon **continue** (1.3) et **régulière** (1.4).

Les réunions de concertation, conformément aux ordres du jour, doivent **porter sur l'expérimentation** (1.5) et donner lieu à des **prises de décisions effectives**, impactant le continuum de services (1.6).

Variables stratégiques	Critères fonctionnels	Base unitaire	Indicateurs retenus pour notation pondérée
1.1. Présence d'une structure pour se concerter	Existe-t-il un mécanisme de concertation ?	3 points	Base unitaire décomposée : - 1 point pour existence (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0) - 1 point pour fréquence (Méthode de notation relative : 0,25 - 0,5 - 0,75 - 1) - 1 point pour indépendance organisationnelle (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0)
<i>Méthode de collecte de données : Inventaire analytique de la documentation pertinente Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO Observation directe des réunions (+/- enregistrées) Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i>			
1.2. Représentation des acteurs concernés	Les membres représentent-ils tous les groupes d'acteurs concernés par les réseaux intégrés de services ?	3 points	Nombre de groupes d'acteurs représentés par rapport au nombre total de groupes d'acteurs concernés (Méthode de notation par pourcentage)
<i>Méthode de collecte de données : Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO Observation directe des réunions (+/- enregistrées) Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i>			
1.3. Continuité de la représentation	Les acteurs concernés ont-ils tous des représentants stables ?	3 points	Nombre de désignation d'un référent, représentant d'un groupe d'acteur par rapport au nombre total de groupes d'acteurs (Méthode de notation par pourcentage)
<i>Méthode de collecte de données : Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO Observation directe des réunions (+/- enregistrées) Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteur</i>			

1.4. Participation régulière	Les représentants participent-ils régulièrement aux rencontres ?	3 points	Stabilité de la représentation de chaque groupe d'acteurs par rapport au nombre total de groupes d'acteurs (Méthode de notation par pourcentage)
<i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i>			
1.5. Acteurs informés des changements dans les services	Les acteurs partagent-ils de l'information sur les changements, dans les services aux personnes âgées visées, au sein des CDS et des CLO ?	4 points	Base unitaire décomposée : - 2 points sur jugement par rapport à l'ordre du jour : respect versus boycott (Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 -2) - 2 points sur jugement par rapport au contenu de la discussion : phases et outils d'implantation du modèle versus problématiques générales annexes (Méthode de notation relative : 0,5 - 1- 1,5- 2)
<i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Inventaire analytique de la documentation pertinente</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i>			
1.6. Acteurs inscrits dans une régulation partenariale du continuum de services	Les acteurs jouent-ils un rôle dans la régulation du continuum de services ?	4 points	La régulation partenariale correspond aux niveaux d'engagements, illustrés par les types de décisions Base unitaire échelonnée : - 1 point pour modèle de collaboration (CDS et CLO dans logique offre activités répondant aux besoins des populations cibles) - 2 points pour modèle de mobilisation (CDS et CLO dans logique de définition « cause commune », impliquant une responsabilisation des partenaires) - 4 points pour modèle de développement social (CDS et CLO dans logique de changement de structure et/ou de fonctionnement, impliquant un pouvoir d'influence sur les contextes et sur les acteurs ainsi qu'un engagement des partenaires dans l'action)
<i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Inventaire analytique de la documentation pertinente</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i>			
		/20 points	

COMPOSANTE : GESTION DE CAS

La gestion de cas est un nouveau **rôle professionnel** réalisé par des techniciens formés (2.1.2) désignés en cohérence avec les **besoins locaux** (2.1.3) et avec les **moyens humains et financiers mobilisables** (2.1.1).

La gestion de cas renvoie à une **fonction** générique de « maintien à domicile intensif », nécessitant un **volume circonscrit de dossiers** (2.2.1) gérés à partir de l'utilisation d'**outils spécifiques de traçabilité** de gestion de cas (2.2.2).

Variables stratégiques	Critères fonctionnels	Base unitaire	Indicateurs retenus pour notation pondérée
2.1. Profession de gestion de cas	2.1.1. Quel est l' écart du nombre de gestionnaires de cas (ETP) en poste comparé à l' objectif fixé par les acteurs CDS/CLO ?	4 points	Base unitaire décomposée : <ul style="list-style-type: none"> - 2 points pour les engagements des organismes en cours de réalisation (Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2) - 2 points : processus de mise en adéquation du nombre de gestionnaires de cas/aux besoins de gestions de cas (analyse file active/file d'attente) (Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3)
	2.1.2. Les gestionnaires de cas ont la possibilité de suivre une formation de qualité ?	4 points	Base unitaire décomposée : <ul style="list-style-type: none"> - 2 points pour la présence de tous les gestionnaires de cas à l'intégralité des sessions de formation (Méthode de notation par pourcentage) - 2 points pour la qualité perçue de la formation suivie, évaluée par démarche « questionnaire de satisfaction » (Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)
	2.1.3. Le nombre de gestionnaires de cas (ETP) en poste est-il cohérent avec l' estimation faite par le comité de pilotage ?	2 points	(Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)
<i>Méthode de collecte de données : Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO Observation directe des réunions (+/- enregistrées) Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs Dénombrement du nombre de gestionnaires de cas en équivalent temps plein (ETP)</i>			

2.2. Fonctions du gestionnaire de cas	2.2.1. Quel est l'écart entre le Caseload moyen des gestionnaires de cas et celui recommandé (40 par gestionnaire de cas) ?	5 points	(Méthode de notation relative avec seuil : <ul style="list-style-type: none"> - 0% : 0 point - 20% : 1 point - 40% : 2 points - 60% : 3 points - 80% : 4 points - 100% : 5 points - 120% : 4 points - 160% : 2 points - 180% : 1 point - 200% : 0 point)
	2.2.2. Dans les dossiers de gestion de cas, y a-t-il des traces des échanges d'informations et des systèmes utilisés pour ces échanges ?	5 points	Recensement nature et quantité des échanges d'informations Base unitaire décomposée : <ul style="list-style-type: none"> - 1 point pour contacts avec médecin traitant (Méthode de notation par pourcentage par dossier) - 2 points pour traçabilité de la coordination des intervenants (Par dossiers et intervenants pertinents : 0,5 - 1 - 1,5 - 2) - 2 points pour cumul des outils de gestion de cas (Outil d'Évaluation Standardisé, Plan De Services Individualisé, Système d'Information Partageable) ? (Méthode de notation par pourcentage par dossier)
Méthode de collecte de données : Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois) Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois) Analyse de dossiers anonymisés des personnes suivies en gestion de cas			
		/20 points	

COMPOSANTE : LE GUICHET UNIQUE

L'objectif premier du guichet unique est d'**améliorer l'accessibilité aux services**.

Pour cela, outre le fait d'être le **moyen d'accès à la gestion de cas** (3.1.1), il doit permettre **la liaison et l'interaction** entre les différents professionnels (3.1.2).

Accroître la **centralisation et l'accès à l'information** (3.2) pour les personnes âgées, leurs proches et les intervenants vise également à permettre l'amélioration de l'accès aux services.

En contribuant au **repérage de la population à risque** de perte d'autonomie (3.3), en **utilisant des outils dédiés** et en **effectuant une relance** pour les cas pré-identifiés (3.5), la fonction de **triage** est optimisée (3.4) et doit permettre d'améliorer l'accessibilité aux services.

Variables stratégiques	Critères fonctionnels	Base Unitaire	Indicateurs retenus pour notation pondérée
3.1. Existence d'une porte d'entrée unique à la gestion de cas	3.1.1. Le guichet unique est le seul moyen d'accès à la gestion de cas ?	2 points	Base unitaire décomposée : - 1 point pour lieu et numéro de téléphone dédiés (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0) - 1 point pour incluant élaboration d'une méthode de diffusion des conditions d'accès à la gestion de cas : 1 point (Méthode de notation relative : 0,25 - 0,5 - 0,75 - 1)
	3.1.2. Le guichet unique est perçu comme le lieu d'interaction et de liaison des secteurs sanitaires et sociaux ?	2 points	(Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)
3.2. Guichet unique centralisateur de l'information sur le réseau de soins et services	3.2.1. Le guichet unique est une structure d'accès à l'information sur le réseau ?	3 points	Base unitaire décomposée : - 2 points pour information accessible : - 1 point : aux personnes âgées et leur entourage (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0) - 1 point : aux professionnels (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0) - 1 point pour moyens d'accès à l'information : - 0,5 point : téléphone (Méthode de notation binaire : Oui = 0,5 / Non = 0) - 0,5 point : déplacement sur place (Méthode de notation binaire : Oui = 0,5 / Non = 0)

	3.2.2. Le guichet unique est une structure d'information crédible sur le réseau ?	2 points	<p>Base unitaire décomposée : un professionnel est responsable de définir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 point : une méthode de recueil des informations (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0) - 1 point : une méthode d'actualisation des informations (Méthode de notation binaire : 1 point : Oui = 1 / Non = 0)
<p><i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Observation directe du fonctionnement du guichet unique (1 journée/6 mois)</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i></p>			
3.3. Repérage	Le guichet unique fonctionne avec un outil dédié et commun pour repérer les personnes âgées à risque de perte d'autonomie ?	6 points	<p>Base unitaire décomposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 points : procédure de repérage définie (Méthode de notation binaire : Oui = 2 / Non = 0) - 2 points : procédure de repérage respectée pour l'accès à gestion de cas (Méthode de notation par pourcentage) - 2 points : procédure, comprenant outil de repérage, systématisée c'est-à-dire appliquée à tout public âgé (Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)
<p><i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Observation directe du fonctionnement du guichet unique (1 journée/6 mois)</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i></p>			
3.4. Fonction de triage	Le guichet unique permet de coordonner l'accès aux soins et services ?	2 points	<p>Le professionnel responsable de l'orientation des demandes peut mobiliser les moyens adéquats (recueil d'information, pré évaluation, etc.)</p> <p>Base unitaire décomposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 point : réalisation de la fonction (Méthode de notation relative : 0 - 0,25 - 0,5 - 0,75 - 1) - 1 point : efficacité de l'orientation (Méthode de notation relative : 0 - 0,25 - 0,5 - 0,75 - 1)
<p><i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Observation directe du fonctionnement du guichet unique (1 journée/6 mois)</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i></p>			

<p>3.5. Stratégie proactive</p>	<p>Les professionnels du guichet utilisent la relance dans une perspective préventive de la perte d'autonomie ?</p>	<p>3 points</p>	<p>Base unitaire décomposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 point pour appropriation, par le personnel, de l'utilité de cette fonction (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0) - 1 point pour possibilités d'exercice de cette fonction (ressources humaines disponibles en particulier) (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0) - 1 point pour pratiques de relances à visée préventive effectives (Méthode de notation relative : 0,25 - 0,5 - 0,75 - 1)
<p><i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Observation directe du fonctionnement du guichet unique (1 journée/6 mois)</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i></p>			
			<p>/20 points</p>

COMPOSANTE : OUTIL COMMUN D'ÉVALUATION ET DE CLASSIFICATION

La fonction d'un outil **commun** d'évaluation et de classification est de réduire la duplication des évaluations et des interventions ainsi que les multiples répétitions intrusives dans le vécu personnel des personnes âgées.

L'utilisation d'un outil commun d'évaluation et de classification, par des partenaires diversifiés, implique des changements importants dans les pratiques professionnelles.

Ces transformations engagent nécessairement les acteurs dans un **processus définitionnel** (4.1).

L'utilisation d'outils communs à **toute la population en gestion de cas** et par **tous les partenaires** (4.2), constitue un élément important de l'intégration car ils servent à porter des messages cliniques, sources **de langage commun**, (4.3) nécessaires à **l'ajustement du travail des professionnels** et à une reconnaissance mutuelle.

Variables stratégiques	Critères fonctionnels	Base Unitaire	Indicateurs retenus pour notation pondérée
4.1. Outil commun d'évaluation partagé	4.1.1. Un outil commun a été défini et validé par les acteurs ?	2 points	(Méthode de notation relative : - 0,25 - 0,5 - 0,75 - 1 pour définition - 1,25 - 1.5 - 1,75 - 2 pour définition et validation)
	<i>Méthodes de collecte de données :</i> Analyse ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO Observation directe des réunions des CDS et CLO (+/- enregistrées) Entretiens individuels semi directifs (1 tous les ans) pour chaque groupe d'acteur		
	4.1.2. Il existe un processus d'évaluation collaboratif et multidisciplinaire ?	3 points	(Méthode de notation relative : 0 -0,5 - 1 - 1,5 - 2- 2,5 -3)
	<i>Méthodes de collecte de données :</i> Analyse ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO Observation directe des réunions des CDS et des CLO (+/- enregistrées) Entretiens individuels semi directifs (1 tous les ans) pour chaque groupe d'acteurs Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois) Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois) Analyse de dossiers anonymisés des personnes suivies en gestion de cas		
4.2. Un outil d'évaluation reconnu	4.2.1. Toute la population cible à la gestion de cas est évaluée avec cet outil ?	2 points	(Méthode de notation par pourcentage)
	<i>Méthodes de collecte de données :</i> Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois) Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois) Analyse de dossiers anonymisés des personnes suivies en gestion de cas		
	4.2.2. L'évaluation réalisée par les gestionnaires de cas est reconnue pour l'accès aux prestations (acceptation du GIR) ?	4 points	Base unitaire décomposée : - 2 points pour reconnaissance formelle par l'Equipe Médico-Sociale APA (Méthode de notation binaire : Non = 0 / Oui = 1) - 2 points pour reconnaissance formelle évaluation par l'Equipe CNAV (Méthode de notation binaire : Non = 0 / Oui = 1)

	4.2.3. L'évaluation multidimensionnelle réalisée par les gestionnaires de cas est reconnue par tous les partenaires ?	2 points	(Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)
<i>Méthodes de collecte de données :</i> <i>Analyse ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions des CDS et des CLO (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i> <i>Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas</i>			
4.3. Outil de classification des profils des personnes âgées	4.3. Une classification systématique du profil des personnes prises accompagnées est effectuée à l'issue de l'évaluation ?	2 points	(Méthode de notation par pourcentage)
<i>Méthodes de collecte de données :</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i> <i>Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas</i>			
		/15 points	

COMPOSANTE : PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISE (PSI)

La fonction du PSI est d'être un **outil spécifique de coordination inter-structures** et de cohérence des interventions.

Pour atteindre cette fonction, toute la population en gestion de cas doit **avoir un PSI** (5.1) dans lequel sont **énumérés** les services prestés et prescrits (5.3.1), consentis par la personne âgée (5.2). Pour être un outil de planification coordonnée, les acteurs doivent définir des **procédures de suivi et d'actualisation** du PSI (5.3.2).

La coordination et la mise en cohérence des interventions, nécessite la **mutualisation** du PSI avec l'ensemble des intervenants (5.4), de même qu'une **communication professionnelle en référence au PSI** (5.5).

Variables stratégiques	Critères fonctionnels	Base Unitaire	Indicateurs retenus pour notation pondérée
5.1. Planification individuelle	Existe-t-il un PSI dans les dossiers des gestionnaires de cas ?	3 points	(Méthode de notation par pourcentage)
5.2. Consentement explicite	Les dossiers comprennent une procédure de consentement des personnes âgées quand aux orientations de leur PSI ?	2 points	(Méthode de notation relative : 0,5 - 1 - 1,5 - 2)
<i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois) Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois) Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas</i>			
5.3. Normalisation des contenus des PSI et procédures d'actualisation	5.3.1. Les PSI énumèrent les services prestés et les services à mettre en place ?	3 points	Base unitaire décomposée : - 1 point pour liste des services prestés (Méthode de notation par pourcentage) - 1 point pour liste des besoins non couverts par les services prestés (Méthode de notation par pourcentage) - 1 point pour synthèse/analyse critique (analyse comparative prestés/pertinents) (Méthode de notation relative : 0,25- 0,5 - 0,75- 1)

	5.3.2. Existe-t-il des mécanismes de suivi et d'actualisation des PSI ?	2 points	Base unitaire décomposée : - 1 point pour définition procédure d'actualisation (Méthode de notation binaire Non = 0 / Oui = 1) - 1 point pour application procédure d'actualisation (notation par pourcentage)
<i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions des CDS et des CLO (+/- enregistrées)</i> <i>Entretien individuel semi directif (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i> <i>Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas</i>			
5.4. Formalisation et effectivité de procédures de partage des PSI	Les PSI sont mutualisés par l'ensemble des partenaires ?	3 points	Base unitaire décomposée : - 1 point pour formalisation procédure de partage (Méthode de notation binaire Non = 0 / Oui = 1) - 1 point pour formalisation procédure d'accès (Méthode de notation binaire Non = 0 / Oui = 1) - 1 point pour procédures effectives de mutualisation (partage+accès) (Méthode de notation par pourcentage)
<i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions des CDS et des CLO (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i> <i>Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas</i>			
5.5. Rapport des intervenants au PSI	Les gestionnaires de cas communiquent avec les intervenants en référence au PSI ?	2 points	Base unitaire décomposée : - 1 point pour communication avec le PSI des GC vers les intervenants (Méthode de notation relative : 0,25-0,5-0,75-1) - 1 point pour intervenants actifs dans demande d'information du PSI (Méthode de notation relative : 0,25-0,5-0,75-1)

Observation directe des réunions des CDS et des CLO (+/- enregistrées)
Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteur
Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)
Entretien individuel avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)
Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas

**/15
points**

COMPOSANTE : SYSTEME D'INFORMATION PARTAGEABLE (SIP)

La fonction première du système d'information partageable (SIP) consiste à permettre aux professionnels de disposer de **procédures standardisées de partage d'informations** (6.1.1) relatives aux personnes âgées en gestion de cas, si ces dernières **consentent** à ce que les professionnels intervenant auprès d'elles échangent à leur sujet (6.1.2).

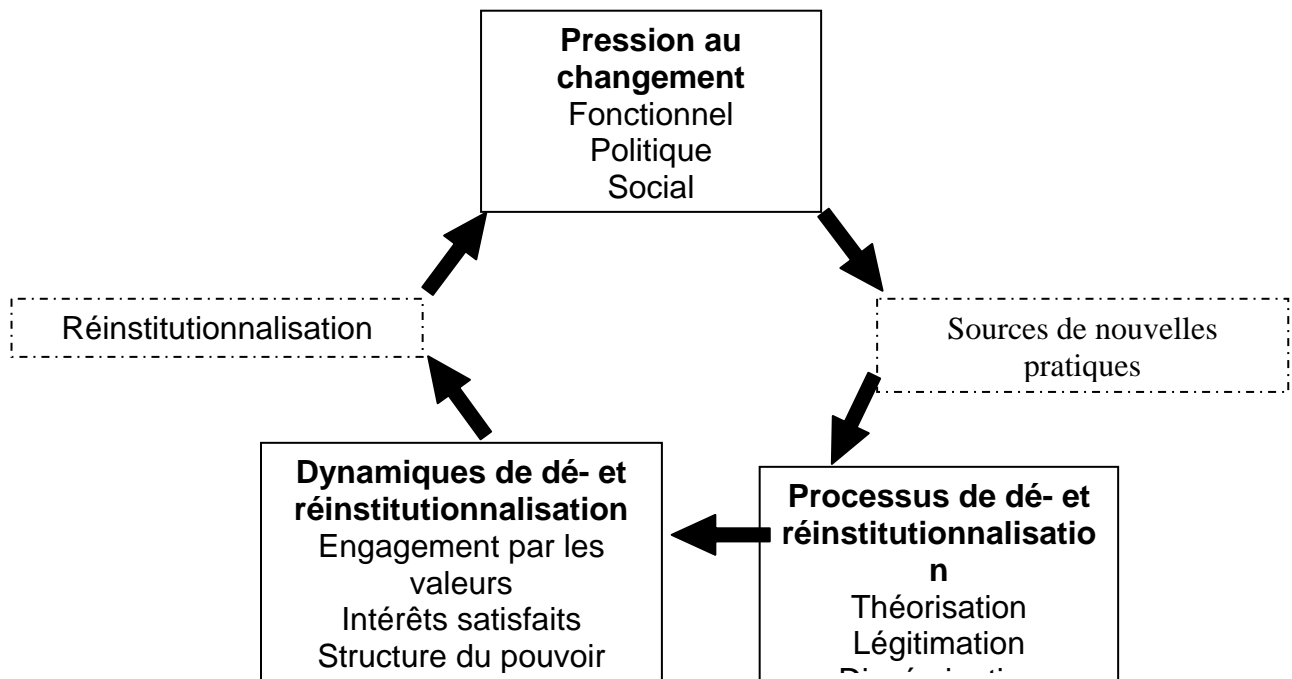
Pour que cette fonction soit remplie, il est nécessaire que les intervenants connaissent la **nature des informations partageables** et les **procédures de partage d'information** communes aux intervenants (6.2.1). Il faut également que ces procédures de partage d'informations soient **accessibles** à tous les intervenants concernés et effectivement **utilisées** par ces derniers (6.2.2).

Variables stratégiques	Critères fonctionnels	Base Unitaire	Indicateurs retenus pour notation pondérée
6.1. Définition de procédures standardisées de partage d'information	6.1.1. Les acteurs ont défini la nature des informations partageables aux intervenants ?	3 points	(Méthode relative : 0,5 – 1 - 1,5 –2 -2,5 - 3)
	6.1.2. Les acteurs ont défini des procédures d'éthique professionnelle de gestion de cas sur le partage d'informations cliniques ?	3 points	Base unitaire décomposée: - 1 pour définition méthode consentement de la personne (Méthode de notation binaire : Oui = 1 / Non = 0) - 1 pour définition mesure de sécurité et de confidentialité (Méthode de notation relative : 0,25-0,5-0,75-1) - 1 point pour procédure commune unique (fax, mail, logiciel, etc.) (Méthode de notation relative : 0,25-0,5-0,75-1)
<i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions des CDS et des CLO (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Rapports d'activités éventuels des acteurs</i> <i>Observation du travail des gestionnaires de cas (1 journée/6mois)</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i> <i>Analyse de dossiers des personnes suivies en gestion de cas</i>			
6.2. Déploiement de l'outil	6.2.1. Les acteurs sont informés des procédures de partage d'information communes à tous les intervenants ?	2 points	Base unitaire décomposée: - 1 point pour la diffusion de l'existence des procédures aux acteurs intervenants (Méthode de notation relative : 0,25-0,5-0,75-1) - 1 point pour La connaissance de l'existence des procédures de la part des intervenants (Méthode de notation relative : 0,25-0,5-0,75-1)

	<p>6.2.2 Le système de partage d'information est accessible et utilisé par tous ?</p>	<p>2 points</p>	<p>Base unitaire décomposée</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 point pour accessibilité au système de partage d'information (Méthode de notation relative avec seuil : <ul style="list-style-type: none"> - 0,25 point pour inf. à 60% - 0,5 point pour inf. à 80% - 0,75 point pour sup. à 80% - 1 point pour 100%) - 1 point pour utilisation du système de partage d'information (Méthode de notation relative par seuil : <ul style="list-style-type: none"> - 0,25 point pour inf. à 60% - 0,5 point pour inf. à 80% - 0,75 point pour sup. à 80% - 1 point pour 100%)
<p><i>Méthode de collecte de données :</i> <i>Ordre du jour et compte-rendu des CDS et CLO</i> <i>Observation directe des réunions des CDS et des CLO (+/- enregistrées)</i> <i>Entretiens individuels semi directifs (à T0, T1, T2) pour chaque groupe d'acteurs</i> <i>Rapports d'activités éventuels des acteurs</i> <i>Entretiens individuels avec les gestionnaires de cas (1/6 mois)</i></p>			
			<p>/10 points</p>

Annexe 2 : Modèle d'analyse de la gouverne

Gouverne du changement dans un champ organisationnel
Model of Institutionnal Change (Greenwood et al.)



Description du modèle

Un événement déstabilise les pratiques établies (étape 1). Cette déstabilisation permet l'entrée et l'action d'entrepreneurs (étape 2). Leurs nouvelles idées doivent être formulées et gagner en légitimité (étape 3). Des conflits et contestations émergent tant aux niveaux pratique qu'organisationnel afin de formaliser les nouvelles pratiques (étape 4). Une certaine stabilité est atteinte au travers la réinstitutionnalisation (étape 5). Les étapes en plus de détails :

Étape 1 : Pressions à changer

Les pressions au changement incluent les pressions externes ainsi que les interprétations et réponses des acteurs internes. Cette deuxième dimension conditionne les possibilités de changement. Trois catégories de pressions au changement sont identifiées :

- *Politiques* : menace à la disponibilité de ressources, changement dans la distribution des pouvoirs (nouvelles alliances).
- *Fonctionnelles* : changement sur le plan technologique ou des marchés. Un changement dans le marché de service par exemple peut produire des fortes pressions à changer.
- *Sociales* : des critiques sociales augmentent la fragmentation sociale et diminuent la continuité historique.

Étape 2 - Sources de nouvelles pratiques

Comme dans bien des cas de ruptures conjugales...les pressions au changement seules sont insuffisantes; une ébauche de pratiques alternatives doit exister ! Les entrepreneurs représentent cette source de nouvelles idées « catalytiques ». Ceux-ci peuvent être des

acteurs existants, internes au champ organisationnel, ou de nouveaux acteurs, externes au champ organisationnel.

Étape 3 - Processus de désinstitutionnalisation et de réinstitutionnalisation

Les pressions au changement et l'expérimentation locale ne mènent pas nécessairement à la diffusion uniforme et aisée d'un nouvel archétype, ainsi une attention au processus est requise.

- *Théorisation* : Construction d'un modèle expliquant la façon par laquelle les nouvelles pratiques et formes organisationnelles fonctionnent et apport d'une justification pour leurs existences dans les contextes passés et futurs.
- *Légitimisation* : Lier les nouvelles idées, formes et pratiques à des ensembles de valeurs et logiques estimées par les acteurs du champ organisationnel et par le contexte social environnant.
- *Dissémination* : Disperser le nouvel archétype au travers le champ organisationnel.

Étape 4 - Dynamiques de désinstitutionnalisation et de réinstitutionnalisation

Les nouveaux archétypes sont adoptés par les organisations d'un champ organisationnel de différentes façons et à de différentes vitesses.

La vitesse et l'ampleur de l'adoption dépendraient de :

- Ampleur de leur dévouement aux valeurs sous-tendues par le nouvel archétype
- Avantage ou désavantage perçu en conséquence à l'adoption
- Dévouement des acteurs en position de pouvoir à l'adoption
- La capacité d'une organisation à implanter, socialement et techniquement, un changement

Étape 5 - Réinstitutionnalisation

La réinstitutionnalisation est accomplie quand la densité de l'adoption fournit des idées avec une légitimité cognitive telle qu'elles sont prises pour acquies comme la convention naturelle et appropriée pour toutes les organisations composantes du champ organisationnel. On doit différencier entre la densité sur le plan du champ organisationnel et des organisations individuelles, ainsi qu'entre la densité en termes de pouvoir des organisations d'un champ et le nombre d'organisations d'un champ.

Annexe 3 : Glossaire

AGEP : Association Gériatrique de l'Est Parisien
AMSAD : Association Médico-sociale pour les Personnes Âgées
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris
CDS : Comité départemental Stratégique
CG : Conseil Général
CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination
CLO : Comité Local Opérationnel
CMP : Centre Médico Psychologique
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA : Comité Départemental des Retraités et des Personnes Âgées
CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
CSG : Centre Social Gérontologique
CSN : Comité Stratégique National
DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de La Santé
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DGS : Direction Générale de la santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des Soins
FCSS : Fondation Croix Saint Simon
GC : Gestionnaire de Cas ou Gestion de Cas
HAD : Hospitalisation A Domicile
OEMD : Outil d'Evaluation Multidimensionnelle
PPE : Point Paris Emeraude (= CLIC à Paris)
RSI : Régime des Salariés Indépendants
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SLD: Soins de longue durée
SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile (pour personnes âgées et handicapées)
SSP : Service Social Polyvalent
SSR : Soins de suite et de réadaptation
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins libéraux
USLD : Unité de Soins Longue Durée

Annexe 4 : Valorisation des recherches

I. Revues à comité de lecture

Somme D., Trouvé H., Couturier C., Carrier S., Gagnon D., Lavallart B, Crétin C., Hébert R., Saint-Jean O., **PRISMA France : Programme d'implantation d'une innovation du système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas**, in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 56 (2008): 54-62.

Couturier C., Somme D., Carrier S., Trouvé H., Gagnon D., **Le travail social et l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Analyse comparée de deux initiatives québécoises et française**, Intervention, à la Revue de l'Ordre Professionnel des Travailleurs Sociaux du Québec, 127 (2007): 6-15.

II. Revues sans comité de lecture

Somme D., Trouvé H., Périsset C., Leneveut L., Lemonnier S., Taprest V., Lavallart B., Flouzat J-P., Kieffer A., Saint Jean O., PRISMA France et la recherche-action : implanter c'est aussi innover, À paraître dans le « Les Réseaux » de la Revue Gérontologie et Société, 124 (2008) : 95-107.

III. Ouvrages collectifs

Somme D., Trouvé H., **Implanter et évaluer une politique d'intégration des services aux personnes âgées : l'expérimentation PRISMA France**, in Flouquet A., Barbier J-C. (sous la dir.), L'évaluation des politiques publiques en Europe : cultures et futurs, L'Harmattan, Paris, (2009) : à paraître.

Somme D., Trouvé H., **Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : de la volonté à la nécessité d'un dispositif intégré**, in Domin J-P., Maric M., Delabruyère S., Hédoïn C. (sous la dir.), Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?, L'Harmattan, Paris, (2008): 237-249.

Somme D., Trouvé H., Couturier C., Carrier S., Gagnon D., Lavallart B, Crétin C., Saint-Jean O., **PRISMA France : Adaptation du modèle d'intégration PRISMA au système de soins et de services français**, in Hébert R., Tourigny A., Raïche M. (Sous la dir.), L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action, EDISEM, Québec, (2007) : 529-547.

IV. Communications colloques

2 communications au 61st Annual Scientific Meeting 2008 – The Gerontological Society of America, Resilience in an Aging Society: Risks and Opportunities, National Harbor, Maryland, November 21-25

- 1. Compromises about the standardization of tools to integrate care: the case of the Project and Research on Integration of Services to Maintain autonomy in France (PRISMA France)**
- 2. Implementation measurement method of an integrated services delivery model for older people : the PRISMA France experiment**

Communication aux XXVIIIe Journées de l'Association d'Économie Sociale (AES), Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?, Reims, 4 et 5 septembre 2008, **Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : de la volonté à la nécessité d'un dispositif intégré**

Communication à International Conference, The Future of Primary Health Care in Europe (II)-Promoting co-operation, collaboration and organisation, University of Southampton, England, September 15-17, 2008, **Coordination for the Managed Care Networks: the case of the *Project and Research on Integration of Services to Maintain the Autonomy* in France (PRISMA France)**

Communication au colloque de la Société Française d'évaluation, L'évaluation des politiques publiques en Europe : cultures et futurs, Strasbourg, 3 et 4 juillet 2008, **Les soins et services aux personnes âgées en France : implanter et évaluer une politique d'intégration .**

3 communications au 8th Annual Integrated Care Conference 2008, Integrated Care and the Management of Chronic Illness, Göteborg, Sweden, 6th & 7th March, 2008

- 1. Implementation of an evidence-based integration model in France: Project and Research on Integration of Services to Maintain the Autonomy (PRISMA)**
- 2. Is there a way to measure implementation of integration in different countries? The case of the PRISMA Implementation qualitative methodology**
- 3. Prior conceptions of integration and coordination as modulators of an innovation's adoption: The case of a pilot project targeting the implementation of a services' integration device in France.**

Communication au Colloque Vieillesse et dépendance, Marseille, les 6 et 7 mai 2008, **Le rapport entre l'offre et l'usage dans le contexte d'une innovation en systèmes complexes. Coûts cognitifs d'un rapport difficile pour les professionnels.**

Communication au 24^{ème} congrès International de la Société de Psychogériatrie, Lyon, les 18 et 19 Septembre 2007, **Le rapport des praticiens aux dispositifs de standardisation dans la diffusion d'une innovation. Le cas de l'intégration des services aux personnes âgées en France**

Communication aux 29èmes Journées Annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, Paris, les 21-23 octobre 2007, **Intégration et case-management : le projet PRISMA France**